GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS,

DIRIGÉE

Par Jules GUÉRIN, D.-M.-P.

Deuxième Série.

TOME SEPTIÈME. — ANNÉE 1839.

PARIS,

AU BUREAU DE LA GAZETTE MÉDICALE,

RUE RACINE, 16.



Imprimerie de FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-Saint-Sauveur, 18, près le passage du Grand-Cerf.

Gazette Médicale

DE PARIS.



La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE (1).

QUELQUES RÉFLEXIONS PRATIQUES SUR LES OBSTRUCTIONS DU RECTUM, faisant suite à la RELATION DE LA MALADIE DE BROUSSAIS; par M. AMUSSAT (2).

La relation de la maladie de Broussais qui se trouve insérée dans la Gazette Médicale du 7 décembre 1838, et quelques autres affections analogues, m'ont fait reconnaître que les maladies les plus graves du rectum sont fort négligées dans la pratique, et, à cette occasion, j'ai remarqué avec peine, chaque fois que j'ai cherché des conseils dans les livres de ceux qui nous ont devancés, qu'il existait une grande lacune dans nos ouvrages de chirurgie, car les affections de cette espèce y sont traitées fort légèrement : la science est très pauvre sur ce point.

Depuis longtemps déjà j'éprouve le désir d'indiquer les difficultés que j'ai rencontrées et les efforts que j'ai faits pour les surmonter. Je saisis cette occasion avec empressement dans l'espoir d'être utile aux chirurgiens en leur donnant quelques remarques pratiques sur les maladies de ce conduit, et en essayant de tracer la marche à suivre dans des cas analogues à ceux qui m'ont suggéré ces réflexions.

Remarquons tout d'abord que les maladies du rectum sont assez nombreuses et que celles de l'orifice sont infiniment plus fréquentes que celles de l'intérieur de l'organe. Je ne veux m'occuper ici que des dernières et plus spécialement des retrécissemens ou obstructions de l'intestin rectum. Ces maladies graves et profondément cachées sont fort négligées sous tous les rapports.

Les affections de l'intérieur du rectum sont très difficiles à reconnaître dès le principe, soit parce que les malades ne se soumettent pas facilement aux investigations, soit parce que les sensations déterminées par les maladies de cet intestin sont obtuses et confondues souvent avec des hémorroïdes, ou, plutôt encore, parce que l'exploration de ce conduit est difficile et désagréable. Enfin, le sphincter de l'anus est le plus grand obstacle aux recherches nécessaires pour éclairer le diagnostic.

L'anatomie du rectum laisse peu à désirer. Sans doute, cet intestin est assez bien décrit dans nos livres d'anatomie et d'anatomie chirurgicale; cependant, j'ai remarqué qu'on n'a pas assez insisté sur la disposition de la partie supérieure de ce conduit, qui présente presque toujours un retrécissement normal fort important à connaître pour la pratique chirurgicale. Avant d'avoir observé ce fait, je ne croyais pas qu'il y eût une démarcation si précise entre l'S iliaque et le rectum; et je pense que, si elle n'a pas été plus généralement indiquée, c'est parce qu'on insuffle presque toujours avant de constater le rétrécissement que je signale.

(1) L'abondance des matières ne nous a pas permis de publier plus tôt cet article.

(2) Lorsque j'ai écrit cette observation, des soupçons d'empoisonnement avaient déterminé une enquête; maintenant on sait que cette enquête est terminée et que l'analyse des liquides recueillis dans l'estomac n'a rien fait découvrir qui pût justifier les soupçons qu'on avait conçus, à cause de la promptitude de la mort.

Feuilleton.

PHILOSOPHIE ORGANIQUE D'ARISTOTE.

Plus on étudie les grands monumens philosophiques de l'antiquité, plus on est frappé de l'étendue et de la profondeur de ces premiers investigateurs de la nature. On peut même dire qu'il n'y a pas de solution fondamentale qu'ils n'aient entrevue et souvent même développée avec bonheur, malgré le peu de ressources que leur offraient l'observation et l'expérience encore si pauvres et si jeunes. On est par exemple tout étonné de trouver dans Galien (De usu part. lib.) l'exposition et la discussion des principaux systèmes de philosophie organique qui partagent les naturalistes de nos jours; et il fait lui-même remonter ces systèmes à des époques plus anciennes de l'histoire de la science.

Parmi ces étonnans génies, Aristote est le plus extraordinaire. Sans parler des travaux de philosophie rationnelle et morale, d'esthétique et de politique, qui en ont fait comme le législateur de l'esprit humain pendant tant de siècles, on sait qu'il a été aussi le fondateur de l'histoire naturelle, et que ce premier pas fait par lui a été si grand et si sûr que deux mille ans après le premier des zoologistes modernes, Cuvier, se déclarait encore son disciple et son imitateur. Ici, comme en tout, c'est par la force de la pensée, l'étendue des généralisations, et l'entraînement systématique que se distinguent ses travaux. Il suffit de rappeler qu'il est le premier inventeur de *méthodes* de classification en zoologie, que le premier il a fait ce que plus tard on a appelé de l'*anatomie générale*, et qu'enfin il a cherché à soumettre à quelques points de vue généraux tout l'ensemble des phénomènes de la vie, considérés dans tous les êtres organisés, et qu'il a devancé toutes ces hautes spéculations de *physiologie transcendante* du siècle actuel. Nous emprunterons à un ouvrage de M. Félix Ravaisson sur la *métaphysique d'Aristote*, couronné par l'Institut (Académie des sciences morales et politiques), la preuve de cette dernière assertion. M. Ravaisson persuadé que, pour comprendre Aristote dans une partie de sa philosophie, il fallait le comprendre dans toutes, a analysé, avec une rare sagacité tout ce qu'Aristote a pensé et disséminé dans ses livres sur la nature organisée, et a résumé en quelques pages le système général auquel il paraissait être arrivé. On sera frappé en lisant cette exposition des rapports des spéculations du Stagyrite avec celles des physiologistes allemands modernes, tels que Carus, Tiedemann, Burdach, etc. Nous reproduisons textuellement les passages les plus saillans de l'analyse de M. Ravaisson.

. . . .

« La nature ne peut se dégager que par degrés des liens de la matière et de la nécessité; elle tend à sa fin et ne la perd jamais de vue; mais elle ne peut pas s'y élever du premier coup. Ce n'est que par une progression ascendante de formes qu'elle atteint la forme la plus haute. Une échelle d'existences se développe qui remplit, sans laisser de vide, toute la catégorie de la substance ou

Cette disposition de la fin do colon établit une démarcation précise entre l'S iliaque et le commencement du rectum. L'angle de réunion qui forme ce rétrécissement se trouve vis à vis de la symphise sacro-iliaque ganche; il est, je crois, déterminé, par le meso-rectum, et surtoot par la circonvolution de l'S iliaque qui plonge dans le hassin, et aussi par le séjour des matières fécales dans l'no et l'aotre intestin, ou seulement dans le dernier. Il ne faut pas oublier surtout que le rectum est sitné plus à gauche qu'à droite, particulièrement en haut. Il est fort utile de se rappeler cette disposition pour hien explorer. Disons d'abord qoelques mots des moyens d'exploration.

Le toucher du rectum demande heanconp d'attention et d'habitude.

Pen de médecins oot pris la peine d'explorer cet intestin sur des cadavres de sexe et d'âge différens : pour avoir des notions exactes sur ce conduit et les organes voisins, il faot d'abord vaincre la répugoance qu'on éprouve tout naturellement.

J'ai plusieurs fois observé que c'est cette répugnance et le défant d'habitude qui ont fait négliger de toucher en temps opportun, ce qui a donné à la maladie le temps de se développer et de devenir incnrable, avant qn'on ait rien fait pour arrêter sa marche.

Le toucher peut se faire de deux manières : le chirurgien étant placé devant ou derrière le malade. Dans le premier cas, le doigt ne pénètre pas à une grande profondeur ; dans le second, au contraire, on peut explorer heaucoup plus haut, surtout en dirigeant le doigt à gaoche en repoussant oo, mieux, en évitant le coccyx.

L'exploration du rectum offre de très notables différences sur l'homme, sur la femme et sur les enfans. Il importe donc de hien connaître ces différences et de s'exercer au toucher de ce conduit soos ce triple rapport pour être en état d'apprécier, non seulement les maladies do rectum, mais encore celles des organes voisins.

Règle générale, le toncher doit toujours être précédé d'un lavement pour faciliter l'exploration.

Le toucher sur un homme adulte demande une grande attention et doit être exercé soigneusement sur tootes les parties de l'intestin.

Après avoir préalablement enduit *complètement* le doigt avec de l'huile ou, mieux, avec du cérat, on l'introduit doucement, en même temps que le malade fait des efforts comme pour aller à la garderobe. Cette double précaution est utile pour bien juger du véritable état du sphincter.

L'anneau musculaire du rectum étant franchi, il faut explorer attentivement au-dessus et tout autour. Ensuite, on doit examiner la partie antérieure dans laquelle se tronve la portion muscnleuse de l'urètre et la prostate. Il faut bien connaître les sensations fournies par ces deux parties à l'état normal pour juger leurs états pathologiques. Beaucoup de médecins connaissent si peu le volume et la consistance de la prostate qu'ils craigoent de dire leur avis lorsqu'ils tonchent une prostate évidemment malade.

Dès qu'on exploré la partie antérieure, il faut examiner avec le même soin les parties latérales et postérieure.

Souvent on trouve en arrière on repli, une grande valvule, qu'il ne faut pas confondre avec un état pathologiqoe.

Lorsqu'on veut examioer le rectum au-dessus de la prostate, il faut toocher en se placant en arrière; quelques malades favorisent singulièrement l'exploration en faisant des efforts et surtout en tirant la peau de la marge de l'anus avec les deux mains pendant que le chirurgien pousse le doigt, le plus hant possible à gauche et en évitant le coccyx ; par ce moyen, on peut explorer une partie des vésicules spermatiqoes, des canaux déférens et la partie intermédiaire de la vessie oo son has fonds ; sur les côtés et en arrière, on explore plus facilement encore les parties correspondantes de l'intestin. Eo exerçant ainsi le toucher, on peut sonvent atteindre le haut de la convexité du sacrum sur heaucoup de sujets, et approcher très près de la fin du rectum, sortout en dirigeant son doigt à ganche.

Ponr explorer an-delà de la limite que peut atteindre le doigt, et cette limite est variable, suivant la force et l'embonpoint du sujet, il faut avoir recours à d'autres moyens que le doigt, pour suppléer à son défant de longucor. Le cathétérisme du rectum à une grande profondeur est one opération iousitée et à laquelle on ne pense que lorsqu'on rencontre une obstruction de l'intestin ao-dessus du point que l'on peut atteindre avec le doigt ; mais, pour agir avec quelqne chance de succès, il faut se rappeler les données anatomiques fort importantes que j'ai déjà indiquées et s'être exercé sur le cadavre poor apprécier les difficultés qu'il s'agit de surmonter, même à l'état normal.

Une sonde élastique droite, urètrale oo œsophagienne, ne pent pénétrer à nne grande profondeor, parce que le bec de la sonde va heurter contre la concavité du sacrum, et, si on insistait, on perforerait l'intestin plntôt qoe de pénétrer plus avant.

Une sonde élastique à grande coorbure, pour l'orètre, offre heaocoop plus d'avantages, surtout si on la dirige à gaoche ; elle pénètre presque toujours jusqu'à la fio du rectum et quelquefois même dans l'S iliaqoe.

Pour pratiqoer le cathétérisme du rectum avec one sonde d'argeot, il faot préalablement augmenter la courbure de l'instrument.

D'après mes études chirurgicales sur cet intestin, il faut donner à la conrbure de la sonde un tiers de plus qo'aux plus grandes sondes courbes dont on se sert pour l'urètre.

En longeant le côté gaoche do rectum avec une sonde à grande courbure, on parvieot jusques dans le retrécissement normal de l'intestin. Il est hien difficile d'aller ao-delà, en essayant de franchir sa limite il faut agir avec heanconp de circonspection ; mais, en faisant une injection par la sonde, le bassin étant fortement relevé, on pourrait espérer de rejeter l'S iliaque hors de la cavité pelvienne et peut-être réussir à faire pénétrer le bec de la sonde dans cet intestin.

Qnelquefois, après avoir inntilement employé les sondes courhes pour des obstructions de la moitié supérieure du rectum, j'ai attaché à mon doigt indicateur un dez en ivoire, sur lequel j'avais fait fixer une sonde élastique de denx ou trois ponces d'étendue ; par ce moyen, j'ai franchi des obstacles que je n'avais pn surmonter par les autres moyens.

Dans la même intention, j'ai fait construire un doigt artificiel en buis, qui se surajoute au doigt indicateur de l'opérateur par nn dez ; il est composé de trois parties oo articolations, analogues à celles des phalanges, que l'on fait mouvoir, comme les doigts, en deux sens opposés, par deux rubans. Je crois avoir retiré quelque avantage de ce moyen. Je l'ai employé, il y a déjà longtemps, en traitant, avec Broussais, un de ses amis, qui avait une affection carcinomateuse de la moitié supérieure do rectum. Broussais ne se doutait pas alors qu'il mourrait de la même maladie.

Il ne suffit pas d'examiner le rectum par le toucher, il faut encore s'aider de la vue aotant que possible. Ce geore d'exploration est fort important; mais il n'est pas facile de voir dans l'intérieur de ce conduit et surtont à nne certaine hauteur. Quoiqne cette manière d'explorer soit

---

de l'être. C'est comme une même puissance qui, d'organisation en organisation, d'ame en ame, monte d'un mouvement continn jusqu'au poiot culminant de l'activité pure; c'est l'être sortant par degrés de la stupeur et du sommeil. (HIST. ANIM., VIII, 1.—DE PART. ANIM., IV, 5.) »

« Le plus bas degré de la nature est la simplicité absolue des corps élémentaires. Au-dessus de l'élément vient le mixte. La mixtion n'est pas une juxtaposition mécanique, mais une combinaison, une transformation. Le produit est différent de ses principes; il a sa nature, son essence, sa forme propre, et il est indéfiniment divisible en parties similaires (METAPH. VII). La mixtion suppose la différence des principes constitutifs, et l'homogénéité des parties intégrantes (DE GEN. ET CORR., I, X). Au-dessus de la mixtion vient l'organisation ; l'organisation est une synthèse hétérogène de différens mixtes homogènes : l'unité de cette synthèse est la vie (DE PART. ANIM., II, 1). La première forme de la vie est la végétation; la végétation est la croissance spontanée; la croissance est le résultat de la nutrition ; la nutrition est l'intussusception par laquelle l'être reçoit dans son corps une substance étrangère, se l'assimile par l'action de sa chaleur vitale et la convertit en sa propre substance en rejetant le superflu (DE AN., II, 4.—HIST. AN., I, 2.—DE PART. AN., II, 3). La forme fondamentale de l'organisme est donc celle d'un canal qui reçoit la nourriture par l'extrémité supérieure, la digère au centre, et par l'extrémité inférieure rejette le reste (HIST. AN., I, 2), c'est la forme d'une longueur... la première dimension de l'espace (DE AN. INC. IV). La première fonction de l'organisme est le mouvement.... La première puissance du principe vital de l'ame est la puissance végétative; c'est l'ame nutritive, et l'être qui n'a pas d'autre ame est la plante (DE AN., II, 2, 4.—DE PLANT., I, 1). La végétation n'est pas, comme la mixtion, indéfinie; elle suit un ordre ; elle s'arrête à une grandeur comme à une figure déterminées, et c'est par là que l'ame se révèle. Le feu brûle et s'accroit tant qu'on lui apporte des alimens; l'ame assujétit le corps à une mesure. (DE AN., II, 4.) »

« ..... La matière renferme un germe nécessaire de destruction. La plante est née ; il faut qu'elle meure. Ce n'est donc pas elle même qu'elle peut éterniser, mais du moins elle se perpétuera dans une autre elle-même. La nature fait tout pour le mieux. Où l'identité est impossible, elle supplée par la ressemblance ; où s'interrompt la continuité de la vie, elle établit la propagation; elle remplit, sans relâche, de la perpétuité de ses périodes, les vides que la mort ferait dans le temps. Le but de la nutrition est donc la génération. C'est là l'action finale où la plante, parvenue au développement de tous ses organes, trouve sa perfection et tout son bien (DE AN., II, 4. — DE CON., I, 3. — DE GEN. AN. II, 1. — DE GEN. ET CON., II, 10). La génération suppose un principe passif qui contienne le germe du nouvel être et un principe actif qui imprime au germe le mouvement et la vie. Il faut un principe femelle et un principe mâle, qui s'unissent en un acte commun. (DE GEN. AN., I, 22.) Mais les deux sexes sont déjà mêlés dans la plante. Toute sa vie, tout son être est dans la reproduction; les deux principes générateurs semblent se confondre sur sa tige dans un perpétuel embrassement. (IBID., 23.) En général, dans la vie végétative, l'individualité est encore faible ; l'hétérogénéité est peu prononcée et, par conséquent, aussi limitée. Si on divise une plante, chacune des parties prend une vie propre et se développe en une plante nouvelle. Toute plante est, en quelque sorte, un aggrégat de plantes, unies dans une vie commune. C'est un seul et même être, et aussi une seule et même âme, mais qui

fort difficile, il ne fant pas la négliger, comme on le fait trop souvent.

Pour voir dans l'orifice de l'intérieur de la marge de l'anus, il suffit, après avoir fait prendre un lavement, de recommander au malade de faire des efforts comme pour aller à la garderobe, pendant qu'on exerce des tractions sur la peau, à un ponce de la marge de l'anus. Lorsqu'on procède à l'examen de cette manière, il faut avoir soin de se placer à côté du malade, et souvent on découvre des altérations qu'on ne pent apprécier par le toucher, comme des fissures, des hémorroïdes internes, etc.

Si la maladie est sitnée trop haut, il fant avoir recours an spéculum Ani.

Le plus simple de tons est une tenette bien builée.

Celui dont on se sert le plus communément est un petit spéculum à rigole.

M. Barthélemy, chirurgien à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, l'a fait modifier très avantageusement en le terminant en cul-de-sac; ainsi disposé, on l'introduit beaucoup plus facilement.

Le spéculum anglais est un dilatateur à deux valves, qu'on écarte par une vis de rappel. Enfin, on pent se servir avec avantage d'un petit spéculum Uteri à trois valves. Après l'avoir introduit, on retire une des valves.

En appliquant le spéculum Ani, il ne fant pas oublier qu'on refoule les parties, et que, si on déconvre la maladie reconnne avec le doigt dans le bourrelet muqueux qui se présente dans la rigole, on la croit située naturellement plus haut que le toucher l'avait indiquée. Pour obvier à cet inconvénient, il fant attirer en bas la peau qui correspond à la rigole du spéculum, pendant qu'on maintient cet instrument, afin de remettre la maladie à sa véritable place.

On peut se servir avec avantage du spéculum que j'ai imaginé pour appliquer des sangsnes à la prostate. Il fatigue beaucoup moins l'anus que les autres, et il permet de voir plus facilement.

L'exploration du rectum sur la femme exige les mêmes précautions que sur l'homme; il importe surtout de bien se rappeler les modifications apportées par le sexe, d'abord dans la grandeur du bassin, puis dans la disposition du coccyx et du sacrum, qui sont moins recourbés que chez l'homme.

La paroi antérieure du rectum chez la femme est en rapport d'abord avec le vagin au lieu de l'urètre, et plus haut avec l'utérus, au lieu de la prostate; sur les côtés, avec les ligamens larges de la matrice et les ovaires, au lieu des vésicules et des canaux déférens.

Souvent on retire un très grand avantage de l'introduction du pouce dans le vagin pendant que le doigt indicateur est dans le rectum; par ce moyen, on apprécie beaucoup mieux les maladies de l'intestin et surtout celles de la cloison recto-vaginale. On peut aussi, dans le même but, introduire le doigt indicateur gauche dans le vagin, pendant que l'autre est dans le rectum et réciproquement faire l'inverse.

L'enfance apporte des modifications qui penvent facilement être pressenties; il ne fant pas négliger de les vérifier sur le cadavre pour apprendre à apprécier les différences et les ressources que l'on peut tirer de la possibilité d'explorer beaucoup plus haut que dans un âge plus avancé.

Lorsqu'on a des notions exactes sur l'état normal du rectum, on peut, par le toucher, reconnaître les moindres altérations; souvent on trouve avec le doigt les orifices internes des fistules stercorales; la pulpe du doigt reconnait les rugosités du pourtour de la petite ulcération. Il n'en est pas ainsi, comme je l'ai déjà dit, des hémorroïdes internes, même assez grosses, on les méconnaît souvent au toucher, à cause de leur mollesse et parce que le sang qui les gonfle fuit sous la pression du doigt.

Les parties enflammées, ulcérées, exigent le spéculum; les plaques indurées et les excroissances sont plus faciles à reconnaître.

Il faut bien se garder de confondre les resserremens spasmodiques de l'orifice avec un rétrécissement maladif; de même, il faut avoir soin de ne pas prendre les brides naturelles pour des altérations pathologiques. Il est facile de reconnaître les rétrécissemens qui se trouvent à la portée du doigt; mais ils sont fort difficiles à déterminer quand ils sont situés à une très grande hauteur, comme dans un cas cité par M. Rognetta (BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, tom. VI, pag. 276), où il existait deux rétrécissemens de l'intestin, l'un à un pied, l'autre à un pouce et demi de l'anus; mais je ne veux m'occuper que de ceux de la partie supérieure du rectum.

Je citerai comme exemple le fait du grand tragédien Talma, parce que c'est le rétrécissement le plus remarquable et le mieux décrit que je connaisse.

Talma est mort des suites d'une obstruction du rectum. L'histoire de sa maladie a été publiée dans plusieurs journaux de l'époque, d'après la relation de M. le docteur Biett, insérée dans le RÉPERTOIRE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE, ET DE CHIRURGIE CLINIQUE, tom. 3, page 99 et suivantes.

D'après cette relation et les dessins qui y sont annexés, on voit que la maladie de Talma consistait dans un rétrécissement squirrheux de la partie supérieure du rectum, au point de jonction de cet intestin avec l'S iliaque.

Talma était doué d'une forte constitution, et quoiqu'il jouît dans sa jeunesse d'une santé parfaite, il avait remarqué pourtant que les fonctions du ventre ne se faisaient point d'une manière régulière; tantôt il était tourmenté par une constipation opiniâtre; tantôt il rendait avec effort des matières peu abondantes et non moulées. A une époque peu avancée de sa carrière théâtrale, il abusa des lavemens. Il les réitérait quelquefois deux et trois fois par jour, et par ce moyen il recouvrait les forces qui lui manquaient souvent.

Dans le courant de l'année 1825, Talma, étant parvenu à l'âge de 62 ans, éprouva dans les fonctions du ventre des dérangemens plus fréquens encore que précédemment, et on s'aperçut, à la suite d'un voyage qu'il fit à Bruxelles, que les matières de déjections étaient souvent mêlées de sang et de mucosités. Pendant cet hiver, il fit usage, d'après le conseil d'un médecin célèbre, de lavemens d'eau salée, dans le but de combattre des symptômes de congestion vers la tête. Ce moyen, employé pendant quelque temps, augmenta l'irritation du rectum.

Le 10 mai 1826, Talma consulta M. Biett pour la première fois. Il lui raconta qu'il rendait avec effort, alors qu'il croyait se débarrasser d'une grande quantité de matières, quelques mucosités accompagnées seulement d'un peu de matière stercorale non moulée, en cylindres très étroits et comme ceux d'un enfant. Les lavemens ne parvenaient que très difficilement dans le rectum; ils étaient rejetés presque aussitôt.

Le 18 juin, Talma se livra à un écart de régime qui fut suivi d'une indigestion et d'une constipation opiniâtre. Les lavemens et les douches as-

---

peut devenir plusieurs par la division du corps... (DE AN., II, 2. — DE RESP. XVII.)»

« Le second degré de la vie est le sentiment. Ce qui sait l'animer et qui l'élève au-dessus de l'être animé, c'est l'âme sensitive. La plante est presque homogène; formée principalement de l'élément terrestre, dont elle se nourrit et où plongent toutes les bouches de ses racines, elle passe sa vie dans l'uniformité du sommeil. (DE GEN. AN., III, 11. — DE RESP., 13. — DE AN., II, 4. — DE JUV. ET SEN. I. — DE INC. AN., 4. — DE SOMNO, I.) Le corps de l'animal est un composé de tous les élémens du monde, dans des proportions définies, qui ne peuvent changer beaucoup sans qu'il meure. Il ne lui suffit plus de la puissance aveugle de la nutrition et de la génération; il lui faut un principe qui lui serve de mesure entre les influences qui sévissent sur lui de tous côtés, qui l'avertisse, par des affections de plaisir et de peine, de ce que les choses du dehors peuvent lui causer de bien ou de mal, et qui lui enseigne à reconnaître ce qu'il doit chercher et ce qu'il doit faire. A cette organisation compliquée, il faut la sensation. (DE AN. III, 1; 12, 13.) »

....

« Le premier de tous les sens est celui qui fait connaître les différences essentielles des élémens mêmes dont l'être est composé, la gravité et la légèreté, la dureté et la mollesse, le froid et la chaleur...; ce sens est le toucher. Le toucher juge donc de tous les corps, et il est répandu par tout le corps de l'animal. Sans le toucher, l'animal n'est plus... L'animal constitué, la nutrition est son premier besoin. Après le toucher viendra donc le sens de la nourriture, le goût... Le goût est encore comme une sorte de toucher; il ne juge qu'au contact. Placé à l'entrée du canal, qui constitue l'essence de l'organisation végétative, son jugement porte encore sur le nécessaire, sur ce qui entretient la vie et dont le vice, comme l'absence, la détruit. (DE AN. III, 13. — IBID., 12. — DE SENS., I.)»

« Jusque là, l'animal n'est pas fort élevé au-dessus de la plante. S'il n'a plus la partie supérieure, la bouche, plongée dans la terre, par sa partie inférieure il y est encore attaché. C'est encore un mélange des deux sexes et une individualité imparfaite, qu'une division mécanique partage en une multitude d'individualités distinctes. Tel est l'animal-plante, le zoophyte. (HIST. AN. VIII. 1. — DE GEN. AN. I, 1.) »

....

« Mais bientôt l'animal se détache de la terre, il se meut dans l'espace. Dès-lors, il faut qu'il prévoie de loin les périls qu'il pourrait rencontrer; il faut qu'il sente de loin. Il a besoin de nouveaux sens, qui n'exigent plus, comme le toucher et le goût, le contact immédiat de l'objet et de l'organe. La condition de toute sensation est l'impression que suppose le toucher; mais maintenant il faut des sens qui ne reçoivent l'impression que d'un milieu, mis en mouvement par l'objet; ces sens sont l'odorat, l'ouïe, la vue. (DE SENS. I. — DE AN. III. 12.) Mais si l'odorat est encore étroitement lié au goût, si sa principale fonction est encore le discernement des alimens, les sens de la vue et de l'ouïe ne sont pas uniquement relatifs aux besoins de la vie; ce n'est pas seulement à l'être qu'ils servent, mais aussi au bien-être; au-dessus de la matière et de la nécessité commence à paraître le bien et le beau. (DE AN. III. 12, 13. — DE PART. AN. III. 7. — POLIT. VII. 3.) Le son et la lumière répandus par la réflexion dans toute la nature (DE AN. II. 11 S.), la lumière surtout, manifestent à l'animal une infinité de différences sur lesquelles s'exerce inces-

tendantes qui furent administrés n'arrivaient dans le rectum qu'à une hauteur peu élevée, et n'entraînaient que quelques parcelles de matière stercorale. M. Biett commença dès-lors à soupçonner que la constipation était le résultat d'un obstacle physique, et MM. Marc, Breschet, Lebreton et Dupuytren, réunis en consultation les 9 et 10 juillet, alors qu'il existait déjà des symptômes de péritonite et de la tympanite, adoptèrent l'opinion de M. Biett; M. Dupuytren constata, après M. Breschet, la cause de la constipation opiniâtre, et introduisit dans le rectum une sonde œsophagienne, qui fut arrêtée à six ou sept pouces par un obstacle qu'on n'essaya pas de franchir. Les purgatifs et les lavemens qui furent prescrits amenèrent des selles composées de matières non moulées. Pour la première fois seulement depuis vingt-et-un jours, il y eut une émission de gaz par l'anus.

Le 30 juillet, Talma partit pour la campagne, où ses forces s'accrurent d'une manière notable; mais cédant trop souvent aux désirs de son appétit, l'amélioration obtenue ne tarda pas à disparaître. La constipation devint plus grande, et les membres inférieurs commencèrent à s'infiltrer.

Le 26 août, nouvel écart de régime, suivi de vomissemens composés de matières d'un noir violacé. A partir de cette époque, la santé de Talma s'altérant notablement, MM. Marc, Breschet, Lebreton, Broussais, Husson, Fouquier, Bourdois, Chaussier, Ferrus, Bégin et Amédée Talma, prirent part aux consultations; mais malgré l'emploi réitéré des purgatifs, des bains sulfureux pris à Enghien, et l'application du galvanisme, on n'obtenait que de loin en loin des émissions de gaz, ou la sortie de matières fétides non moulées. La sonde œsophagienne, introduite de nouveau par M. Dupuytren, était arrêtée invinciblement à six ou sept pouces, et se courbait quand on voulait la faire avancer. Enfin, tous les accidens s'accrurent, la tympanite fit des progrès, et Talma mourut le 18 octobre, après une agonie courte et tranquille.

A l'autopsie, faite par M. Breschet, 24 heures après la mort, on trouva un épanchement dans le bassin, formé par des matières de couleur de bistre. Le rectum présentait à six pouces au-dessus de l'anus un rétrécissement circulaire d'environ deux pouces d'étendue; l'intestin était, dans ce point, dur, résistant, et réduit à trois lignes de diamètre. Au-dessous, le rectum avait le volume de celui d'un enfant.

L'S iliaque, rempli de matières fécales, occupait toute la cavité du bassin, et présentait à sa face antérieure une perforation qui avait livré passage aux matières fécales épanchées dans le bassin. Cet intestin avait contracté des adhérences avec la partie du rectum, située au-dessous du rétrécissement, et au centre de cette adhérence existaient la perforation dont nous venons de parler, et un commencement d'ulcération du rectum. En sorte que la nature avait déjà travaillé au rétablissement de la continuité du canal intestinal, interrompu par le rétrécissement.

L'observation de Talma est très précieuse. On y trouve tout ce qu'on peut désirer dans la relation d'une maladie si digne de fixer l'attention. Les détails historiques sur les antécédens, la maladie, la mort et l'autopsie sont aussi complets que possible, et, ce qui est inappréciable, c'est le dessin de la pièce pathologique, vue sur toutes ses faces. Cette observation est un véritable type qui peut servir de point de comparaison pour toutes les maladies de la même espèce.

Remarquons, comme je l'ai déjà indiqué, que le rétrécissement de Talma se trouve précisément dans la partie naturellement rétrécie, c'est-à-dire à l'angle de réunion de la fin de l'S iliaque et du commencement du rectum.

Quelle est la cause de la maladie de Talma? Y avait-il une disposition originelle par organisation ou par hérédité? Il est fort difficile de répondre à cette question, et il n'est pas possible même de la résoudre. Sans doute la maladie a commencé par une irritation de la partie naturellement rétrécie de l'intestin rectum; l'abus des lavemens a dû augmenter cette disposition, et les lavemens d'eau salée surtout ont favorisé le développement du rétrécissement. A quelle époque a commencé la maladie? On ne peut exactement répondre à cette question; mais en remontant aux détails historiques, on voit que le sang et les mucosités que Talma a rendues étant à Bruxelles indiquent que l'intestin était déjà fort altéré dans le point rétréci.

Du reste, la maladie est bien caractérisée par les épreintes, les difficultés de défécation, et surtout par les matières rubanées ou moulées, comme celles d'un enfant. Un des amis de ce grand tragédien m'a raconté que se promenant avec lui à la campagne, Talma, en voyant un homme du peuple qui accomplissait très librement la fonction qui était si difficile pour lui, dit, en termes très énergiques, qu'il enviait son sort, il en est de même des personnes affectées de rétrécissemens de l'urètre; elles éprouvent naturellement la même envie lorsqu'elles voient un jet d'urine sortir librement et avec force.

D'après les détails de l'observation de Talma, on voit qu'il y a eu deux ou trois grands accès de la même maladie. Ce sont des rémissions ou suspensions des symptômes, entre les grandes *débâcles*, comme on l'observe dans toutes les maladies analogues.

L'aggravation des symptômes a été progressive et rapide; les phénomènes ont été les mêmes que dans tous les étranglemens des intestins, soit par des hernies ou des volvulus. L'agonie a été courte..., et la mort a été causée par la résorption délétère des matières fécales et des gaz..

Ces réflexions s'appliquent à tous les faits de la même espèce, c'est-à-dire lorsque la mort est précédée par la tympanite stercorale.

L'autopsie de Talma a été faite vingt-quatre heures après la mort, et déjà le ventre présentait *une couleur verte très prononcée*. Celle de Broussais a été faite trente-six heures après la mort; aussi le cadavre était-il dans un état de putréfaction très avancée; ce retard a été occasionné par les démarches qu'il a fallu faire pour obtenir l'autorisation de le transporter et de l'ouvrir (1).

(1) Depuis quelque temps, l'autorité impose les plus grandes entraves aux médecins qui veulent faire des ouvertures de corps et des embaumemens. Il ne suffit plus d'avoir le consentement des parens, l'examen du médecin-vérificateur des décès et l'autorisation du commissaire de police du quartier; il faut encore, et indispensablement, une permission écrite de la préfecture de police; et si vous négligez cette dernière formalité, vous serez cité en police correctionnelle et condamné à l'amende, vu l'ordonnance du 25 janvier 1838. Cette rigueur nouvelle de la police est extrêmement préjudiciable à la science et à l'humanité; beaucoup de médecins aiment mieux renoncer à des autopsies souvent fort utiles, que de remplir cette série de formalités, et quelquefois avant d'obtenir le permis de la police, le cadavre est putréfié, ou les parens, impatiens d'attendre, font l'inhumation. Comme cette rigueur de la police n'est pas motivée dans l'ordonnance, il est difficile de concevoir la véritable raison qui peut faire mettre en vigueur une pareille mesure. Sans doute cette formalité, exigée sévèrement depuis un an, pouvait être utile avant la création des médecins-vérificateurs des décès et des commissaires de police; mais, en bonne cons-

---

samment l'activité de son imagination et de ses désirs. (DE AN. INC. 4. — DE PART. AN., II. 10) »

....

« Mais tant que la vie n'a pas de centre, l'individualité est incomplète; un peu au-dessus du zoophyte les sexes ne sont déjà plus confondus; l'animal a déjà une vue plus haute que de perpétuer sa race; le mâle et la femelle se séparent, pour suivre chacun par soi-même une destinée particulière..... Mais les parties peuvent encore, dès qu'on les écarte, manifester une vie propre; chaque articulation est, en quelque sorte, la limite d'une organisation et d'une vie particulière. (METAPH., VII. — DE RESP., 17. — HIST. AN., IV., 7. — DE PART. AN., IV., 6.) Le nombre des parties symétriques est comme indéfini; le tout ne forme pas une unité substantielle, absolument indivisible, mais seulement une unité de tournée et d'action.

» Cependant, l'organisation se complique et, pour s'en assimiler les élémens, l'animal a besoin d'un degré supérieur de chaleur vitale : un cœur se forme, etc., etc.

» Toutes ces formes inférieures ne sont que des degrés par lesquels la nature s'est élevée à cette forme excellente de l'humanité. L'homme les résume toutes, et il en représente la suite entière dans la succession de ses âges. Dans le sein qui l'a conçu, il vit comme la plante, d'une vie toute végétative : muet, aveugle, insensible, la tête penchée vers la terre (DE GEN. AN., II, 3). Une fois venu à la lumière, il respire, il sent, il se meut; mais pendant la première enfance, ses membres inférieurs, trop faibles encore, ne peuvent le porter. Comme tous les animaux, c'est un nain accablé sous le fardeau de son propre corps (DE PART. AN., IV, 10). Il ne s'élève guère au-dessus des fonctions animales de la sous-vitalité (HIST. AN., VIII, 1). Livré à l'imagination, il a la mémoire, la volonté faibles et peu de prévoyance; l'appétit le gouverne; mais la jeunesse le relève; ses membres inférieurs se développent et se proportionnent au corps, suivant des rapports définis (DE PART. AN., IV, 10); il a l'agilité et la beauté réunies; sa tête intelligente domine l'horizon. Sans avoir rien perdu des facultés de son confrère « végétant encore comme la plante, peut-être comme l'animal, il est devenu homme, il est libre et il pense. »

— MM. BOURGERY et JACOB viennent de terminer et publier à peu d'intervalle les 40, 41, 42 et 43e livraisons du TRAITÉ COMPLET D'ANATOMIE DE L'HOMME. Ces livraisons sont dignes en tout des précédentes; elles traitent de l'Anatomie chirurgicale dont le premier volume, tome sixième de l'ouvrage complet, sera terminé avec la 44e livraison prête à paraître.

M. le docteur BOURGERY se propose de publier le volume de Névralgie, t. IV, en même temps que le t. VII, deuxième volume d'Anatomie chirurgicale, qui traitera spécialement de l'anatomie des régions.

Les travaux de MM. Bourgery et Jacob renferment déjà et promettent encore d'importantes observations microscopiques dont incessamment nous rendrons compte.

En vente, chez l'éditeur et Delaunay, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13, à la librairie anatomique.

D'après l'autopsie de Talma, on a trouvé qu'il y avait un épanchement dans le bassin, suite de la rupture de la fin de l'S iliaque au-dessus du rétrécissement. Cette rupture a été déterminée par une ulcération de la fin de l'S iliaque. Elle avait été produite par un travail admirable de la nature, pour rétablir la voie entre l'S iliaque et le rectum interrompue par le rétrécissement; mais l'épanchement dans le bassin s'est fait avant que la communication ait eu lieu. Malgré ce qui est dit dans l'observation, je ne pense pas que la voie artificielle fût encore le moindrement achevée; car on aurait trouvé des gaz et des matières dans le rectum, qui était rétréci comme celui d'un enfant; il n'y aurait pas eu de tympanite; le malade aurait peut-être survécu; mais si Talma eût résisté plus longtemps, il est évident que la nature aurait rétabli la voie. L'anatomie pathologique a déjà, je crois, constaté ce fait dans des circonstances analogues. Remarquons enfin que si on eût fait par hasard une fausse route, ou mieux une ponction dans ce point fluctuant, probablement on eût sauvé le malade.

Comme on le voit d'après l'autopsie et les dessins de la maladie, Talma n'avait qu'un simple rétrécissement du rectum, formé par un épaississement squirrheux des parois de l'intestin. Peut-être serait-on parvenu à guérir cette maladie, si elle eût été située plus bas.

En rapprochant les maladies de Broussais et de Talma, on voit qu'ils sont morts *par la même cause*; c'est le même genre de mort; ils ont succombé tous les deux aux suites d'une obstruction du rectum; sur Talma, le rétrécissement avait lieu à la partie supérieure; sur Broussais, il occupait la partie inférieure (1).

La tympanite stercorale a été le symptôme prédominant sur Talma, parce qu'il y avait une obstruction complète de l'intestin. Ce symptôme ne s'est pas développé sur Broussais; la partie rétrécie du rectum livrait encore passage aux gaz et aux matières fécales délayées.

La mort de Talma a été précédée d'une courte agonie. Broussais n'en a pas eu. Talma n'était pas épuisé, il est mort d'un étranglement violent. Broussais, au contraire, est mort par suite d'une obstruction incomplète qui avait épuisé ses forces. L'établissement d'un anus artificiel était indiqué chez les deux malades. Sur Talma, il y avait toutes les chances d'avenir. Sur Broussais, il y en avait beaucoup moins; mais, enfin, c'eût été peut-être un moyen de prolonger la vie.

Il n'est pas inutile de faire remarquer, je crois, que tous deux étaient doués de la même constitution, de la même stature, et avaient la plus grande analogie d'organisation. C'était la même énergie en pensées, en paroles et en actions; enfin, deux athlètes en tout genre, et jetés presque dans le même moule.

Admirateur du talent de Talma, je fus profondément frappé à l'époque de sa maladie par les détails affligeans qui transpiraient sur les difficultés de sa position. Je m'occupais alors des rétrécissemens de l'urètre; je réfléchissais aux difficultés de sa situation, comme si j'avais assisté aux consultations nombreuses dont j'entendais parler, et la dissidence d'opinion des consultans (2) m'excitait encore davantage et presque malgré moi. J'étais comme un jeune officier plein d'ardeur qui assiste à une grande action sans pouvoir y prendre part; il fait ses plans et ses combinaisons comme s'il y était.

Depuis cette époque, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de mettre à profit les méditations et les réflexions qui m'avaient été suggérées par le désir de voir la chirurgie être assez puissante pour conserver des jours aussi précieux que ceux de notre tragédien célèbre, et qui n'a pas encore de successeur.

cience, il est évident que tout ce qu'on devrait exiger maintenant pour la *sûreté publique* c'est la permission des parens, l'examen des médecins-vérificateurs, et l'autorisation du commissaire de police du quartier.

Je dois prévenir les praticiens que dernièrement un médecin de mes amis, qui avait rempli toutes les formalités, excepté celle de la préfecture de police, et tout récemment, deux de mes élèves ont aussi été condamnés en police correctionnelle. Quelle peut être la cause de cet sévérité d'autorité?.. Je l'ignore. Ce n'est certainement pas le préjugé religieux ni le préjugé populaire, comme en Angleterre, et cependant nous ferons remarquer que depuis quelques années les Anglais sont en progrès sous ce rapport. L'autorité favorise les médecins de ce pays de tous ces moyens pour dissiper les préjugés. Comment se fait-il que chez nous cette rigueur augmente en raison inverse de l'Angleterre? Si la police persiste à maintenir cette mesure, elle pourra s'étendre peut-être aux hôpitaux, et c'en est fait alors de l'anatomie pathologique et des progrès de la médecine. Un gouvernement éclairé doit se hâter de faire disparaître ces entraves, qui nuisent aux progrès d'une science qui a aussi illustré notre pays.

(1) Sur Talma l'intestin a été examiné en place; sur Broussais, il a été enlevé et déchiré. Aussi, pour bien juger du rétrécissement du rectum et les rapports des lésions organiques, il aurait fallu examiner l'intestin en place, comme je le désirais, le fendre seulement au-dessus; alors, en passant le doigt dans la portion malade, on aurait acquis par la vue et le toucher des notions qui ont été détruites par l'arrachement et le déchirement de la partie malade.

(2) Voyez l'ouvrage de M. Tanchou, RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE ET DU RECTUM, Paris, 1835, page 239 et suivantes.

Que pourrait-on tenter dans des cas analogues à celui de Talma, c'est-à-dire dans les affections de la partie supérieure du rectum? . .

Je vais essayer de tracer la marche qu'il me paraît convenable de suivre.

Rarement on est appelé dès le début.

Rarement on reconnaît la maladie quand elle commence.

Supposons qu'on soit appelé pour une affection récente de la portion naturellement rétrécie; il faut d'abord mettre en usage tous les moyens médicaux, tels que les saignées, les sangsues, les lavemens émolliens, les révulsifs, la diète et le repos.

Si ces moyens ne suffisent pas, on peut employer les douches, le bassin étant relevé.

Si les symptômes persistent, on doit avoir recours à des moyens plus efficaces. Les mèches, dans ce cas, ne peuvent être employées, parce qu'on ne peut les porter aussi haut sans danger avec un mandrin métallique.

J'ai plusieurs fois employé avec avantage, lorsque le rétrécissement est peu dilatable ou peu avancé, de fortes bougies de cire grosses comme des chandelles et plus.

Lorsque le rétrécissement est formé, ce que l'on reconnaît par les épreintes, les difficultés de défécation, le retour instantané des lavemens, et surtout par les matières rubanées qui indiquent qu'elles passent à la filière, comme le jet de l'urine par un urètre rétréci, on doit, d'après ces données, soupçonner l'existence d'un rétrécissement du rectum, et faire une exploration attentive. Si le doigt ne peut atteindre le point rétréci, il ne faut pas désespérer, cependant, mais agir dans ce cas comme on le fait pour les rétrécissemens de l'urètre. Pourquoi ne traiterait-on pas les rétrécissemens du rectum comme ceux du canal excréteur de l'urine, avec quelques modifications. Tout ce qu'on peut faire pour les rétrécissemens de l'urètre est applicable à ceux du rectum. Plusieurs fois déjà j'ai eu occasion de me convaincre de ce que j'avance ici.

Une bougie ou sonde à empreinte est souvent fort utile pour indiquer où se trouve l'ouverture du rétrécissement, et surtout pour franchir l'obstacle; j'ai quelquefois employé ce moyen avec avantages; il faut, bien entendu, proportionner la bougie ou la sonde à empreinte, pour la grosseur et la courbure, suivant qu'on veut seulement mouler les parties ou chercher à franchir l'obstacle. L'instrument, garni d'un pinceau de cire molle, pénètre beaucoup mieux dans les sinuosités d'un rétrécissement, qu'une bougie qui en est dépourvue. C'est un fait bien positif et que j'ai constaté bien souvent, surtout pour l'urètre rétréci et difficile à sonder.

Lorsque les moyens que je viens d'indiquer ne suffisent pas, on doit employer toutes les ressources connues et en imaginer de nouvelles appropriées aux faits particuliers; comme je l'ai dit en commençant, on peut employer utilement les sondes courbes, élastiques et métalliques. Sur Talma, on ne s'est servi que de la sonde œsophagienne; si on eût employé une sonde largement recourbée, peut-être aurait-on pu pénétrer. Du moins, on aurait eu beaucoup plus de chances. Pour favoriser l'introduction des bougies et des sondes, on doit faire des injections, on peut aussi se servir utilement d'un dez armé d'une bougie ou d'un doigt artificiel.

Si malgré tous les essais les mieux combinés on ne réussit pas, et si l'on craint de faire une fausse route, on doit renoncer à ces tentatives; mais, dans quelques cas, on pourrait tenter d'établir une route artificielle par la ponction. Comme on l'a vu, Talma était dans les conditions les plus favorables à ce genre d'opération.

Enfin, s'il n'était pas possible de rétablir la voie par en bas, il faudrait avoir recours à l'opération de l'anus artificiel.

Les rétrécissemens carcinomateux ou cancéreux sont bien plus graves encore que les précédens, et presque toujours funestes quand ils ont acquis un certain développement.

Les affections carcinomateuses du rectum ne sont pas rares, mais elles le sont beaucoup cependant en les comparant à celles de l'utérus.

Ces altérations commencent, tantôt par des exubérances, des tumeurs indurées, et le plus souvent par des plaques bosselées ou ulcérées.

Il convient d'abord d'écarter les causes appréciables de la maladie, et d'avoir recours aux moyens médicaux les plus actifs, tels que la diète, les sangsues, les lavemens, etc.

Il faut toucher et voir assez souvent la partie malade, pour ne pas se laisser gagner de vitesse par la maladie.

Après avoir épuisé les moyens médicaux, il ne faut pas croire, comme on le pense généralement, que la chirurgie est dans ces cas impuissante. Il faut, au contraire, promptement lui demander des secours. En un mot, il faut faire pour les affections carcinomateuses du rectum, ce que l'on fait pour celles de l'utérus; et pour l'organe qui nous occupe, il est en-

core plus urgent d'agir promptement, parce qu'il est plus essentiel à la vie.

La cautérisation appliquée aux affections ulcéreuses du rectum est un moyen puissant et beaucoup trop négligé.

Maintenant que nous avons la possibilité de voir dans le rectum par le spéculum, il faut faire pour les affections ulcéreuses du rectum ce que l'on fait avec tant de succès pour celles de l'utérus, pour celles de la face, etc.

Personne ne conteste que l'on guérit les ulcères de la face; pour ma part, j'en ai guéri un hon nombre de la plus mauvaise espèce, et de ceux qu'un désigne sous le nom de *noli me tangere*, Je crois donc avoir préservé les malades d'un envahissement cancéreux par la cautérisation et les moyens auxiliaires. J'en puis dire autant des ulcères du col de l'utéros.

S'il est hien démontré maintenaot, et pour moi j'ai l'intime conviction que, lorsqu'on est appelé avant que la maladie ait fait trop de ravages, on guérit par la cautérisation les ulcères du col ntérin de la plus mauvaise nature, pourquoi n'en serait-il pas de même de ceux du rectum?

Le point important, c'est d'être appelé à temps et d'agir convenablement. On est appelé à temps quand l'affection ne dépasse pas le col; on est appelé trop tard quand on trouve que la maladie a envahi l'organe et même les tissus voisins, que le col utérin est boursoufflé et représente un renflement cancéreux dont on ne peut pas apprécier les limites. Tous les praticiens qui ont une conviction arrêtée sont comme moi profondément attristés quand ils sont appelés pour de malheureuses femmes qui ont des affections incurables, soit parce qu'elles n'ont rien fait, et plus malheureusement encore parce qu'elles ont employé des moyens insignifians conseillés par des médecins qui ont négligé plusieurs mois, pendant un an et plus de toocher et d'examiner au spéculum; l'aveuglement des malades et des médecins dans ces cas est bien déplorable, et nous constatons trop souvent ce fait affligeaot. Je pourrais citer des exemples récens de victimes de l'incurie, on d'une médecine mensongère et insignifiante.

La coodition des femmes est d'autant plus à plaindre dans ces cas, qu'elles savent trop tôt souvent le sort qui les attend, quand elles finissent par reconnaître qu'elles ont un *ulcère de la matrice*; mais en général leur résignation égale leur courage; c'est alors qu'on regrette l'impuissance de la chirurgie, malgré les efforts tentés par MM. Récamier, Dupuytren, Lisfranc, etc.

Cette digressioo sur les affections de l'utérus m'était nécessaire pour me permettre de dire avec force aux praticiens que c'est un devoir pressant et sacré pour eux de toncher et d'explorer avec le spéculum dès qu'ils sonpçonnent la moiodre altération de l'utéros.

Tout ce que je viens de dire des affections carcinomateuses du col otérin s'applique complètement aux maladies de la même nature qui attaquent le rectum.

Sans donte la cantérisation est hien plus difficile à appliqoer dans le rectum que dans le vagin; mais ce n'est pas une raison pour ne pas chercher à vaincre les difficultés et à profiter de cette précieuse ressource pour empêcher, dès le déhut, le développement d'une maladie si funeste.

Ponr les ulcérations on fongosités do col de l'utérus, je donne la préférence aux caustiques solides comme le nitrate d'argent, la potasse canstique en gros cylindres; les caustiques liquides ne sont pas aussi faciles à manier; ils bavent souvent malgré toutes les précautions.

Je fais de même pour le rectum, et ici l'avantage est encore bien mieux senti, car on circonscrit le cul : il est borné par la circonférence du spéculum. Il n'en est pas de même de la partie du rectum sur laquelle on veut agir. Cependant en se servant de mon *speculum ani*, on peut presque avoir le même avantage; mais sur le rectum il faut agir avec beancoup plus de réserve encore que sor l'utérus, parce que les parois de l'intestin sont molles et minces.

La dilatation et la compression après la chute des escarres ne doivent pas être négligées. La dilatation seule préconisée par Desault ne peut être considérée que comme un moyen palliatif on auxiliaire de la cautérisatioo, à moins que l'affectioo ne soit vénérienne, comme dans presque tous les cas rapportés par ce grand chirurgien.

Lorsqu'il existe des tumeurs pédiculées dans le rectum, on peut les attaquer par la cantérisation, l'écrasement, l'excision on la ligature; mais je donne la préférence à ce dernier moyeu.

La ligature des tumeurs du rectum est infiniment préférable à l'excision, parce qu'elle ne fait redouter aocun des accidens de la division brusque et particulièrement l'hémorragie.

Pour faire la ligature, je me sers de fil de soie très fin et très fort; par ce moyen je serre aussi fortement que possible, et je n'ai jamais eu d'accidens,

Si le pédicule de la tumeur est trop gros, je remplace le fil de soie par un fil d'argent que je serre au moyen d'un petit serre-nœud en T.

Lorsqu'il est trop difficile ou impossible de lier les tumeurs, on peut quelque fois avoir recours à l'écrasement. C'est un moyen fort utile et que j'emploie assez souvent quand il faut agir à une grande profondeur et dans le voisinage d'organes importans, et surtout des vaisseaux et des nerfs.

L'excision des tumeurs du rectum est en général un moyen très expéditif et commode; mais comme il est fort dangereux, il faut être très réservé dans l'emploi de ce procédé, parce que le rectum est extrêmement vasculaire.

Les hémorragies suite de l'excision doivent rendre très circonspect dans l'emploi de ce moyen. Les accidens arrivés à la suite de son emploi sont très fréquens et ont été trop souvent funestes. Les praticiens doivent donc être sur leurs gardes quand ils lui donnent la préférence, ou s'ils sont forcés d'y avoir recours.

Lorsque la maladie affecte les parois du rectum et qu'elle a envahi toute la circonférence d'une partie de cet intestin, si la cautérisation était impossible, fandrait-il avoir recours à l'extirpation de la partie malade?

L'ablation d'une partie du rectum est une opération extrêmement grave; il faut bien en peser les chances avant de l'entreprendre.

Je crains qu'on ne puisse dire, d'après les résultats, qu'il en est de l'extirpation d'une portion du rectum comme de celle de la matrice : rarement elle réussit.

Enfin lorsqu'on ne peut vaincre l'obstacle et détruire la maladie, s'il n'existe pas de complication et de contr'indication, il ne reste plus qu'un moyen pour essayer de prolonger les jours du malade, c'est d'établir un anus artificiel.

Sans doute, c'est acheter la vie bien cher que de la devoir à une infirmité si dégoûtante; mais qui ne voudrait à ce prix avoir pu conserver quelques années de plus Talma, Broussais, et tons ceux qui sont morts trop tôt par la même cause?

Il y a plusieurs années, j'ai été appelé par M. le docteur Bousquet pour donner des soins à M. de Saint-A.... Il avait une obstruction du rectum, les purgatifs et les moyens mécaniques furent impuissans; il nous était impossible de vaincre l'obstacle qui était situé très haut dans le hassin. Après avoir inotilement attendu plusieurs jours l'effet des purgatifs et des moyens mécaniques, la tympanite stercorale se déclara, et alors au lieu de laisser mourrir le malade des suites de la rétention des matières fécales, je proposai d'établir un anus artificiel; ma proposition ne fut pas acceptée. Le malade mourut quelques jours après. On ne nous permit pas de l'ouvrir.

M. Bousquet, en faisant des recherches sur cette maladie, me dit qu'il existait un fait en faveur du moyen que je proposais, et qu'il se trouvait dans le mannel d'Odier, de Genève. En effet, dans le MANUEL DE MÉDECINE PRATIQUE de Louis Odier, de Genève (2ᵉ éd. 1811, p. 274), on trouve qu'après avoir parlé des moyens propres à combattre la tympanite stercorale, tels que l'huile de ricin, les pilules de Pringle, des lavemens, des suppositoires fort actifs, il ajoote : « Ou enfin, par l'entérotomie que j'ai vu faire avec succès; c'était sur une malade, âgée de 70 ans, qui, après une diarrhée de quelques mois, se trouva constipée au point que les purgatifs les plus forts furent sans effet; le ventre se tendit et devint douloureux. Il survint enfin des symptômes très prononcés de gangrène, et une mort prochaine semblait inévitable. Daos cette extrêmité nous résolûmes de tenter l'opération, et elle réussit. M. Fine qui la pratiqua fit une incision dans la partie de l'abdomen qui était plus saillante; il retint ensuite l'intestin à la surface de la plaie, en passant au travers du mésentère un fil qu'il assujétit sur les côtés du ventre par des bandelettes d'emplâtre agglutinatif. Il ouvrit enfin l'intestin par une incision assez longue pour donner issue aux matières fécales qui en sortirent en abondance. La tension et les symptômes de gangrène diminuèrent d'abord et cessèrent entièrement peu de jours après. L'intestin contracta hientôt avec les hords de la plaie des adhérences qui rendirent le fil inutile. Il s'y forma un anus artificiel, par lequel les matières fécales sortaient, non pas continnellement comme nous nous y étions attendus, mais une ou deux fois par jour seulement, et avec un sentiment de hesoin préalable, qui donnait à la malade le temps de préparer le petit pansement nécessaire pour ne pas se salir. A cette incommodité près, elle fut pendant plus d'un an assez bien pour aller et venir et faire toutes ses fonctions. Alors elle devint hydropique et mourut; à l'onverture on trouva une tumeur fort dure, qui comprimait l'intestin rectum à son origine, et l'oblitérait entièrement. »

Le fait qui précède est extrêmement précieux, mais il manque de détails importans.

Remarquons d'abord que c'est sur une femme de 70 ans qu'a été pratiquée une opération aussi grave; déjà il y avait des symptômes de gangrène, et l'opération a réussi, malgré une pareille complication; on dit que l'ouverture du ventre a été faite dans le point le plus saillant, sans doute au

milieu. On ne dit pas quel est l'intestin qui a été ouvert; il est probable que c'est le colon transverse. Quoi qu'il en soit, le fait reste. Il suffit pour engager les chirurgiens à suivre cette conduite éclairée et courageuse.

Depuis que je connais le fait précieux de Fine cité par Odier, j'ai inutilement cherché dans les manuels d'opération et même dans les traités de médecine opératoire et de chirurgie. On ne parle que de l'anus artificiel chez les enfans; mais j'ai trouvé dans les journaux et les dictionnaires de médecine quelques autres faits analogues à celui de Fine qui ont encore fortifié mon opinion et étayé les raisons qui militent en faveur de cette opération hardie.

En 1814, le docteur Martland a pratiqué avec succès l'opération d'un anus artificiel sur un homme robuste dont le rectum était complètement obstrué par une tumeur. Ce fait a été publié dans l'EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL, octobre 1825, p. 271.

En 1817, le docteur Freer, de Birmingham, a pratiqué une opération d'anus artificiel sur un homme, âgé de 47 ans, qui mourut le dixième jour.

En 1820, Pring a pratiqué avec succès la même opération sur une femme, âgée de 66 ans. Ces deux faits ont été publiés dans le LONDON MED. PHYS. JOURNAL, 1821 (1).

D'après les faits que je viens de rapporter, on voit que cette grave opération a réussi trois fois sur quatre des faits connus; tandis que chez les enfans, elle n'a réussi que trois fois sur un grand nombre de tentatives.

Aux faits concluans en faveur de l'opération de l'anus artificiel, nous devons ajouter l'opinion de Dupuytren. Dans son article *anus anormal* du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES; il approuve et conseille complètement l'opération de l'anus artificiel dans les cas analogues à celui Talma.

L'établissement d'un anus artificiel est un parti violent qu'on ne peut prendre qu'en désespoir de cause et après avoir vainement attendu l'efficacité de tous les autres moyens. Sans doute, il ne faut pas se presser; on ne doit pas tenter trop tôt une pareille opération; mais aussi il ne faut pas le faire trop tard. Il convient de prendre toutes les précautions possibles, et de n'y avoir recours qu'après de sérieuses réflexions, et après l'avoir décidée en consultation avec les hommes les plus capables; du reste il est bien probable qu'on la fera en général plutôt trop tard que trop tôt.

L'ouverture de l'intestin est comme la ponction de la vessie, l'une vaut l'autre; ce sont les mêmes indications qui doivent porter à tenter des opérations aussi périlleuses. La tympanite stercorale qui résiste à tous les autres moyens est, en général, le symptôme le plus saillant d'une affection extrêmement grave et presque toujours mortelle.

Déjà plusieurs fois j'ai été appelé dans des cas de cette espèce, et lorsqu'il y avait un obstacle insurmontable au cours des matières et même des gaz.

Après m'être convaincu de l'existence d'une affection organique, et avoir épuisé toutes mes ressources, j'ai proposé et insisté fortement sur la nécessité d'établir une autre voie à l'intestin bouché complètement; mais, je dois le dire, je n'ai pas été secondé par la majorité des consultans, et par les malades eux-mêmes.

J'avoue que si je trouvais l'occasion d'établir un anus artificiel, je serais fort embarrassé sur le choix du procédé; car il est difficile de dire, d'après les résultats, quel est le plus avantageux, parce qu'on ne connaît guère que le succès; d'ailleurs ils n'ont pas tous été également tentés; celui de Callisen, par exemple, n'a été appliqué sur le vivant qu'une fois par M. Roux; c'était sur un enfant imperforé qui mourut deux heures après l'opération.

Un seul fait ne suffit pas pour faire rejeter un procédé, comme le font tous ceux qui en parlent sans prendre la peine de donner des raisons et sans dire même s'ils l'ont essayé; beaucoup de motifs me porteut à croire qu'ils n'ont pas suivi le conseil que je donne plus loin pour apprécier les trois procédés à leur juste valeur.

Malgré les succès obtenus par l'opération de Littre, je ne puis m'empêcher de dire que le meilleur procédé est, à mon avis, celui qui permet d'amener facilement les orifices de l'intestin divisé, au niveau de la plaie sans intéresser le péritoine.

Du reste, pour bien juger cette question, il faut essayer les divers procédés. Sur le même cadavre, on peut les exécuter tous les trois et les comparer.

En ouvrant la région lombaire gauche en avant, pour aller chercher le colon, on s'aperçoit de suite qu'on ne peut amener l'intestin à la peau, parce qu'il est profondément situé et attaché au fond de cette région. Par conséquent, il ne faut pas insister sur ce procédé; il doit être abandonné complètement.

Si on ouvre l'abdomen dans la fosse iliaque gauche, à un pouce en avant de l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, on tombe sur le commencement de l'S iliaque, au moment où le colon passe de la région lombaire dans le bassin, là où il forme un anse qu'on trouve facilement, et qu'on amène aisément à la peau, surtout en prenant l'anse le plus bas possible.

Sur le même cadavre, on peut pratiquer le procédé de Callisen. Pour cela on retourne le sujet, et on fait une incision en arrière de la région lombaire parallèlement au bord externe du muscle carré des lombes.

En réfléchissant au procédé de Callisen, j'ai pensé qu'il serait beaucoup plus avantageux, sous tous les rapports, de faire l'incision en travers de la région lombaire, au lieu de la faire en long. D'abord on voit mieux ce qu'on fait, et par conséquent on est plus sûr de découvrir l'intestin et de l'attirer au-dehors sans intéresser le péritoine. En outre, par cette simple modification de l'incision, on évite beaucoup de vaisseaux et de nerfs importans.

Sur le même cadavre, on peut de suite se convaincre de ce que je dis en faisant une incision en travers, au-dessus et au-dessous de la terminaison de la première.

Les faits observés sur l'homme et les nombreuses expériences que j'ai faites sur les animaux vivans pour établir un anus artificiel et le guérir ensuite m'ont appris que la première condition du succès c'est de faire saillir plus ou moins les bouts de l'intestin, surtout le supérieur, et de les assujetir fortement à la peau, afin d'empêcher leur rétraction; car le moindre épanchement de bile ou de matière fécale détermine des inflammations mortelles en peu de temps. Le fil que l'on conseille généralement de passer dans le mésentère me paraît un moyen dangereux et insuffisant; il est bien préférable, sous tous les rapports, de faire la suture des bouts de l'intestin en l'attachant à la peau.

Comme on vient de le voir, d'après les expériences que j'ai faites sur les cadavres et sur les animaux, je serais bien tenté de donner la préférence au procédé de Callisen, puisque c'est celui qui permet le mieux de suivre les deux conditions essentielles, c'est-à-dire d'amener facilement les bouts de l'intestin au niveau de la peau, et c'est le seul dans lequel on puisse éviter d'intéresser le péritoine. De plus, on n'a pas à redouter la sortie des intestins grêles, comme par le procédé de Litre.

Il n'est pas inutile de faire remarquer que, lorsqu'on pratique cette opération sur l'homme, le gros intestin est distendu par des matières fécales et des gaz. Cette disposition rend l'opération plus facile et permet d'éviter, plus sûrement encore, d'intéresser le péritoine; mais cette condition n'est pas nécessaire, comme on peut s'en convaincre, en essayant ce procédé sur le cadavre.

Maintenant, supposons l'anus anormal établi par le procédé de Callisen, comparons-le à celui de Litre, c'est-à-dire vis-à-vis la fosse iliaque gauche. Il me semble qu'il y aurait, sous tous les rapports, autant et plus d'avantage à avoir un anus anormal en arrière qu'en avant de l'abdomen.

Je livre ces remarques aux praticiens. Pour juger sainement, il suffit, comme je l'ai déjà dit, d'essayer sur le cadavre et de comparer. Du reste, c'est un devoir, car il s'agit ici de la haute chirurgie, de la chirurgie exceptionnelle. Il faut être bien préparé pour être prêt à agir consciencieusement dans l'occurrence, et, pour être en mesure, il faut méditer et faire des expériences sur le cadavre et même sur les animaux vivans, avant d'oser l'appliquer sur l'homme, et ce genre d'essai est complètement négligé dans les cours d'opération. On est bien sûr de soi quand on a essayé, comparé et médité les divers procédés relatifs à un mode opératoire. Cette règle de conduite, qui est applicable à toutes les opérations, est bien plus indispensable encore quand il s'agit d'une opération fort insolite et qui fait peser sur le chirurgien une si grande responsabilité. Après ces conditions essentielles, il y en a une autre plus importante encore. Pour pratiquer consciencieusement la chirurgie, il faut se supposer à la place du malade pour s'identifier avec lui autant que possible et compatir véritablement à sa situation. Dès qu'on y est parvenu, il suffit de s'adresser à soi-même la question suivante : Si j'étais en pareille occasion, me laisserais-je faire l'opération que je propose et que je crois indispensable? Si la réponse est affirmative, on peut opérer sans crainte de remords; c'est ce que je fais et ce que je conseille aux chirurgiens qui suivent mes cours. Il est surtout utile d'en agir de la sorte lorsque le cas est urgent, lorsqu'on n'a pas la possibilité d'avoir des consultans, lorsqu'enfin on est réduit à ses propres forces. C'est alors qu'on peut tirer un grand parti de cette consultation intérieure avec soi-même.

Malgré toutes ces précautions, il n'est pas inutile de faire remarquer la difficulté de la chirurgie et des grandes opérations quand elles s'appliquent surtout à des hommes comme Talma et Broussais.

(1) Ils ont été traduits en entier dans une brochure de M. Costallat intitulée ESSAI SUR UN NOUVEAU MODE DE DILATATION, PARTICULIÈREMENT APPLIQUÉ AUX RÉTRÉCISSEMENS DU RECTUM, Paris 1834, p. 79 et suivantes.

Sans doute, la chirurgie est périlleuse pour l'opérateur quand il a fait sur des personnes éminentes; mais avec un jugement droit et ferme et en agissant avec une grande circonspection, le chirurgien doit aussi ne pas trop s'en préoccuper; il doit même, pour agir librement, se débarrasser decette gêne et ne voir que le salut du malade. Enfin, après mûres réflexions, il faut proposer tout ce qu'il conviendrait de faire sur tout autre malade et appeler les hommes les plus éclairés et les plus consciencieux à donner leur avis. S'ils approuvent l'opération proposée, on n'a plus que la responsabilité de l'exécution ; quoiqu'elle soit grande et immense et qu'elle fasse quelquefois reculer les hommes le plus haut placés, il faut avoir le courage de sa position, et c'est ici le cas de dire : « Fais ce que dois, advienne que pourra. »

On est bien fort quand on a la vérité et la droiture pour soi. La calomnie même est souvent impuissante ou facilement confondue.

Ces réflexions pratiques, jetées à la hâte, à l'occasion de la maladie de Broussais, prouvent évidemment qu'il ne faut jamais abandonner les malades qui ont le malheur d'être affectés des maux les plus difficiles à guérir, ou même incurables, et, pour s'excuser, il ne suffit pas de dire qu'on les croit au-dessus des ressources de la chirurgie; car il est certain qu'avec une persévérance éclairée et courageuse on triomphera souvent des difficultés qu'on aurait pu croire insurmontables, et l'on parviendra, j'espère, à sauver ou, au moins, à prolonger la vie de malades qu'on regarde généralement comme voués à une mort certaine.

CHIMIE PATHOLOGIQUE.

NOTE SUR LA PRÉSENCE DU SUCRE DANS LE SANG DES DIABÉTIQUES; par le docteur REES (1).

Jusqu'ici les chimistes les plus expérimentés n'ont pu découvrir le sucre dans le sang des diabétiques et même jusqu'à une époque encore toute récente, on supposait que le sérum n'en contenait pas de traces, même dans les cas de diabète les plus violens et les plus prolongés. Quelques expériences faites dans ces derniers temps par M. Grégor, de Glascow, paraissent bien mettre hors de doute que non seulement le sang et l'urine contiennent du sucre, mais encore plusieurs fluides sécrétés; cependant on n'était point encore parvenu à séparer du sérum du sang la matière sucrée sous sa forme caractéristique. Je dois pourtant excepter Ambrosiani qui indique une méthode par laquelle il a réussi à l'extraire sous forme cristallisable. Voici la méthode qu'il dit avoir suivie : Après avoir étendu le sang dans l'eau, on le fait bouillir afin de séparer autant que possible l'albumine et l'hématosine. On filtre ensuite le liquide clair et on le précipite par le diacétate de plomb. On fait disparaître l'excès de plomb par un courant de gaz hydrogène sulfuré; puis après avoir séparé le précipité, on fait bouillir avec des blancs d'œuf; on filtre et on évapore jusqu'à consistance d'un sirop; celui-ci, si on le laisse exposé à l'air libre pendant plusieurs semaines dépose des cristaux de sucre diabétique. Ambrosiani assure que par cette méthode, il a réussi à extraire le sucre du sang, et bien que je ne l'aie pas suivie, je suis cependant porté à croire qu'elle peut fournir des résultats satisfaisans; car j'ai remarqué que la présence de l'urée dans le sang des diabétiques s'oppose à ce que le sucre soit mis en évidence, et cette méthode me semble avoir pour effet de détruire en grande partie ce principe.

La méthode que j'ai adoptée fournira du sucre d'une grande pureté, bien qu'elle ne nous permette pas d'en apprécier avec précision le poids. Voici en quoi elle consiste :

On fait évaporer jusqu'à siccité la masse du sang (2) par le bain marie; puis cette masse desséchée, après avoir été divisée, est soumise à l'eau bouillante pendant plusieurs heures : la solution aqueuse est filtrée, évaporée jusqu'à siccité, et le résidu, desséché de nouveau, digéré dans de l'alcool à 0, 825 de pesant. spécif. Cette solution alcoolique est filtrée elle-même, ou décantée avec soin, évaporée jusqu'à siccité, et la masse sèche traitée plusieurs fois par l'éther rectifié qui dissout l'urée et un peu de matière grasse, laissant le sucre mélangé avec l'osmazome et le chlorure de sodium. Cette masse est dissoute dans l'alcool, et la solution en s'évaporant spontanément dans un vase en verre plat fournit des cristaux mélangés de chlorure alkalin et de sucre diabétique, qu'il est facile de distinguer l'un de l'autre et de séparer mécaniquement en les faisant tomber dans l'alcool où le chlorure va au fond, tandis que le sucre qui surnage peut être enlevé facilement à l'aide d'une spatule. On doit éviter, comme on le pense bien, de laisser l'alcool longtemps en contact avec les cristaux; car il les redissoudrait bientôt. Je suis bien étonné que, depuis longtemps déjà, on n'ait pas encore constaté la présence du sucre dans le sang des diabétiques, et même sans le séparer; car le sérum du sang mélangé avec l'eau fournit, au bout de quelques jours, de l'acide carbonique; ce qui, en tenant compte du goût douceâtre et de l'odeur siropeuse de l'extrait alcoolique évaporé suffit pour indiquer la présence du sucre.

Je joins ici l'analyse de mille grains de sérum diabétique que le docteur Bright a eu l'obligeance de me faire remettre. La pesanteur spécifique de l'urine des malades était de 1,048. Voici la composition du sérum :

Eau	908, 50
Albumine (fournissant par l'incinération des traces de phosphate de chaux et d'oxide de fer)	80, 35
Matières grasses	0, 95
Sucre diabétique	1, 80
Extractif animal, soluble dans l'alcool, urée	2, 20
Albuminate de soude	0, 80
Chlorure alcalin avec traces de phosphate, carbonate alkalin, et traces de sulfate, résultat de l'incinération	4, 40
Perte	1
	1000, 00

Je désire qu'il soit bien compris que la proportion du sucre diabétique indiquée dans le tableau n'est donnée que d'une manière approximative, car il est impossible de la séparer complètement de toute impureté, et, en outre, il est impossible d'estimer la perte qui est éprouvée pendant la manipulation et qui doit être considérable.

Les sels alkalins contenaient une trace d'un phosphate terreux mélangé.

On remarquera, en comparant cette analyse avec celle du sérum du sang à l'état normal, que nous avons ici un grand excès de matière soluble dans l'alcool, tandis que l'albuminale de soude est plutôt en moindre proportion qu'à l'état normal. Les sels alkalins sont aussi en petite proportion, puisque je n'en ai trouvé que 4, 40 grains sur 1000 grains de sérum, tandis qu'à l'état de santé on en trouve de 7 à 8 grains pour mille.

J'attribue le succès avec lequel j'ai réussi à obtenir du sang de diabétique le sucre sous la forme caractéristique, à l'emploi surtout de l'éther qui le sépare de l'urée et de la matière grasse. L'éther du commerce spécialement dont la pesanteur spécifique est 0,754, et qui contient un peu d'alcool, est un dissolvant actif de l'urée, tandis qu'il n'exerce aucune action sur le sucre diabétique.

(1) GUY'S HOSPITAL REPORTS, octobre 1838.

(2) Dans les expériences j'en employais 12 onces.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OSTÉOSARCOME DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE; DÉSARTICULATION ET AMPUTATION DE LA MOITIÉ DROITE DE CET OS; par M. LISFRANC, chirurgien en chef de l'hôpital de la Pitié; observation recueillie et communiquée par M. AM. FORGET, interne.

Madame D..., âgée de 50 ans, a toujours joui d'une bonne santé; d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une bonne constitution, très exactement réglée: elle a cessé de l'être depuis deux mois, sans éprouver aucun accident.

Vers les premiers jours d'avril, elle entra à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Lisfranc, pour y être traitée d'une affection de la mâchoire inférieure.

ANTÉCÉDENS. Cette dame nous apprend qu'il y a dix ans, peu de temps après s'être fait nettoyer les dents, qu'elle a toujours eues assez mauvaises, il se développa un gonflement de la gencive au niveau des dents petites molaires droites de la mâchoire inférieure.

Combattu vainement par des gargarismes astringens, ce gonflement avait acquis, cinq ans plus tard, le volume et la forme d'une petite noix. Une opération fut alors pratiquée; des parties molles et quelques fragmens osseux furent enlevés. Après deux mois de traitement, la cicatrisation fut obtenue. Depuis, madame D... évita de faire servir le côté droit de la mâchoire à l'acte de la mastication, à cause d'une douleur sourde vivement exaspérée par les parcelles d'alimens engagées et retenues dans les sinuosités alvéolaires. Enfin, trois dents affectées de carie furent arrachées depuis cette opération. Madame ... nous raconte que l'avulsion d'une d'entre elles, immédiatement en rapport avec le siége primitif de sa maladie, lui causa de très vives douleurs, et fut reprise à trois fois par le dentiste.

ÉTAT ACTUEL. La joue droite, presque doublée de volume, accuse à l'extérieur la forme ovoïde qu'a imprimée à l'os maxillaire inférieur correspondant un développement excentrique considérable. En abaissant la lèvre inférieure et en soulevant la joue, on voit en effet que toute la portion latérale droite du corps de cet os ressemble assez exactement à un gros œuf de poule. Le tissu

des gencives, bosselé, inégal, a une consistance fibreuse et un aspect lardacé.

Le bord alvéolaire, dégarni de ses dents molaires, présente une couche de parties molles, fongueuses, et en quelques points un ramollissement pultacé. La face interne d'une partie de l'os se dérobe à l'examen, l'abaissement de la mâchoire inférieure étant rendu très volumineux et presque nul par un engorgement sub-inflammatoire des ganglions lymphatiques sous-maxillaires et des parties molles situées dans l'échancrure parotidienne. Cet engorgement, qui a envahi la région latérale du cou dans une certaine étendue, masque les vaisseaux carotidiens, autour desquels il semble se prolonger. La peau est chaude, légèrement rouge; la malade a de la fièvre.

Soins préliminaires. M. Lisfranc prescrivit l'emploi des antiphlogistiques locaux. Plusieurs applications de sangsues furent faites autour de la sphère morbide; des onctions avec l'axonge furent répétées trois fois par jour; des lavemens laxatifs, des boissons émollientes furent administrés.

Sous l'influence de cette médication, les phénomènes inflammatoires ne tardent pas à perdre de leur intensité pour bientôt disparaître complètement. Disons que deux petits abcès circonscrits se formèrent au voisinage et en arrière de l'angle de la mâchoire. Leur ouverture par l'instrument donna issue à un pus phlegmoneux de bonne nature.

La tuméfaction diminua; mais cette suppuration superficielle fut loin de produire la fonte des indurations profondes : celles-ci persistèrent autour de la base et le long de la branche de l'os maxillaire.

Quand elles furent complètement indolores, le chirurgien dirigea contre elles l'emploi des fondans. Les frictions faites matin et soir avec la pommade d'iodure de plomb, puis la compression à l'aide de disques d'agaric et de circulaires de bandes achevèrent de rendre aux tissus leurs propriétés normales. Ce résultat est on ne peut plus complet au bout de trois mois et permet de recourir à l'opération, vivement sollicitée par la malade, dont l'état général s'est singulièrement amélioré depuis que l'abaissement de la mâchoire a permis de lui donner une alimentation plus substantielle.

Au moment de se décider sur la nature de l'opération qui sera pratiquée, le chirurgien se livre à un nouvel examen de la maladie.

La joue droite a perdu un tiers de son volume; la saillie qu'elle forme est entièrement due au gonflement de l'os et au sarcôme, sur lequel le traitement médical ne pouvait aucunement agir. Il n'existe plus d'induration au pourtour de la mâchoire.

Les artères carotides se dessinent très-distinctement, leur situation est bien appréciable.

La maladie de l'os en avant s'arrête au niveau de la seconde incisive droite.

En arrière, la possibilité d'abaisser la mâchoire et d'établir entre elle et l'arcade dentaire supérieure un écartement d'un pouce et quart, permet de constater l'extension du mal jusqu'un peu au delà de l'angle. Plus loin, il est très difficile de porter l'exploration. Aussi, quoiqu'à l'extérieur la branche se dessine assez nettement sous les tégumens, il reste du doute sur son intégrité, surtout en arrière. Le col de l'os et l'articulation temporo-maxillaire sont sains; le jeu de la mâchoire facile et indolore l'indique suffisamment. L'apophyse coronoïde ne paraît pas sensiblement plus volumineuse.

Opération. Le 14 août 1838, M. Lisfranc procéda à l'opération de la manière suivante :

La malade, couchée sur le côté gauche, à la tête soutenue par un oreiller un peu ferme, formant, avec l'horizon, un angle de 30 à 35 degrés, afin que le sang eût moins de tendance à se porter dans l'arrière gorge. Le chirurgien se place à sa droite; près de lui un aide a pour fonction de maintenir sous ses doigts les artères carotides, surtout au moment où le bistouri se rapprochera de leur direction.

Incision et dissection des parties molles. La lèvre inférieure, portée en haut et en avant, est tendue au devant de l'instrument; l'incision commencée au côté gauche de la dent laniaire droite, vint tomber à une ligne en arrière du bord inférieur de la mâchoire, pour remonter ensuite, en décrivant une légère courbure à convexité inférieure, le long de la base de l'os jusqu'à son angle, et finir à quatre lignes au-dessus. L'opérateur disséqua le lambeau circonscrit par l'incision, le corps de la mâchoire fut dénudé, et la cavité buccale, largement ouverte, permit d'explorer plus sûrement l'état de la branche sur lequel il restait quelque doute. Enveloppée par des tissus indurés et squirrheux, elle ne put être conservée; aussi le chirurgien, comme il en avait prévu la possibilité, se voyant obligé de désarticuler le condyle, n'hésita pas à prolonger l'incision des parties molles, jusqu'au-dessus de la cavité glénoïde du temporal. La dissection fut continuée jusqu'à la racine de l'apophyse zygomatique, et le vaste lambeau formé par la joue entière fut renversé sur l'œil et le front. Dans ce temps de l'opération les artères labiales, maxillaires et faciales furent tordues à mesure que le bistouri les intéressa.

Section de l'os. — Pour opérer la section de l'os, l'opérateur arracha la dent laniaire, la scie devant faire sa voie sur son alvéole. La dépression très considérable du menton chez cette femme ne permit point de chercher un point d'appui contre la mâchoire supérieure; on fut obligé, pour éviter de froisser et de déchirer la lèvre supérieure, de maintenir solidement abaissé l'os maxillaire inférieur, et de le scier dans cette position.

On le détacha ensuite des parties molles qui constituent le plancher de la bouche, à l'aide d'un bistouri boutonné dont le tranchant fut dirigé vers l'os, de manière à former avec son arc un angle à sinus antérieur de 20° environ.

A mesure que les insertions musculaires sont coupées, le corps de la mâchoire est porté en bas et en dehors, afin de s'éloigner le plus possible de la base de la langue et de la partie supérieure du pharynx.

Désarticulation. — Après avoir détruit les attaches des muscles temporal et ptérygoïdien, M. Lisfranc attaque l'articulation par son côté interne, afin d'éviter l'artère carotide externe très rapprochée du col de l'os : pour cela il déjette fortement en dehors.

La mâchoire fait saillir le condyle sous la capsule articulaire qu'il incise en dedans et un peu en avant. A l'instant même le condyle s'échappe, pour ainsi dire, par énucléation.

Alors il achève de détruire les moyens d'union à l'aide de ciseaux mousses conduits sur le doigt indicateur de la main gauche; il manœuvre lentement par petits coups, ainsi il parcourt toute l'étendue de la cavité articulaire dans la direction de son diamètre transverse; on tombe sur le ligament latéral externe qui protège l'artère carotide située en arrière, et on le coupe avec précaution : aussi ce vaisseau resta-t-il intact. Il fallut, dans ce second temps de l'opération, tordre plusieurs vaisseaux, entre autres l'artère dentaire inférieure et les ptérigoïdiennes.

Une fois l'os enlevé, la malade fut prise d'un accès de suffocation déterminée par le sang qui se portait vers l'isthme du gosier. On la fit asseoir, on détergea la plaie; elle vomit alors à plusieurs reprises du sang qu'elle avait avalé pendant l'opération. La langue se porta un peu en arrière, mais elle reprit bientôt sa position, retenue par la plupart des muscles de la région sus-hyoïdienne.

Le lambeau abandonné à lui-même s'appliqua par son propre poids sur cette vaste solution de continuité qu'il recouvrit exactement.

La malade fut portée à son lit, et trois heures après l'opération on procéda au pansement.

Pansement. Treize points de suture entortillés maintinrent les bords en contact. Une compresse fenêtrée enduite de cérat, un léger plumasseau de charpie, une mentonnière, ce fut tout l'appareil.

Une potion antispasmodique fut prescrite pour combattre le spasme nerveux profond auquel la malade est livrée.

Cinq heures après l'opération, céphalalgie, abattement, pouls petit, fréquent.

Le lendemain le lambeau est chaud, un peu tuméfié et légèrement rouge; douleur de tête, prostration moindre.

Onctions avec l'axonge, pédiluves sinapisés, bouillon de poulet.

Au troisième jour la malade a le pouls presque normal, elle prend deux cuillerées de potage. On enlève trois épingles.

Le quatrième jour six épingles sont enlevées.

Au sixième jour toutes ont été retirées. La réunion a lieu partout; excepté au point correspondant à la cavité articulaire où il existe de la suppuration. On en observe aussi un peu à la partie inférieure.

Au septième jour la malade mange deux potages.

La suppuration, qui jusqu'alors a été plus abondante à l'intérieur de la bouche, a beaucoup diminué : la tuméfaction de la joue n'existe plus. La malade a repris des forces.

Au neuvième jour il se fait une hémorragie à l'intérieur de la bouche. On l'arrête sans peine par des gargarismes astringens, et des morceaux d'agaric introduits dans la cavité buccale.

Au douzième jour la guérison est achevée.

Examen de la malade six semaines après l'opération. Le 25 septembre M. Lisfranc présente à l'Académie de médecine madame D....

Lorsqu'elle entra dans la salle la tête couverte de son chapeau et d'un bonnet dont les brides nouées sous le menton encadrent son visage, il eût été impossible surtout en la regardant de face, de soupçonner la vaste déperdition de substance éprouvée par l'os maxillaire inférieur.

Madame D*** ôte sa coiffure; alors on observe que la cicatrice est tout-à-fait linéaire et peu apparente.

Il existe un aplatissement du côté droit de la face.

La commissure labiale droite se dévie un peu en bas et en arrière; cette déviation s'accompagne d'un froncement léger de la lèvre inférieure.

L'extrémité de la moitié gauche du corps de l'os maxillaire se trouve plus à droite et en arrière que dans les premiers jours qui suivirent l'opération. Le menton a donc suivi une déviation dans le même sens.

Il résulte de là que l'arcade dentaire inférieure est située sur un plan postérieur à celui de l'arcade dentaire supérieure et que dans l'acte de mastication, madame D***, pour rétablir les rapports normaux, presse avec le doigt sur l'extrémité de l'os, et le reporte ainsi à gauche et en avant.

Le toucher constate l'insensibilité du tiers inférieur de la joue droite.

La sensibilité abolie dans les premiers jours sur toute l'étendue du lambeau a reparu au-dessous de l'arcade zygomatique et de la pommette; un peu obtuse d'abord, elle se prononce plus vivement chaque jour sur les deux tiers supérieurs de la joue.

Si en exerçant une pression même modérée sur le sommet du lambeau, on rencontre aussitôt la base de la langue, l'os hyoïde, le cartilage thyroïde, et si on comprime au-delà, on détermine de la douleur.

Ces divers organes ont d'ailleurs conservé leurs rapports naturels et toute l'intégrité de leurs fonctions.

L'exploration à l'intérieur de la bouche permet au doigt en passant sous la face inférieure de la langue de parcourir une sorte de rigole correspondant à la cicatrice dont elle offre l'étendue et la direction : on sent très distinctement un tissu fibro-celluleux (tissu inodulaire) qui sert à établir une liaison intime entre les bords du lambeau et le plancher buccal.

Le toucher constate un rétrécissement marqué de la cavité glénoïde.

L'ouïe, le goût, l'olfaction, n'ont subi aucune perturbation.

Quant à la vision, il existe pour l'œil droit seulement un phénomène assez curieux.

Madame D*** nous apprend que plusieurs fois, tout-à-coup, et sans aucun signe précurseur, elle éprouve dans l'œil comme une espèce de *tressaillement* : il lui semble qu'elle a au-devant de l'œil un brouillard épais qui l'empêche de distinguer les objets. Il lui suffit alors de frotter l'œil vivement pour faire cesser cet accident qui n'est qu'instantané et qui se renouvelle plusieurs fois dans la journée.

Il n'existe d'ailleurs sur cet œil droit aucune modification d'état apparente. Les divers milieux et la pupille ne m'ont rien présenté qui puisse rendre raison de cet accident,

Il n'y a ni rougeur, ni larmoiement.

La prononciation est libre en général, mais l'articulation de certains mots qui commencent par les consonnes *b*, *p*; comme au besoin, pour, etc., détermine un soulèvement brusque de la joue, par l'émission saccadée de l'air; il est alors assez difficile de comprendre le sens des paroles.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA TUMEUR.

Quelque étendus que soient les détails pratiques de cette observation, je croirais la laisser incomplète en omettant la partie anatomique; et on sera de mon avis si on pense qu'il s'agit d'une affection cancéreuse au sujet de laquelle le dernier mot est loin d'être dit :

1° TISSU CELLULAIRE. Je signalerai la dilatation marquée de ses aréoles et l'épaississement de leurs parois légèrement distendues par une graisse jaune, dense et en grande quantité.

2° MUSCLES. Coupés à cinq ou six lignes de leur insertion à l'os, ils offrent une couleur rouge, foncée : la pression en exprime beaucoup plus de sang que dans l'état ordinaire : remarquablement développés ils ont relativement un volume considérable. Les changemens s'observent dans tous les muscles qui ont des connexions avec le corps et la branche de l'os maxillaire; le muscle milo-hyoïdien, au lieu d'offrir une insertion linéaire à la crête oblique interne de la mâchoire, s'attache sur une surface de plusieurs lignes de hauteur. En un mot, le développement excentrique de l'os a entraîné l'élargissement de ce muscle au point où il se confond avec le périoste.

3° PÉRIOSTE. Il est épaissi, mou, rougeâtre. Il s'enlève facilement du tissu osseux, dans lequel il envoie un grand nombre de divisions vasculaires, ainsi qu'on peut s'en convaincre par la multitude de trous dont sont en quelque sorte criblées les deux surfaces de l'os.

4° CORPS DE L'OS. Une fois dénudé des parties molles et de son périoste, il reproduit très-exactement la forme et les inégalités qu'il accusait sous la couche des tissus que je viens de décrire : d'un gris blanchâtre, il se nuance en bleu un peu violet au niveau de sa branche. En plusieurs endroits, surtout à la face buccale du corps de l'os, on rencontre quelques points de la largeur d'une très-petite lentille, où le tissu osseux est complètement détruit; il est remplacé par une membrane fibreuse assez analogue au tissu des fontanelles chez l'enfant. Molle et peu résistante, cette membrane se laisse traverser par une épingle ordinaire qui pénètre de toute sa longueur dans un milieu liquide, comme on s'en assure par le mouvement qu'elle exécute. Sur cette même face buccale de l'os ont disparu les fossettes destinées aux glandes sublinguale et sous-maxillaire.

Sur le tiers antérieur de la face externe du corps de l'os s'élève une sorte de renflement inégalement arrondi, contenu par sa base à la lame compacte : on dirait qu'en ce point l'os eût été soufflé, de manière à figurer une sorte d'ampoule ostéo-fibreuse. Le toucher y produit de la crépitation. A une demi-ligne de ce boursoufflement fongiforme de l'os, se voit l'orifice externe du canal dentaire, le nerf et les vaisseaux en sortent sans rien présenter d'anormal.

5° BRANCHE DE L'OS. Je signalerai sur la face interne l'élargissement de l'orifice du canal dentaire.

Le ramollissement du tissu osseux qui est rouge se laisse entamer très-facilement par la rugine, sans opposer la dureté ordinaire. Les vaisseaux dentaires et le nerf disséqué avec soin se sont offerts dans une intégrité parfaite : leur volume, surtout celui de l'artère, est notablement augmenté.

On remarque sur la face externe une coloration blanchâtre, piquetée en rouge; une sorte d'érosion du tissu compacte et une lacune par laquelle une épingle introduite a pu ressortir sans efforts à la base de l'apophyse coronoïde dans le tissu squirrheux des gencives.

BORD ALVÉOLAIRE. Très élargi, il constitue un plan dont le diamètre antéro-postérieur a plus d'un pouce d'étendue.

Depuis la première petite molaire assez solidement implantée dans son alvéole jusqu'à l'apophyse coronoïde, règne une couche de tissus fibro-squirrheux d'un demi pouce d'épaisseur. A la surface revêtue de la membrane muqueuse considérablement épaissie en arrière, surtout où le ramollissement pultacé n'existe pas encore, se dessinent des dépressions et des saillies anfractueuses qui semblent retracer grossièrement la forme primitive des interstices alvéolaires. Le tissu des gencives n'est d'ailleurs plus reconnaissable, ayant subi presque partout les dégénérescences lardacées.

BASE DE L'OS. Arrondie, élargie, elle se continue sans interruption avec les faces.

CONDYLE ET COL. Sains.

Cet examen des parties extérieures, très-propre à nous éclairer sur les modifications que subissent les tissus plus ou moins immédiatement en rapport avec un centre morbide, ne nous a appris que peu de chose sur le siège primitif de la maladie et l'étendue de ses désordres à l'intérieur.

EXAMEN DE L'OS MAXILLAIRE A L'INTÉRIEUR. Dans le but de répondre cette question, j'ai enlevé par un trait de scie la face interne de l'os depuis la fossette digastrique jusqu'à l'extrémité postérieure de l'insertion du muscle milo-hyoïdien.

On arrive alors dans une cavité d'où s'élève une odeur d'une fétidité repoussante, remplie d'un liquide grisâtre, visqueux, tenant en suspension des flocons de substance pultacée d'un blanc mat. L'odeur nauséause de ce liquide, ou plutôt de cette boue cancéreuse, rappelle celle d'une baleine très-infecte.

Après avoir fait écouler cette matière mêlée de sang et de détritus de tissus bleuâtres, je pus m'assurer que cette caverne répondait en avant au renflement fongiforme que j'ai décrit à l'occasion de la face externe de l'os.

Le disque osseux enlevé par la scie formait sa paroi postérieure.

Son fond n'est autre que celui-même des alvéoles des 2°, 3° et 4° dents molaires.

Enfin le plancher de cette cavité est formé par le tissu squirrheux des gencives extrêmement aminci en cet endroit : réduit sur plusieurs points à l'épaisseur d'une feuille de parchemin, il est soulevé par le liquide sous forme d'ampoule, que nous avons vu se dessiner à l'extérieur.

Les parois osseuses qui forment cette cavité sont recouvertes à l'intérieur d'une sorte de fausse membrane, grisâtre, molle, fongueuse, et très-peu adhérente; elle n'existe pas là où le tissu osseux est très-aminci. Après l'avoir enlevée, j'ai trouvé celui-ci érodé, et pour ainsi dire vermoulu : cet aspect fut rendu très-évident par la dessiccation.

Dans le reste de son étendue la cavité des alvéoles offre jusqu'à l'apophyse coronoïde un véritable tissu aréolaire formé par des cloisons fibro-cartilagineuses, circonscrivant des cellules où se trouve de la matière cancéreuse aux divers degrés de dégénérescence.

Tissu fibroïde, squirrheux, lardacé, caséeux, cérébriforme, bouillie jaunâtre et très-diffluente; tous ces produits morbides sontréunis sans se confondre; étagés pour ainsi depuis l'extrémité de l'apophyse coronoïde où la maladie n'est encore qu'élémentaire, jusqu'au point immédiatement en contact avec la caverne que j'ai décrite, où le mal est arrivé à son *summum* de développement; chacun d'eux est enserré dans de petites lacunes dont les parois cartilagineuses me semblent être les cloisons osseuses interalvéolaires qui ont subi une transformation déjà très-avancée.

APOPHYSE CORONOÏDE. Après avoir détaché toutes les parties molles implantées sur l'apophyse coronoïde, je trouvai son bord antérieur offrant près d'un pouce d'étendue transversalement sur presque toute sa hauteur; ce bord, creusé inégalement sur tous les points de sa surface, offre une multitude d'aspérités, et un nombre prodigieux de trous vasculaires qui vont s'ouvrir obliquement les uns dans le canal dentaire, le plus grand nombre sur les deux faces massétérine et ptérygoïdienne de la branche. Son tissu très-spongieux est rouge, ramolli, et contient beaucoup de liquide sanguin.

A la base de l'apophyse dans laquelle elle est très-obliquement implantée, on remarque une grosse dent molaire, et qui se prolonge parallèlement à l'axe du canal dentaire. Longue de six lignes, elle est couchée, la couronne en avant sur le fond des alvéoles : sa demi-circonférence inférieure est solidement enclavée dans le tissu calcaire; sa demi-circonférence supérieure, libre sur la pièce sèche, était enfuie profondément sous les parties molles.

Cette dent est parfaitement saine.

CANAL DENTAIRE. *Quels sont ses rapports avec le fond des alvéoles et les produits morbides étudiés jusqu'ici?*

La paroi antérieure de ce canal fut enlevée avec précaution.

Le nerf et les vaisseaux sont parfaitement sains, sa couleur et sa consistance sont normales, l'augmentation du calibre de l'artère est apparente en arrière dans la portion du canal qui répond à l'apophyse coronoïde et aux dernières alvéoles; dans ce point, le canal est aussi plus large; sa paroi supérieure ou alvéolaire est criblée de trous dont plusieurs peuvent recevoir le calibre d'une épingle ordinaire; j'ai pu constater très-clairement l'existence d'artérioles dans plusieurs de ces trous. Cette paroi supérieure protège efficacement l'appareil nerveux et vasculaire; son épaisseur est de plus de deux lignes.

Dans la portion antérieure du canal, celle qui correspond à la cavité creusée au centre de l'os, cette paroi supérieure est épaisse comme une pièce de six liards; elle offre très-peu de traces vasculaires. L'artère y présente un calibre qui contraste par son exiguïté avec celui qu'elle avait dans son tiers postérieur.

Fermé de toutes parts, le canal dentaire ne communique donc pas avec le siége de la maladie.

RELATION D'UN CAS DE MORSURE VOLONTAIRE D'UN SERPENT A SONNETTES SUR UN LÉPREUX, à Rio-Janeiro, d'après des notes recueillies par MM. Maïa et Reis, et autres médecins de Rio-Janeiro (1).

Nous avons reçu de M. le docteur Sarmento communication de l'observation curieuse qu'on va lire. Elle est relative à un lépreux, qui, dans l'espoir de se guérir d'une hideuse léontine, s'est fait mordre par un serpent à sonnettes, en présence de plusieurs médecins. Les circonstances du fait sont relatées d'une manière très détaillée. Les effets du poison ayant été observés de minute en minute, pendant les vingt-quatre heures que ce malheureux a vécu, à partir du moment de la morsure du serpent, font de cette observation une relation unique dans l'espèce.

OBS. — Mariano-José Machado, qui est l'objet de cette expérience, est un homme blanc, qui paraît avoir environ 50 ans. Taille ordinaire, membres gros et presque athlétiques, tempérament bilio-sanguin. L'espèce d'éléphantiasis dont il était affecté est celle qu'Alibert appelle *léontine*; elle était dans la deuxième période, et, d'après le dire du malade, n'avait été traitée que par des moyens peu énergiques. Presque tout le corps, surtout aux extrémités, était extérieurement insensible. Le tissu cutané paraissait épaissi, dur, rugueux à la surface et couvert de nodosités tuberculeuses peu saillantes, dont aucune n'était ulcérée. Quelques pustules qu'il avait sous le bras ressemblaient à celles de la gale et indiquaient une complication scabieuse. Les caractères de la maladie étaient plus apparens que partout ailleurs et plus prononcés sur la figure, dont les traits tuméfiés lui donnaient un aspect fort laid, sans qu'il inspirât néanmoins le dégoût. Aux extrémités, l'épiderme et les ongles commençaient à s'altérer, les doigts à se retirer et à se déformer. Mais la maladie n'avait pas encore éteint dans l'individu toute la vigueur et toute l'activité propres à son tempérament et à sa constitution originairement robuste. Tandis que la vie et la sensibilité paraissaient presque abolies à la surface de son corps, l'intérieur conservait encore les restes d'une ancienne énergie et d'une force d'esprit singulière, qualités qui ne se rencontrent guère dans sa triste condition et à son âge. Six années d'une infirmité hideuse, regardée comme incurable, sur lesquelles quatre de réclusion dans un hôpital de lépreux, lui avaient rendu l'existence à charge et fait regarder la mort comme le terme de ses maux. Il n'avait qu'un désir, c'était d'être délivré de ce fardeau, ou du reste de vie qui l'obligeait à le supporter. Il aurait volontiers affronté les plus grands périls sur la moindre chance de guérison. C'est dans cette disposition d'esprit qu'il se décida à tenter une terrible expérience, et sa résolution fut encore affermie par la pensée qu'en agissant ainsi le danger et le sacrifice étaient pour lui seul, mais que le succès, s'il y en avait, profiterait à des milliers de ses semblables affligés de la même infortune. Les conseils et les remontrances furent inutiles. Son projet était une idée fixe, dont rien ne put le détourner. Ayant obtenu enfin la permission de sortir de l'hôpital, il accourut chez M. Santos pour se livrer aux dents du reptile le plus venimeux, dont la morsure tue soudain, en peu d'instans, produisant des tremblemens, des convulsions, et faisant sortir le sang par toutes les ouvertures du corps, et jusque par les pores de la peau.

Après avoir signé de sa main la déclaration de sa volonté, et assumé toute la responsabilité de sa tentative, il introduit tranquillement son bras dans la cage qui renferme le serpent. Celui-ci semble vouloir l'éviter; et quand il est saisi, il regarde d'un œil innoffensif la main qui le presse, et se met à la lécher. Deux minutes se passent ainsi, le serpent éprouvant une répugnance à mordre; enfin l'homme l'irrite en lui serrant fortement le ventre avec les doigts, et l'animal, pour se défendre, lui fait une légère morsure à l'articulation des deux derniers doigts sur le métacarpe.

La morsure est faite à onze heures cinquante minutes du matin, le 4 septembre : Mariano ne sent pas la piqûre des dents, ni l'action immédiate du venin introduit dans la blessure; il sait qu'il est mordu par les observations qui le lui annoncent.

La main retirée immédiatement de la cage en sort déjà un peu enflée, et versant des gouttes de sang, mais sans douleur. L'esprit du patient est parfaitement calme, sa respiration est naturelle, ainsi que le pouls. Cinq minutes après, légère sensation de froid dans la main. A midi, légère douleur dans la paume de la main, qui s'étend après quelques minutes, et, à dix-sept minutes, a gagné le poignet. A vingt minutes, la main enfle considérablement; à trente minutes, le pouls devient un peu plus plein. Le moral de l'homme se soutient, il cause et même rit. A cinquante minutes, sensation de gonflement dans le trajet des jugulaires; quelque altération dans la vue, fourmillement à la face. A cinquante-cinq minutes, la sensation de gonflement s'étend aux côtés et à la partie postérieure du cou; la main continue à augmenter de volume, et la douleur monte jusqu'aux deux tiers de l'avant-bras. A cinquante-neuf minutes, engourdissement de tout le corps.

A une heure vingt minutes, tremblement de tout le corps, sensible au toucher.

A une heure trente-six minutes, la tête se trouble; le pouls est plus fréquent; quelque difficulté dans le mouvement des lèvres. Propension au sommeil; constriction de la gorge; la douleur devient plus intense, et prend tout le bras; la main enfle toujours.

A une heure trente-huit minutes, le malade a froid et se couvre.

A une heure quarante huit minutes, douleur à la langue et au gosier, se propageant jusqu'au ventre; augmentation de la douleur et de l'enflure de la main mordue; sensation de froid aux pieds.

A deux heures cinq minutes, difficulté de parler.

A deux heures vingt-cinq minutes, difficulté d'avaler; un peu d'anxiété; sueur abondante à la poitrine.

A deux heures cinquante minutes, débilitation des bras; saignement de nez; accroissement de l'anxiété; agitation; pouls à 96.

A trois heures quatre minutes, sueur générale; gémissemens involontaires; abattement. A trois heures huit minutes, pouls à 100. A trois heures un quart, grandes douleurs dans les bras; agitation. A trois heures et demie, pouls à 98; rougeur de la face; le saignement de nez continue. A trois heures trente-cinq minutes, le malade boit sans difficulté de l'eau et du vin, et change sa chemise mouillée par la sueur. Rougeur très intense sur tout le corps; il coule du sang par une des pustules situées sous le bras.

A quatre heures, pouls à 100; la rougeur du corps est plus intense, et tirant au foncé, surtout dans l'extrémité mordue; grandes douleurs dans les membres supérieurs, qui ne laissent pas reposer le patient, malgré l'abattement dont il se plaint; constriction à la gorge; respiration gênée; les extrémités inférieures et le ventre ne présentent encore rien de remarquable. A quatre heures cinquante minutes, le pouls à 104; chaleur vive sur toute la surface du corps; salivation.

A cinq heures et demie, pouls dans le même état; torpeur. On remarque que les urines ont toujours été très abondantes; la salive est épaisse, visqueuse, et de couleur foncée; elle sort difficilement de la bouche; prostration musculaire; gémissemens fréquens, provoqués par des douleurs dans tout le corps; respiration paisible; pouls plein, fréquent, peau douce au toucher; tuméfaction plus grande de la main mordue. Cet état continue jusqu'à sept heures du soir.

A sept heures, somnolence accompagnée de gémissemens. Le malade réveillé se sent délivré des douleurs des bras; mais celles de la poitrine sont très violentes, et il accuse une espèce de nœud dans la gorge; il urine copieusement; déglutition très difficile; salive visqueuse et blanche; écoulement d'un liquide sanguinolent par le nez. On lui donne une potion composée d'eau, d'eau-de-vie et de sucre; il ne peut l'avaler.

A huit heures, la sueur a cessé; agitation; gémissemens, etc. A huit heures trente-cinq minutes, il urine.

A neuf heures dix minutes, il urine de nouveau et cesse de gémir. A neuf heures un quart il s'endort profondément.

A dix heures, on lui administre une infusion de gayac, à la dose de trois cuillerées, et d'une eau de guaco que le malade refuse de prendre, et il boit l'infusion simple : l'écoulement sanguinolent du nez s'arrête; pouls à 108, régulier. On remarque l'affaissement des élévations tuberculeuses sur les deux bras et sur la face, et ces parties présentent une rougeur érysipélateuse. A dix heures vingt minutes, le malade urine près de deux onces de liquide ayant tous les caractères de l'urine parfaite; il se tient plus calme, dort quelques instans tranquillement et sans gémissemens. A dix heures quarante minutes, les douleurs de la poitrine sont très diminuées; mais il s'en manifeste d'autres dans les jambes et dans les pieds; dans lesquels, jusqu'à cette époque, résidait une sensation de froid semblable à celle qu'avait éprouvée la main peu après la morsure; pouls à 108, régulier; sentiment de soif; le malade s'assied pour boire de l'eau qu'il avale avec facilité.

A onze heures, il prend quatre cuillerées de forte infusion de gayac. A onze heures trois quarts, émission d'urine assez colorée; il boit et avale aisément des cuillerées d'eau; pouls à 119; la main mordue et le bras paraissent très enflammés, et sont le siége de violentes douleurs; agitation.

A minuit, sommeil tranquille, interrompu par des éructations, après lesquelles il continue; pouls à 112; nouvelle émission d'urine. A minuit trente minutes, le malade est agité, poussant des cris; il invoque Dieu, veut être confessé, refuse la potion. A quarante minutes, autre émission d'urine; pouls à 116; sensation d'ardente chaleur dans les jambes; il demande qu'on les lui découvre, ce qui est fait.

A une heure après minuit, il prend la potion, demande qu'on le découvre, urine de nouveau, et demeure tranquille. A une heure un quart, autre émission d'urine; pouls à 100. A cinquante minutes, il prend l'infusion.

A deux heures, il boit trois cuillerées d'eau, s'assied sur le lit; toutes les fois qu'il boit de l'eau, il s'agite et jette des cris. A dix minutes, émission d'urine. A deux heures et demie, il prend la potion et se calme.

A trois heures, il urine encore; la lèvre inférieure, qui était très enflée et enflammée, revient à son état naturel; cessation de la salivation. A trente-cinq minutes, nouvelle émission d'urine. On remarque qu'à chaque fois la quantité est de deux à trois onces; calme. A trois heures trois quarts il prend la potion; pouls à 110; mouvement involontaire du pouce de la main droite et de celui de la jambe gauche.

A quatre heures, émission d'urine répétée à cinq heures et demie. Le malade se dit très souffrant; pouls à 100.

A six heures pouls à 100; respiration libre; gémissemens fréquens; à dix minutes, émission d'urine.

A neuf heures un quart, prostration extrême; mouvemens convulsifs de la mâchoire et des extrémités inférieures; urine sanguinolente.

A dix heures, pouls accéléré, disparaissant par intervalles assez longs; redoublement des mouvemens convulsifs; diminution de l'enflure des membres et de la rougeur de la peau; déglutition excessivement difficile; respiration un peu anxieuse; on lui applique deux vésicatoires aux cuisses, et on lui donne une cuillerée d'infusion de gayac. A dix heures cinquante minutes, diminution des mouvemens convulsifs; on lui administre un lavement d'eau-de-vie. A cinquante-cinq minutes, cessation des convulsions.

(1) N'ayant pas assisté à l'expérience, nous avons rédigé cette histoire d'après les informations qui nous ont été données par MM. Maia et Reis, et sur les notes du journal rédigé par les médecins qui avaient soigné le malade.

(NOTE DE L'AUTEUR DE L'ARTICLE.)

A onze heures, il persévère dans le même état; on lui donne une once d'huile de lézard, qu'il avale difficilement. Mort à onze heures et demie.

En peu d'heures, le cadavre devient livide et beaucoup plus enflé; visité par nous le lendemain à la Miséricorde, vers dix heures du matin; c'est-à-dire vingt-trois heures après la mort, il était d'un volume énorme, couvert de taches rouges et livides, et d'une fétidité tellement insupportable, qu'il ne fut pas possible d'en faire l'autopsie, ainsi que nous le désirions.

HISTOIRE D'UN CAS REMARQUABLE D'ECTOPIE ANTÉRIEURE DU COEUR, CHEZ UN FOETUS NÉ A TERME ET QUI A VÉCU 26 HEURES; par M. PECCHIOLI, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Sienne.

Le fait récent d'une ectopie partielle du cœur avec hernie ombilicale (GAZ. MÉD., 22 septembre 1838), et les observations analogues d'anatomie pathologique que la GAZETTE MÉDICALE a fait précédemment connaitre dans les fragmens d'un VOYAGE MÉDICAL EN ITALIE, de M. Pétrequin (1837, n. 39 et 42), m'ont fait penser qu'on accueillerait l'histoire curieuse d'un cas fort remarquable de cardioptose, recueilli sur un fœtus né à terme, que j'ai pu observer pendant 26 heures qu'il a vécu.

OBS.—Le 11 février 1838, je fus appelé à l'hôpital *Santa Maria della Scala* de Sienne, où l'on venait d'apporter un enfant né à terme, dont le cœur s'échappait à travers le sternum, et pendait au dehors. Il sortait par une ouverture à peu près circulaire du diamètre d'un pouce et demi environ, à bords réguliers, et avec intro-flexion de la peau thoracique; le péricarde manquait complètement; le cœur apparaissait à nu; les vaisseaux coronaires bien développés et pleins de sang étaient faciles à reconnaître; les gros vaisseaux, tant artériels que veineux, semblaient comme préparés par le scalpel de l'anatomiste; ils pénétraient dans la cavité du médiastin antérieur, laissant le cœur pendre au dehors comme la médaille d'un chapelet passé au cou.

L'œil pouvait étudier les fonctions de l'organe à découvert; les cavités droites se trouvaient antérieures; et les gauches, postérieures. La pointe du cœur était tournée en bas; et, dans les contractions du ventricule gauche, on la voyait bondir en avant, et s'éloigner de plus d'un pouce du point où elle se trouvait lors du relâchement.

Au moment de la naissance, les mouvemens du cœur étaient énergiques; mais ensuite ils diminuèrent peu à peu d'intensité, et l'enfant mourut 26 heures après l'accouchement.

Pour mettre le cœur à l'abri de l'action nuisible de l'air atmosphérique, et du contact des vêtemens, je fis faire de suite un étui de carton, convenablement doublé, que je fixai sur le thorax.

A l'autopsie, je pus me convaincre qu'il n'existait de la première pièce du sternum qu'une petite portion latérale où viennent s'articuler les clavicules; le cartilage xyphoïde était conservé.

J'ai injecté le cadavre, et je l'ai placé dans une dissolution étendue de deutochlorure de mercure. On le conserve dans le musée pathologique de l'hôpital *Santa Maria della Scala* de Sienne. (Voy. GAZ. MÉD., 1837, n. 39.)

Les faits de cardioptoses sont aussi curieux que rares, en ce qu'ils constituent des anomalies organiques qui, en soumettant à l'œil de l'observateur ses viscères intra-cavitaires, peuvent quelquefois conduire à la solution de questions physiologiques d'un grand intérêt. M. Pétrequin en cite un exemple qu'il a pris soin de recueillir à Padoue (GAZ. MÉD., 1837, n. 42); il s'agit, comme ici, d'une ectopie antérieure du cœur. Le cas dont je rapporte l'histoire présente un nouvel intérêt, parce qu'il m'a été donné de l'observer pendant la vie, et d'étudier à découvert chez l'homme les mouvemens de l'organe central de la circulation.

ASPHYXIE PAR SUBMERSION, HEUREUSEMENT TRAITÉE PAR L'EMPLOI D'APPLICATIONS CHAUDES ET EXCITANTES; communiquée par M. FLORENT CUNIER.

Voici un fait qui offre les plus grands rapprochemens avec le cas d'asphyxie par submersion, observé par M. Box, chirurgien-major français, et consigné à la p. 696 de la GAZETTE MÉDICALE.

OBS. — En 1833, le sergent Quinton, du 4e bataillon, du 2e régiment d'infanterie de ligne, se baignant dans la Trouille, à l'extérieur des fortifications de Mons, disparut tout-à-coup, entraîné par le courant et reparaissant de temps à autre à la surface; cinq minutes plus tard, il fut retiré de l'eau par trois soldats et transporté à quelques pas de là, dans un cabaret de la route de Jemmappes.

Lorsque j'arrivai, une heure plus tard, le corps était froid, la face livide, les mâchoires contractées, le pouls imperceptible; un élève médecin de l'hôpital militaire, M. Wilmet, avait vainement mis en usage les frictions avec l'eau-de-vie et le poivre, avec la farine de sinapisme et le vinaigre, la réaction vitale ne s'était pas opérée, et il y avait plus d'un quart-d'heure que les faibles expirations qu'avait pu entendre M. Wilmet ne s'étaient plus manifestées.

J'avais fait chauffer des fers à repasser pour m'en servir, lorsque je vis qu'on était occupé à brûler du café dans la cour du voisin; je pris, avec celui qui était déjà brûlé, mais encore fort chaud, la toile d'emballage sur laquelle on l'avait exposé; je l'appliquai d'abord sur la région précordiale, puis sur les autres parties du corps. Au bout de cinq ou six minutes, les battemens du cœur et des artères devinrent appréciables, les expirations se firent entendre.

Je fis alors entourer le sergent de couvertures chauffées, et il s'endormit pour une demi-heure. Ce ne fut qu'à son reveil que la connaissance revint; il s'établit ensuite une transpiration abondante, suivie de deux heures de sommeil, et dix heures après son accident, Quinton put regagner à pied la caserne du *Magasin au pain*, près Ste-Wandru, à quinze minutes de la maison où il avait été transporté.

Comment le café brûlé et chaud a-t-il agi dans ce cas? Je dirai avec vous que c'est moins par la chaleur qu'il a communiquée au corps du submergé que par l'arôme pénétrant qui s'en exhale lorsqu'on le retire du tambour qui sert à le torréfier. C'est là, du moins, ce qui me paraît démontré par deux cas, dans lesquels des briques, des tuiles chauffées, des fers à repasser presque rouges, n'ont produit aucun effet; une autre fois on avait usé, pendant quarante minutes, des moyens ordinaires: des briques chauffées avaient été mises en usage sans le moindre succès. C'était à Gand, en juin 1834, et l'homme retiré de l'Escaut appartenait au 2e de ligne. Un brasseur se trouvait sur les lieux; je le priai de faire chercher chez lui de l'orge chaude et touraillée; elle fut promenée sur le submergé, et, après dix minutes, la réaction vitale s'était développée.

Agréez, etc.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 24 DÉCEMBRE.

SUR UN MOYEN D'ISOLER LE TISSU ÉLÉMENTAIRE DES BOIS.

M. Payen écrit qu'en appliquant à l'analyse immédiate le procédé microscopique indiqué par M. Dutrochet, il est parvenu à extraire par le tissu élémentaire des bois durs les plus chargés d'incrustations ligneuses.

La composition de la substance ainsi obtenue coïncide avec celle des plus jeunes tissus; elle ajoute, dit M. Payen, aux faits exposés dans mon mémoire, une démonstration plus complète.

Voici les principaux détails de l'opération: Les bois de chêne et de hêtre, réduits en rapures fines, épurés et desséchés, furent mis dans un grand excès (vingt fois leur poids) d'acide nitrique concentré;

Lorsqu'au bout de trente heures le dégorgement de l'acide hypoazotique cessa, toute la matière incrustant étant dissoute, le tissu non attaqué fut lavé par la soude, épuisé par l'eau, puis seché à 160° dans le vide. Son analyse offrit alors les nombres suivans:

De 0gr,374, on obtint 0,873 d'acide carbonique et 0,302 d'eau, ce qui correspond, en tenant compte de 0,0225 de résidu incombustible, à

43,83	de carbone,
5,86	d'hydrogène,
50,28	d'oxigène,
100,00	

INFLUENCE THÉRAPEUTIQUE DE LA CHALEUR.

M. Jules Guyot présente un nouveau mémoire sur ce sujet, pour faire suite à celui qu'il avait adressé déjà en 1835.

Le nouveau travail se compose de deux parties: la première comprend dix observations d'amputations recueillies à l'Hôtel-Dieu, à la Pitié, à Saint-Louis et aux Invalides; seize observations de plaies et d'ulcères faites à l'Hôtel-Dieu et à la Charité; enfin, quatre observations de tumeurs blanches, une d'érysipèle œdemateux et une autre d'affection nerveuse liée à un état chlorotique.

La seconde comprend les résumés et les conséquences des faits, la description des appareils propres à produire et à entretenir la chaleur sur les parties malades, et les principales règles à observer dans leur emploi.

Les principaux résultats obtenus sont:

Sur dix cas d'amputation, sept guérisons; une de bras, deux de jambes sur trois, quatre de cuisse sur six.

Sur seize cas de plaies et d'ulcères, huit ont été parfaitement guéris; quatre ont été ramenés de très-grandes dimension à des dimensions très-petites; trois ont éprouvé un progrès et une amélioration sensibles; sur un seul, l'influence de la chaleur a été nulle.

Sur quatre tumeurs blanches, une fut guérie, deux furent améliorées au point de permettre aux malades de marcher; une seule continua ses progrès.

Une seule application fut faite à un érysipèle œdémateux qui disparut en vingt-quatre heures,

Une seule également à une sciatique grave qui disparut en quelques jours.

Enfin, dans un cas de chlorose, compliqué de phénomènes nerveux, les accidens disparurent également après quelques heures d'immersion dans la chaleur.

La température la plus convenable pour les plaies, les ulcères, les tumeurs blanches, et en général pour toutes les maladies où la chaleur a paru réussir, est celle de 36 degrés centigrades au-dessus de zéro; le meilleur combustible pour l'entretenir est l'alcool.

Le premier phénomène qui se manifeste après l'application de cette température est la disparition de la douleur; le second est la disparition de toute inflammation, de toute infiltration sanguine, de tout œdème.

L'état général des malades en éprouve une amélioration plus remarquable encore que l'état local; la fièvre traumatique diminue ou disparait, le sommeil est tranquille, les fonctions digestives s'accomplissent très-bien.

Les plaies supportent dans la chaleur comme dans les autres modes de pansement; aussi doit-on le considérer comme un puissant secours qui n'exclut point l'emploi de tous les moyens usités jusqu'ici pour tenir les parties malades dans l'état le plus convenable à leur guérison. Les bandes roulées, les bandelettes de diachylum, les compresses simples ou graduées, les attelles, la compression, la réunion, le nitrate d'argent, etc., tous ces moyens et tous ceux que l'intelligence chirurgicale peut suggérer doivent être employés. La seule condition à réserver, c'est que la partie malade reste sous l'influence de la chaleur; il convient aussi, comme l'a prouvé l'expérience, d'éviter la diète et les émissions sanguines.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU SAMEDI 28 DÉCEMBRE.

L'Académie a consacré cette séance aux différentes commissions. Ces commissions se composent des membres dont les noms suivent :

CONSEIL D'ADMINISTRATION.

MM. Husson, président;
Pariset, secrétaire perpétuel;
Roche, secrétaire annuel;
Mérat, trésorier;
Orfila, doyen;
Bally, Renoult, Bouillaud, Bousquet, } membres annuels.

COMITÉ DE VACCINE.

MM. Forestier;
Devilliers;
Collineau;
Sédillot;
Baudelocque;
Villeneuve.

COMITÉ DES REMÈDES SECRETS.

MM. Deslongchamps;
Castel;
Planche;
Macartan;
Lodibert;
Cornac.

COMITÉ DES ÉPIDÉMIES.

MM. Barthélemy;
Lonis;
Bricheteau;
Burdin;
Renauldin;
Honoré.

COMITÉ DES EAUX MINÉRALES.

MM. Patissier;
Jourdan;
Hedry;
Chevallier;
Laudré Beauvais;
Delens.

COMITÉ DE TOPOGRAPHIE ET STATISTIQUE MÉDICALE.

MM. Espiaud;
Villermé;
Nacquart;
Bouley, jeune;
Gérardin;
Thillaye.

COMITÉ DE PUBLICATION.

MM. Pariset;
Roche;
Bousquet;
Bérard;
Cuéneu de Mussy;
Amussat;
Labarraque.

SÉANCE DU 5 JANVIER.

La correspondance comprend une lettre de M. le docteur Cuillon, chirurgien à Paris, qui réclame la priorité de l'invention des instrumens que M. Leroy d'Etioles a présentés dernièrement à l'Académie pour exciser les végétations de l'urètre, inciser, moucheturer les rétrécissemens du canal; M. Cuillon expose en même temps dans cette lettre les moyens dont il se sert depuis dix ans pour traiter ces maladies, et qu'il dit être publiés dans la GAZETTE DES HÔPITAUX et ailleurs. Sa lettre et les pièces imprimées qui constatent ses droits sont envoyés à la commission qui doit faire un rapport sur le travail de M. Leroy.

M. le président donne lecture du discours qu'il a adressé au Roi au nom de l'Académie, à l'occasion de la cérémonie du jour de l'an.

DE LA MORTALITÉ ET DE LA FOLIE DANS LES PRISONS. M. Esquirol fait un rapport favorable sur un travail de M. Morean (Christophe) relatif aux causes de la mortalité et de la folie dans les prisons. L'auteur a visité soigneusement les prisons de l'Amérique du Nord et de plusieurs localités du vieux continent; il a pris note des conditions les plus essentielles des prisonniers en particulier, du régime pénitencier, et de la proportion de leur mortalité et de leurs maladies. Il arrive à cette conclusion que de tous les systèmes pénitenciers, celui qui a pour principe l'isolement absolu de jour et de nuit des prisonniers, donne la moindre proportion des maladies mentales et de mortalité.

En Amérique, où ce système a été adopté, la chose a été de la dernière évidence. L'expérience a prouvé que la vie commune des prisonniers est une cause très puissante de corruption, et que les plus grands crimes sont commis par des hommes qui ont habité les prisons. Cette corruption est elle-même d'ailleurs une cause très énergique d'aliénation mentale.

L'isolement au contraire de jour et de nuit, avec travail, est non seulement propre à prévenir la peste funeste de la corruption, mais encore à corriger certaines mauvaises dispositions, et rendre bons sujets des hommes autrefois égarés. L'expérience a prouvé effectivement que le système cellulaire ne nuit nullement à la santé, si toutefois les cellules sont construites au-dessus du sol, bien aérées et bien éclairées, et si les prisonniers sont bien traités d'ailleurs, ainsi que cela a lieu en Amérique. L'auteur fait des vœux pour que ce régime pénitencier soit adopté en Europe, et il décrit les espèces d'exercices gymnastiques qu'il serait utile d'introduire dans les prisons. C'est là du reste un immense problème de civilisation que les habitans du Nouveau-Monde ont parfaitement résolu, et dont l'humanité, sur notre continent, attend encore avec impatience l'accomplissement.

CONCLUSION. Envoi du mémoire au comité de publication.

M. Deslongchamps, l'auteur du mémoire, est dans l'erreur en disant qu'une des causes de maladie chez les prisonniers d'Amérique était la quantité trop forte d'alimens, 124 onces par jour. Nous savons en effet que dans nos campagnes, par exemple, les paysans en mangent une quantité beaucoup plus forte sans en être incommodés.

M. NACQUART : La quantité nécessaire d'alimens pour l'entretien normal des fonctions doit varier selon les climats, les habitudes des hommes et la nature même des objets qui les composent. En conséquence, on ne peut faire une règle générale de ce que l'auteur vient de dire à ce sujet.

M. VIREY : J'appuie ce que vient de dire M. Nacquart, et j'ajoute qu'on ne peut prendre pour point de comparaison sur cette matière la quantité d'*alimens* dont ont besoin les hommes qui travaillent dans les champs, à l'air libre, etc; car leur vie est bien différente de celle des prisonniers. Les prisonniers enfermés dans les cellules se trouvent dans les mêmes conditions que les anciens moines. On sait effectivement que ces derniers n'avaient besoin que de peu d'alimens pour vivre; et malgré cela ils étaient si sujets aux plethores qu'il fallait souvent y porter remède à l'aide des saignées. En conséquence, je ne serais pas éloigné de croire que la cause signalée par l'auteur du mémoire soit réelle.

M. CASTEL : On vient de vous faire l'éloge de l'isolement chez les prisonniers, comme un moyen propre à prévenir la folie; mais a-t-on réfléchi aux effets de l'isolement? L'isolement est par lui-même une des causes assez ordinaires de folie, car il mène à l'uniformité des sensations, à des idées fixes, et l'on sait que la manie en est souvent la conséquence. Pourquoi la manie est-elle plus fréquente chez les célibataires que chez les personnes mariées, et avec famille? C'est que chez les premiers il y a uniformité de sensations, idées fixes; le contraire chez les derniers. Les médecins doivent être humains et compatissans; mais cette compassion et cette humanité doivent avoir des limites, car les réformes qu'ils désireraient introduire pourraient quelquefois avoir des conséquences fâcheuses auxquelles ils n'ont pas suffisamment réfléchi.

On vous a parlé de l'exercice physique qu'il faudrait faire faire aux prisonniers; mais quel exercice peut-on faire dans les cellules? Ces exercices ne pourraient être que fort bornés et fort peu utiles.

M. ROCHOUX : Il n'y a pas d'opinion en médecine à laquelle on ne puisse opposer une opinion contraires, plus ou moins vraisemblable. On vient de voir qu'à l'éloge que la commission a fait du régime pénitencier de l'isolement, M. Castel oppose des faits contraire d'une certaine valeur. La vérité, cependant, est que si l'on isole un cerveau mal organisé, il en résulte souvent un dérangement intellectuel qui peut aller jusqu'à la folie; mais si l'isolement a lieu pour des sujets dont le cerveau est normalement organisé, on n'observe rien de pareil; au contraire, la solitude apprend à réfléchir, et la méditation perfectionne l'intelligence; Newton n'a découvert la loi de l'attraction qu'en y pensant toujours, comme il l'a dit lui-même.

M. Esquirol : Je ne sais si le raisonnement physiologique de M. Castel est exact; mais l'expérience démontre que l'isolement très prolongé chez les prisonniers ne produit point l'effet qu'il vient de signaler; je citerai pour exemple Silvio Pellico, M. Andryane, M. le comte Gonfalonieri, M. Castillia, etc., etc.

Le rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la section de thérapeutique sur les candidats à la place vacante dans cette section.

Nota. Dans l'avant-dernière séance de l'Académie M. Charrière avait adressé des échantillons de sondes et de pessaires en ivoire dépouillé de sa partie calcaire. M. Charrière pense que ces instrumens remplaceront avec avantage les instrumens analogues en caoutchouc, etc.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX DES SÉANCES DES 5 ET 17 OCTOBRE 1838.

VASCULARITÉ DES MEMBRANES SÉREUSES; VAISSEAUX UTÉRO-PLACENTAIRES.

M. le secrétaire donne lecture d'une lettre adressée à M. Rognetta par un médecin grec, M. Zeviziano, relative à des préparations remarquables d'anatomie qu'il a vues dans plusieurs cabinets d'Europe qu'il a visités dernièrement. Il parle entre autres des belles injections des membranes séreuses et des vaisseaux utéro-placentaires faites par M. Panizza à Pavie. On sait que la vascularité des membranes séreuses et l'existence des vaisseaux utéro-placentaires sont encore problématiques pour quelques anatomistes. Une discussion s'engage à ce sujet.

M. Mojon : Que les membranes séreuses soient pourvues d'un appareil vasculaire, c'est un fait déjà passé dans la science depuis longtemps. Je me rappelle avoir vu chez Mascagni, il y a au moins vingt ans, des injections si heureuses de ces membranes qu'on aurait cru ces dernières entièrement formées d'un tissu vasculaire. Quant à l'existence des vaisseaux utéro-placentaires, M. Mojon la conteste. Les nombreuses injections qu'il a faites lui ont démontré que ce n'est que par une sorte d'illusion, facile à expliquer d'ailleurs, que quelques anatomistes ont admis ces vaisseaux. Suivant lui, le sang ne passe de l'utérus au placenta que par endosmose, ou par imbibition du tomentum qui existe entre ces deux organes. Cette imbibition a également lieu sur le cadavre, et l'on ne doit point s'étonner que la matière de l'injection qui s'extravase par exosmose passe en partie de l'éponge placentaire dans la substance de la matrice et *vice versa*. On a pris les filamens d'albumen condensé qui composent le tomentum pour des vaisseaux interplacentaires. S'il y avait réellement une communication directe vasculaire entre la mère et le fœtus, ainsi que l'a avancé dernièrement M. Flourens, comment se fait-il que la membrane interne de l'utérus des femmes mères n'offre pas des cicatrices? La circulation du fœtus, ajoute M. Mojon, est tellement indépendante de celle de la mère que les pulsations de son cœur ne sont pas isochrones à celles du cœur de la mère. D'ailleurs ne sait-on pas que chez le fœtus des vivipares, il existe une circulation à sang rouge, bien avant que le placenta ait acquit des adhérences avec la matrice?

Si vous injectez un liquide avec une grande force par la veine ombilicale, vous le verrez entièrement revenir par les deux artères de ce nom, après avoir parcouru le réseau placentaire et sans qu'il en paraisse une seule goutte à la surface du placenta qui adhère à la matrice. J'ai fait cette expérience un grand nombre de fois avant de faire connaître ma pratique sur l'injection d'eau froide par la veine ombilicale pour extraire le placenta en cas d'hémorragie postérieure à la sortie du fœtus.

M. Vassal rappelle que des pièces d'anatomie normale ont été présentées il y a quelques années à l'Académie de médecine, dans lesquelles les vaisseaux des membranes séreuses se voyaient si manifestement que leur existence ne pouvait être contestée.

M. Giraldès a vu et examiné les préparations de M. Flourens; il s'est convaincu qu'il n'y avait entre l'utérus et le placenta que de la matière de l'injection extravasée, laquelle en avait imposé à M. Flourens et fait croire à l'existence de vaisseaux qui n'existent pas réellement.

EMPHYSÈME TRAUMATIQUE SANS DIVISION DES TÉGUMENS.

M. Maingault lit une observation curieuse d'emphysème thoracique survenu chez un enfant, à la suite d'une forte pression à la poitrine, causée par une roue de voiture. L'extravasation aérienne était considérable; le médecin a proposé des scarifications pour faire sortir le fluide; mais les parens s'y étant opposés, il a prescrit une application de sangsues : ce moyen a remplacé les scarifications; car plusieurs piqûres ayant pénétré profondément, l'air s'y est précipité et en est sorti petit à petit; l'enfant a guéri. M. Maingault fait observer avec raison que l'action de la cause ci-dessus avait dû porter atteinte au poumon et déchirer cet organe, soit par la rétropulsion des fragmens d'une côte fracturée, soit par la simple flexibilité des parois thoraciques, si élastiques dans le jeune âge. La science, du reste, possède d'autres faits pareils à celui-ci, et qui viennent à l'appui de cette dernière assertion : on en trouve un très remarquable dans Morgagni. Chez l'adulte, l'emphysème sans lésion de continuité de la peau n'est pas rare, on en trouve une foule d'exemples dans les traités de chirurgie militaire; l'accident est toujours accompagné de fracture des côtes et de déchirure du poumon : il n'en est pas toujours de même chez l'enfant où la flexibilité des côtes permet la déchirure du poumon sans fracture de la cage osseuse.

MOYEN ABORTIF DES BOUTONS DE LA VARIOLE.

M. Nonat lit un mémoire sur l'emploi de l'emplâtre de Vigo dans le traitement de la variole. Cet emplâtre, appliqué sur la face ou sur toute autre partie du corps dès le début de l'éruption, a complétement arrêté le développement des pustules, sans donner lieu à aucun accident grave. Pour produire cet effet, l'emplâtre doit rester en place cinq à six jours. Les faits rapportés par l'auteur sont en nombre assez considérable. Voici les conclusions de cet intéressant travail.

1° L'emplâtre de *Vigo cum mercurio* arrête le développement des pustules varioliques, avec d'autant plus de certitude que son application est faite de meilleure heure. Mais l'avortement des pustules peut être obtenu depuis le premier jusqu'au quatrième jour sur les bras et les cuisses : au-delà de ce terme, l'avortement n'a plus lieu.

2° Quand l'avortement est complet, les boutons varioliques conservent l'état de pustules; la coupole reste appliquée immédiatement sur le derme; au-dessous d'elle, on ne trouve point de liquide.

3° Les boutons qui avortent disparaissent peu à peu après avoir été le siége d'une desquammation furfuracée analogue à celle qu'on observe à la suite d'une varioloïde.

4° Quand l'avortement est imparfait, les pustules varioliques marchent plus vite à la période de suppuration; elles se dessèchent plus promptement que les boutons non modifiés.

5° L'emplâtre de *Vigo cum mercurio* prévient la formation des cicatrices, depuis le premier jusqu'au troisième jour de l'éruption. A dater du quatrième, cinquième et sixième, il n'a plus pour effet que de diminuer la profondeur de la cicatrice.

6° Ce moyen empêche le gonflement de la face, il prévient les accidens de la congestion simple ou inflammatoire qui se développent si souvent dans la variole confluente; il modère également les symptômes de réaction qui accompagnent la fièvre de suppuration; enfin, il a l'avantage de faciliter les mouvemens des lèvres et des narines, et de rendre plus libre l'exercice de leur fonction respiratoire.

7° L'emplâtre de Vigo n'est pas exempt d'inconvéniens; il paraît surtout avoir pour effet d'augmenter les accidens du côté de la gorge, de disposer les malades à contracter la diarrhée et à être atteints de foyers purulens sous-cutanés pendant la dernière période de la maladie.

8° Les métastases que l'on pourrait redouter, d'après des vues théoriques, du côté du poumon et de la plèvre ne se sont développés dans aucun des cas observés par M. Nonat.

9° On ne doit avoir recours à cette méthode abortive que dans les cas de variole confluente, attendu que dans les varioles discrètes, et surtout dans la varioloïde, loin d'activer la guérison du malade, elle ne fait que la retarder. Dans ce cas, il reste des tubercules papuleux d'un volume quelquefois très considérable qui ne s'effacent entièrement qu'après un temps assez long.

10° Il faut s'abstenir de tout topique abortif dans les varioles dont l'éruption est difficile.

11° L'emplâtre de Vigo sans mercure ne possède aucune propriété abortive, circonstance qui prouve que cette propriété est bien due au mercure lui-même.

BIBLIOGRAPHIE.

DE L'ALBUMINURIE OU HYDROPISIE CAUSÉE PAR MALADIE DES REINS; MODIFICATION DE L'URINE DANS CET ÉTAT MORBIDE, A L'ÉPOQUE CRITIQUE DES MALADIES AIGUES ET DURANT LE COURS DE QUELQUES AFFECTIONS BILIEUSES; par le docteur Martin Solon, médecin de l'hôpital Beaujon, etc., etc.; 480 pages in-8, avec planches coloriées. — Paris, 1838, chez Béchet jeune, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

Près de onze ans se sont écoulés depuis la publication des travaux du docteur Bright sur la maladie des reins, qu'on désigna d'abord, et que quelques personnes désignent encore par le nom de cet habile observateur, parce qu'il l'avait le premier, non-seulement étudiée, mais encore décrite avec une exactitude qui a laissé peu à faire à ses continuateurs; et malgré ce long espace de temps, l'ouvrage de M. Martin Solon est le premier que nous envoie la presse française sur ce sujet, qui n'avait été jusqu'ici traité que dans quelques articles de journaux, ou dans des dissertations inaugurales. C'est en vain que nous chercherions les élémens de l'étude de cette maladie dans nos traités de pathologie les plus récens, ce n'est que depuis quelques années qu'elle commence à être un peu connue parmi nous, et lors même que M. Martin Solon n'aurait reproduit dans sa monographie que les faits connus avant qu'il s'occupât de ce sujet, et qu'il ne lui eût fait faire aucun progrès, déjà il aurait rendu un vrai service à la science, en les groupant dans un traité *ex professo*; mais il ne s'en est pas tenu à ce simple rôle; non content de rapporter les faits étudiés

par les autres, de les confirmer par ses propres observations, il en a signalé de nouveaux et a obtenu des résultats qui, s'ils ne sont pas entièrement nouveaux, ont au moins reçu une plus grande importance de ses travaux; c'est ce qui ressortira de l'analyse que nous allons donner ici du volume qui les contient. Nous n'y énoncerons que très rapidement tout ce qui a rapport à la maladie de Bright, et qui, appartenant à d'autres observateurs, se trouve consigné dans plusieurs articles de la GAZETTE MÉDICALE, et surtout dans un mémoire sur ce sujet (V. GAZ. MÉD., 1836, n. 29), où est exposé exactement l'état de la science à cette époque.

Le travail de M. Martin Solon est divisé en trois parties, ainsi que semble l'indiquer le titre: la première contient tous les faits d'albuminurie accompagnés d'hydropisie dépendante de la lésion rénale décrite par le docteur Bright, que l'auteur a recueillis, et l'histoire générale de cette affection qu'il désigne sous le nom d'albuminerie.

Dans la seconde, il examine les caractères de l'urine coagulable albuminense et non albuminense qu'il a observés, surtout à l'époque critique de quelques maladies aiguës, et dont il rapporte de nombreux exemples; dans la troisième, dont le sujet n'a qu'un rapport très éloigné avec celui des deux premières, il expose une modification qu'il a constatée dans le sang et dans l'urine pendant le cours de quelques affections bilieuses.

Arrêtons-nous d'abord sur le mot albuminurie, que l'auteur a, nous croyons, le premier employé et appliqué pour désigner l'hydropisie qui coïncide avec la lésion des reins du docteur Bright, et la présence de l'albumine dans l'urine, et disons d'abord que nous ne sommes pas partisans des noms significatifs employés pour désigner des faits complexes, des maladies, parce qu'ils n'expriment qu'incomplètement et quelquefois pas du tout les caractères les plus importans, et entraînent dans des erreurs graves, ou donnent naissance à des préjugés que l'on a ensuite bien de la peine à détruire. Tel nom repose sur la connaissance du siége certain ou présumé de la maladie; tel autre sur celle des causes qui l'ont produite; tel autre sur les lésions bien ou mal connues, et souvent tout à fait hypothétiques, ou même erronées, auxquelles on l'attribue; tel autre, enfin, sur l'état de l'organisme ou de l'économie générale, dont la maladie n'est, pour quelques physiologistes, que l'expression. Ainsi, le mot albuminurie, que M. Martin Solon restreint à l'indication de l'hydropisie, avec urine albumineuse, devrait cependant s'entendre, si l'on s'en rapportait au sens étymologique à tous les cas où on constate la présence de l'albumine dans l'urine. Nous demandons alors à quoi sert, dans ce cas, l'étymologie, sinon à induire en erreur celui qui y attacherait quelque importance. Mais laissons de côté cette critique sur une question d'un aussi faible intérêt pour arriver à l'ouvrage. Après avoir lui-même donné en peu de mots l'historique des travaux publiés sur le sujet, et avoir exposé les caractères de l'urine normale, ainsi que les moyens de constater la présence de l'albumine, l'auteur rapporte les trente-deux observations qui se rattachent à la première partie, et qui sont distribuées suivant qu'elles se sont terminées par la guérison ou par la mort. Vingt-huit de ces observations sont autant de cas d'hydropisie de Bright à différens degrés; les quatre autres sont quatre cas d'inflammation ou d'hémorragie rénale, affections qui ont des points de contact avec la première, ainsi qu'on ne l'ignore pas, ce qu'ailleurs nous trouverons l'occasion de rappeler plus tard.

Malgré les nombreux travaux faits déjà en Angleterre et en France sur l'hydropisie avec urine albumineuse, on n'a pu encore cependant arriver à établir un rapport constant et facile à apprécier entre les symptômes et les altérations pathologiques, comme au reste dans la plupart des autres états morbides: ainsi la section où sont rapportées les observations terminées par la guérison est divisée en trois séries, tandis que celle des faits avec autopsie l'est en six. Cependant nous devons louer M. Martin Solon des efforts qu'il a faits pour rapprocher les lésions des symptômes, et mettre en évidence leur corrélation; ainsi, il établit pour le *premier degré* de l'altération rénale, l'*hyperémie* de cet organe. A cette époque, l'altération est pour ainsi dire bornée à une augmentation du volume des reins, avec présence, soit passive, soit active d'une grande quantité de sang. Si, dans cet état, le sang est résorbé, l'organe peut reprendre son aspect normal, et c'est à cet état pathologique que sont rapportées les observations contenues dans la première série des faits terminés par guérison, et qui forment la première section.

Mais quand l'hyperémie persiste, alors la nutrition de l'organe se modifie, et l'on voit se développer graduellement les dégénérescences et les productions organiques accidentelles qui caractérisent les degrés suivans.

Dans le *second degré*, auquel l'auteur rapporte les faits qui composent la deuxième série de la première section, le tissu du rein est encore hypertrophié; mais il présente des stries ou des marbrures jaunâtres, qui démontrent que la matière colorante du sang n'existe plus dans certains points, et que déjà commençait à s'opérer une dégénérescence qui est bien plus prononcée dans la variété suivante.

Troisième degré. Le rein reste encore ordinairement un peu hypertrophié par le développement de la substance corticale; la surface en est quelquefois bosselée, d'une teinte qu'on peut comparer à celle du pancréas, et traversée de restes de marbrures rougeâtres qui appartiennent au deuxième degré; à l'intérieur, il offre la même couleur jaunâtre, et dans les points où la lésion est plus avancée, les tubulures ne sont plus distinctes; elles participent entièrement de la dégénérescence jaunâtre de la substance corticale avec laquelle la base des cônes se confond. Ce degré de l'altération rénale ne correspond déjà plus exactement à aucune des séries établies par M. Martin Solon pour les cas de la première section. On observe, en effet, tantôt les symptômes de la deuxième série, et tantôt ceux de la troisième, à laquelle se rapportent aussi les cas qui appartiennent aux deux degrés suivans de l'altération pathologique.

Quatrième degré. Cette variété offre, outre la dégénérescence jaunâtre, des grumeaux blancs, pultacés jaunâtres, parsemés à des distances plus ou moins rapprochées, qu'on aperçoit dans l'épaisseur des reins, et à leur surface; ce sont les *granulations de Bright*.

Cinquième degré. A cette variété appartiennent toutes les dégénérescences et toutes les productions accidentelles que les reins peuvent présenter dans la maladie de Bright, et dont les plus remarquables sont *l'atrophie du rein*, son induration et les kystes qu'il présente si souvent à sa surface, et dont la présence doit certainement avoir quelque rapport avec la texture primitive des reins.

Telles sont les altérations que l'auteur admet dans l'albuminurie, et qui, à l'exception du premier degré, dont M. Bright n'a pas parlé, diffèrent peu de celles adoptées par ce pathologiste; il fait en outre ressortir avec plus de soin que ce dernier la manière dont elles se succèdent. Nous devons cependant dire qu'il ne nous semble pas entièrement démontré, même après les recherches de M. Martin Solon, que ces différentes variétés ne soient toutes que des modifications successives l'une de l'autre, et que l'hypérémie sort; dans tous les cas, la première forme sous laquelle elles se présentent. Quant à l'hypérémie elle-même, elle avait été déjà signalée en 1832, par le docteur Spital, dont le travail n'est pas cité dans l'exposé historique des publications sur la maladie de Bright. Il y a pourtant cette différence entre l'opinion du docteur Spittal et celle de M. Martin Solon, relativement à l'hypérémie rénale, c'est que pour ce dernier elle serait le début constant de la maladie de Bright, tandis que d'après le médecin écossais, elle ne s'y rencontrerait que dans un petit nombre de cas : *Talibus in exemplis color plane ab aucta sanguinis quantitate pendere videtur; nanque, rene ita affecto inciso, parum sanguinis effluit, et partes pallescunt.*

Les recherches de M. Martin Solon sur la marche de la maladie et sur les altérations offertes par le fluide de l'économie, ont confirmé les résultats obtenus par le docteur Bright; c'est ainsi qu'il a constaté une diminution notable de la densité de l'urine, qui est souvent de 1,022 à 1,013, et plus souvent de 1,005 à 1,008, quand la maladie est très intense. Il a reconnu aussi que ce fluide est fréquemment acide; mais que son acidité est en général moindre que dans l'état normal; souvent il est neutre, quelquefois même alkalin; mais alors cette alkalinité ne dépend pas de la présence du sous-carbonate ammoniaque; car il n'y a pas, comme dans l'urine normale, une grande quantité d'urée à décomposer.

Une question importante, soulevée dès le début des recherches sur cette maladie, c'est l'état du sang chez les sujets qui en sont affectés. L'urée y a été trouvée plusieurs fois; mais non dans tous les cas, par MM. Proust, Bostock et Christison, M. Martin Solon nous apprend que ce principe, s'il existait, lui a échappé dans les deux recherches qu'il a faites pour le trouver.

Parmi les complications, ou plutôt les effets de la maladie sur l'économie, celui qu'elle exerce sur l'encéphale, et qui se traduit par de la céphalalgie d'abord, puis par une somnolence opiniâtre, et enfin par un coma mortel n'a point échappé à l'observation de l'auteur. Il aurait pu citer un nombre des écrivains qui ont fait la même observation, le mémoire qu'a publié sur ce sujet le docteur Bright, et que nous espérons reproduire dans un prochain numéro.

La question du diagnostic différentiel, traitée avec une grande indépendance d'opinion préconçue et d'esprit de système, est l'un des points qui nous a offert le plus d'intérêt dans l'ouvrage de M. Martin Solon. Après avoir comparé, avec cette précision que les médecins français ont les premiers apportée dans le diagnostic, la maladie de Bright aux autres hydropisies, au diabète; après avoir surtout démontré par des motifs de nature différente, et qu'on lira avec intérêt dans l'ouvrage lui-même, que cette maladie ne peut être confondue avec la néphrite aiguë ou chronique; après avoir discuté la nature des altérations pathologiques, il conclut que cette maladie est une affection tout à fait spéciale, et que l'on ne peut confondre avec aucune autre.

Le traitement de la maladie de Bright est l'une des parties de son étude

les moins avancées; cependant, la thérapeutique offre quelques ressources pour la combattre, et M. Martin Solon rattache à deux catégories les moyens qu'il croit propres à agir sur la lésion rénale : d'une part, les évacuans de toute nature, antiphlogistiques, diurétiques et les révulsifs; et de l'autre les altérans. Disons seulement quelques mots du second ordre des moyens dont le mode d'action est si obscur, mais dont les effets sont si évidens dans quelques cas, qu'ils ne peuvent être mis en doute. Parmi les altérans, c'est le mercure que l'auteur a essayé d'abord, bien que les médecins anglais, qui l'avaient beaucoup employé, n'en eussent observé que des effets fâcheux; mais au lieu du calomel, qui produit souvent la salivation, M. Martin Solon a préféré l'onguent mercuriel, qui jouit de propriétés résolutives plus prononcées. Voici la formule dont il a le plus fréquemment fait usage.

Prenez :	Onguent napolitain.	1 dragme.
	Savon médicinal	2 scrupules.
	Scille	1 scrupule.
	Extrait gommeux thébaïque.	6 grains.

Pour 24 pilules.

Quelquefois il remplaçait le scille par une égale quantité de ciguë, et ces pilules furent prescrites à huit malades, et parurent déterminer les effets les plus heureux chez ceux qui en purent continuer l'usage assez longtemps; mais, comme il le dit avec une réserve digne d'éloges, ces observations sont en trop petit nombre pour que l'on en puisse tirer des conclusions définitives. Cependant le mode d'action de ce médicament démontre bien qu'il n'agit que comme altérant; car ce n'est que quand il a produit la salivation ou le dévoiement qu'il n'a point paru efficace.

L'étude de la maladie de Bright a été pour M. Martin Solon l'occasion d'examiner si la coagulabilité de l'urine n'existait pas dans d'autres affections, et il a d'abord reconnu avec les médecins anglais et français qui l'avaient précédé dans cette étude, qu'on l'observe dans beaucoup de circonstances, parmi lesquelles, et c'est là surtout que ses recherches offrent un intérêt tout à fait spécial, toutes les maladies aiguës, lorsqu'elles approchent de leur solution, occupent la première place. Les urines deviendraient alors véritablement critiques. Ici, les recherches de l'auteur s'engagent sur un lieu plus vaste champ que dans la première partie; il ne s'agit plus du diagnostic d'une seule affection; mais d'une question depuis longtemps débattue, et qui se rattache à un grand nombre de maladies aiguës. Tel est le sujet de la seconde partie de son travail, où nous trouvons sur cette question des développemens assez importans, que nous ne pouvons reproduire et des observations longuement détaillées. Nous nous contenterons seulement de signaler les conclusions qu'il tire de ces faits, après avoir toutefois fait observer que quand il parle dans cette seconde partie d'urine coagulable, ce n'est plus seulement d'urine albumineuse dont il est question; mais aussi des urines qui déposent, soit par le calorique, soit, ce qui est bien plus fréquent, par l'acide nitrique des flocons dus à la précipitation du carbonate et des urates que contient l'urine, ou qui s'y développent. Peut-être trouvera-t-on que ces deux sortes de précipités sont de nature assez différente pour ne devoir pas être confondus et rapportés à une seule et même cause.

« Les divers faits d'affection périodique, dit M. Martin Solon, d'exanthème fébrile, mais surtout de fièvre typhoïde et de pleuro-pneumonie, que nous avons exposés, nous paraissent établir évidemment que l'urine devient coagulable par le calorique, ou précipitable par l'acide nitrique, pendant le cours des maladies aiguës; que quelquefois le phénomène se manifeste à des époques indéterminées; mais qu'alors il est peu sensible; que, dans certains cas, il n'a pas lieu, et que la maladie ne s'en termine pas moins d'une manière favorable; mais que le plus souvent il se présente vers l'époque critique des affections aiguës, et qu'il en annonce la solution heureuse. »

Il était important de tracer les caractères différentiels des urines critiques coagulables ou précipitables, et des urines albumineuses de la maladie de Bright; c'est ce qu'a fait l'auteur, qui a démontré par d'importantes recherches : 1° que les urines critiques coagulables contiennent beaucoup d'albumine; mais qu'elles diffèrent des urines albumineuses de la maladie de Bright, par des proportions plus considérables de principes salins et autres qu'elles renferment; 2° que les urines critiques précipitables doivent leurs propriétés à la présence d'un excès d'urée, d'acide urique et d'urate d'ammoniaque; mais que ces divers principes, le dernier surtout, s'y trouvent dans des conditions spéciales, probablement dépendantes de l'influence vitale.

La troisième partie ne se rattache que d'une manière très indirecte aux deux premières; c'est un mémoire qui a encore rapport à l'examen de l'urine, non plus dans les cas d'hydropisie, ou à l'époque critique des maladies aiguës, mais dans le cours des quelques affections bilieuses pendant lesquelles l'acide nitrique, versé dans l'urine, et non dans quelques autres liquides organiques, y fait naître une belle couleur verte, due à la présence des matériaux de la bile. Ce fait, dont on ne peut encore constater toute l'importance pour la physiologie pathologique et la médecine pratique, nous semble ouvrir encore une voie à l'expérimentation clinique, et est si facile à observer, qu'il ne tardera pas, nous pensons, à être constaté par tous les praticiens, qui pourront y trouver une indication pour l'emploi des vomitifs, ainsi qu'il ressort des premiers faits recueillis par l'auteur.

Nous terminerons ici notre analyse du travail de M. Martin Solon. Nos lecteurs y trouveront une bonne monographie, la seule même qui existe encore de la maladie des reins, dite de Bright, et les recherches sur divers autres points de la pathologie, et qui toutes ont un but d'utilité pratique évident.

VARIÉTÉS.

— CONCOURS POUR UN PRIX DE MÉDECINE POLITIQUE. — La société des médecins l gistes du grand-duché de Bade a voté, dans sa dernière assemblée générale, qui eut lieu à Fribourg, en Brisgau, le 16 septembre de cette année, un prix qui sera décerné de la manière suivante :

1° Le sujet du mémoire qui veut aspirer au prix est au libre choix des concurrens. Il peut être emprunté à toutes les branches des sciences médico-légales et de l'hygiène publique.

2° Les mémoires peuvent être écrits en langue allemande, latine ou française.

3° Ils doivent être munis d'une épigraphe et accompagnés d'un billet cacheté contenant cette même épigraphe, le nom, les titres et la résidence de l'auteur; le tout écrit lisiblement.

4° Ils doivent être envoyés, jusqu'au 1 février 1840 *au plus tard*, au premier secrétaire de la société, au docteur Schuermayer à Emmendingen (grand-duché de Bade).

5° L'auteur du mémoire qui sera couronné recevra pour prix 25 ducats en or. Le mémoire ne pourra être inséré que dans les ANNALES DE MÉDECINE POLITIQUE rédigées par les docteurs Schneider, Schuermayer et Hergl, dont chaque feuille d'impression est gratifiée de 11 florins (24 fr.). L'auteur recevra en outre vingt exemplaires du mémoire tirés à part.

6° La distribution du prix aura lieu en assemblée générale au mois d'août de l'année 1840.

— NOTICE HISTORIQUE SUR LA VIE, LES TRAVAUX, LES OPINIONS MÉDICALES ET PHILOSOPHIQUES DE P.-J.-V. BROUSSAIS; précédée de sa profession de foi, et suivie des discours prononcés sur sa tombe; par H. DE MONTÈGRE, D. M. P., secrétaire de M. Broussais pendant plusieurs années. — 1 volume in-8 de 158 p., avec un beau portrait gravé. Prix : 2 fr. 50 c.

Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Londres, chez H. Baillière, 219, Regent Street.

— TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRE MÉDICALE; par MM. TROUSSEAU et PIDOUX, docteurs en médecine. T. II, 2e partie, contenant des recherches sur la chaleur animale, la fièvre et l'inflammation, pour servir à la médication antiphlogistique.

Prix de ce volume qui complète l'ouvrage : 5 fr.
Prix de l'ouvrage complet : 19 fr.

A Paris, chez Béchet jeune, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

— DE LA PETITE VÉROLE CONSIDÉRÉE COMME AGENT THÉRAPEUTIQUE DES AFFECTIONS SCROFULEUSES ET TUBERCULEUSES; suivi de considérations nouvelles sur la nature de ces maladies et sur les résultats funestes de la vaccine; par H. VERDÉ *de Lisle*, docteur médecin de la faculté de Paris. — in-8.

Prix : 2 fr. 50 c. et 3 fr. par la poste.

Chez Béchet jeune, libraire de la faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LES INFLAMMATIONS ET LES ABCÈS DU SEIN CHEZ LA FEMME, par M. Gustave Jeanselme.

(Suite et fin. — Voir n° 51, année 1838.)

ABCÈS DU SEIN.

Le abcès du sein, soit aigus, soit chroniques, comme les inflammations dont je viens de parler, et dont ils sont la terminaison la plus fréquente, doivent aussi être divisés en trois classes, suivant leur siége ou leur point de départ. Ainsi ils peuvent s'établir de prime abord : 1° dans la couche sous-cutanée; 2° entre les parois thoraciques et la glande mammaire; 3° dans le tissu glanduleux lui-même. C'est pour n'avoir pas pris en considération cette division tout anatomique que le sujet qui va nous occuper est encore fort obscur. Il appartenait à M. Velpeau d'éclaircir ce point de pathologie. Ce chirurgien a résumé les abcès du sein dans le cadre suivant :

1° Abcès superficiels :
- A. De l'aréole;
- B. Du tissu cellulo-graisseux.

2° Abcès profonds :
- A. Idiopathiques;
- B. Symptomatiques.

3° Abcès glanduleux :
- A. Primitifs;
- B. Secondaires.

Ayant étudié plus haut les symptômes de chacune des inflammations qui correspondent à la division que je viens d'établir dans le tableau précédent, je n'y reviendrai pas.

1° ABCÈS SUPERFICIELS OU SOUS-CUTANÉS.

De même que nous avons trouvé les inflammations superficielles du sein offrir des caractères différens, suivant qu'elles ont leur siége sur l'aréole, ou dans la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée proprement dite, de même verrons-nous les foyers purulens qui leur correspondent offrir les mêmes distinctions. Il convient donc de les étudier séparément.

A. ABCÈS DE L'ARÉOLE, OU TUBÉREUX.

Lorsque l'inflammation de l'aréole se termine par suppuration, on ob-

Feuilleton.

PARTICULARITÉS DE LA VIE DE BROUSSAIS.

M. de M. Montègre, qui a été longtemps secrétaire et ami de Broussais, vient de publier sur la vie de ce célèbre médecin une notice pleine d'intérêt. A part un peu d'exagération enthousiaste, bien excusable dans un jeune écrivain, qui mesure le mérite de l'auteur de la médecine physiologique par l'éclat de sa gloire et de sa renommée, la notice de M. de Montègre est l'œuvre d'un homme d'esprit et de talent. Les principaux traits de la physionomie et de la nature propre de Broussais y sont rendus avec finesse; les particularités de sa vie, racontées avec goût et simplicité. On ne connaissait jusqu'ici du célèbre réformateur que son extériorité scientifique : ce qu'on a appris dans ces derniers temps de ses qualités personnelles et de ses habitudes privées, et surtout ce que nous en apprend M. de Montègre, est peu d'accord avec l'idée qu'on s'était faite de la fougue véhémente, du caractère difficile, de l'humeur querelleuse de l'ardent systématique. Quelle qu'ait été notre opinion sur la valeur et la portée de ses idées, nous n'avons jamais méconnu dans Broussais un esprit remarquable à plusieurs égards, et qui tiendra une grande place dans l'histoire de la médecine. C'est à ce titre que nous reproduisons ici les détails donnés par M. de Montègre sur sa personne et sa vie privée. De pareils renseignemens sont toujours intéressans à lire quand ils se rapportent à un homme aussi célèbre, et surtout quand ils tendent à montrer l'alliance si rare des qualités du cœur avec les brillans attributs du génie.

....

« Je ne crois pas qu'on admirera moins le cœur ardent et généreux, l'application infatigable, la bienveillance la plus intelligente et la plus générale, l'énergie du caractère, le dévouement, la conviction, le désintéressement, le scrupuleux accomplissement du devoir, la grandeur d'ame, en un mot toutes les vertus privées dont Broussais a offert tant d'exemples. Mon affection ne m'aveugle pas jusqu'à ce point que je prétende trouver dans mon maître une perfection qui ne lui a pas été donnée plus qu'à aucun de nous; mais je crois qu'en balançant le bien et le mal, il est fort peu d'hommes dont la valeur morale puisse être regardée comme supérieure à la sienne. Je désire que les particularités qui vont suivre, les seules que ma mémoire me fournisse, donnent aux autres la conviction sincère dont je suis moi-même animé.

» Sa stature était au-dessus de la moyenne, il avait cinq pieds quatre pouces. Ce qui frappait tout d'abord dans sa personne, c'était une apparence de vigueur et de force qui se manifestait également au repos et dans l'action; ses épaules étaient fort larges, ses bras et ses cuisses énormes, ses mains étaient fortes et épaisses; sa démarche était habituellement ferme, peut-être même un peu lourde; mais on voyait au milieu de cette gravité même la puissance d'or-

serve sur cette région de petits dépôts, ordinairement multiples, de forme globuleuse et de volume variable d'une noisette à une moitié d'œuf. Le tissu, qui est le siége de ces petits foyers, étant aréolaire et traversé par les conduits lactés, cette région étant, en outre, comme cloisonnée à la circonférence, on conçoit facilement que les abcès de l'aréole doivent être en général très circonscrits. La finesse et le peu de résistance des tégumens expliquent assez la tendance qu'ils ont à proéminer en avant. Ils se présentent sous forme de petites bosselures douloureuses à la moindre pression et d'une teinte livide et bleuâtre, La fluctuation est assez souvent obscure et difficile à constater d'une manière évidente. Un bon moyen néanmoins pour atteindre ce résultat, et que j'ai vu employer par M. Velpeau en pareilles circonstances, consiste à saisir et à comprimer transversalement la totalité de la mamelle avec la main gauche, tandis qu'avec l'index de la main droite on explore les petites tumeurs inflammatoires. Par ce procédé on donne aux véritables abcès une teinte livide, une tension et une flexibilité qu'on ne rencontre point dans les engorgemens purement inflammatoires. D'ailleurs, avec un peu d'habitude, et en prenant en considération les antécédens de la maladie, il est facile de distinguer ces bosselures, résultat de foyers purulens, des inégalités naturelles, de l'aspect fongueux, que présente quelquefois l'aréole de certaines femmes et des simples dilatations des conduits galactophores. De plus, les malades éprouvent dans la région affectée des battemens et une espèce de constriction assez vive, avec chaleur à la peau. Il existe ordinairement un mouvement fébrile plus ou moins prononcé.

Abandonnés à eux-mêmes, les abcès tubéreux du sein ont fait naître dans la glande elle-même ou dans le reste de la couche sous-cutanée des inflammations et de là des foyers purulens. Mais dans la très grande majorité des cas, ils ulcèrent la peau et se font jour au-dehors.

Traitement. — Si les foyers purulens ne comprennent point le mamelon, et si l'on a quelque raison de penser que les conduits lactés sont intacts, il n'est pas nécessaire de retirer le sein à l'enfant; dans le cas contraire, la prudence exigerait qu'on soutirât le lait par les moyens artificiels. Ces abcès étant produits le plus souvent par des irritations, des gerçures, des crevasses du mamelon ou de son aréole, il convient avant tout de faire disparaître ces maladies: cela fait, toute la thérapeutique des abcès qui nous occupent en ce moment consiste à savoir s'il vaut mieux les ouvrir avec l'instrument tranchant que d'en confier l'ouverture aux efforts de l'organisme. Il est vrai de dire que bien souvent la nature triomphe assez facilement de la maladie, et qu'en peu de temps ces abcès s'ouvrent au-dehors. Mais qu'on examine ce qui se passe en pareil cas. Les tégumens amincis et décollés empêchent les foyers de se déterger, de se mondifier et de se recoller aussi promptement que quand on a fait usage du bistouri. Je pense donc, avec M. Velpeau, que ces abcès ne doivent pas être abandonnés aux seules ressources de la nature; nous avons vu, d'ailleurs, qu'ils peuvent gagner le tissu de la glande. Il faut les ouvrir dès qu'on s'est préalablement assuré qu'il y a collection purulente. En se conduisant ainsi, on évite bien des souffrances aux malades, et la guérison est plus prompte et plus sûre. M. Velpeau dit qu'il y aurait moins d'inconvénient peut-être à porter l'instrument sur une bosselure non abcédée qu'à laisser un foyer purulent s'ouvrir de lui-même. Ce chirurgien ordonne, en outre, de les ouvrir largement pour en extraire tout le pus par la pression.

Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, qu'on en pratique l'ouverture, ou qu'on la confie aux efforts de l'organisme, les abcès tubéreux du sein ne réclament d'autre médication que des topiques émolliens, les cataplasmes de farine de lin surtout. Il est inutile d'ajouter que, si ces abcès avaient développé une réaction assez intense, et qu'il n'existât, d'ailleurs, aucune contr'indication, on aurait recours à la saignée. Mais ces cas sont rares. Le plus souvent, ouverts de bonne heure, et immédiatement recouverts de cataplasmes de farine de lin, ces foyers se tarissent et se cicatrisent en quelques jours.

Obs. XI. — Le 13 avril 1838 est entré à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau, la nommée Lebrun (Marie), âgée de 37 ans, pour des douleurs vives qu'elle ressent autour du mamelon droit. Cette malade, couchée au nº 17 de la salle Ste-Catherine, est d'une bonne constitution et nourrit depuis deux mois son cinquième enfant. L'aréole du sein droit offre un développement considérable; la peau est d'un rouge livide; la malade éprouve dans cette région de vives douleurs, que la moindre pression augmente. Il n'y a pourtant aucun signe de fluctuation. 25 sangsues; cataplasmes de farine de lin.

Le lendemain, même état, même prescription.

Le 26. les douleurs sont moindres; la tension des tégumens a aussi diminué; la fluctuation est évidente. M. Velpeau pratique une incision qui donne issue à une petite quantité de pus. Le foyer est ensuite complètement vidé par des pressions modérées. Cataplasmes émolliens. Deux jours après, la suppuration est tarie.

Le 1er mai, la malade sort de l'hôpital complètement guérie.

Obs. XII. — Dans le courant du mois de juillet dernier, une femme se présenta à la consultation de M. Velpeau pour une contusion de l'épaule. En visitant la partie affectée, nous aperçûmes que le mamelon gauche était le siége d'une suppuration, et que les tégumens de cette partie du sein étaient en partie décollés. Interrogée sur ce point, cette femme nous dit qu'elle avait eu, un mois auparavant, un abcès; qu'elle l'avait laissé s'ouvrir de lui-même et que depuis sa plaie ne pouvait plus se fermer.

M. Velpeau ne laissa pas échapper cette circonstance sans montrer combien est peu rationnelle la pratique de ceux qui confient ainsi l'ouverture de ces foyers aux ressources de l'organisme. C'est pourquoi aussi j'ai cru devoir consigner ici ce fait.

B. ABCÈS DU TISSU CELLULO-GRAISSEUX.

Cette variété d'abcès du sein s'établit et se comporte de la même manière que les abcès phlegmoneux de la couche sous-cutanée des autres régions du corps. La texture aréolaire feutrée du tissu, qui en est le siége, tend continuellement à en circonscrire les limites: elle explique, en outre, pourquoi ces abcès sont assez souvent multiples. J'en ai observé jusqu'à six sur le sein droit d'une femme affectée d'érysipèle ambulant, et traitée par M. Velpeau à l'hôpital de la Charité. Chacun d'eux offrait le volume d'une grosse noix. Ils furent ouverts et la guérison ne se fit pas longtemps attendre. Ce chirurgien dit en avoir observé quatre sur le même sein d'une autre femme. Entre autres exemples de ce genre, je citerai le fait suivant:

Obs. XIII. — Vers la fin du mois de décembre 1836, une femme d'environ 24 ans entra dans le service de M. Velpeau, à la Charité, et fut couchée au nº 19 de la salle Ste-Catherine. Cette malade était sortie deux semaines aupa-

---

ganisation qui la causait. L'activité prodigieuse de corps dont il était doué dans sa jeunesse n'avait été que faiblement atteinte par l'âge; à la moindre émotion un peu vive qu'il ressentait, quand il était en marche, son pas s'animait aussitôt, et on l'eût dit prêt à s'élancer. Il était impossible de le voir agir sans avoir aussitôt l'idée d'un être puissant; son cou principalement portait ce caractère de force qu'on a remarqué souvent dans les hommes de génie comme dans les hommes d'une grande vigueur purement corporelle. Il avait les organes dans l'état du plus parfait équilibre et d'une énergie capable d'user celle de plusieurs hommes; sa voix, infatigable comme la conviction qu'elle exprimait, a souvent lassé deux ou trois auditoires de suite: il était comme un type de la vie physiologique normale des organes; l'action des vomitifs, des purgatifs, des digestibles, se traçait chez lui avec une régularité et une précision remarquables. L'alimentation était et avait toujours été un besoin impérieux; il est mort par un défaut d'alimentation suffisante, non parce qu'il ne mangeait pas assez, mais parce qu'il ne digérait pas bien.

» Sa tête, qui dans sa jeunesse avait été couverte de cheveux châtains foncés et très doux, était énorme; elle avait près de vingt-deux pouces de circonférence, et l'ovale en était remarquablement régulier. Ses yeux étaient d'un gris fauve, ordinairement doux; mais dès qu'une émotion un peu vive venait à l'agiter, dès qu'une pensée un peu importante se présentait à lui, ou que quelque circonstance extérieure venait à le frapper, aussitôt son regard s'enflammait et prenait une expression vraiment singulière et parfois redoutable. Il avait surtout une manière de regard de côté qui n'était qu'à lui, rapide, inévitable, et tout à la fois pleine de hardiesse, de franchise et de puissance. Sa bouche était moyenne et bien faite; les traits en étaient parfaitement arrêtés; son nez était délicat et très bien modelé; l'aile en était d'une mobilité très grande, pleine de finesse et d'énergie, en un mot de caractère, surtout à la partie droite. En somme, les traits de son visage étaient petits et fort accusés; l'ostéologie était vigoureuse, mais les chairs étaient minces et pleines d'élégance. Dans sa jeunesse il avait été un très joli homme; sa figure et sa tournure avaient alors frappé plusieurs personnes qui en ont conservé et m'en ont transmis le souvenir. Il n'eut jamais d'obésité; durant quelques années il engraissa malgré le régime sévère de travail et de sobriété qu'il s'imposait sans cesse; mais ce développement s'arrêta bientôt, et fut toujours très restreint. Des gens qui l'ont connu à la fleur de son âge m'ont assuré n'avoir remarqué dans sa personne aucun changement notable. Le temps marquait bien en lui son empreinte inévitable, mais il ne s'était pas produit sur ce corps vigoureux avec l'aspect de faiblesse et de langueur qui l'accompagne très souvent. Broussais avait vieilli; mais pour ceux qui l'avaient vu trente ou quarante ans auparavant, c'était toujours le même homme. Son originalité individuelle n'avait point été profondément altérée: son portrait fait à cinquante-deux ans montre à peine quelques cheveux gris.

» Je crois que cette conservation physique ne tenait pas seulement à la vigueur de son tempérament, elle tenait aussi beaucoup, selon moi, aux habitudes d'énergique régularité dont il ne s'est jamais écarté. Quand je l'ai connu, et toute sa vie antérieure avait été aussi active, il se levait à six heures en hiver et à cinq en été, ou pour mieux dire avec le jour, car toujours le soleil le fit lever. La journée commençait pour lui par une visite au Val-de-Grâce: cette visite, dont il ne se dispensa jamais, durait deux ou trois heures, et était suivie le plus souvent d'une clinique orale à l'amphithéâtre; à neuf heures, il rentrait chez

ravant d'une des salles de médecine de l'Hôtel-Dieu, où elle avait été traitée d'une affection aiguë de poitrine. Elle paraît, d'ailleurs, d'une fort bonne constitution. Six jours avant son entrée à la Charité, elle éprouva, sans cause appréciable, quelques douleurs vagues dans le sein gauche. Le lendemain, une plaque rouge se montra sur le côté externe de la mamelle; deux jours après, une seconde plaque se développa sur la partie inférieure et interne; enfin, le même phénomène se renouvela sur la partie inférieure et externe. Les progrès de l'inflammation furent si rapides que lorsque la malade se présenta à notre observation, nous trouvâmes à la place de ces plaques trois abcès du volume d'un œuf chacun et offrant une fluctuation évidente. La peau de chacune de ces tumeurs était amincie, celle surtout qui recouvrait l'abcès situé à la partie externe de la mamelle. M. Velpeau ouvrit immédiatement ces foyers, et une assez grande quantité de pus s'écoula au dehors. L'abcès dont la peau était le plus amincie fut ouvert par deux incisions parallèles. Une seule incision suffit pour les deux autres, quoique ces trois tumeurs fussent d'un volume à peu près égal. M. Velpeau pratiqua deux incisions sur le premier abcès pour aider par là le recollement de la peau. Cela fait, tout le sein fut couvert d'un cataplasme de farine de lin. Le lendemain, la suppuration est abondante. D'ailleurs, il n'existe aucun symptôme de réaction. Nouveaux cataplasmes émolliens. Les jours suivans, la suppuration diminua de plus en plus: et, dix jours après, la malade était complètement guérie.

Lorsque ces abcès sont multiples, ils ont une base souple et assez régulièrement circonscrite; la peau qui les recouvre est mince; on les dirait situés dans les couches les plus superficielles. Leur ramollissement est aussi plus rapide. Nous avons vu dans l'observation précédente que quelques jours suffirent pour amener ce ramollissement.

S'il n'existe qu'un seul abcès, sa base est assez ferme et mal limitée; le ramollissement se fait alors lentement du centre vers la circonférence. C'est surtout dans ces cas que la tumeur présente une forme conoïde. Ils semblent situés moins superficiellement que les précédens.

Quoi qu'il en soit, les abcès de la couche cellulo-graisseuse du sein acquièrent parfois un volume considérable, surtout lorsqu'il n'en existe qu'un seul. J'en ai observé qui avaient le volume d'une grosse orange. M. Velpeau en a rencontré de comparables à la moitié de la tête d'un enfant. Leur siége le plus ordinaire est à la partie externe et inférieure de la mamelle. Il n'est pas rare néanmoins de les rencontrer dans les autres régions du sein.

Les symptômes de ce genre d'abcès sont déterminés, comme pour les abcès phlegmoneux en général, par la saillie, l'amincissement, et la teinte livide ou bleuâtre de la peau. La fluctuation est facile à reconnaître; on y parvient aisément en pressant contre les parois thoraciques avec la main gauche la mamelle, sans y comprendre toutefois la totalité de la tumeur, tandis qu'avec l'index de l'autre main on explore la partie de la tumeur qu'on a laissée libre. On pourrait encore se servir du procédé que j'ai indiqué en parlant des abcès de l'aréole.

Dans le plus grand nombre des cas, ces abcès se distinguent facilement de ceux qui occupent la glande et surtout de ceux qui ont leur siége dans le tissu sous-mammaire. Le diagnostic pourrait néanmoins offrir quelques difficultés, si la femme était douée d'un grand embonpoint ou si le sein était dilaté, soit par le travail de la lactation, soit par un véritable engorgement laiteux. Dans ces cas même, il sera encore assez facile d'éviter toute méprise, si, tenant compte des antécédens de la maladie, on observe la peau qui recouvre la tumeur d'un rouge plus foncé et plus amincie que dans les parties environnantes et si cette tumeur est le siége d'une douleur sourde et permanente.

TRAITEMENT. — Abandonnés à eux-mêmes, les abcès dont il s'agit mettent toujours un temps plus ou moins long à s'ouvrir à l'extérieur. M. Velpeau dit en avoir observé plusieurs dont l'ouverture spontanée ne s'est effectuée qu'au bout d'un mois. Le plus souvent néanmoins cette ouverture s'opère avant le quinzième jour.

La glande mammaire ne prenant ici aucune part à la maladie, et continuant à remplir librement ses fonctions, il est évident qu'il n'est point nécessaire de suspendre l'alaitement. Cette suspension serait même plus ou moins nuisible, puisque l'engorgement laiteux qui surviendrait alors ne manquerait pas d'augmenter l'irritation et exercerait par là une influence plus ou moins fâcheuse sur la maladie.

La meilleure médication consiste ici à ouvrir largement le foyer dès qu'on y a constaté la fluctuation d'une manière évidente. En se comportant ainsi, on évite toutes fusées purulentes dans les différentes régions voisines, et lorsque les abcès occupent le pourtour de la glande, on prévient, autant que possible, l'inflammation de se communiquer au tissu cellulaire profond. Beaucoup de chirurgiens conseillent de ne faire usage de l'instrument que lorsqu'on s'est bien assuré de la fonte complète de l'engorgement. En suivant cette pratique, on s'exposerait à voir les tégumens s'amincir, se décoller même, et devenir par là un obstacle plus ou moins grand à une prompte cicatrisation. Mieux vaut, sans doute, comme le pratique M. Velpeau, donner issue au pus avant la maturité complète de la tumeur. Je me suis plusieurs fois convaincu qu'une incision prématurée arrête le développement de la maladie, et en favorise même assez souvent la disparition. Quant à l'engorgement qui subsiste dans ces cas, on peut être tranquille sur ses conséquences, la résolution s'en empare bientôt et tout rentre dans l'ordre.

Ces abcès doivent être ouverts largement. Il est inutile de dire que l'incision devra être faite sur le point le plus déclive. Si la peau est amincie, et que le pus ait eu le temps de se creuser des cavernes, il convient de pratiquer plusieurs incisions. Lorsque les foyers sont profonds et sinueux, on doit placer entre les lèvres de la plaie une mèche de charpie enduite de cérat pour l'empêcher de se cicatriser avant que la caverne purulente se soit complètement détergée.

Après l'ouverture de ces abcès, on applique à nu sur le sein de larges cataplasmes émolliens que l'on renouvelle matin et soir, jusqu'à ce que la suppuration soit épuisée, et que le foyer soit complètement mondifié. On substitue le pansement simple aux cataplasmes, lorsqu'il ne reste plus que la plaie faite par l'instrument tranchant. L'engorgement voisin qui subsiste assez souvent est alors avantageusement combattu par une compression méthodiquement faite. Il arrive quelquefois que le foyer fournit pendant longtemps une suppuration plus ou moins abondante, et que la plaie prend un aspect blafard qui indique que la guérison radicale se fera longtemps attendre. Dans ces cas, on fait usage d'injections irritantes. J'aurai à revenir plus tard sur cette médication, que je me borne à indiquer ici.

Le meilleur traitement des abcès cellulo-graisseux du sein consiste donc à les ouvrir largement et de bonne heure. Néanmoins, comme il arrive assez souvent, dans la pratique civile surtout, que les femmes se refusent formellement à l'emploi du bistouri, je dois faire mention d'une médication que j'ai vu réussir quelquefois à l'hôpital de la Charité. M. Velpeau couvre, dans ces cas, la tumeur d'un large vésicatoire volant dont la plaie est pansée matin et soir avec la pommade d'iodure de plomb ou

---

lui, prenait le déjeuner et quelque repos, le seul de la journée, jusqu'à dix heures; il se faisait la barbe, et pendant cette occupation qu'il ne négligea point un seul jour, il dictait quelque lettre ou le sommaire des consultations qu'on lui demandait. Il passait ensuite visiter ses poules, qui étaient fort nombreuses, et sur lesquelles il faisait les remarques les plus suivies et les plus délicates: il observait leur ponte avec le plus grand soin, numérotait les petits, auxquels il donnait les noms les plus pittoresques, et souvent les plus gracieux et les plus justes, tirant ces noms de la forme, du plumage, des instincts particuliers de ces petits animaux; déjà, en Espagne, il avait cette passion pour les poules. Après cette inspection, qui était fort courte, il sortait jusqu'à l'heure du dîner pour remplir les nombreux devoirs qui l'appelaient au dehors. Tantôt c'étaient les cours de l'École de Médecine, tantôt la séance de l'Institut, tantôt des consultations et quelques rares visites. Après dîner, il se faisait lire d'abord le journal du matin, le plus habituellement le COURRIER FRANÇAIS, puis quelques livres de philosophie, et très souvent du latin, pour lequel il avait gardé beaucoup de goût. Après la lecture, c'est-à-dire vers huit heures, il se mettait au travail, et ne le quittait jamais qu'à minuit passé. Durant vingt années de suite, je l'ai vu soutenir ces habitudes sans jamais y manquer et sans en être fatigué en quoi que ce fût. Lorsqu'il lui arrivait, ce qui du reste était excessivement rare, de ne point dîner chez lui, il fallait au retour reprendre la série des occupations quotidiennes, le journal d'abord, la lecture ensuite, et il ne cessait que quand l'heure du sommeil était sonnée, quel que fût d'ailleurs le point où il était parvenu dans cette réparation d'un temps selon lui mal employé.

»Voici ce que je puis attester de sa manière de travailler: jamais il n'a rien écrit qu'il n'eût auparavant tout arrêté, tout systématisé dans sa tête. Son procédé consistait à recueillir des notes très nombreuses, très exactes, et indiquant chacune un point de vue précis, distinct; toutes ces notes une fois écrites et arrêtées, il laissait cet ensemble vaste et confus se reposer dans sa mémoire, et le soumettait à une élaboration lente et successive; peu à peu les idées se classaient, se rangeaient suivant leurs analogies ou leurs différences naturelles; et quand une fois elles étaient arrivées à maturité, il prenait la plume, et il écrivait tout d'un jet ses longs et admirables ouvrages qui lui assurent l'immortalité. Dans ceux-là, il ne faisait pas de ratures, parce que la pensée, suffisamment mûrie, entraînait avec elle la forme toujours docile et toujours prête à la suivre; dans les ouvrages, au contraire, de moindre haleine qu'exigeait la polémique de chaque jour, les surcharges, les corrections étaient fréquentes; la pensée était trop neuve et pour ainsi dire trop peu formée; l'expression alors était plus rebelle et plus difficile à trouver. Je crois que tous les esprits systématiques doivent avoir dans leur composition des procédés analogues à ceux de Broussais, et il n'est guère possible de construire solidement quelque vaste ensemble de pensées en suivant une autre méthode; celle-là seulement peut mener à l'unité; les autres ne donneront jamais que des pièces de rapport juxtaposées, mais non point réellement unies.

»La gaieté de Broussais était intarissable comme sa verve scientifique. Je tiens d'un témoin oculaire qu'étant en Espagne et faisant route avec plusieurs de ses camarades, il se mit à chanter avec tant d'inspiration et d'entrain, que la troupe entière ne le laissait point cesser un seul instant. Après une chanson et les rires qu'elle avait provoqués, on en demandait une autre qui en provoquait de nouveaux, et que suivait une troisième. Broussais se lassait encore moins que ses auditeurs, et il paria qu'il chanterait pendant toute la durée de

la pommade mercurielle. Après la dessiccation de la plaie, un nouveau vésicatoire est appliqué, et on fait usage du même pansement. J'ai observé que ce moyen hâte la suppuration lorsqu'elle est inévitable, qu'elle tend à ramollir le foyer, à en amincir la peau, à émousser les douleurs, et même à favoriser la résolution, si cela est possible. Le vésicatoire est donc ici une ressource que les praticiens doivent prendre en considération. Toutefois, qu'on ne s'y trompe point, dans la plupart des cas, quelque moyen que l'on prenne, le pus doit être expulsé au-dehors, et les chirurgiens doivent tout faire pour décider les malades à se laisser pratiquer une opération qui leur épargnera bien des souffrances, et qui leur procurera une guérison plus prompte et plus satisfaisante.

2° ABCÈS PROFONDS OU SOUS-MAMMAIRES.

La division de ces collections purulentes en abcès idiopatiques et en abcès symptomatiques est de la plus haute importance pour la pratique. Il est évident que la première classe de ces foyers est loin d'offrir la même gravité que la seconde, qui se lie toujours à une affection plus ou moins sérieuse des organes voisins. C'est ainsi qu'en 1836 j'ai observé dans le service de M. Velpeau, à la Charité, un de ces abcès dont le point de départ avait été une masse caséeuse sous-sternale. Une jeune fille, traitée dans le même hôpital, et à peu près à la même époque, en offrit un qui avait son origine entre le bord antérieur du poumon droit et la plèvre costale. M. Velpeau dit en avoir observé plusieurs autres exemples, dépendant tantôt de l'inflammation et de la suppuration du périchondre d'un cartilage sterno-costal brisé, tantôt de l'altération de côtes sous-jacentes; tantôt enfin d'une maladie quelconque de la poitrine. Ce ne sont là, après tout, comme on le comprend très bien, que des variétés de l'abcès par congestion. Le fait suivant mérite d'être relaté ici.

OBS. XIV.—Dans les premiers mois de l'année 1836, j'observai à l'hôpital de la Charité, une femme, âgée de 34 ans, dont la région profonde du sein gauche était depuis plus d'un mois le siége d'une suppuration abondante. Cette femme souffrait depuis seize mois de douleurs sourdes dans la région postérieure et moqueuse de la poitrine. Depuis cette époque, sa santé s'était beaucoup altérée; depuis un mois surtout ses forces l'abandonnaient chaque jour, et il était facile de voir que la mort ne se ferait pas longtemps attendre. Aux antécédens fournis par la malade, M. Velpeau pensa que le foyer purulent du sein avait son origine dans une affection d'une ou de plusieurs des vertèbres dorsales; et que ce n'était là qu'un abcès par congestion. Cette malheureuse femme succomba d'épuisement peu de temps après, et nous pûmes nous convaincre de la justesse de ce diagnostic. Les troisième et quatrième vertèbres dorsales étaient cariées en grande partie; le pus avait fusé le long de la troisième et quatrième côtes correspondantes du côté gauche, et était venu se faire jour sous la mamelle, au niveau de l'union des côtes avec leur cartilage.

Les abcès profonds du sein dépendent en outre assez souvent d'une affection de la glande mammaire elle-même. On conçoit sans peine, en effet, que l'inflammation du tissu glanduleux se communiquant à la couche graisseuse profonde détermine là des foyers purulens.

OBS. XV.—Au mois de septembre 1837, une femme, âgée de 27 ans, était traitée à l'hôpital de la Charité d'un abcès développé dans le tissu glanduleux de la mamelle droite. Aux caractères que présentait la maladie, et qu'il est inutile de rappeler ici, il était facile de voir que la glande seule était affectée, que les couches celluleuses profondes ne prenaient aucune part au mal. Cette malade était soumise depuis près de vingt jours à un traitement approprié, lorsque tout à coup, sans cause appréciable, la mamelle devint plus volumineuse; des douleurs profondes et sourdes s'y firent sentir; deux jours après, la fluctuation était évidente dans la région profonde du sein; une incision pratiquée au côté externe et inférieur de la mamelle donna issue à plus d'un verre de pus. Cette ouverture fournit une suppuration abondante pendant cinq à six jours; après quoi la plaie se cicatrisa. L'abcès glanduleux ne fut complètement guéri que près d'un mois plus tard.

Les abcès profonds du sein peuvent aussi être la suite de foyers purulens développés dans la couche sous-cutanée, comme j'ai déjà eu occasion de le dire en traitant de cette première classe d'abcès. Entre autres exemples de ce genre, je citerai le fait suivant.

OBS. XVI.—Dans le courant de l'hiver dernier, une femme affectée d'un abcès superficiel du sein droit se présenta à la consultation de M. Velpeau, à la Charité. La tumeur, du volume d'un œuf, était située à la partie inférieure et externe de la mamelle; la fluctuation y était évidente; les tégumens qui la couvraient étaient rouges et un peu aminci; les douleurs qu'éprouvait la malade n'étaient pas très vives. M. Velpeau se proposait à pratiquer une incision; lorsque cette femme s'y refusa formellement, disant que la tumeur s'ouvrirait d'elle-même, et qu'elle ne se sentait pas le courage de supporter l'opération. Toute tentative fut inutile; elle promit de revenir à la consultation; elle revint en effet deux jours après. Mais suivant les prévisions de M. Velpeau, le pus avait fusé dans les couches profondes, et un abcès sous-mammaire était venu compliquer la maladie primitive. La malade entra immédiatement dans l'hôpital, y fut traitée convenablement, et en sortit onze jours après parfaitement guérie.

Plus de détails sur ce point deviendraient fastidieux; il n'est, en effet, aucun praticien qui osât mettre sur la même ligne les abcès profonds idiopatiques, et ceux qui se développent à la suite d'une affection des organes voisins.

Les symptômes qui caractérisent cette classe d'abcès sont ordinairement assez tranchés pour qu'on ne puisse pas les confondre avec les foyers purulens précédemment étudiés; nous verrons plus tard quels sont les signes qui les différencient des abcès qui se développent dans le tissu glanduleux.

Lorsque la suppuration commence à s'établir, la femme éprouve des frissons irréguliers, des sueurs partielles; le sein affecté lui paraît lourd et comme distendu; la peau est lisse, un peu chaude, et ordinairement peu colorée. Soumise à la pression, la glande, qui est d'ailleurs soulevée en avant, et qui présente une rénitence particulière, semble reposer sur une vessie remplie de liquide, et fait éprouver une sensation bien différente de celle que donnent les abcès superficiels ou glanduleux. Avec un peu d'habitude ce caractère suffit souvent pour porter un diagnostic à peu près certain. Je dois ajouter pourtant qu'assez souvent, surtout lorsque les abcès sont peu volumineux, la fluctuation est difficile à constater d'une manière évidente. Il faut alors avoir recours aux antécédens de la maladie, à la durée, au degré d'intensité de l'inflammation qui a précédé le développement du foyer purulent. Ainsi, lorsque après huit ou dix jours d'existence des symptômes que j'ai énumérés plus haut, en traitant de l'inflammation sous-mammaire, on voit la rougeur des tégumens, la douleur et la réaction générale perdre de leur intensité, sans que pour cela la tumeur s'affaisse, sans que la fièvre cesse, sans que l'appétit re-

---

l'étape, sans même se répéter une seule fois, il gagna la gageure. Sa mémoire inépuisable lui aurait encore fourni des refrains longtemps après qu'on était arrivé au gîte.

»Il avait, du reste, une facilité merveilleuse à retenir ce qu'il avait lu ou entendu une seule fois; il savait par cœur une quantité prodigieuse de vers français et latins, au rhythme desquels son oreille était excessivement sensible. Je l'ai vu quelquefois signaler sur-le-champ, et comme un musicien signale une note fausse, une erreur de quantité dans des vers qu'il ne connaissait pas et qu'il n'entendait qu'en passant. Il retenait même aussi bien la prose, et sa mémoire ne le laissa jamais en défaut pour une citation. Je lui ai entendu réciter des pages entières de Sydenham, entre autres le magnifique tableau que trace le médecin anglais du tempérament qui dispose à la goutte. Sa conversation était donc très souvent animée des souvenirs de ses lectures, toujours choisies avec un goût parfait et avec une justesse profonde d'application. Souvent, au Val-de-Grâce, il visitait cinquante ou soixante malades de suite sans tenir de cahier, et rectifiait par ses souvenirs personnels les fautes inscrites sur les registres. Parfois même, dans des momens d'impatience, il improvisait tout à coup des couplets satiriques, que je ne voudrais pas donner pour des chefs-d'œuvre, mais qui rendaient avec un rare bonheur et une vivacité d'expression très piquante les sentimens moitié sérieux, moitié risibles qui l'animaient.

»Il me serait difficile de dire jusqu'où s'étendait la sensibilité de Broussais; elle comprenait à la fois les hommes, les animaux et les choses; il n'y a que pour lui seul qu'il fut impassible, et l'on pourrait presque dire impitoyable. On a pu voir par sa biographie à quelles rudes épreuves sa jeunesse et sa vie tout entière avaient été soumises : « Si j'avais supporté, me disait un de ses amis, homme d'ailleurs plein de force et d'énergie, si j'avais supporté le quart des maux et des misères qu'a endurés Broussais, je serais mort dix fois à la peine. » Jamais cœur ne fut plus dévoué que le sien à l'amitié. Il apprit la mort de Sarlandière d'une façon très brusque, malgré la précaution qu'on avait eue de la lui cacher; cette triste nouvelle le frappa vivement; il ne put retenir ses larmes, et plus de huit jours après il en pleurait encore, se reprochant de n'avoir pas assisté aux derniers momens de son vieil ami, lorsque déjà lui-même, dans un état dangereux, était atteint du mal qui devait nous l'enlever. Son beau-frère Casimir Froussart, enseigne de vaisseau, a passé chez lui près de quatre années, atteint d'une maladie très grave de la hanche, à laquelle il a enfin succombé. Pendant tout ce temps et jusqu'à son dernier jour, les soins les plus assidus, l'amitié la plus sincère ne lui ont pas manqué : Broussais exprimait encore dans les dernières semaines de sa vie le regret de l'avoir perdu, et l'espoir qu'il avait de continuer longtemps sur le fils l'affection dont il avait toujours entouré le père. Il n'a jamais rien refusé à la demande d'un ami; aussi, il est mort sans fortune. Mais je dois dire que, dans le moment du besoin, le dévouement de ses amis ne lui a pas non plus manqué : il lui était certainement dû à tous les titres; mais il est bon de rappeler que son cœur généreux n'a pas été méconnu de tout le monde.

»Il aimait beaucoup les animaux; outre ses poules, dont le nombre était considérable, il avait aussi des pigeons, des chiens et des chats. Il n'est pas une seule de ces bêtes qui ait jamais eu à souffrir de lui. Il avait une horreur profonde des vivisections, et de sa vie il n'a fait une expérience sur un être animé.

»Quoi qu'il eût fait de très nombreuses campagnes, et assisté à d'effroyables batailles, le spectacle de la guerre lui avait toujours fait une impression profonde

vienne, tout porte à croire qu'il s'est formé une collection purulente. Si, avec ces signes, on trouve un empâtement des tissus qui conserve l'impression du doigt, il n'y a plus à hésiter, un abcès s'est définitivement établi.

Assez souvent, ces abcès acquièrent un volume considérable. M. Velpeau dit en avoir ouvert plusieurs qui contenaient près de deux litres de pus. En 1837, ce chirurgien en ouvrit un à l'hôpital de la Charité, qui donna issue à plus d'un litre de matière purulente. Tout le côté gauche de la poitrine semblait transformé en une vaste poche qui refoulait au-devant d'elle la mamelle et les tégumens.

Quelque tendance qu'aient ici les foyers purulens à s'étendre, vu la disposition anatomique des parties, il ne faudrait pas croire pourtant que ce genre d'abcès occupe toujours la largeur du sein. On comprend en effet que l'inflammation puisse être adhésive dans certains points, qu'il s'établisse là des brides, des cloisons qui circonscrivent la collection; c'est ainsi sans doute que doivent se former ces petits abcès, tantôt uniques, tantôt multiples qu'on observe quelquefois dans la région profonde du sein, et qui se présentent alors sous forme de bosselures plus ou moins volumineuses. Mais, je me hâte de le dire, ces cas sont rares; ordinairement la maladie se présente sous la forme diffuse, et elle offre alors les caractères dont je viens de parler.

Le siége qu'occupent ces foyers, et la texture du tissu au milieu duquel ils se trouvent en font une maladie sérieuse qui mérite la plus grande attention de la part des praticiens. J'ai déjà parlé des fusées purulentes qui peuvent se former dans l'aisselle, dans l'hypochondre, à l'épigastre, ou sur tout autre point circonvoisin. Qui ne voit, en outre, que la maladie peut se propager jusque dans la poitrine, et donner lieu à des affections d'organes importans? Ce sont là, sans doute, des cas rares; mais il suffit qu'ils aient été observés pour que les chirurgiens doivent se tenir sur leur garde. M. Velpeau en a cité plusieurs exemples capables de fixer l'attention des praticiens sur ce point.

Traitement. Dès que l'existence de la collection purulente est bien constatée, ce serait s'abuser et même exposer la malade à des dangers, que d'avoir recours à l'emploi des topiques et à des médications internes. Ce sont là tout au plus des moyens que le chirurgien peut mettre en usage pour satisfaire les désirs de la malade. Le remède essentiel ici, le seul même qui soit efficace, consiste à porter le bistouri dans le foyer pour en évacuer le liquide qu'il contient, Mais comme cette pratique subit, suivant les cas, des modifications importantes, je crois devoir entrer dans quelques détails sur ce point.

Lorsque les abcès profonds du sein sont limités en arrière de la glande, qu'ils n'ont point traversé cet organe pour venir faire saillie sous la peau de la région antérieure de la mamelle, le chirurgien doit pratiquer l'incision sur le point le plus déclive du clapier; c'est-à-dire en bas et en dehors. Cependant, si la femme est habituée de se coucher sur le côté sain, il faudrait inciser en bas et en dedans de la mamelle. Cette incision doit être large et dirigée perpendiculairement à l'axe du tronc. Une pareille direction donne plus de liberté au pus de s'écouler au-dehors, et s'oppose à l'occlusion trop prompte de la plaie. Il est bien entendu que si la peau était amincie sur plusieurs points, il faudrait pratiquer tout autant d'incisions, en se conformant aux règles précédentes. Ainsi ouverts, ces abcès sont immédiatement couverts de cataplasmes émolliens; si l'on craint que la plaie se cicatrise trop promptement, on interpose entre ses lèvres une mèche de charpie enduite de cérat. Traités de cette manière, ces foyers purulens se tarissent bientôt, pourvu toutefois qu'il n'existe aucune des complications dont j'ai parlé plus haut. J'ai observé dans le service de M. Velpeau, à la Charité, plusieurs de ces abcès qui ont été radicalement guéris après quelques jours de traitement. D'ailleurs, si cinq ou six jours après l'ouverture de ces foyers, la guérison n'arrivait point, on la hâterait puissamment à l'aide d'une compression méthodiquement faite.

Jusqu'ici, on le voit, la thérapeutique est simple, et le traitement de ces abcès ne peut être le sujet d'aucune discussion.

Mais il n'en est plus de même lorsque le pus a traversé la glande sur un ou plusieurs points, et qu'il est venu constituer en avant de cet organe, soit sur l'aréole, soit sur tout autre point de la face antérieure du sein, un ou plusieurs foyers. Dans ces cas, les incisions pratiquées sur la périphérie de la glande n'offrent plus les mêmes avantages: il faut porter le bistouri sur les tumeurs antérieures, et se conformer à certaines règles que je vais indiquer.

Dans ces cas, l'abcès est constitué par une caverne située sous la glande et par un nombre plus ou moins considérable de petits foyers placés au-devant de cet organe, et constituant autant de branches du foyer profond principal. Je me suis souvent convaincu, et des observations nombreuses le démontrent jusqu'à la dernière évidence, qu'à ce degré et sous cette forme, les abcès profonds du sein constituent une maladie très tenace qui exige beaucoup de temps avant d'arriver à une guérison parfaite, quels que soient d'ailleurs les moyens qu'on lui oppose. La meilleure médication, celle qui procurerait les plus prompts résultats, consiste à fendre la mamelle sur une grande partie du foyer et dans toute son épaisseur. Tel est le conseil que donne M. Velpeau, surtout lorsque l'abcès est épanoui en arrière et en avant de la glande, de telle sorte que cet organe l'étrangle dans son milieu à la manière d'un bouton de chemise. En effet, si, dans ces cas, on se bornait à une simple ponction ou à une petite incision, l'élasticité de la glande détruirait bientôt la communication des deux foyers, et mettrait par là obstacle à la sortie du pus renfermé dans la caverne profonde. De plus, il n'est pas rare aussi de voir ces petites ouvertures se maintenir indéfiniment à l'état d'ulcères fistuleux qu'il est extrêmement difficile de guérir. Ce sont ces conséquences qui ont porté Hey à conseiller de fendre la glande d'outre en outre sur toute l'étendue de la caverne purulente. Quoi qu'en dise sir A. Cooper, M. Velpeau pense que cette pratique est la plus sûre, et quelquefois même la seule qui puisse procurer une guérison radicale. Le seul inconvénient qu'elle présente, si toutefois c'en est un réel, c'est d'effrayer les malades.

Je dois ajouter, pour rendre ici toute la pensée de M. Velpeau, que ce n'est point au début qu'on doit avoir recours à ces larges incisions, mais lorsque les ouvertures qu'on a déjà pratiquées ne peuvent point se cicatriser, qu'elles restent à l'état d'ulcères fistuleux. Voici dans ces cas le mode opératoire suivi par ce chirurgien : une sonde cannelée est introduite à travers une des ouvertures primitives jusqu'au fond du foyer principal; on conduit sur elle un bistouri droit et on tranche largement la mamelle d'un seul coup. Le doigt introduit ensuite dans le fond du clapier sert de guide pour détruire de la même manière toutes les sinuosités de la caverne. Une forte mèche de charpie enduite de cérat est ensuite interposée entre les lèvres de la plaie pour s'opposer à la trop prompte réunion de ses bords; il faut faire en sorte, en un mot, que la cicatrisation

---

qui demeura jusqu'à la fin de sa vie. Un jour qu'un jeune homme vantait devant lui avec enthousiasme la gloire militaire de Napoléon, il donna les signes d'une vive impatience, et enfin il s'écria avec véhémence : « Faut-il donc toujours que les idées se battent et fassent égorger les populations! » Cette sensibilité naturelle n'avait point été émoussée au lit des malades. Jamais il ne vit sans une émotion pénible un homme près de mourir, cet homme lui fût-il d'ailleurs parfaitement inconnu.

»Sa bienveillance envers tous ceux qui l'entouraient lui avait donné sur son impétuosité naturelle une domination qui ne se démentait jamais. Il avait pendant un temps une vieille domestique qu'il conservait par humanité, et qui était fort bête : plusieurs fois par jour cette pauvre femme commettait dans le service des maladresses et des sottises qu'elle aggravait encore par un ton brutal et grossier. J'ai vu souvent Broussais bondir de colère en voyant agir cette femme, et jamais cependant il ne laissa échapper devant elle une seule parole de dureté; mais, dès qu'elle était sortie de l'appartement, il éclatait, et sa langue trouvait alors un torrent de paroles les plus pittoresques, les plus énergiques, où tombaient pêle-mêle le latin, le grec et le français; puis tout à coup il se mettait à rire lui-même de son emportement, qui n'allait pas plus loin.

»C'était surtout à table qu'il montrait toutes les qualités aimables de son esprit; c'était là presque uniquement ses heures de repos; c'est là qu'il voyait ses amis et qu'il leur donnait rendez-vous. Sa table était toujours des plus modestes; on n'y voyait jamais figurer que le strict nécessaire; et pour lui, quand il avait satisfait son vaste appétit, rien n'était capable de tenter sa sensualité; il buvait rarement du vin, et pendant plusieurs années qu'a duré ma familiarité avec lui, je l'ai vu ne boire que de l'eau qu'il avalait lentement à l'aide d'un tuyau de paille. Dans les dernières années de sa vie, il s'était mis à l'usage du cidre, et paraissait s'en bien trouver; il répétait « que cette boisson de sa jeunesse le guérirait, dans son âge avancé, des déplorables infirmités dont il était atteint. » Mais il finit par s'en trouver incommodé, et reprit avec plaisir sa boisson favorite, qui était l'eau pure et fraîche. Les saillies les plus brillantes, les mots les plus piquans et souvent les plus profonds, les aperçus les plus ingénieux et les plus vrais, parfois des discussions sérieuses et sans prétentions, tels étaient les plaisirs qu'il se donnait à lui-même, ainsi qu'à ses convives, quand sa verve scientifique le servait. Dans ces momens, il s'y laissait aller, mais toujours sans pédantisme et avec une mesure dont le meilleur goût n'aurait point eu à se plaindre. Je me rappelle qu'un jour entre autres, après un dîner à la campagne, et devant une réunion assez distinguée, il improvisa un tableau plein de feu et de vérité des progrès que les sciences naturelles, et particulièrement la physiologie, avaient faits depuis la révolution; tous les assistans étaient ravis, y compris les dames, qui s'étonnaient de trouver si claires et si intéressantes des matières qu'elles ne croyaient point faites pour leur admiration.

» Il était avec tout le monde d'une modestie et d'une candeur vraiment admirables. Je ne crois pas qu'il soit possible de citer dans sa vie un seul trait de vanité; cette passion mesquine était trop au-dessous de sa grande ame. Il n'émettait jamais son opinion avec un ton de supériorité, bien qu'on eût pu aisément le pardonner à son génie; mais lui même s'en serait blâmé comme d'une faute de goût et comme d'une misère d'esprit. Il poussait la bienveillance jusqu'au scrupule, et il se serait reproché de blesser qui que ce fût par un mot

marche du fond à la superficie. C'est pour avoir négligé cette précaution qu'on voit de nouveaux foyers se former, alors que la plaie extérieure est complètement cicatrisée.

Si les malades se refusaient obstinément à ces larges incisions, ou même si cette pratique ne convenait pas à quelques chirurgiens, on pourrait se borner aux incisions ordinaires dont on tiendrait les bords écartés comme je viens de le dire; mais alors, il faudrait s'attendre à voir la maladie se prolonger long-temps. M. J. Cloquet a proposé en pareil cas de placer à demeure dans le fond du clapier une grosse sonde de gomme élastique. Ce chirurgien a retiré d'heureux résultats de ce procédé; mais je serais porté à penser, comme l'a dit du reste M. Velpeau, que si on a tant préconisé les avantages de ce moyen, c'est qu'on l'a employé indistinctement contre plusieurs des variétés de l'abcès du sein. Je dois ajouter pourtant que c'est un procédé à ne pas négliger dans la pratique lorsqu'on se borne à pratiquer de petites incisions.

D'ailleurs quelque moyen que l'on emploie, il arrive assez souvent que le foyer une fois ouvert met un temps plus ou moins long à se déterger, à se mondifier. Il faut alors avoir recours à une compression méthodique; et si quelques jours après, ce moyen ne produit pas l'effet désirable, que les lèvres de la plaie soient blafardes et flasques, il convient de faire usage d'injections irritantes, telles que la décoction de quinquina, une solution affaiblie de teinture d'iode, ou bien encore le mélange vanté par sir A. Cooper, composé de trois gouttes d'acide sulfurique concentré par once d'eau de rose. C'est par un usage sagement combiné de chacun de ces moyens que j'ai vu assez souvent M. Velpeau triompher de la maladie qui nous occupe.

C'est particulièrement contre les abcès profonds du sein qu'on a proposé une foule de traitemens internes. L'exposé de chacune de ces médications me conduirait évidemment trop loin. D'ailleurs je n'ai pas encore été à même de juger de mes propres yeux leur plus ou moins d'efficacité. Je me bornerai donc à dire quelques mots de celles que j'ai vu employer par M. Velpeau: ce sont d'ailleurs celles qui sont le plus généralement répandues dans la pratique. A l'hôpital de la Charité, un assez grand nombre de femmes ont été soumises, les unes à l'usage des purgatifs simples, répétés à de courts intervalles pendant dix à douze jours; chez d'autres on a fait usage de la même façon, tantôt des émétiques, tantôt des éméto-cathartiques. Plusieurs ont été traitées, tantôt par la teinture de colchique à la dose d'un à deux gros par jour, tantôt par la teinture d'iode et les bains iodés, tantôt enfin par le calomel, soit à dose purgative soit à petite dose, soit à haute dose. Eh bien, je peux le dire et je possède plusieurs observations qui l'attestent, aucune de ces médications ne m'a paru procurer par elle-même des avantages manifestes, et mériter en conséquence la réputation que leur accordent encore certains praticiens.

L'émétique à dose fractionnée ou à dose rasorienne, tant préconisé en Angleterre par MM. Kennedy, Beatty et Lever, a surtout été essayé avec soin par M. Velpeau. Et les observations recueillies dans le service de ce chirurgien sont loin de légitimer la confiance que les chirurgiens anglais accordent à cette médication. D'ailleurs qu'on examine les observations qu'ils ont publiées, et il sera facile de se convaincre qu'il s'en faut beaucoup qu'elles soient concluantes.

En résumé, les abcès profonds du sein réclament avant tout une médication locale et énergique telle que je l'ai indiquée plus haut. Il faut néanmoins avoir égard ici, comme dans toute autre circonstance d'ailleurs, à la constitution des femmes et aux causes générales qui pourraient entretenir la maladie.

3°. ABCÈS PARENCHYMATEUX OU GLANDULAIRES.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'entrer dans des détails pour montrer toute l'importance pratique de la division de cette classe d'abcès en *primitifs* et *secondaires*. D'ailleurs en traitant des abcès profonds, j'ai présenté quelques considérations qui peuvent facilement s'y rattacher. Je n'y reviendrai pas.

Les abcès qui se développent dans le parenchyme de la glande mammaire offrent deux variétés principales: les uns s'établissent dans les conduits lactés, et reconnaissent pour cause une inflammation préalable de ces canaux. Aussi est-ce chez les nourrices et les nouvelles accouchées qu'on les observe le plus souvent; on en observe aussi quelques exemples chez les femmes vers l'âge de retour. Les autres, étant le résultat d'une inflammation du tissu cellulaire ou du parenchyme celluleux de la glande, se développent d'abord dans l'épaisseur des cloisons, des brides qui séparent les différentes parties de l'organe.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs, ces abcès sont ordinairement multiples. Dans un assez court espace, il peut s'en développer un nombre considérable sur le même sein; tantôt on les voit survenir simultanément; d'autres fois ils se développent les uns après les autres. Leur nombre est d'ailleurs proportionnel au nombre de canaux galactophores ou de lobules de la glande qui ont été le siége de l'inflammation. Leur volume est ordinairement peu considérable; on en saisira facilement la raison si l'on réfléchit au nombre considérable de cloisons de brides qui divisent et subdivisent la glande mammaire. M. Velpeau dit avoir vu trente-trois de ces abcès se développer successivement sur le même sein. Le fait suivant mérite d'être relaté ici avec tous ses détails.

ABCÈS MULTIPLES DU SEIN DROIT PENDANT LA GROSSESSE CHEZ UNE PRIMIPARE. MORT; AUTOPSIE.

OBS. XVII. — Le 22 novembre 1837 est entrée à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Catherine, n° 5, la nommée Carterne (Athalie), âgée de 19 ans. Cette jeune femme d'une constitution un peu lymphatique a toujours joui jusqu'à ces derniers temps d'une santé parfaite. Réglée à l'âge de quinze ans, elle n'a cessé de l'être que depuis environ huit mois, époque où elle est devenue enceinte. Les six premiers mois de sa grossesse n'ont exercé aucune influence sur sa santé. Au dire même de la malade, son embonpoint aurait augmenté pendant ce temps, malgré les soucis que lui causait son état. Il ne devait plus en être ainsi. A cette époque, elle aperçut sur son sein droit une tumeur un peu douloureuse; ne pouvant en reconnaître la cause, elle l'attribua d'abord à sa grossesse; mais voyant ensuite que le sein du côté opposé avait un volume moins considérable, et que les douleurs augmentaient chaque jour, elle entra à l'hôpital vers la fin du mois d'août 1837. L'état général de la malade était alors très satisfaisant. Ses chairs étaient fermes et colorées. Elle se disait enceinte de six mois. Le sein gauche était à l'état normal; mais à la partie inférieure et externe du sein droit, on observait une tumeur du volume d'un œuf de poule avec rougeur et amincissement de la peau, et douleurs assez vives à la pression. La fluctuation y était évidente. A ces signes, à la situation et à la forme bosselée que présentait cette tumeur, M. Velpeau reconnut un abcès de la glande mammaire. Une incision est immédiatement pratiquée; elle donne issue à une assez grande quantité de pus. En pressant le sein en divers sens, on se convainct que plusieurs foyers communiquant entre eux existent dans la glande; il est dès lors prévu que la maladie sera longue, et que peut-être entretenue par

---

inconvenant ou déplacé. Le ton de conviction profonde qui animait toujours sa voix, et lui donnait une vibration si puissante, a pu tromper des gens peu observateurs; mais, pour des esprits plus attentifs, il était évident qu'un cœur loyal et sincère animait seul cette parole impétueuse.

» Il était déjà très gravement malade quand un artiste fort distingué lui fit témoigner le désir de peindre son portrait. Broussais, qui souvent avait accédé à une demande pareille de peintres plus que vulgaires, refusa, parce qu'il lui était impossible de poser dans l'état où il se trouvait. L'artiste prit pour de la hauteur d'esprit ce qui n'était que l'effet d'un mal insurmontable, et il témoigna en termes d'ailleurs pleins de politesse et de respect le dépit qu'il en ressentait. Broussais l'apprit, et cette interprétation, toute naturelle qu'elle était, lui fit quelque mal. Pour rien au monde, il n'aurait voulu qu'on pût supposer de lui avec raison une sorte de fatuité de ce genre, malheureusement trop ordinaire aux hommes illustres. Sans les douleurs qui le retenaient dans la chambre, il serait allé poser chez le peintre, pour lui prouver que son soupçon n'était pas fondé.

» Il reçut un jour d'un prêtre une lettre furieuse dans laquelle on le traitait d'antéchrist, de monstre, de tison d'enfer, comme jadis Pascal avait été baptisé par les jésuites; il s'en amusa pendant quelques jours; puis il répondit par une lettre pleine de calme et de politesse; il y joignit des billets pour une séance publique de phrénologie, ajoutant qu'il espérait provoquer par là une seconde missive qui ne le réjouirait pas moins que la première.

» Broussais avait, comme on peut le penser, des liaisons très nombreuses et très brillantes: il les entretenait toutes avec une véritable affection. Il aimait vivement la littérature et les arts; et c'était dans la conversation des hommes les plus distingués qu'il retrouvait ces jouissances délicates de l'esprit que ses études particulières et ses devoirs lui interdisaient trop souvent.

. . . .

» J'ai parlé de la résolution de désintéressement que Broussais avait prise en entrant au service, et il l'a tenue toute sa vie. Etranger à toute intrigue, jamais il ne fit aucune démarche pour le succès de ses ouvrages: le sort de l'HISTOIRE DES PHLEGMASIES CHRONIQUES en est la preuve. Ce livre fut compris en 1809 parmi les ouvrages soumis au jury des prix décennaux: le quatrième grand prix de première classe était attribué à l'auteur du meilleur ouvrage sur la médecine, l'anatomie, etc.; il fut accordé à la NOSOGRAPHIE de Pinel, et des mentions honorables furent données à Corvisart, Portal, Alibert, ainsi qu'au grand nom de Bichat, qui pouvait paraître assez déplacé au milieu de ces autres noms que la faveur du maître désignait en grande partie. Quant à celui de Broussais, il fut à peine indiqué; en parlant de l'HISTOIRE DES PHLEGMASIES le rapporteur disait: « Un ouvrage que l'on peut encore désigner comme ayant contribué à la perfection d'une partie difficile de la science, est celui de M. Broussais sur les phlegmasies ou inflammations chroniques. » Le jury médical de l'Institut en 1809 avait-il donc aperçu dans le livre de Broussais les germes de réforme qui, six ans plus tard, devaient bouleverser la science et renverser tant de réputations si bien établies? Ce qui est vrai, c'est que l'auteur, inconnu et absent de France, n'employait point le crédit de ses amis pour provoquer la faveur (1).

(1) A la même époque à peu près, M. Méquignon l'aîné refusait d'acheter

l'état de grossesse, elle se prolongera jusqu'après l'accouchement. Après l'incision une mèche de charpie est introduite entre les lèvres de la plaie, et le sein est couvert d'un cataplasme de farine de lin.

Les jours suivans, deux autres petits abcès se développent autour du foyer principal : ils sont ouverts aussitôt, et on les panse de la même manière.

Après vingt jours de traitement, la maladie semblait marcher vers la guérison, lorsque la malade fut obligée de sortir de l'hôpital pour quelques jours.

Elle ne rentra que le 10 octobre. La maladie était devenue sériense. Le foyer s'était enflammé; de nonveaux abcès s'étaient formés sur d'autres régions du sein. La mamelle en un mot avait été envahie presque en totalité par la maladie. (Trente sangsues; cataplasmes émolliens.)

Le 17, l'inflammation a diminué considérablement; la suppuration est moins abondante. M. Velpeau fait alors appliquer une compression modérée, que l'on continue jusqu'au 4 novembre. La malade était alors dans un état assez satisfaisant; le volume du sein avait considérablement diminué; la suppuration s'affaiblissait de jour en jour, et tout portait à penser que Carterne serait à l'abri de tout accident sérieux de ce côté, lorsqu'elle voulut sortir de nouveau de l'hôpital, promettant d'ailleurs de revenir s'il survenait de nouveaux accidens, et se proposant du reste de suivre un régime chez elle.

Le 22 novembre, elle rentra; mais alors la scène avait changé : la maladie avait revêtu un caractère de gravité; l'inflammation était à son summum d'intensité; la suppuration était très abondante; la malade était faible et en proie à une toux fréquente; la peau est chaude; la langue est limoneuse; le pouls est un peu accéléré, surtout le soir. Trente sangsues sur la partie enflammée; cataplasmes de farine de lin.

Les jours suivans, ces symptômes augmentent et inspirent des craintes. Le ventre est libre.

Le 27, la malade se sent plus faible; elle est pâle, comme bouffie; le pouls devient petit, mais sans fréquence; les extrémités supérieures et inférieures s'infiltrent.

Les jours suivans l'infiltration devient générale; les membres ont presque doublé de volume.

A la visite du 8 décembre, la malade se plaint de violentes coliques qu'elle éprouve de temps à autre depuis cinq heures du matin; elle prétend même avoir eu une perte par le vagin. M. Velpeau touche la malade, constate que le col est complètement effacé et annonce que l'acouchement se terminera bientôt. A trois heures après midi, la malade fut délivrée avec un peu de difficulté sans aucun accident néanmoins pour elle et pour l'enfant.

Le 9, l'état général de la malade offre de vives inquiétudes : la nuit s'est passée sans sommeil; la peau est chaude; le pouls petit et fréquent; la langue limoneuse; l'infiltration persiste au même degré; il y a un peu de désordre dans les idées.

Le 10, les accidens généraux ont redoublé d'intensité. La malade est immédiatement transportée dans le service de M. Rayer, et succombe le 11 à cinq heures du soir.

AUTOPSIE, 40 heures après la mort.

La matrice ne présente aucune trace d'inflammation; elle est revenue sur elle-même et est logée presque en entier dans le petit bassin. Les reins ne présentent aucune altération. Un peu de sérosité blanchâtre est contenu dans la cavité du péritoine; mais cette membrane n'offre aucune trace d'inflammation. Tous les autres organes sont à l'état normal.

A la partie inférieure des parois abdominales, on constate un phlegmon très étendu qui n'était point encore arrivé à la période de suppuration.

Le sein malade examiné avec soin a confirmé de tous points l'opinion que M. Velpeau avait émise sur le siége de la maladie. Toute l'épaisseur de la glande est parcourue par des trajets plus ou moins considérables qui font communiquer douze ou quinze petits foyers, dont les deux principaux communiquent à l'extérieur par une ouverture peu considérable.

S'il est vrai de dire que les abcès parenchymateux du sein sont ordinairement multiples, il faut ajouter qu'il n'est pas très rare de n'observer qu'un seul foyer de ce genre. Dans ces cas, ils sont plus volumineux, et leur siége de prédilection semble être autour du mamelon. Ils peuvent d'ailleurs se développer sur tous les autres points de l'organe. Entre autres exemples de ce genre, je citerai le fait suivant :

OBS. XVIII. — Au mois de juin 1838, une jeune nourrice se présenta à la consultation de M. Velpeau à la Charité, portant à la partie inférieure et externe du sein gauche une tumeur du volume d'un œuf. Sept jours auparavant, la malade avait ressenti une assez vive douleur dans ce point, sans pouvoir en déterminer la cause; une plaque rouge se forma et la tumeur avait acquis en quatre ou cinq jours le volume que je viens d'indiquer. Les tégumens sont un peu amincis et d'une teinte presque livide; la fluctuation est évidente. Une incision est pratiquée et donne issue à trois ou quatre cuillerées de pus. Il fut facile de se convaincre par la pression que le foyer était unique. Des cataplasmes sont appliqués, et la malade retourne chez elle.

Cinq jours après, elle revint à la consultation; la plaie était presque entièrement fermée; il n'y avait plus de suppuration.

Les abcès parenchymateux du sein sont sans contredit les plus fréquens de tous. On peut même dire que c'est par eux que débutent presque tous les abcès que l'on observe chez les femmes enceintes, chez les nourrices et les nouvelles accouchées, et qui ne reconnaissent point pour cause une violence extérieure. La question se rattachant évidemment ici aux fonctions de l'allaitement et de la sécrétion laiteuse, on s'est demandé si ces abcès sont plus fréquens chez les femmes qui nourrissent que chez celle qui n'allaitent point. Plusieurs auteurs prétendent que l'allaitement est un préservatif contre ces sortes d'abcès. C'est là une erreur que M. Velpeau a bien souvent constatée. Il est évident en effet que chez la femme qui ne nourrit point la mamelle est débarrassée de la sécrétion laiteuse dans l'espace de huit à quinze jours, et qu'à partir de cette époque la glande rentre dans le repos et n'est plus par conséquent sous l'influence d'irritations continuelles. Je crois inutile d'entrer dans des détails sur ce point; l'observation démontre d'ailleurs la justesse de l'opinion de M. Velpeau sur ce sujet.

La marche de ces abcès est sensiblement moins rapide que celle des deux espèces précédemment étudiées. La nature du tissu au milieu duquel ils se trouvent rend assez compte de la lenteur qu'ils mettent quelquefois à se développer. Il est inutile d'ajouter que ces abcès peuvent se compliquer de foyers superficiels ou profonds. Dans ces cas, la maladie présente deux phases bien distinctes; l'une lente, c'est celle qui se rapporte à l'abcès glandulaire; l'autre rapide, c'est celle qui a trait à l'une ou l'autre des complications dont je viens de parler.

TRAITEMENT. Dans le traitement des abcès superficiels ou profonds, la question de l'allaitement n'est que secondaire. La sécrétion laiteuse n'est point alors essentiellement troublée, et il n'en résulte par conséquent aucun danger pour le nourrisson. Mais il n'en est plus de même pour les abcès parenchymateux. Cette question se présente ici dans toute sa force, et grâce aux expériences modernes, les chirurgiens peuvent se féliciter que la solution en est aujourd'hui définitivement acquise à la science. Le sein des femmes atteintes d'abcès parenchymateux de la mamelle ne doit point être présenté à l'enfant. Le pus est ici mêlé au lait en proportions variables. C'est là un fait que M. Donné a démontré jusqu'à l'évidence à l'aide du microscope. On comprend donc facilement qu'une pareille nourriture ne serait pas sans dangers. Il ne faudrait pas

---

» Ce désintéressement de Broussais avait sa source dans son activité et son énergie; aussi ce qu'il redoutait le plus, c'était de devenir paralytique ou infirme, et de perdre ainsi une partie de ses facultés. « Je n'aurai jamais, me disait-il souvent, de quoi vivre sans travail; mais j'espère aussi travailler jusqu'au dernier moment. » Il ne s'est pas trompé, et ses forces actives ne l'ont quitté qu'à l'instant même de sa mort.

» Il ne parlait jamais de politique; mais quelquefois, dans l'intimité, nous lui avons entendu faire des professions de foi démocratiques aussi brûlantes que sa polémique médicale. Il ne cachait point ses sentimens, mais il aimait à les garder pour ses amis; et l'on eût dit qu'il eût craint de les flétrir en les dévoilant à des étrangers ou à des indifférens.

» Je dois terminer ici ce tableau de la vie de Broussais; tout incomplet et tout insuffisant qu'il peut être, il servira, du moins je l'espère, à mieux faire connaître le développement de ce rare génie, l'influence qu'il a exercée, la révolution qu'il a faite; on comprendra mieux aussi son caractère trop peu connu. L'affection toute filiale que je portais à mon maître ne m'aveugle point ni sur ses mérites ni sur ses défauts : j'ai parlé de lui comme réformateur avec enthousiasme, et je ne m'en excuse point. La doctrine physiologique tiendra dans l'histoire de la médecine une place immense par la justesse profonde de ses principes et les services incalculables qu'elle a rendus et rendra encore à l'humanité. Devant un pareil spectacle il n'est pas besoin d'avoir connu et aimé le chef d'une révolution si bienfaisante; il suffit d'avoir un cœur qui batte à l'idée des misères humaines et qui admire les génies qui se consacrent à les soulager. Broussais sera sans contredit l'un des plus illustres parmi tous, Broussais sera grand parmi les plus grands. Il n'est même pas besoin de la postérité pour lui rendre cette justice : les contemporains la lui ont déjà rendue. »

Nous terminons cet extrait par la profession de foi de Broussais, également empruntée à la notice de M. de Montègre. L'authenticité de cette pièce a été mise en doute par quelques personnes; mais ceux qui apprécient toute la justesse de la maxime : le style est l'homme même, y trouveront à un haut degré le caractère du talent et les allures de l'esprit de son auteur.

PROFESSION DE FOI DE BROUSSAIS.

Je sens, comme beaucoup d'autres, qu'une intelligence a tout coordonné; je cherche si je puis en conclure qu'elle a créé; mais je ne le puis pas, parce que l'expérience ne me fournit point la représentation d'une création absolue; je n'en conçois que de relatives, et ce ne sont que des modifications de ce qui existe, dont la seule cause appréciable pour moi est dans les molécules ou atomes, et dans les impondérables qui font varier leurs activités; mais je ne sais ce que c'est les impondérables, ni en quoi les atomes en diffèrent, parce que le dernier mot sur ces choses n'a été dit ni par les physiciens ni par les chimistes, et que je crains de me représenter des chimères.

Ainsi, sur tous les points j'avoue n'avoir que des connaissances incomplètes

pour 800 fr. cet ouvrage dont le fils de ce même libraire vient d'acquérir tout récemment la propriété au prix de 4,900 fr., sans parler des honoraires à payer à l'auteur pour chaque édition.

croire pourtant que l'allaitement fût nuisible à la maladie, tous les dangers seraient ici pour le nourrisson.

Il est une particularité qu'il importe de connaître; elle explique jusqu'à un certain point la résistance que les abcès glandulaires du sein opposent assez souvent aux médications les mieux dirigées : la sécrétion laiteuse sollicite sans cesse la sécrétion du pus, et la formation du foyer purulent tend de son côté à activer la sécrétion du lait. Ce sont là, comme on le comprend très bien, deux phénomènes qui entretiennent et prolongent la maladie.

Il résulte de cela que le traitement des abcès parenchymateux du sein n'offre pas la même simplicité que nous a présentée celui des deux espèces de foyers précédemment étudiés. S'il est vrai de dire que les abcès profonds et superficiels doivent être ouverts largement et le plus tôt possible, on comprend qu'une pareille pratique ne peut être généralisée ici. Ce n'est que lorsque la fluctuation est évidente que les abcès parenchymateux du sein réclament l'emploi du histouri; l'incision doit être, en général, peu étendue; une simple ponction suffit même lorsque le foyer est très circonscrit. Si les abcès sont multiples, il faut pratiquer avec le bistouri autant de ponctions qu'il y a de bosselures. Je dois ajouter toutefois que lorsque la collection purulente est volumineuse, il convient d'avoir recours aux larges incisions. Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, vu la tendance qu'ont ces abcès à se prolonger, il convient d'interposer, dans tous les cas, entre les lèvres de la plaie, une mèche de charpie enduite de cérat, ou bien une sonde de gomme élastique. Le pansement consiste ensuite dans l'application de cataplasmes émolliens que l'on remplace bientôt par des pommades résolutives. Plus tard, si la guérison radicale se fait attendre, on retirera de grands avantages d'une compression méthodiquement faite.

Telle est, en peu de mots, la médication locale que réclament les abcès dont je parle; il importe, en outre, d'associer à ces moyens un traitement interne; sans cela on s'exposerait à voir la maladie se prolonger plus ou moins longtemps. Lors donc que la collection purulente est volumineuse, il convient de tarir, par les moyens appropriés, la sécrétion laiteuse qui, comme je l'ai observé plus haut, est la principale cause de la prolongation de la maladie. Pour atteindre ce but, j'ai vu M. Velpeau se servir avec avantage des préparations d'iode à l'intérieur, du calomel à doses fractionnées, des purgatifs de différentes sortes, du tartre stibié à la méthode rasorienne. Cette médication diminue peu à peu, suspend même la sécrétion laiteuse; et c'est alors que le traitement local dont je viens de parler exerce toute son influence, et que la guérison ne tarde pas d'arriver.

Telles sont les considérations que j'avais à présenter sur les inflammations et les abcès du sein chez la femme, considérations que j'ai puisées, comme je l'ai dit au commencement de ce travail, dans les leçons savantes de M. Velpeau, à l'hôpital de la Charité.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS ET DE LA BELGIQUE.

I. JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE BORDEAUX.

Les cahiers des mois d'octobre, novembre et décembre contiennent les articles originaux suivans : 1° *De l'empoisonnement par les champignons*; par M. Chansarel; 2° *Observations de glossite*; par M. Gaubric; 3° *Amaurose par compression des nerfs optiques*; par M. Lamour; 4° *Faits observés à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Bordeaux*; par M. Bermont; 5° *Observations recueillies au comité de consultations gratuites de la société*; par M. Venot; 6° *Observation d'anasarque avec ascite; guérison*; par M. Bordeyron; 7° *Rétrécissement grave de l'urètre guéri à l'aide de l'incision*; par M. Dubreuille.

DE L'EMPOISONNEMENT PAR LES CHAMPIGNONS VÉNÉNEUX; par M. CHANSAREL, D. M. P.

Nous ne reproduirons pas ici l'énumération donnée par l'auteur de ce travail des champignons comestibles et des champignons vénéneux ni les caractères généraux à l'aide desquels on peut chercher à les distinguer pour arriver à leur analyse chimique, qui est la partie la plus importante de ce travail. Les recherches des chimistes qui se sont occupés de l'analyse des champignons ont démontré qu'ils étaient composés de cholestérine, de graisse, d'albumine, de matière sucrée, d'une substance animale insoluble dans l'alcool, d'acétate de potasse, de fungine, etc. Mais il y a encore un principe constituant du champignon, et sur lequel roule tout l'intérêt du mémoire de M. Chansarel, c'est la *gélatine* que renferment ceux qui sont comestibles aussi bien que les vénéneux, et dont l'auteur attribue la découverte à son père. Suivons-le donc dans quelques expériences qu'il rapporte à ce sujet.

1re EXPÉRIENCE. — Faites manger des champignons vénéneux à des chiens; inévitablement ils périront.

2e EXP. — Faites manger ces mêmes champignons à des chiens et donnez-leur immédiatement ensuite une dose suffisante d'une infusion ou décoction de noix de galle ou du tannin dissous dans l'eau et ces animaux ne périront pas.

3e EXP. — Prenez de ces champignons, coupez-les en morceaux, faites bouillir ou macérer dans de l'eau, jusqu'à ce que cette dernière soit insipide; exprimez-le marc et donnez-le à des chiens; ils ne seront nullement empoisonnés; preuve que le principe délétère n'est pas dans les parties fibreuses ou charnues des champignons.

4e EXP. — Exprimez le suc des champignons vénéneux et faites-le avaler à des chiens, ils mourront plus promptement que dans la première expérience et en proie aux plus cruelles souffrances; preuve que le principe délétère est soluble et contenu dans le suc.

5e EXP. — Faites bouillir ce suc pour le dépouiller de l'albumine qu'il contient, filtrez, puis donnez-le à des chiens, ils mourront au milieu des plus cruelles douleurs; preuve que le principe délétère n'est pas dans l'albumine, mais qu'il se trouve encore dissous dans le suc.

---

dans mes facultés intellectuelles ou mon intellect, et je reste avec le sentiment d'une intelligence coordonnatrice, que je n'ose appeler créatrice, quoiqu'elle doive l'être (1) ; mais je ne sens pas le besoin de lui adresser un culte extérieur autre que celui d'exercer, par l'observation et le raisonnement, l'intelligence pour l'enrichir de nouveaux faits, et les sentimens supérieurs, parce qu'ils aboutissent au plus grand bien de l'homme forcé de vivre avec ses semblables, c'est-à-dire social. Je crois aussi que ce culte exige que les premiers besoins soient satisfaits, sans nuire aux autres hommes, soit dans la même satisfaction, soit dans celle des sentimens supérieurs; et un de mes sentimens me pousse à les seconder de tout mon pouvoir dans cette double satisfaction, parce que j'y trouve le plus doux et le plus pur des plaisirs. J'applique cela aux animaux voisins de nous.

Telle est ma foi, et je ne crois pas pouvoir en changer; car toutes les personnifications anthropomorphiques d'une cause générale pour l'univers, et d'une cause particulière pour l'homme, m'ont toujours inspiré une répugnance invincible, que je me suis en vain efforcé de méconnaître et de vaincre pendant longtemps.

Je ne crains rien et n'espère rien pour une autre vie, parce que je ne saurais me la représenter.

Je ne crains pas d'exprimer mon opinion ni d'exposer ma profession de foi, parce que je suis convaincu qu'elle ne détruira le bonheur de personne. Ceux-là seuls adopteront mes opinions qui étaient organisés pour les avoir, et je n'aurai été qu'une occasion pour eux de les formuler. Les gens nés pour l'anthropomorphisme n'en seront point changés. Les personnes affectueuses et bienveillantes qui trouvent leur bonheur dans cet anthropomorphisme me plaindront; et celles qui sont en même temps dominées par l'anthropomorphisme et la méchanceté m'anathématiseront, pendant que les gens qui sont athées par constitution se moqueront de moi. Tout cela m'est indifférent, parce que je ne suis point haineux, quoique, par instans, vif et même un peu colère; mais plus je vis, plus facilement l'intelligence réprime ces mouvemens, qu'elle condamne : c'est parce que je l'ai bien exercée à cela.

Avant d'avoir les représentations que j'ai des faits chimiques et physiques sur la causalité accessible, ma répugnance pour l'antropomorphisme existait déjà, et j'étais aussi déiste que je le suis. On avait beau me dire : « La nature ne peut pas s'être faite elle-même ; donc une puissance intelligente l'a faite. — Je répondais : Oui ; mais je ne puis me faire une idée de cette puissance. » — Dès que je sus par la chirurgie que du pus accumulé à la surface du cerveau détruisait nos facultés, et que l'évacuation de ce pus leur permettait de reparaître, je ne fus plus maître de les concevoir autrement que comme des actes d'un cerveau vivant, quoique je ne susse ni ce que c'est qu'un cerveau ni ce que c'est que la vie. Ainsi les études anatomiques, physiques et chimiques ne m'ont rendu ni plus ni moins croyant, c'est-à-dire capable de me figurer, avec conviction, un Dieu opérant comme un homme multiplié, et une âme faisant mouvoir un homme, parce que cette âme me paraissait un cerveau agissant et rien de plus, sans que je pusse dire comment il agissait. Beaucoup d'autres hommes sont comme moi ; le sentiment ne suffit donc pas pour prouver les faits

(1) Ces derniers mots sont ajoutés au-dessus de la ligne et comme par surcharge.

6e EXP. — Traitez ce même suc avec une infusion on une décoction de noix de galle, ou de toute autre substance qui contienne du tannin, jusqu'à parfaite décomposition; donnez ce mélange à des chiens, ils ne seront nullement incommodés; donc c'est dans la gélatine, qui, dans cette expérience, est décomposée par le tannin, que réside le principe délétère.

7e EXP. Filtrez ce dernier mélange, faites avaler à des chiens soit le liquide soit le marc; ils ne seront nullement incommodés. C'est donc bien dans la gélatine que réside positivement le principe délétère des champignons vénéneux.

L'auteur conclut de ces expériences que le principe délétère des champignons vénéneux est renfermé dans une substance que possèdent ces végétaux, et qu'il regarde comme de nature essentiellement gélatineuse. Il ne se dissimule pas cependant que cette conclusion laisse encore une grande difficulté, car les champignons comestibles contiennent aussi de la gélatine et en aussi grande quantité que les vénéneux, et qu'il resterait toujours à décider pourquoi elle est un poison dans les uns et non dans les autres.

ACTION DES RÉACTIFS SUR LES CHAMPIGNONS VÉNÉNEUX. Si on traite par les réactifs suivans le suc des champignons vénéneux obtenu par une macération de 24 heures dans l'eau distillée, et qui est d'une couleur d'un très beau jaune doré, on obtient les résultats suivans, qui semblent devoir servir de guide aux médecins dans le choix des moyens thérapeutiques à employer contre l'empoisonnement par les champignons vénéneux.

RÉACTIFS.	RÉSULTATS OBTENUS DE LEUR ACTION SUR LA TEINTURE OU LE SUC.
Infusion ou décoction de noix de galle.	Précipité subit très abondant.
Solution de tannin................	Idem. Idem.
Ecorce de pin et de grenade........	Précipité moins abondant, couleur noisette plus ou moins foncée.
Quinquina calyssaia................	Précipité subit, flocons rougeâtres.
Nitrate de mercure en solution.......	Précipité, couleur de noisette.
Nitrate d'argent en solution.........	Précipité brun, peu foncé.
Muriate de baryte..................	Précipité, flocons rougeâtres.
Sulfate de cuivre..................	Précipité léger, couleur marron.
Sulfate de fer....................	Précipité gris foncé.
Sulfate de potasse, de soude, de magnésie....................	Action presque nulle.
Acétate de plomb..................	Précipité couleur grisâtre.
Eau de chaux......................	Précipité, flocons rougeâtres.
Vinaigre distillé..................	Précipité, couleur verte.
Ether nitrique, acétique, muriatique...	Précipité très léger, verdâtre.
Ether sulfurique...................	Action presque nulle.
Acide acétique concentré...........	Idem. Idem.
Colle forte ou gélatine.............	Idem. Idem.
Tartre émétique...................	Idem. Idem.
Sirop de violette..................	Couleur sensiblement verte.

TRAITEMENT. Le médecin appelé près d'un malade qui éprouve des accidens d'empoisonnement après avoir mangé des champignons doit, s'il ne s'est pas encore écoulé un long intervalle depuis leur ingestion, chercher à provoquer la sortie des portions de ces champignons qui pourraient n'avoir pas encore *été* entièrement digérées, et cela par des vomitifs et de copieux lavemens; indication qui, au reste, est la même pour tous les poisons de quelque nature qu'ils soient, lorsqu'ils ont été introduits dans le canal digestif. Mais en même temps il doit songer à neutraliser les portions qui auraient été dégérées et même celles qui déjà seraient entrées dans la grande circulation. A quel antidote doit-on donner ici la préférence? Ceux que les toxicologistes ont conseillés se réduisent aux suivans: le vinaigre, l'acide citrique, le sel commun, l'éther sulfurique, l'émétique et les émético-cathartiques, l'alcool volatil et la noix de galle. Si nous nous rappelons l'action qu'exerce l'infusion de la noix de galle sur le suc exprimé des champignons vénéneux, nous reconnaîtrons que le tannin seul mérite le nom de contrepoison des champignons, et que, par conséquent, on doit le prescrire de préférence aux autres. Le vinaigre, qui a été conseillé dans les cas où les champignons ont été évacués par les vomissemens on par les selles, doit, d'après M. Chansarel, être rejeté complètement à toute époque de l'empoisonnement. Car si, comme il a été démontré expérimentalement, le vinaigre ne précipite pas la gélatine, qui est ou, au moins, contient le principe délétère; si, au contraire, il active la dissolution de ce précipité, comme le pense M. Orfila, on peut craindre aussi qu'il n'active l'influence pernicieuse de la portion qui aurait déjà été absorbée. On doit donc bannir totalement le vinaigre de ce traitement.

On peut en dire autant du suc de citron qui a été conseillé dans le même cas, ainsi que de tous les autres acides qui non seulement n'ont aucune action sur le principe délétère des champignons, mais qui même mis en contact avec les parties enflammées ne peuvent que les enflammer davantage.

L'auteur en dit autant de l'éther qui, comme les précédens, jouit de la propriété de dissoudre les parties actives des champignons et de l'émétique administré dans un autre but que celui de provoquer les vomissemens.

Voici maintenant comment M. Chansarel conseille d'employer l'antidote auquel il croit le plus d'efficacité, le seul même auquel il accorde cette efficacité.

Après avoir fait vomir les malades s'il en est encore temps, ou plutôt pendant qu'on s'occupe de ce premier soin, on pulvérise grossièrement une once de noix de galle d'Alep, qu'on fait bouillir pendant quelques instans dans environ une pinte d'eau; on passe; puis on en fait prendre au malade par petites verrées, toujours tiède et associé avec un mucilage quelconque, comme la gomme, la graine de lin, etc., et à des distances très rapprochées, de cinq en cinq minutes, jusqu'à ce qu'on présume que le poison est entièrement décomposé. On n'omet pas de donner en même temps des lavemens avec la même décoction.

Le tannin proprement dit est préférable à la noix de galle, parce que la dissolution dans l'eau est prompte, claire, limpide et répugne moins au malade. On doit donc donner la préférence au tannin et le prescrire à la dose de trente à quarante grains dissous dans une bouteille d'eau, associé avec un mucilage, en suivant la marche indiquée.

L'écorce de quinquina rouge ou calissaia, et celle de pin peuvent être employées aussi comme contenant beaucoup de tannin.

L'auteur termine cette dissertation, dont nous omettons plusieurs parties, (celles, par exemple, qui sont relatives aux symptômes et aux lésions anatomiques qui n'offrent rien de nouveau) par quelques observations où le traitement indiqué ci-dessus a été suivi de succès, mais d'un succès où l'ac-

---

extérieurs à toutes les intelligences, parce qu'il ne démontre rien que sa propre existence. On l'a en soi, c'est chose sûre, puisqu'on le sent; mais on ne l'a que pour agir sur l'extérieur; et cet extérieur n'est montré que par l'intelligence, d'après les formules des sens. Si l'on croit voir un autre extérieur, on se trompe, on ne peut voir que celui-là. Telle est ma croyance.

— PRIX PROPOSÉS PAR LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. 1° Un prix de 300 fr. qu'elle décernera en 1839, sur la question suivante:

« Quelle est la meilleure méthode de reconnaître dans l'air atmosphérique les principes étrangers à sa composition intime, ceux principalement qui proviennent des corps organisés? Faire l'application de cette méthode, en particulier, à l'analyse de l'air des marais, des prisons, des hôpitaux et des salles de spectacle. »

2° Un autre prix de 300 fr. qu'elle décernera en 1839, sur cette question:

« Tracer l'histoire de l'affection granuleuse des reins, décrite dans ces derniers temps sous le nom de *maladie de Bright*. Déterminer, d'après des faits cliniques et d'anatomie pathologique, les caractères essentiels et le traitement de cette maladie. »

3° Un troisième prix de 300 fr., pour 1839, sur la question suivante:

« Déterminer quels sont les progrès positifs que l'auscultation, soit médiate, soit immédiate, a fait faire au diagnostic et au traitement des maladies, et en particulier des affections des poumons, du cœur et des gros vaisseaux. »

Les mémoires, écrits très lisiblement, en latin ou en français, doivent être rendus, *francs de port*, chez M. Burguet, secrétaire-général de la Société, rue Fondandége, n. 41, avant le 15 juin de l'année, où chaque prix doit être décerné.

— TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE CONSIDÉRÉE COMME SCIENCE D'OBSERVATION; par C.-F. BURDACH, professeur de l'Université de Kœnigsberg, avec des additions de MM. les professeurs Baer, Meyer, J. Muller, Rathke, Siebold, Valentin, Wagner; traduit de l'allemand, sur la deuxième édition, par A.-J.-L. JOURDAN, membre de l'Académie royale de médecine. Tomes IV et V formant les tomes VII et VIII de la publication. Prix de chaque: 7 fr. L'ouvrage complet, 8 vol. in-8. Prix: 56 fr.

Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Londres, même maison, 219, Regent-street.

— TRAITÉ DES MALADIES DES REINS, et des altérations de la sécrétion urinaire, étudiées en elles-mêmes et dans leurs rapports avec les maladies des uretères, de la vessie, de la prostate, de l'urètre, etc.; par P. RAYER, médecin de l'hôpital de la Charité, médecin consultant du roi, membre des académies royales de médecine de Paris et de Madrid, et de la Société médicale de Londres, des sociétés de médecine de Stokholm, de Caen, de Lyon, etc., t. I, avec six planches gravées. Prix: 8 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

A Londres, même maison, 219, Regent-street.

tion du médicament n'est pas tellement évidente que nous croyions devoir les reproduire ici.

AMAUROSE PAR COMPRESSION DES NERFS OPTIQUES; CIRCONSTANCES REMARQUABLES; par M. LAMOUR.

OBS. — Un enfant âgé de 16 ans, de faible constitution, éprouve en mai 1837, et sans cause connue, une violente céphalalgie dont rien ne peut diminuer l'intensité. Un mois après, il s'aperçoit que sa vue se trouble et diminue sensiblement. La céphalalgie va en augmentant, et un mois plus tard l'enfant est reçu à l'Hôtel-Dieu de Bordeaux. Quelque temps auparavant, il avait été guéri d'une teigne qu'il portait depuis trois ans.

A l'examen, l'enfant présente : céphalalgie intense; yeux constamment levés au ciel; globes oculaires volumineux et saillans; pupille très dilatée, peu contractile; myodepsie étincelante; pyropsie; photophobie légère. Le reste de l'organisme paraît sain.

On prescrit : vésicatoire à la nuque; pédiluves sinapisés; quatre sangsues à chaque apophyse mastoïde. On répète plusieurs fois ces moyens, mais le mal fait des progrès; la cécité devient complète. Plus tard, on applique la pommade ammoniacale derrière les oreilles; vésicatoires aux bras. Le malade accuse des douleurs insupportables, tient la tête renversée en arrière, et sa main constamment placée sur le front. M. Moulinié diagnostique une tumeur cérébrale : il ordonne un vésicatoire sur la septième vertèbre cervicale, et un grain d'acétate de morphine sur les tempes par la méthode endermique; cette dose est portée graduellement à trois grains par jour.

Après plusieurs alternatives de mieux et de pis, le malade succombe subitement le 21 décembre.

NÉCROPSIE DOUZE HEURES APRÈS. La tête du cadavre est fortement retirée en arrière. Les yeux sont ouverts. Hémisphères du cerveau affaissés en arrière. Arachnoïde sèche et comme parcheminée. Le plancher du troisième ventricule présente en arrière de l'entrecroisement des nerfs optiques, une vésicule du volume d'un œuf de pigeon, remplie d'un liquide jaunâtre, et dans lequel nage un petit corps aplati. Le chiasma, dur et jaune, a deux fois son volume ordinaire. Les nerfs optiques, poursuivis jusqu'aux tubercules quadrijumeaux, paraissent sains; mais en avant, c'est-à-dire dans la portion comprise entre l'entrecroisement et la sclérotique, ils sont jaunes, durs, et comme fibreux. Ces nerfs sont bien loin d'avoir leur volume ordinaire; car on passe facilement une petit stylet entre le cordon nerveux et la gaîne que lui fournit la dure-mère. Toutes les membranes de l'œil sont saines, à l'exception de la rétine, qui est plus consistante et surtout moins blanche que dans l'état normal. Sérosité abondante dans les ventricules. La voûte à trois piliers est ramollie et soulevée par une tumeur absolument semblable à celle que nous avons vue à la base du cerveau. Sur les côtés, les couches optiques sont déprimées par la présence de cette tumeur. Les deux tumeurs, l'une interne et l'autre externe, sont adossées par leur base, qui se trouve formée par le corps cendré et la plus grande partie du plancher; elles contiennent de la sérosité citrine, et communiquent ensemble par une petite ouverture; l'une d'elles contient aussi un petit corps jaune solide. La substance qui forme la base de ces kystes est d'un jaune grisâtre, granulée et rugneuse, ressemblant assez à du plâtre. Le reste de l'organisme est sain.

Il est impossible de ne pas reconnaître dans cet ensemble de symptômes une hypérémie manifeste de la totalité de l'œil, et en particulier de la rétine et du nerf optique : l'état proéminent des yeux effectivement, la myodepsie étincelante, la pyropsie nocturne, et la photophobie en font suffisamment foi; l'autopsie, d'ailleurs, se trouve parfaitement d'accord avec ce jugement. M. Moulinié en a parfaitement saisi, dès le principe, les indications curatives; mais on conçoit à peine l'importance de la morphine à haute dose qu'on a administrée par la suite.

Quoi espérer des opiacés, médicamens excitans et congestifs, alors que l'encéphale et son appendice orbitaire sont eux-mêmes évidemment le siége d'une hypérémie quelconque? Du reste, les conditions particulières de l'amaurose, la nature des symptômes encéphaliques qui l'ont accompagnée, et le genre de mort qui les a suivis rend ce fait digne de méditation. Il y a des cas où la même cause ne donne lieu qu'à l'amaurose asthénique; le traitement, dans ce cas, doit être l'opposé du précédent. On conçoit par conséquent combien il importe de tenir compte de la nature des symptômes oculaires pour établir un traitement convenable; quelle que soit, d'ailleurs, l'espèce de la cause mécanique, et en supposant qu'elle soit connue avant la mort. Si on n'empêche pas l'amaurose de devenir complète, on retarde au moins sa marche, et l'on prolonge peut-être les jours du malade.

II. ANNALES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GAND.

Les cahiers des mois d'octobre et de novembre contiennent les articles suivans : 1° *Considérations sur les maladies vénériennes, et particulièrement sur les bubons et leur traitement*, par M. Henrotay, médecin à l'hôpital militaire d'Anvers; 2° *Note sur l'emploi de la suie dans le traitement des dartres et de la teigne*; par M. Marinus; 3° *Mémoire sur l'efficacité de la cautérisation des granulations palpébrales par le nitrate d'argent*, par M. Loiseau (rien d'inconnu); 4° *Considérations sur les granulations palpébrales*; par M. Cuteneune (rien de neuf).

CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DES BUBONS; par M. HENROTAY, médecin à l'hôpital militaire d'Anvers.

Ce travail renferme une idée assez importante; elle est relative à l'efficacité des briques chaudes dans le traitement des bubons chroniques, indolens, froids et indurés. Toutes les fois qu'un de ces bubons a résisté à l'usage des cataplasmes émolliens, des frictions locales de pommade mercurielle, de pommade d'hydriodate de potasse, aux vésicatoires d'après le procédé de M. Malapert, etc., les médecins de Louvain et d'Anvers ont recours à l'application de briques chaudes sur la tumeur, qu'ils compriment en même temps; la résolution a constamment lieu avec une promptitude remarquable. Ils attachent avec raison une grande importance à l'action de la chaleur, car la même compression sans la chaleur est loin de produire des effets aussi salutaires. Voici la manière de mettre en pratique ce moyen :

« On prend deux briques ordinaires, qu'on fait chauffer dans un four ou sur une étuve jusqu'à ce que la température en puisse être facilement supportée par le malade. Une de ces briques, enveloppée d'une compresse, est appliquée sur le bubon et y est maintenue au moyen d'un bandage inguinal en T, ou d'un spica. On engage le patient à exercer de la main une compression de plus en plus forte sur la partie, sans toutefois y provoquer la douleur. Cette brique conserve sa chaleur pendant douze heures au moins, et est immédiatement remplacée par la seconde, ce qui fait que la compression n'est pas interrompue. Cinq à six jours de traitement suffisent dans le plus grand nombre des cas pour compléter la cure. »

NOTE SUR L'EMPLOI DE LA SUIE DANS LE TRAITEMENT DES DARTRES ET DE LA TEIGNE; par M. MARINUS.

Lorsque M. Bland a fait connaître, il y a quelques années, les bons effets qu'il avait obtenus de la suie de bois dans le traitement des dartres et de la teigne, on n'y a pas trop cru, ou du moins on n'y a fait qu'à peine attention. Depuis lors, personne n'en avait plus parlé. Aujourd'hui cependant M. Marinus reprend ce sujet en sous-œuvre; il déclare, d'après sa propre expérience, qu'il n'y a rien de plus propre pour la guérison des dartres et de la teigne, quelles que soient d'ailleurs leurs formes, que les lotions et la pommade de suie. Chargé du traitement des pauvres à Bruxelles, M. Marinus dit avoir traité, à l'aide de ce moyen, plus de deux cents individus de tout âge et de tout sexe atteints de dartres, de teignes, d'ulcères cutanés psoriques ou dartreux; les trois quarts au moins ont été guéris, les autres ont obtenu de l'amélioration ou sont restés dans le même état : il faut noter cependant que ces derniers ont été soumis à d'autres moyens et sans plus de succès. Ces résultats ont paru si remarquables aux médecins et à l'autorité de Bruxelles que la formule de la suie a été introduite officiellement dans le *Codicillus pharmaceuticus* des bureaux de Charité de la même ville. Les faits suivans donneront une idée exacte de la médication dont il s'agit :

» OBS. — La nommée Marie Deghyns, indigente, âgée de 37 ans, est atteinte, depuis six mois, d'une dartre squammeuse chronique, occupant les extrémités supérieures et le haut de la poitrine, contre laquelle on a employé, sans aucun succès, diverses médications, particulièrement les préparations sulfureuses, les bains, etc.; ces remèdes, loin d'apporter du soulagement, ont, au contraire, aggravé la maladie.

Le 17 mai 1835, je prescrivis la pommade suivante :

Prenez : Suie de bois tamisée. } de chaque 2 onces.
Axonge .... }
Mêlez avec soin.

Pour appliquer en onctions sur les parties affectées, deux fois (le soir et le matin), après avoir fait préalablement des lotions avec la décoction de suie, dont voici la formule :

Prenez : Suie tamisée.... 2 poignées.
Eau............ 1 livre.

Faites bouillir pendant une demi-heure; passez avec expression.

Au bout de quelques jours de l'usage de ce moyen, les parties malades présentèrent un meilleur aspect; les écailles et les croûtes tombèrent; la vive démangeaison qui se faisait sentir auparavant disparut, et, le 1er juin, la guérison était parfaite. Pendant ce traitement, les bains de propreté ne furent point négligés, même encore quelque temps après la guérison. La peau, dans les endroits précédemment affectés, a repris sa souplesse et sa couleur naturelles.

Pendant que je recueillais l'observation dont je viens d'offrir le sommaire, j'expérimentais aussi la suie dans le traitement de la teigne.

OBS. — L'enfant Guignot, âgé de 2 ans, est atteint, depuis sept à huit mois,

de la teigne faveuse. Le cuir chevelu, le front, les tempes et la nuque sont recouverts de pustules croûteuses, qui, à la tête, agglutinent les cheveux. Les croûtes sont sèches, fortement adhérentes à la peau, qui est rouge et comme excoriée. Si on les enlève une odeur *sui generis*, nauséabonde, que les auteurs ont nommée *odeur de souris*, s'en exhale. Divers moyens ont été employés, mais infructueusement.

Je fis raser les cheveux. On appliqua pendant quelques jours des cataplasmes émolliens, et quand l'irritation de la peau fut un peu calmée, je prescrivis des lotions et la pommade de suie, deux ou trois fois par jour, l'application du linge bien lessivé sur les parties affectées et la plus grande propreté du corps. Six semaines plus tard, tout avait disparu, et la guérison était complète.

A la même époque, un garçon de neuf ans, atteint de teigne granulée, dut aussi sa guérison au même traitement.

J'avais soin, dit l'auteur en terminant, de faire prendre aux malades, dans la plupart de ces cas, de temps à autre, un purgatif ou quelques grains de calomélas ; je leur ordonnais aussi une boisson amère et dépurative, comme la décoction de douce-amère, l'infusion de fumeterre, etc. Après l'usage plus ou moins prolongé de ce traitement, les parties malades prenaient un meilleur aspect, leur surface se nettoyait et l'irritation chronique de la peau se calmait. Il en était de même des ulcérations cutanées, surtout lorsqu'elles ne s'étendaient pas au-delà du derme ; la surface de l'ulcère prenait un aspect vif ; les bords s'affaissaient, la sécrétion purulente devenait moindre et la cicatrisation s'opérait insensiblement par la formation d'une pellicule croûteuse, qui laissait voir après sa chûte un nouvel épiderme. »

DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE ; par M. le docteur RAYÉ, à Vilvorde.

Cette communication a trait surtout au traitement de la fièvre typhoïde, que l'auteur dit avoir observée, surtout en hiver, chez des gens de peine, vivant dans un état voisin de l'indigence, habitant des maisons basses et humides, où la rigueur de la saison les force de se réunir en grand nombre autour d'un méchant poêle, qui laisse échapper plus de fumée que de calorique ; l'air impur que respirent les individus dans ces réduits, et qui, au lieu d'être utile à l'hématose, ne tend qu'à appauvrir le sang, la nourriture malsaine qu'ils sont forcés de prendre, et l'absence de toute espèce de règle d'hygiène dans leur conduite semblent à l'auteur être les causes les plus fréquentes de la maladie. Il regarde donc la fièvre typhoïde comme consécutive à l'appauvrissement du sang et au développement d'un principe morbifique que les voies digestives charrient. Il paraît adopter l'opinion de M. Delaroque sur les propriétés âcres et irritantes de la bile et des matières qui existent dans les voies digestives ; mais sans donner, comme le médecin de l'hôpital Necker, aucune preuve directe de ces propriétés âcres et irritantes.

L'auteur admet le mode de traitement préconisé par une foule d'auteurs, et récemment par M. Delaroque, avec cette exception pourtant qu'il n'en exclut pas complètement, comme le fait ce dernier, la saignée. Dans le principe, il n'opposait à la fièvre typhoïde que les antiphlogistiques. Mais ces moyens ne lui avaient toujours été que d'une faible utilité ; souvent même ils avaient été funestes aux malades, dont ils aggravaient les souffrances de l'innervation, telles que le délire, le côma, les soubresauts et la prostration générale.

Le traitement suivi par M. Rayé n'est pas exclusivement composé de purgatifs ; mais ils en sont la partie la plus importante. Il a recours aux évacuations sanguines quand une inflammation organique franche complique la maladie ; puis il emploie les laxatifs, qu'il continue tant que les malades n'ont pas eu quinze ou vingt selles dans les vingt-quatre heures, et il se hâte de les abandonner lorsque le délire devient continuel. Il les remplace alors par l'oxicrat sur le front et l'eau pour toute boisson. Si le délire devient très violent, il fait promener quatre larges vésicatoires sur les membres pendant trente-six ou quarante-huit heures.

Sur un grand nombre de fièvres typhoïdes traitées de cette manière, la plupart ont cédé aux seuls purgatifs, et sur trente-quatre cas où la maladie a parcouru toutes ses phases, deux seulement se sont terminés d'une manière fatale.

III. JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DU DÉPARTEMENT DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

ESSAI SUR LES ALTÉRATIONS ANATOMIQUES QUI CONSTITUENT SPÉCIALEMENT L'ÉTAT DYSENTÉRIQUE ; par M. GELY, D.-M.-P.

Ce travail repose sur les recherches de trois observateurs, tous trois habitant les bords de la Loire, où, comme on le sait, la dysenterie a fait de grands ravages depuis plusieurs années, et dont deux ont déjà publié le résultat de leurs observations, M. Guéretin, d'Angers, M. Thomas, de Tours et l'auteur du mémoire que nous analysons ici. Les faits recueillis par les deux premiers appartiennent tous à la dysenterie aiguë et épidémique ; ceux au contraire dont M. Gely rapporte les résultats sont tous isolés et appartiennent à toutes les périodes de la maladie. Examinons avec l'auteur quelles sont celles de ces altérations qui ont été observées par les trois écrivains ; celles au contraire qui ne l'ont été que par un ou deux d'entre eux, et cherchons avec lui les causes qui ont pu faire varier les lésions.

1° Une seule altération est indiquée comme constante par les trois résumés, c'est l'épaississement des parois, dus particulièrement à celui du tissu sous-muqueux, et qui quelquefois était de trois, quatre et cinq lignes. L'auteur n'indique pas à quelle époque on a commencé à observer cet épaississement du tissu sous-muqueux, connaissance qui serait cependant d'une grande importance pour l'étude du mode de production de cette altération ; car nous sommes portés à croire qu'on n'observe cet épaississement du tissu sous-muqueux que dans les cas où la maladie avait passé à l'état chronique. Dans cette hypothèse, on ne pouvait donc considérer cette altération comme constituant la maladie et donnant lieu aux phénomènes qui la caractérisent.

2° Nous passons les lésions de coloration qui sont si infidèles et ont donné lieu à tant d'erreurs de la part de ceux qui ont exagéré leur valeur.

3° L'épaississement du tissu sous-muqueux prend dans quelques cas une forme particulière que l'auteur désigne sous le nom d'hypertrophie mamelonnée. Dans ce mode d'altération, l'engorgement du tissu sous-muqueux et des follicules mucipares est évident. Ces follicules paraissent groupées en bien plus grande quantité au fond des cellules du cœcum et du colon et déterminent des bosselures qui quelquefois sont rangées plusieurs de front dans toute la longueur de l'intestin, aussi régulièrement que des soldats rangés en colonne. Si cette forme régulière ne s'observe pas toujours, c'est que l'inflammation est d'ordinaire plus diffuse et que les mamelons, bientôt confondus à leur base, donnent naissance à une surface épaissie, comme fendillée, mais dans laquelle on peut encore reconnaître la physionomie du mal.

4° L'engorgement des cryptes, l'ulcération de leurs conduits excréteurs ont été mentionnés par tous, bien que d'une manière différente. M. Thomas a constaté ces ulcérations dès le huitième jour ; elles ont, selon lui, pour point de départ l'ouverture des cryptes et peuvent s'élargir jusqu'à se confondre les unes dans les autres. Dans tous les cas que M. Gely a pu observer, il a trouvé, soit des cryptes tuméfiés visibles à l'œil nu ou à la loupe, soit une ouverture anormale de leur cavité et qui n'était quelquefois qu'une simple érosion ; quelquefois elles avaient jusqu'à trois lignes de diamètre, mais leur profondeur était très minime ; il y avait si peu de différence de niveau entre leur fond et la surface où elles siégeaient qu'il fallait souvent regarder de très près pour les apercevoir. Jamais les bords n'étaient tuméfiés et relevés comme chez les phthysiques ; ils étaient seulement coupés nettement comme avec un emporte-pièce.

5° La production d'un pellicule pseudo-membraneux qui avait déjà été mentionnée par beaucoup d'observateurs a été notée aussi par MM. Thomas et Gely, mais non par M. Guéretin. Cette fausse membrane était toujours mince, pelliculaire, sèche, très adhérente, de couleur très variable ; M. Gely l'a toujours rencontrée au-dessus de la muqueuse, et jamais évidemment en contact avec la tunique fibreuse ; souvent elle était isolée par plaques continues sur toute la surface libre de l'intestin. L'épaisseur et la solidité de cette fausse membrane paraissaient être en rapport avec l'état d'engorgement des couches internes.

6° La muqueuse du gros intestin a quelquefois été trouvée amincie et même entièrement enlevée et comme par exfoliation ; aussi M. Thomas dit-il en avoir trouvé des portions considérables dans les selles. Quant au ramollissement il était très rare.

Maintenant nous cherchons à voir dans le travail de M. Gely quelle a pu être la valeur de ces différentes lésions pour la production des symptômes propres à la maladie, et rien ne prouve que ces lésions soient primitives et constituent réellement la maladie. Question importante qui est résolue pour les anatomo-pathologistes, mais qui ne l'est pas pour nous.

ÉRUPTION PUSTULEUSE DU PHARYNX ET DE L'ŒSOPHAGE, PAR SUITE DE L'EMPLOI DU TARTRE STIBIÉ CONTRE LA PNEUMONIE AIGUE ; par M. MARION DE PROCÉ, D. M.

Tous les praticiens qui ont administré ou vu administrer souvent l'émétique à haute dose dans le traitement de la pneumonie ou de toute autre affection aiguë, ont remarqué la sécheresse douloureuse de la gorge dont se plaignent tous les malades, et qui quelquefois est accompagnée de rougeur et de quelques autres phénomènes appartenant à l'inflammation. On sait aussi que les partisans de la médecine physiologique s'appuyèrent sur ces observations pour repousser la médication par le tartre

stibié à haute dose comme incendiaire, et comme devant déterminer des accidens plus graves que ceux qu'elle serait destinée à combattre. Tout cela se réduit à une irritation d'une nature tout à fait spécifique que détermine le tartre stibié sur les surfaces avec lesquelles il est mis en contact, et qui se termine presque constamment sur la peau, rarement au contraire sur les surfaces muqueuses, par une éruption pustuleuse d'une nature tout à fait spéciale. Les cas d'éruption pustuleuse dans l'intérieur du pharynx et de l'œsophage sont assez rares pour que le suivant nous paraisse devoir offrir assez d'intérêt pour être reproduit.

OBS. — Renault, âgé de 66 ans, portefaix, entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 26 mars dernier, au onzième jour d'une péripneumonie du côté droit, qui n'avait encore subi aucun traitement. (Saignée du bras de 12 onces.)

Le 27, bronchophonie et respiration bronchique au-dessous de la clavicule et de l'épine de l'omoplate; râle crépitant et sous-crépitant, dans la partie inférieure, postérieure et externe du même côté. Respiration précipitée, donnant 40 inspirations par minute; pouls petit, serré, 116; crachats visqueux, briquetés. (Tartre stibié, 12 gr. dans une potion de 5 onces, avec demi-once de sirop de morphine. Pour le soir, tartre stibié, 8 gr. dans une potion semblable. Trois vomissemens et trois selles liquides.)

Le 28 mars, amélioration de tous les symptômes; 24 inspirations et 96 pulsations par minute. (Tartre stibié, 12 gr. le matin et 6 le soir.)

Le 29, aggravation de tous les symptômes; face grippée; 32 inspirations, 106 pulsations par minute. Agitation, anxiété extrême; sensation de constriction; apparition de quelques portions d'une exsudation membraniforme sur le voile du palais et la luette; refus de prendre une nouvelle potion. (Tartre stibié, 12 grains à prendre dans la journée et dans la tisane du malade.) Plusieurs selles dans les vingt-quatre heures.

Le 30, mieux apparent du côté des voies inspiratoires; 26 inspirations et 104 pulsations par minute; extension des pseudo-membranes sur la voûte palatine. (Tartre stibié dans un pot de tisane.)

Le 31, langue fuligineuse, difficulté à ouvrir la bouche, forte constriction du gosier; pouls petit, misérable; déglutition difficile; enrouement. (Huit grains de kermès dans une potion; large vésicatoire sur le côté droit du thorax.)

Le 1er avril, aggravation de tous les symptômes. Mort à deux heures.

NÉCROPSIE faite 24 heures après la mort.

La muqueuse des voies digestives offre, dans toute son étendue, depuis l'ouverture de la bouche jusqu'à l'ouverture cardiaque de l'œsophage, des traces d'inflammation pustuleuse ou pseudo-membraneuse, disposées ainsi qu'il suit: Le larynx est recouvert d'un enduit pultacé, et la voûte palatine de pseudo-membranes épaisses et parsemées de pustules produites par le soulèvement de l'épithelium, avec dépression centrale, à la manière de celles que les frictions de pommades stibiées déterminent sur la peau; ou de petites cavités en forme de cônes renversés, et semblant résulter, soit de la dilatation de l'orifice des cryptes, soit d'ulcérations de la muqueuse, et donnant à cette membrane une apparence comme spongieuse. La luette, les piliers du voile du palais, et la partie postérieure et supérieure du pharynx sont aussi recouverts de pseudo-membranes, mais sans traces de pustules bien distinctes.

Tout le reste de la muqueuse et du pharynx est parsemé de pustules ombiliquées, semblables à celles que la pommade stibiée détermine sur la peau. Quelques-unes sont ulcérées; leur couleur blanchâtre fait contraste avec le reste de la membrane dont la rougeur est manifeste.

On trouve de loin en loin quelques pustules analogues dans l'œsophage avec des ulcérations d'une ligne de diamètre.

Les pustules cessent à l'orifice cardiaque, où la fin de l'épithelium semble leur servir de limite naturelle.

La muqueuse gastrique est recouverte de mucosités, et offre quelques rougeurs piquetées dans la direction de la grande courbure de l'estomac.

La muqueuse de l'intestin grêle offre aussi çà et là des rougeurs semblables. On y distingue quelques follicules isolés hypertrophiés, et les plaques de Peyer offrent une certaine turgescence.

Les gros intestins sont à l'état normal.

Le poumon gauche est légèrement engoué à sa base; le lobe supérieur du poumon droit infiltré de pus; le lobe moyen légèrement crépitant et comme comprimé; le lobe inférieur à l'état d'hépatisation rouge.

Il serait difficile, impossible même de nier que chez ce sujet la mort n'ait été accélérée par l'angine pustuleuse qui s'est développée dans les derniers jours de son existence, et que cette dernière n'ait été l'effet immédiat du traitement par l'émétique à haute dose; mais les cas de ce genre sont fort rares, comparativement au nombre de ceux où l'on emploie la même médication, sans qu'on y observe des accidens d'une gravité analogue. Si maintenant nous cherchons quelle est la cause qui a pu déterminer cette angine pustuleuse mortelle, nous ne pouvons la trouver que dans deux circonstances: les doses élevées auxquelles l'émétique a été administré, ou une disposition individuelle. Les doses de tartre stibié n'ont pas été, il est vrai, plus fortes que celles qu'administrent ordinairement les médecins français dans des cas analogues, et qui varient communément de six à dix, et même douze grains en vingt-quatre heures, et encore n'arrive-t-on à cette dernière dose le plus souvent que graduellement; tandis que dans l'observation de M. Marion de Procé, vingt grains d'émétique ont été administrés le premier jour. Mais combien de fois n'a-t-on pas administré des doses semblables, et même beaucoup plus élevées dès le début du traitement, et en les continuant ensuite pendant plusieurs jours de suite sans de graves inconvéniens? Ce n'est pas évidemment à l'élévation des doses seules qu'on doit attribuer les accidens produits chez quelques sujets du côté de la gorge et de l'œsophage; il faut donc reconnaître en outre une disposition spéciale qu'on observe, au reste, à l'occasion de la plupart des agens thérapeutiques et morbides, et d'après laquelle le même médicament administré à la même dose et dans des circonstances à peu près analogues, chez plusieurs sujets, détermine souvent des accidens différens.

IV. ENCYCLOPÉDIE DES SCIENCES MÉDICALES.

Les cahiers des mois d'octobre et de novembre contiennent les articles originaux suivans: 1° *Observations de médecine pratique*; par M. Jourdain, de Binche. (Il s'agit de deux faits, l'un relatif à un iléus guéri, l'autre à une tympanite. L'auteur considère l'iléus comme le résultat d'une névralgie intestinale; il admet trois degrés: dans le premier, la névralgie est simple (entéralgie, colique intestinale); dans le second, il y a lésion de contractibilité (invagination, volvulus); le troisième est constitué par l'inflammation consécutive des viscères); 2° *Tumeur de l'ovaire*, observée par M. Shoenfeld, de Charleroy. (Cette tumeur offrait tous les caractères qu'on attribue aux hydropisies enkystées de l'ovaire; elle a été traitée à l'aide des antiphlogistiques, des frictions d'onguent iodure et son volume a diminué des deux tiers, la femme s'est trouvée fort soulagée); 3° *Cystotomie latérale; guérison*; par M. J. Germain; 4° *Observation sur une ectopie thoracique accidentelle du cœur, suivie de guérison*; par M. Raiken, professeur à Liége. (Sous ce nom l'auteur décrit une sorte de déplacement instantané du cœur, qui a passé de gauche à droite où il est resté pendant quelque temps à la suite d'une commotion thoracique; le malade a guéri); 5° *Observations sur la fréquence du pouls*; par M. Meisser; 6° *Charbon fort étendu au dos et à la nuque*, observé par M. Thirion, de Namur. (Le traitement a été d'abord antiphlogistique, puis tonique et calmant; cela n'a pas empêché cependant le malade de succomber à l'étendue fort considérable de la lésion); 7° *Plaie d'arme à feu produite par l'éclat d'un fusil; bons effets de l'acétate de plomb, comme moyen préventif de l'inflammation*; par le même; 8° *Remarques sur le traitement des granulations palpébrales*; par M. Cunier.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 31 DÉCEMBRE.

L'Académie procède, par voie de scrutin, à la nomination d'un candidat pour la chaire d'anatomie et d'histoire naturelle de l'homme, devenue vacante au Muséum d'histoire naturelle, par suite de la nomination de M. Flourens à la chaire de physiologie comparée.

La section a présenté comme candidat unique M. Serres.

Le nombre des votans est de 43. Sur ce nombre, M. Serres obtient 39 suffrages; il y a 4 billets blancs.

M. Serres ayant réuni la majorité absolue des suffrages sera présenté par l'Académie, comme candidat, pour la chaire vacante.

INFUSOIRES.

M. Dujardin présente un mémoire sur l'organisation des infusoires, mémoire dans lequel il a cherché à prouver définitivement la simplicité d'organisation de ces animaux. On sait que, depuis 1830, M. Ehrenberg, professeur à Berlin, avait annoncé que les infusoires possèdent des organes très complexes, un intestin auquel sont appendus des organes très nombreux, des organes génitaux, des nerfs, des yeux, etc. Ces faits, accueillis avec empressement, n'ont point été confirmés par d'autres observateurs; au contraire, ils ont rencontré quelques contradicteurs en Allemagne, en Angleterre et en France. M. Dujardin surtout a contesté vivement leur exactitude dans plusieurs mémoires publiés depuis 1835. Enfin, dans le travail plus détaillé qu'il présente aujourd'hui, il discute avec soin la question tout entière, et arrive aux conclusions suivantes, que nous reproduisons textuellement.

Les infusoires, qu'il faudra, je crois, continuer à nommer ainsi, se produisent pour la plupart de germes inconnus, dans les infusions, soit artificielles, soit naturelles, telles que l'eau stagnante, et celle qui, dans les rivières, séjourne entre les débris de végétaux. On ne leur connaît aucun autre mode de propagation bien avéré que la division spontanée. La substance charnue de leur corps est dilatable et contractile comme la chair musculaire des animaux supérieurs; mais elle ne laisse voir absolument aucune trace de fibres ou de membranes, et se montre au contraire entièrement diaphane et homogène, sauf le cas où la surface paraît réticulée par l'effet de la contraction.

La substance charnue des infusoires, isolée par le déchirement ou la mort de l'animalcule, se montre dans le liquide en disques lenticulaires ou en globules réfractant peu la lumière, et susceptibles de se creuser spontanément des

cavités sphériques, analogues par leur aspect aux vésicules de l'intérieur. Les vésicules formées à l'intérieur des infusoires sont dépourvues de membrane propre, et peuvent se contracter jusqu'à disparaître, ou bien peuvent se souder et se fondre plusieurs ensemble. Les unes se produisent au fond d'une sorte de bouche, et sont destinées à contenir l'eau engloutie avec les alimens; elles parcourent ensuite un certain trajet à l'intérieur, et se contractent, en ne laissant au milieu de la substance charnue que les particules non digérées, ou bien elles évacuent leur contenu à l'extérieur par une ouverture fortuite qui peut se reproduire plusieurs fois, quoique non identique, vers le même point.

Les vésicules contenant les alimens sont indépendantes et ne communiquent point avec un intestin ni entre elles, sauf le cas où les deux vésicules viennent à se souder. Les autres vésicules, ne contenant que de l'eau, se forment plus près de la surface, et paraissent devoir recevoir et expulser leur contenu à travers les mailles du tégument; on peut, d'après Spallanzani, les considérer comme des organes respiratoires, ou du moins comme destinés à multiplier les points de contact de la substance vivante, et sont contractiles par eux-mêmes, dans toute leur étendue. Aucun n'est de nature épidermique ou cornée, ni sécrété par un bulbe.

Sauf quelques coques ou capsules siliceuses ou cornées, et le pédicule des vorticelles, et le faisceau de baguettes cornées qui arment la bouche de certaines espèces, toutes les parties des infusoires se décomposent presque subitement dans l'eau, après la mort.

Les œufs des infusoires, leurs organes génitaux, leurs organes des sens, ainsi que leurs nerfs et leurs vaisseaux, ne peuvent être exactement déterminés, et tout porte à penser que ces animalcules, bien que doués d'un degré d'organisation en rapport avec leur manière de vivre, ne peuvent avoir les mêmes systèmes d'organes que les animaux supérieurs.

AVANTAGES RELATIFS DES DIFFÉRENS ASSOLEMENS ÉVALUÉS AU MOYEN DE L'ANALYSE COMPARATIVE DES PRODUITS RÉCOLTÉS ET DES ENGRAIS EMPLOYÉS.

M. Boussingault lit un mémoire sur des recherches nouvelles de chimie agricole, destinées à faire suite à celles qu'il a déjà présentées à l'Académie sur cette branche de la science; il s'est proposé cette fois de discuter, au moyen de l'analyse élémentaire, la théorie de l'épuisement du sol par la culture et celle des assolemens.

Thaër, qui, mieux que personne, était en état de comprendre toute la portée de la question de l'épuisement du sol, a cherché à la résoudre pour les principales cultures; il n'est pas besoin d'exposer ici la méthode qu'il a suivie, puisqu'elle se trouve tracée dans son admirable ouvrage; il faut remarquer seulement que cette méthode se fonde sur un principe contestable, savoir, que l'épuisement du sol est proportionnel à la quantité de matière nutritive contenue dans les récoltes. En effet, en admettant le principe posé par cet illustre agriculteur, on admet tacitement que toute la matière organique des plantes est originaire du sol. Le sol, sans doute, contribue pour une certaine proportion au développement des végétaux; mais l'air y prend également part, comme le prouvent les expériences de l'auteur dont nous avons précédemment rendu compte.

Il est évident que, pour conserver à la terre sa fertilité normale, il faut qu'après chaque succession de récolte constituant un assolement, elle se retrouve dans l'état où elle était au commencement, c'est-à-dire qu'il est nécessaire qu'elle ait reçu en engrais une quantité de matière égale à celle qu'elle aura fournie pour les récoltes. Or, si la quantité d'engrais dont on peut disposer est limitée, comme elle l'est toutes les fois qu'on ne les tire point de dehors, mais qu'il faut que le domaine même les produise, l'assolement sera d'autant plus avantageux qu'il prélèvera sur l'atmosphère la plus grande quantité de matière élémentaire, et c'est précisément cette quantité qu'il importe d'apprécier pour juger comparativement la valeur de diverses rotations de culture.

Pour cette recherche, M. Boussingault fait usage des méthodes d'analyse qu'il a indiquées dans ses précédentes communications, et il prend ses données dans un domaine qu'il exploite, domaine soumis depuis fort longtemps à un bon système de culture, et dans lequel on a toujours eu le soin de connaître, avec une suffisante exactitude, le rendement du sol et l'engrais consommé.

Connaissant, par une moyenne de dix années, la quantité d'engrais employé et de produits obtenus sur un terrain d'une étendue déterminée, il restait encore, avant d'entamer la discussion des assolemens, à connaître exactement la composition de l'engrais et des divers produits: graines, pailles, racines, tubercules, fanes, etc., dont se compose un ensemble de récolte constituant un assolement. Pour chacune de ces substances il y a eu au moins quatre analyses; chacune d'elles avait été préalablement desséchée dans le vide sec à une température de 110° suffisamment prolongée. Les résultats de ces analyses sont présentés dans un tableau que nous ne reproduiront point ici.

En cherchant maintenant, à l'aide des données analytiques et des données agricoles dont nous avons parlé, le rapport qui existe entre la matière organique enterrée dans le sol avec les engrais et la même matière exhumée par les récoltes, voici à quels résultats est arrivé l'auteur.

Dans l'assolement de cinq ans, comprenant la rotation suivante: pommes de terre ou betteraves fumées, froment, trèfle, avoine, on trouve que dans l'engrais consommé sur un hectare, il y avait 2,793 kilog. de carbone; dans la suite des récoltes produites aux dépens de cet engrais, le carbone s'est élevé à 8,383 kilog. Le poids du carbone fourni à la culture par l'acide carbonique de l'air s'élève donc au moins à 5,400 kilog. Dans la même rotation, l'azote primitivement renfermé dans l'engrais pesait 137 kilog.; l'atmosphère aurait donc fourni pour sa part 94 kil. d'azote.

L'assolement triennal avec jachères fumées, tel qu'on le suivait autrefois, mais qui a presque totalement disparu de l'Alsace, est loin d'offrir, quant à l'azote, des résultats aussi satisfaisans. En ramenant cet assolement aux mêmes conditions de temps que les précédens, on reconnait que le carbone pris sur l'air est de 4,358 kilog.; l'azote acquis ne dépasse pas 47 kilog. Une remarque générale que l'on peut faire, c'est que toutes les fois qu'une rotation ne renferme que des céréales, l'azote acquis est moins considérable.

Le topinambour est, de toutes les plantes dont M. Boussingault s'est occupé, celle qui puise le plus largement dans l'atmosphère; c'est la récolte qui paraît donner le plus de matière nutritive avec le moins d'engrais. C'est sans doute à cette circonstance qu'il faut attribuer le grand développement que la culture de cette plante a pris depuis environ trente ans.

On peut voir dans le tableau où l'auteur a consigné les résultats de ses analyses, qu'en deux ans le carbonne pris à l'air, toujours par une surface d'un hectare, s'est élevé à 15,237 k., et le poids de l'azote employé dans l'engrais a presque doublé. Il est vrai qu'une proportion très forte de la matière du topinambour consiste en tiges ligneuses dont l'usage est peu important; mais si l'on parvient, comme quelques essais le font espérer, à convertir promptement ces tiges en engrais, la culture du topinambour présentera des avantages encore plus considérables.

En résumé, les principaux résultats du travail de M. Boussingault montrent que les relations de culture, qui ont été jugées dans la pratique comme les plus productives, sont précisément celles que l'analyse élémentaire indique comme prélevant (pour un cas particulier de sol et de climat) la plus grande quantité de principes sur l'atmosphère.

FORME ANORMALE DES GLOBULES DU SANG DANS LA FAMILLE DES CHAMEAUX.

M. Milne Edwards fait, en son nom et celui de M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, un rapport sur les observations de M. Mandl, relatives à la forme elliptique des globules du sang dans le dromadaire et l'alpaca, observations que nous avons déjà fait connaître.

Malpighi paraît être le premier qui ait signalé l'existence de corpuscules solides nageant dans le sang. Cependant il ne s'était pas formé une idée exacte de leur nature, et c'est principalement à Leeuwenhoeck qu'appartient l'honneur de la démonstration de cette vérité.

Jurin, Senac, Fontana, Hewson, ajoutèrent ensuite de nouveaux faits à ceux constatés par Leeuwenhoeck, et rectifièrent quelques erreurs dans lesquelles cet observateur était tombé. Les recherches de Hewson méritent surtout d'être citées avec éloge, et de cette suite de travaux est résulté un ensemble de connaissances précieuses pour la physiologie; mais vers la fin du siècle dernier le microscope eut le sort de tant d'autres choses nouvelles; après en avoir exagéré l'utilité et s'en être servi pour étayer de folles spéculations de l'esprit, on se jeta dans l'excès contraire, on en exagéra les inconvéniens et les dangers; puis on en négligea presque entièrement l'emploi, et l'on ne parla qu'avec défiance des résultats obtenus à l'aide de cet instrument.

La réhabilitation du microscope aux yeux des physiologistes ne remonte pas à vingt ans, et elle n'est pas un des moindres services que MM. Prévost et Dumas aient rendu à la science par la publication de leurs recherches sur la nature et les usages du sang.

Parmi les résultats curieux obtenus par ces deux observateurs, il en est un qui, déjà entrevu par Hewson, devait surtout intéresser les zoologistes; c'est la constance de forme des globules dans les vertébrés d'une même classe. En effet, chez tous les mammifères soumis à leur examen, MM. Prevost et Dumas ont constamment trouvé que ces corpuscules étaient circulaires et ressemblaient à de petits disques marqués d'une tache centrale également circulaire, tandis que chez les oiseaux, les reptiles et les poissons, ils ont toujours vu ces globules elliptiques et pourvus au centre d'une tache de même forme que leur noyau intérieur.

Vers la même époque, Rudolphi annonça que le sang de plusieurs poissons, tels que la perche, la plie et la sole, a des globules circulaires; mais des observations mieux faites sont venues montrer que ce physiologiste s'était laissé induire en erreur par les altérations que ces corpuscules éprouvent sous l'influence de l'eau et de plusieurs autres agens.

Dans une publication récente, M. Wagner a annoncé que chez la lamproie les globules du sang sont circulaires; mais la lamproie est un poisson si anormal, et paraît sous tant de rapports se rapprocher des animaux sans vertèbres, chez lesquels les corpuscules solides, suspendus dans le fluide nourricier, sont également circulaires, que cette exception semble s'expliquer par la nature même de l'animal, et ne pas devoir diminuer l'importance que l'on attachait aux différences de forme déjà observées chez les animaux supérieurs, entre les globules du sang des vertébrés à mamelles et des vertébrés ovipares.

Tel était l'état de la science lorsque M. Mandl présenta ses observations; il s'occupait de l'examen du sang chez divers animaux, et il avait étudié celui de plusieurs animaux dont on ne s'était pas occupé jusque là sous ce rapport; tels sont le papion, la guenon, le sajou, le coati, le kakajou, l'éléphant, le tapir, l'hémione, le cerf, le dromadaire et l'alpaca; ces deux derniers seulement lui ont offert des globules elliptiques. Comme il n'existe pas d'autres espèces appartenant à la petite famille anormale des caméliens, M. Mandl n'a pu s'assurer si cette exception, comme il y a lieu de le croire, s'étend à toute la famille.

Les commissaires ont répété, avec M. Mandl, ces deux observations et en ont reconnu l'exactitude. Chez les dromadaires des deux sexes, ainsi que chez l'alpaca, les globules du sang sont, en effet, elliptiques; leur grand diamètre est d'environ 1/235, et leur petit de 1/250. Ces corpuscules sont, comme on le voit, plus petits que ceux d'aucun oiseau, reptile ou poisson connu, et se rapprochent, par leurs dimensions, des globules sanguins des autres mammifères. La tache centrale elliptique qu'ils présentent paraît aussi résulter d'une dépression plutôt que de la présence d'un noyau saillant; enfin il est aussi à noter que le sang de ces animaux, de même que celui des autres mammifères, charrie, outre ces globules rouges, quelques corpuscules blancs et arrondis, d'un volume plus considérable, que M. Mandl croit être formés de fibrine.

Chez les bœufs, les moutons, les chèvres, les antilopes et les cerfs, les glo-

bules sont circulaires; en est-il de même pour la girafe, qui, à certains égards, se rapproche davantage des chameaux? Les globules sanguins pris chez cet animal n'ont offert rien de particulier.

Pendant que le sang des marsupiaux pourrait, de même que celui des caméliens, offrir quelque anomalie, les deux commissaires l'ont également examiné chez un kangourou à monstache. Mais ici encore les globules sont circulaires. Il serait bien à désirer, poursuivent les commissaires, que les naturalistes ne laissent échapper aucune occasion pour compléter nos connaissances sur la forme, les dimensions et la structure des globules du sang; car une exception à une règle en apparence aussi bien établie que celle relative à la constance de cette forme, dans chacune des classes d'animaux vertébrés, peut faire supposer qu'il existe d'autres anomalies semblables; et c'est peut-être à l'aide de ces exceptionnels que l'on parviendra à saisir les rapports qui doivent bien probablement exister entre les caractères physiques de ces corpuscules et d'autres particularités de l'organisation. Il semblerait surtout important d'examiner, sous ce rapport, le sang des monotrêmes, des édentés, des phoques et des cétacés, parmi les mammifères; celui des crocodiles, des syrènes et des axolotl, parmi les reptiles; et, parmi les poissons, celui des bonites, dont la température, suivant M. J. Davy, se rapprocherait de celle des animaux à sang chaud. Si, dans cette liste, disent les commissaires, nous omettons les casoars et les autruches, qui, de tous les oiseaux, sont les plus anormaux, c'est que nous nous sommes déjà assurés que, sous le rapport de la forme et des dimensions des globules sanguins, ces animaux ne diffèrent en rien de tous ceux de la même classe déjà observés chez les micrographes. Ces corpuscules sont effectivement elliptiques et ont paru avoir, chez le casoar de la Nouvelle-Hollande, environ 1/70 de millimètre sur 1/153, tandis que chez le nandou ils sont peut-être un peu moins allongés, car la moyenne a donné 1/75 sur 1/153.

Après la lecture de ce rapport, M. Magendie exprime le regret de ce que les commissaires n'aient pas étudié les globules après les avoir isolés par les moyens connus, afin de tâcher d'obtenir quelque notion sur leur épaisseur et leur forme générale. M. Magendie aurait aussi souhaité que l'on profitât de l'inspection des nouveaux globules pour tâcher d'acquérir quelques nouvelles données sur l'existence ou la non existence du noyau central dans les globules sanguins des mammifères.

M. Milne Edwards répond que les globules elliptiques observés chez les deux caméliens n'ont pas offert pour la solution de cette question des circonstances plus favorables que les globules circulaires de la généralité des mammifères.

M. Magendie parle ensuite d'expériences qu'il a faites récemment, et qui sont consignées dans le 4e volume de ses LEÇONS SUR LES PHÉNOMÈNES PHYSIQUES DE LA VIE. Dans ces expériences, des globules circulaires ont été injectés dans les veines d'animaux à globules elliptiques, et réciproquement. Dans tous les cas les globules introduits ont disparu ou du moins sont restés inaperçus dans les recherches qui ont été faites à cet égard avec d'excellens instrumens. Il semble donc que la forme des globules est intimement liée avec l'organisation des animaux, bien que nous soyons encore dans une ignorance absolue relativement au rôle que jouent les innombrables globules qui existent d'une manière si constante dans la plupart des animaux.

SÉANCE DU 7 JANVIER.

L'Académie procède, par voie de scrutin, à l'élection d'un vice-président.

Au premier tour de scrutin M. Poisson obtient 33 suffrages sur 48, et est proclamé élu.

M. Becquerel quitte le fauteuil, qui est occupé par M. Chevreul, vice-président pendant l'année 1838; M. Poisson vient prendre place au bureau.

FIXATION DES IMAGES DANS LA CHAMBRE NOIRE PAR LA SEULE ACTION DE LA LUMIÈRE.

M. Arago fait une communication verbale sur la belle découverte de M. Daguerre, découverte dont il est beaucoup parlé depuis quelques jours, et dont plusieurs journaux, même, ont rendu compte, mais d'une manière en général peu exacte.

Tout le monde sait en quoi consiste l'appareil que l'on nomme une chambre obscure; c'est une boîte close avec soin de toutes parts, et dans laquelle les rayons des objets extérieurs étant reçus à travers un verre convexe, ces objets sont représentés distinctement avec leurs couleurs naturelles sur une surface blanche placée au dedans de cette boîte au foyer de la lunette. Il n'est personne peut-être qui, à l'aspect de ces images, si parfaites, n'en regrette qu'elles fussent si fugitives; eh bien! ces images, M. Daguerre est parvenu à les fixer, non pas avec les couleurs de la nature, comme l'ont cru à tort quelques personnes, mais avec leurs ombres et leur lumière, comme pourrait le faire le dessinateur le plus habile, ou plutôt avec une perfection dont aucun dessinateur n'approcherait, et avec un fini de détails qui surpasse toute croyance. L'image, dans la chambre obscure, est d'une netteté parfaite quand la lentille est achromatique (ce qui n'est pas le cas pour les chambres obscures qu'on trouve toutes faites et à bon marché chez les opticiens). Cette netteté est la même dans les images obtenues par le procédé de M. Daguerre; de sorte que les détails qui à la vue simple ne s'aperçoivent pas, se voient très distinctement quand on les regarde à la loupe. C'est la lumière, en effet, la lumière qui forme l'image colorée dans la chambre noire, qui décalque ce quelque sorte cet image, qui la reproduit ce camayeu sur une planche recouverte d'un enduit particulier.

Or, combien faut-il de temps à la lumière pour exécuter ce travail? 8 à 10 minutes par un temps ordinaire; et dans notre climat et sous un ciel pur comme celui d'Égypte il suffirait de deux minutes, d'une seule peut-être, pour exécuter le dessin le plus compliqué. Qu'on songe aux peines infinies qu'ont eues dans ce pays, lors de notre mémorable expédition, les artistes auxquels avait été confié de reproduire par le crayon les vues des monumens, des principaux sites de l'Égypte, au temps qu'ils ont dû y employer, aux dangers que leur a fait courir plus d'une fois la nécessité de séjourner dans des lieux où ils ne pouvaient être efficacement protégés par nos troupes, aux inexactitudes qui, malgré leurs soins consciencieux, ont dû nécessairement s'introduire dans leurs dessins, et l'on comprendra tout d'un coup quels services peut rendre une découverte telle que celle de M. Daguerre. Ainsi on ne peut se demander:

De quelle utilité sera cette découverte pour le public?

Mais il y a une autre question qui n'est pas aussi facile à résoudre; c'est celle-ci: *De quelle utilité sera cette découverte pour l'inventeur*, qui l'a poursuivie pendant de longues années, qui l'a cherchée au moyen d'essais coûteux, et en négligeant des travaux profitables à sa fortune.

Prendre un brevet n'est pas chose praticable; car le procédé est tellement simple et exige si peu d'apprêts, qu'une fois connu il serait impossible d'empêcher qu'il ne fût employé frauduleusement par presque tous ceux qui en auraient besoin. Ouvrir une souscription comme l'avait fait autrefois Mesmer lorsqu'il communiqua à 100 personnes payant chacune 100 louis les secrets du magnétisme animal, c'est un moyen que quelques personnes avaient rêvé, mais que M. Daguerre n'emploiera certainement pas, ce qui d'ailleurs à notre époque pourrait bien ne pas avoir de succès.

Le moyen qui semble le plus naturel pour récompenser l'auteur d'une aussi belle découverte, celui qui est le plus digne de lui et du pays c'est que le gouvernement lui achète son secret pour le rendre public.

Une autre question se présente encore. Cette découverte ne sera-t-elle pas nuisible aux intérêts des dessinateurs, puisqu'on pourra, sans leur secours, prendre une foule de vues obtenues des quantités de dessins d'une grande perfection.

Il est peu probable qu'il en résulte aucun préjudice pour les artistes, pas plus qu'on ne voit qu'il y ait eu, comme on l'avait craint d'abord, souffrance pour les graveurs, lorsqu'on a substitué aux planches de cuivre qui ne donnaient pas plus de mille bonnes épreuves les planches d'acier qui en peuvent donner jusqu'à trente mille. Tout ce qui en est résulté, c'est qu'on a eu des gravures dans une foule d'ouvrages où l'on n'en avait pas auparavant.

M. Daguerre n'est pas le premier qui ait eu l'idée de faire exécuter dans la chambre obscure des dessins par la lumière elle-même. Depuis longtemps on avait imaginé d'employer à cet effet certains composés chimiques, qui changent de couleur sous l'influence de la lumière. Un de ceux que l'on a employés, et qui est un des plus sensibles que l'on ait connus jusqu'à ce jour, est le chlorure d'argent, qui lorsqu'on l'a préparé en blanc et placé sous l'influence des rayons lumineux passe ensuite au bleuâtre et au noir.

Aussi, quand on plaçait convenablement dans la chambre obscure une feuille couverte de ce chlorure tout frais préparé, elle était plus ou moins altérée de couleur dans ses diverses parties, suivant que les portions de l'image correspondantes offraient une lumière plus ou moins vive, c'est-à-dire que dans les points où il arrivait de la lumière blanche, la feuille passait au noir, et que dans les lieux où il n'arrivait point de lumière elle restait blanche. On voit qu'il n'en pouvait pas résulter une image véritable des corps extérieurs, puisque les blancs se dessinaient en noir sur la feuille, et les noirs en blanc: on obtenait seulement des espèces de silhouettes. Mais ces silhouettes même ne pouvaient pas être conservées, car du moment où l'on voulait voir le dessin qu'on avait obtenu, dès qu'on l'exposait au jour, le jour commençait à l'altérer.

M. Daguerre a trouvé une substance infiniment plus sensible à la lumière que le chlorure d'argent qui s'altère en sens inverse, c'est-à-dire qui laisse sur les diverses parties de la planche correspondantes aux différentes parties de l'image des teintes obscures pour les ombres des deux teintes pour les parties plus claires et ne laisse aucune teinte absolument sur les parties complètement lumineuses. Quand cette action de la lumière sur les différentes parties de de la planche a produit l'effet désiré, M. Daguerre l'arrête tout à coup, et le dessin qu'il retire de la chambre obscure peut être exposé en plein jour sans éprouver aucune altération.

Si l'on considère la découverte de M. Daguerre sous le point de vue de l'utilité qu'elle peut avoir pour les sciences, on reconnait qu'un réactif aussi sensible que celui qu'il a trouvé peut permettre de faire des expériences photométriques qui jusque là avaient été réputées impossibles. Telles sont, dit M. Arago, les expériences sur la lumière de la lune; des expériences, à ce sujet, avaient semblé assez importantes à l'académie pour qu'elle chargeât une commission qui était composée de M. de Laplace, de M. Malus et moi, du soin de les poursuivre. La lumière de la lune est, comme on le sait, 300,000 fois plus faible que la lumière du soleil; cependant on ne désespérait pas, en concentrant ses rayons au moyen d'une lentille de très grande dimension d'obtenir quelques effets sensibles. Nous fîmes usage d'une très grande lentille, apportée d'Autriche et en plaçant au foyer du chlorure d'argent le réactif le plus sensible que l'on connût, il n'y eut aucun phénomène de décoloration; j'ai pensé que M. Daguerre aurait plus de succès au moyen de son nouveau réactif, et, en effet, en employant une lentille de beaucoup moins puissante que la nôtre, il a obtenu en vingt minutes sur son enduit obscur une image en blanc de la lune. Son expérience a duré vingt minutes; celle de l'Observatoire n'avait peut-être pas été autant prolongée, mais quand elle fut interrompue, il n'y avait encore aucun indice de changement. Jusqu'à présent on ne connaissait qu'un corps qui fût sensible à la lumière de la lune, c'est l'œil dont la pupille se contracte sous l'influence des rayons lunaires.

M. Biot ajoute quelques détails à ceux qu'a donnés M. Arago. J'ai vu plusieurs fois, dit-il, M. Daguerre, et je peux dire que dans les nombreux essais qu'il a faits pour arriver à ces étonnans résultats, il a découvert plusieurs propriétés extrêmement intéressantes de la lumière, propriétés dont quelques-unes pouvaient être prévues par les physiciens du moment où ils auraient cherché ce qui devait arriver dans certaines circonstances données, mais dont les autres étaient complètement inattendues.

Quant à la principale découverte, je puis parler de la perfection des résultats obtenus, non pas d'après mon jugement, mais d'après celui d'un artiste célè-

bre, M. Paul Delaroche, en compagnie duquel j'ai examiné quelques-unes des vues qui ont été prises par le nouveau procédé avec la chambre obscure. M. Delaroche pense que de pareils dessins peuvent donner même aux plus habiles peintres d'utiles leçons sur la manière dont on peut, au moyen de l'ombre et de la lumière, exprimer non-seulement le relief des corps, mais la teinte locale. Le même bas-relief en marbre et en plâtre sera différemment représenté dans les deux dessins; de sorte qu'on dira au premier abord celui qui est l'image du plâtre.

On sent, dans un de ces dessins, presque jusqu'à l'heure de la journée. Trois vues d'un même monument sont prises l'une le matin, l'autre dans le milieu du jour, la dernière le soir, et personne ne confondra l'effet du matin avec l'effet du soir, quoique la hauteur du soleil aux deux époques, et par conséquent les longueurs relatives des ombres, soit sensiblement la même.

On conçoit bien que puisque l'action de la lumière sur le réactif n'est pas instantané, il faut, pour que l'image qu'elle y trace soit nette, que tous les corps qui viennent se peindre dans la chambre noire soient complètement immobiles. Aussi arrive-t-il souvent que les arbres, s'il s'en trouve dans la vue que l'on prend ne soient pas aussi bien représentés que le reste; il suffit pour cela qu'un peu de brise ait agité leurs branches.

Cet effet de l'agitation d'une partie est marqué d'une manière singulière dans deux des vues qui se trouvent chez M. Daguerre. Dans l'une il y au premier plan une voiture attelée d'un cheval qui se tient immobile de tout le corps, et qui a son corps très bien représenté, mais il baissait à chaque instant la tête pour prendre à terre une bouchée de foin, et sa tête et son cou ne sont point marqués; mais il existe une sorte de traînée entre la place la plus basse et la place la plus haute qu'occupait la tête. Dans l'autre on voit un homme qui se fait décrotter; il n'a pas bougé et il est très bien représenté, mais le décrotteur qui se donnait beaucoup de mouvemens n'offre qu'une image confuse, surtout vers les bras.

Plusieurs membres de l'institut ont vu les tableaux de M. Daguerre, et parmi les membres de l'Académie des sciences, entre MM. Arago et Biot, nous pouvons citer M. de Humboldt.

SOURCE THERMALE D'HAMMAN-MESKOUTIN.

M. Guyon adresse une note sur cette source, dont l'Académie, dans une de ses dernières instructions pour les voyageurs, avait recommandé d'observer la température et la composition chimique. M. Guyon a trouvé la température de 78° Réaumur, un thermomètre suspendu à l'air libre marquait 35° centigrades (28° Réaumur). Cette mesure peut être bien constatée, M. Guyon ayant eu la précaution d'envoyer le thermomètre dont il a fait usage, afin qu'on pût le comparer aux thermomètres étalons. Quant à la composition chimique, l'auteur de la note ne la donne que comme un essai.

Un litre de liquide a fourni, en matières salines, 1,235, composée de :

Carbonate	de magnésie	0,090
—	de chaux	0,037
—	de fer	0,035
Sulfates	de chaux	0,197
—	de magnésie	0,093
Hydrochlorates	de magnésie	0,073
—	de soude	0,033
—	de chaux	0,167
Silice		0,010
Matière organique		0,100
Perte		0,377

APPAREILS RESPIRATOIRES.

M. Duvernoy lit un mémoire sur la structure des poumons dans les mammifères. Ce mémoire fait partie d'un travail plus étendu sur l'appareil respiratoire des vertébrés, entrepris pour la nouvelle édition de l'*Anatomie comparée* de Cuvier.

L'auteur fait d'abord quelques remarques sur la division ou la non-division en lobes des poumons des mammifères, et il donne un tableau dans lequel les animaux sont considérés sous ce point de vue en espèces, genres, familles et ordres.

Le plus grand nombre de divisions du côté droit est constant dans tous les mammifères chez lesquels les poumons sont partagés en lobes. Elles paraissent dépendre en partie du plus grand volume du poumon droit lorsque le cœur est déjeté à gauche; en partie de la veine cave abdominale qui rencontre et divise ce même côté du poumon en sortant du diaphragme et en pénétrant dans la poitrine pour s'élever jusqu'à l'oreillette droite. Cependant ces deux causes n'expliquent pas toutes les différences.

La première cause, l'obliquité du cœur à gauche est extrêmement remarquable dans beaucoup de mammifères, au point qu'on peut, pour ainsi dire d'avance, prévoir le degré de déviation de la pointe du cœur du côté gauche, par l'absence ou le petit nombre des divisions du poumon du même côté. Ce rapport est surtout très frappant dans les insectivores du côté gauche, et dont le poumon correspondant n'a pas de division, tandis que le droit a quatre lobes. Beaucoup de rongeurs sont dans le même cas.

En général, le résultat auquel conduisent les dernières recherches de M. Duvernoy, est que la forme et les divisions des poumons présentent généralement le même type dans les espèces appartenant aux genres et aux familles naturelles. Il y a lieu de penser que plusieurs des exceptions qui paraissent exister maintenant ne sont qu'apparentes, et que de nouvelles observations les feront rentrer dans la règle commune. Il est remarquable que dans les grands cétacés, dont les poumons n'ont aucune division, le droit conserve un volume plus considérable que le gauche. C'est à la position du cœur, dont la pointe est plus ou moins déviée à gauche, que M. Duvernoy attribue la cause de cette différence.

La seconde partie du mémoire a rapport à la structure des poumons en général, et de leurs canaux aériens en particulier. Les recherches faites à ce sujet démontrent :

1° La division ramifiée des canaux aériens jusqu'à leurs dernières divisions.

2° Leur terminaison en cul-de-sac dont la surface reste libre et assez étendue pour être enlacée dans tout son pourtour par plusieurs filets creux faisant partie du réseau des vaisseaux sanguins respirateurs.

3° Que les parois de ces culs-de-sac sont assez fortes pour contenir les injections au mercure; mais qu'elles se dilatent un peu par le poids de ces injections et doivent l'apparence vésiculeuse à ces terminaisons des canaux aériens.

4° Que ces ramifications semblent varier beaucoup en longueur et en diamètre relatif suivant les espèces et surtout le genre de vie.

5° Qu'elles paraissent plus longues, plus déliées, mieux séparées, dans les jeunes sujets; plus courtes, plus grosses, plus rapprochées dans les sujets adultes.

6° Qu'elles se raccourcissent en se dilatant beaucoup dans les mammifères plongeurs, au point qu'elles ne semblent plus que des cellules rondes des avant-derniers rameaux; ce qui rapproche cette structure de la forme cellulaire des poumons de reptiles.

7° Que dans ce cas le poumon semble avoir plus de capacité pour l'air et moins pour le sang; aussi les mammifères plongeurs ont-ils tous, hors des poumons, des réservoirs de ce fluide pour les cas où son passage à travers les vaisseaux sanguins de ce viscère est embarrassé.

8° Les préparations que j'ai fait faire, dit M. Duvernoy, montrent de plus l'arrangement en réseau des vaisseaux sanguins respirateurs, enveloppant dans leur filet les derniers ramuscules aériens.

Il est facile de concevoir le but et l'utilité de cette organisation intime des poumons dans les mammifères, manifestée par l'observation directe.

En effet, ces vaisseaux respirateurs, destinés à mettre le sang en contact médiat avec l'air, devaient être réduits le plus possible dans leur diamètre afin de diviser le fluide nourricier et de multiplier son action sur le fluide respirable, et réciproquement. Il fallait encore que les canaux aériens conduisant l'air à la rencontre du sang fussent assez divisés pour multiplier suffisamment leur surface, dont l'étendue devait être proportionnée au nombre des mailles du réseau des vaisseaux sanguins. La disposition, qui laisse libres les dernières ramifications de ces canaux, donne plus d'étendue à leur surface respirable, que si ces ramifications avaient entre elles de fréquentes anastomoses.

On conçoit enfin que cette nécessité de multiplier les surfaces des capacités aériennes est la seule cause de leurs divisions, et que ces canaux aériens n'avaient pas besoin d'atteindre, pour diviser l'air respirable, le très petit diamètre des vaisseaux sanguins, qui était indispensable pour diviser le liquide respiratoire et multiplier les points de contact du sang avec l'air atmosphérique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 8 JANVIER.

ÉLECTION D'UN NOUVEAU MEMBRE.

La séance d'aujourd'hui a été consacrée à l'élection d'un nouveau membre dans la section de thérapeutique.

Au premier tour de scrutin, il y a 128 votans, 128 bulletins : majorité, 65. Les voix ont été distribuées de la manière suivante.

M. Jolly	47
M. Gauthier de Claubry	29
M. Miquel	24
M. Cazenave	11
M. Bayle	7
M. Sandras	6
M. Delaroque	3
M. Requin	1

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité absolue, le scrutin est recommencé.

Au second scrutin, il y a eu 131 bulletins : majorité, 66.

M. Jolly obtient	61 voix.
M. Gauthier de Claubry	36
M. Miquel	24
M. Cazenave	8
M. Bayle	2

Personne n'ayant eu la majorité, on procède à un scrutin de ballottage entre les deux candidats qui ont obtenu le plus de voix.

Le scrutin de ballottage donne 130 bulletins : majorité, 66.

M. Jolly obtient	67 suffrages.
M. Gauthier de Claubry	64

Il y a un bulletin douteux.

En conséquence, M. Jolly est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation du roi.

Quelques réclamations se sont élevées contre une irrégularité du scrutin. MM. Lisfranc, Gimelle, Sanson, Chervin, Bouillaud, Rochoux, Mérat, ont déclaré le dernier scrutin nul à leurs yeux, attendu qu'il s'était trouvé dans l'urne deux billets de plus qu'il n'y avait de signatures sur la feuille de présence. MM. Gerdy, Roche, Amussat, Desportes, Pariset, Bousquet, ont répondu que des membres arrivés après la clôture de la feuille de présence avaient pu voter; et que d'ailleurs, en défalquant du nombre de voix obtenues par M. Jolly les deux voix contestées, il aurait encore la majorité.

L'Académie consultée déclare valable l'élection, et passe à l'ordre du jour. (Séance levée à cinq heures.)

ADDITION A L'AVANT-DERNIÈRE SÉANCE.

CARCINOME DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE. — RENVERSEMENT COMPLET DE L'UTÉRUS.

M. LISFRANC présente deux pièces d'anatomie pathologique.

1° Le tiers du corps de l'os maxillaire inférieur affecté de carcinome : la maladie avait été attaquée infructueusement une première fois par l'instrument tranchant et la cautérisation actuelle. La récidive du mal suivit cette opération.

M. Lisfranc soumet cette pièce à l'examen de l'Académie pour prouver que le fongus carcinomateux a commencé dans les alvéoles singulièrement élargies dont il a détruit les cloisons ainsi que plusieurs points de la paroi supérieure du canal dentaire. La malade est parfaitement guérie.

2° Un renversement complet de matrice : la femme était âgée de 22 ans, accouchée depuis dix-huit mois, elle pensait que sa matrice avait été renversée lors de l'extraction du placenta. Deux pertes avaient eu lieu. Lorsque cette femme entra à l'hôpital de la Pitié, un léger suintement sanguin avait lieu par le vagin ; huit jours suffirent pour l'arrêter par les moyens ordinaires. Sans être trop amaigrie, la malade était pâle, digérait mal, elle avait souvent le dévoiement. Examinée par plusieurs chirurgiens, les uns admirent l'existence d'un polype; les autres, un renversement de matrice. Il existait seulement à la partie supérieure et postérieure du vagin une saillie en forme de *demi-manchette* qui pouvait faire croire à une tumeur implantée en partie dans l'orifice inférieur de l'utérus et en partie sur la lèvre antérieure de cet organe. Cette tumeur était d'ailleurs beaucoup plus petite que la matrice à l'état normal.

M. Lisfranc introduisit dans le vagin les doigts indicateur et médius d'une main, les fléchit légèrement, saisit la tumeur entre ces doigts. Il ne put l'abaisser que de quelques lignes. Il porta l'index de l'autre main dans le rectum; il parvint jusqu'au-dessus du corps qu'il abaissait; et au lieu d'y trouver la matrice, il put soulever la paroi antérieure du rectum et contourner la partie supérieure du prétendu polype dans toute son étendue. Il n'hésita pas alors à diagnostiquer un renversement de la matrice.

La malade n'avait pas éprouvé de pertes depuis six semaines, mais les digestions étaient toujours mauvaises; le dévoiement récidivait fréquemment; elle succomba.

L'autopsie faite avec le plus grand soin n'a pas permis de découvrir d'autre lésion organique qu'un renversement complet de l'utérus. Le bourrelet, en forme de demi-manchette dont nous avons parlé, était formé en partie par la lèvre postérieure de l'utérus et par le vagin.

BIBLIOGRAPHIE.

DE LA RÉTENTION D'URINE ET D'UNE NOUVELLE MÉTHODE POUR INTRODUIRE LES SONDES ET LES BOUGIES DANS LA VESSIE; par le docteur J. BÉNIQUÉ, ancien élève de l'école polytechnique et des hôpitaux civils de Paris.

Deux sortes de difficultés s'opposent en général à l'introduction des bougies à travers les rétrécissemens. La bougie est arrêtée par l'obstacle, et ne rencontre pas le pertuis qui conduit dans la vessie, ou bien si elle est parvenue à s'y engager elle ne peut le franchir, dans le cas où il est très étroit; car si elle est très déliée elle se replie, et si elle est figurée en cône elle offre plus de résistance, mais aussi un volume trop considérable.

Le procédé de M. Béniqué consiste à faire pénétrer jusqu'à l'obstacle une sonde métallique ouverte par les deux bouts et par l'intérieur de laquelle il conduit jusqu'à lui un faisceau de bougies parallèles qui sont ensuite poussées isolément et successivement.

Dans les cas les plus graves, lorsqu'il importe de franchir les rétrécissemens non seulement pour les dilater, mais surtout pour débarrasser la vessie de l'urine qu'elle contient et qu'elle ne peut expulser naturellement, lorsque d'ailleurs les moyens ordinaires ont échoué, M. Béniqué introduit une sonde élastique en la faisant précéder par un catheter plein.

Mais ce qui rend celui-ci complètement inoffensif c'est que son extrémité est d'un diamètre presque double de celui de sa partie droite; condition très importante et sur laquelle M. Béniqué insiste avec beaucoup de force. Des tubes ajustés avec soin sont conduits sur le catheter, et dès que la résistance opposée par le rétrécissement fait arrêter cette dilatation, le plus volumineux d'entre eux sert à vider la vessie et à introduire une sonde élastique dans cette cavité.

Pour déterminer la longueur de l'urètre, et la longueur des rétrécissemens, M. Béniqué se sert d'une sonde élastique de deux tiers de ligne de diamètre, percée d'une ouverture latérale au-dessus et au-dessous de laquelle sont liées les deux extrémités d'un très petit tube de baudruche. Dès que la sonde a pénétré dans la vessie, on la retire après avoir distendu avec de l'eau la petite ampoule qu'elle porte, et qui, ramenée vers le méat, sera arrêtée d'abord par le col de la vessie, puis par la limite postérieure des divers rétrécissemens.

M. Béniqué rappelle que M. Amussat a signalé le premier combien il importe de ne pratiquer la cautérisation qu'après s'être assuré que le porte-caustique qui a franchi la stricture est arrêté au retour par la limite postérieure de celle-ci. Pour remplir cette médication, M. Béniqué adapte une petite vessie de baudruche à l'extrémité du stylet qui porte le nitrate et qui est creux. Ceci n'augmente nullement le diamètre de l'instrument; mais lorsque le rétrécissement a été dépassé, si l'on distend l'ampoule par de l'air, elle formera une sphère de trois lignes de diamètre environ, qui ne pourra plus rentrer dans la stricture. Lors donc que l'on mettra le caustique à découvert, on aura la certitude qu'il est exactement en rapport avec la partie malade; car cette méthode, dont le principe appartient à M. Amussat, n'expose plus à toutes les erreurs si fréquentes lorsqu'on se borne à cautériser dès que l'on est arrêté par l'extrémité antérieure au rétrécissement.

M. Béniqué a encore proposé un nouveau procédé pour injecter dans l'urètre les médicamens solubles, un autre pour extraire les corps étrangers arrêtés dans l'urètre; nous renvoyons pour les détails de ces procédés à l'ouvrage lui-même, qui mérite d'être consulté par les praticiens.

VARIÉTÉS.

Monsieur le rédacteur,

Pour être utile à la science, il faut être vrai, et, à cet effet, quand on n'a pas vu par soi-même, il faut puiser aux sources les plus authentiques; et, s'il y a contradiction, on doit mettre les adversaires en présence et rapporter comparativement ce qu'ils ont dit : *La maladie de Talma ne ressemblait nullement à celle qui vient de faire succomber Broussais.* L'une était un rétrécissement dans lequel les tissus avaient en quelque sorte disparu, et l'autre une altération fongeuse et *végétante* de l'intestin, qui se rapprochait plus ou moins du cancer. M. Amussat, dont j'ai le travail sous les yeux, dans vos numéros du 7 décembre et du 5 janvier, n'aurait pas commis cette erreur s'il eût *lu* les détails de la maladie de Talma et le procès-verbal de son autopsie, dans un ouvrage que j'ai publié en 1833 (sur les rétrécissemens de l'urètre et du rectum), et qu'il cite; s'il eût *vu* le dessin qui s'y trouve annexé, et surtout s'il eût apprécié la valeur d'une observation rédigée et publiée pendant que le malade vivait encore, et d'une autre, rédigée après coup, et dans le but de justifier une grave bévue.

M. Amussat, qui aime la science, et qui passe, ainsi que moi, sa vie à la recherche de la vérité, ne saurait prendre en mauvaise part cette remarque, qui n'a d'ailleurs ici pour objet que de rétablir l'ordre et l'exactitude des faits.

Agréez, etc. .... TANCHOU.

9 janvier 1839.

— L'ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE POUR 1839, que vient de publier M. DOMANGE, secrétaire des bureaux de la Faculté de Paris, donne les détails suivans sur le personnel médical : 1,310 docteurs en médecine exerçant à Paris sont portés sur la liste générale pour 1839; 1,090 seulement étaient inscrits en 1833; et 1,220 en 1836. Ce qui fait une augmentation de 220 médecins dans un intervalle de six années.

Si l'on comprend les officiers de santé au nombre de 200, ce qui porte le chiffre des praticiens exerçant à Paris à 1,510, on trouve qu'il y a un médecin pour 596 habitans, en évaluant la population à 900,000 âmes. Dans les départemens, la moyenne est généralement de un médecin pour 1,000 habitans.

52 docteurs exerçant dans l'arrondissement de St-Denis.

30 dans l'arrondissement de Sceaux.

58 docteurs en médecine sont décédés à Paris depuis 1836. Sur ce nombre, il y avait deux commandeurs, deux officiers et vingt chevaliers de la Légion-d'Honneur.

Depuis l'organisation des Facultés de médecine, 9,435 docteurs ont été reçus à celle de Paris; 1,765 officiers de santé ont été reçus par le jury médical de la Seine.

5,121 élèves sont en cours d'étude, tant dans les trois facultés que dans les écoles secondaires de médecine de France.

L'ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE, indépendamment de ces détails, contient des renseignemens très utiles pour les médecins. Cette édition a été considérablement augmentée, et comprend le personnel médical des facultés de Montpellier et de Strasbourg, ainsi que des écoles secondaires de médecine de France.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 3. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 19 JANVIER 1839.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

MÉDECINE PRATIQUE.

NOTE SUR LA PARALYSIE HYSTÉRIQUE; par le docteur Wiltson, médecin de l'hôpital de Middlesex (1).

Les formes sous lesquelles se montre l'hystérie sont si nombreuses et si variées qu'elles offrent souvent dans la pratique des cas embarrassans. Nous mettrons en première ligne parmi ces derniers ceux où l'affection primitive se complique de paralysie complète ou incomplète, soit des mouvemens soit de la sensibilité. Les circonstances de constitution ou d'idiosyncrasie, au milieu desquelles apparaissent ces accidens, la nature de la maladie nerveuse (hystérie) à laquelle ils se rattachent, font de ces cas l'une des plus graves difficultés qu'on puisse rencontrer dans la pratique, lors même que le médecin en a reconnu exactement et dès le début la nature. Les observations suivantes nous semblent propres à jeter quelque jour, non seulement sur les formes diverses sous lesquelles se présentent ces accidens, mais encore sur les moyens variés qu'on peut leur opposer.

Obs. I. — Vinifred Dowty, admise le 28 avril 1832, âgée de 24 ans, non mariée, éprouve, depuis dix jours, une douleur à la tête et sur le trajet du bord inférieur du foie. Ses règles sont peu abondantes ou manquent complétement. Elle est sujette à la leucorrhée, a eu des applications de sangsues et de vésicatoires, et a été saignée sans aucun soulagement.

Quelques jours après son admission, elle ressentit une douleur dans l'aine droite, pendant que celle de la région du foie diminuait. Au bout de quinze jours cette douleur s'était étendue de l'aine à la hanche et le long de la cuisse, jusqu'à la partie interne du genou, et ne lui permettait pas de remuer la jambe droite, ni de s'appuyer dessus. Elle se plaignait aussi d'une douleur à l'occiput

(1) Transactions de la Société médico-chirurgicale de Londres. Vol. xxi.

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

Mon cher confrère,

Les années se suivent et ne se ressemblent point; mais cette disparité n'éclate point dès les premiers jours de l'année nouvelle; ils ne diffèrent en rien des derniers jours de l'année qui vient de nous faire ses adieux; nous remuons en vain dans les souvenirs de cette première quinzaine du bruyant mois de janvier; rien ne s'y montre qui mérite d'être noté; nul événement, nul signe qui marque au front la jeune année qui se lève, pâle et sans physionomie. Et pourtant, qui sait toutes les agitations scientifiques, toutes les tempêtes qui dorment en elle; qui sait par combien de découvertes fanfaronnes, de polémiques ardentes, de controverses académiques, elle nous fera payer le calme inaugural de son avénement? Si, par respect pour la loi de continuité, elle consent à naître sans bruit et se lie pacifiquement à sa devancière, laissez s'écouler cette période consacrée aux convenances de la transition; plus tard, les secousses ne seront pas épargnées à notre monde médical; les épaules atlantiques qui s'empressent d'en supporter le poids, ne se feront pas faute de déployer leur vigueur en contractions antagonistes.

Le renouvellement de l'année est nécessairement marqué par un phénomène social qui fournirait à lui seul une ample matière aux études de l'observateur psychologiste. Vous comprenez qu'il s'agit de la fièvre congratulatrice, qui gagne jusqu'aux hommes qui se posent, certains jours exceptés, en contempteurs décidés des banalités de la vie sociale. C'est un bizarre spectacle que cet échange de cartes imprimées, gravées, lithographiées; les unes portant le nom seul; les autres surchargées de titres avec *et cætera;* toutes allant de porte en porte, messagères de courtoisie, et rétablissant, du moins par un signe matériel et pour un seul jour, l'unité du corps médical, sans acception de parti ni calcul d'intérêt. Pour nous, qui professons un certain respect pour les usages que le temps a maintenus, et qui ont acquis une incontestable généralité, nous sommes édifiés de voir déposer la carte d'un homéopathe au seuil d'un allopathe; celle d'un médecin ami des localisations phrénologiques chez un autre connu par un incurable pyrrhonisme à l'égard des protubérances crâniennes. La carte de visite est vraiment un instrument de paix universelle et d'amnistie médicale. Elle ne laisse pas que de servir encore à d'autres fins; nous contemplons sur notre cheminée l'ingénieuse carte d'un confrère, laquelle nous apprend l'heure de ses consultations quotidiennes, et qui n'est tombée sans doute en des mains médicales que par erreur de lieu. Le susdit confrère appartient, j'imagine, à l'école des *utilitaristes* (je déteste ce mot); il a trouvé moyen de convertir en circulaire la missive de muette congratulation, de glisser un grain d'industrie dans l'encens de ses vœux annuels : à lui la palme de la distribution des imprimés!

Les majorités se décomposent à l'Académie comme ailleurs; dans une élection qui vient d'avoir lieu, on a vu la docte compagnie se séparer en deux camps presque également nombreux, et le vainqueur n'a dû le succès de sa candidature qu'à une différence de 3 voix (67 contre 64). Une victoire dispu-

et de difficulté à uriner. L'une des glandes inguinales était à la fois dure et douloureuse.

Le 14 août. Jusqu'ici tout le traitement a consisté dans l'emploi de sangsues, de ventouses et de sinapismes avec les affusions froides. Mais aujourd'hui elle est beaucoup plus mal et plus impotente qu'à l'époque de son admission. On change alors le traitement, et chaque jour on introduit dans la hanche, jusqu'à la cuisse, et dans la direction de la douleur, deux aiguilles, qu'on y laisse pendant deux heures. Au bout de dix jours, elle pouvait remuer la jambe droite et s'appuyer un peu dessus; un peu plus tard, elle put tourner le pied en-dehors. On continua à appliquer les aiguilles chaque jour jusqu'au milieu de septembre. Un moxa fut appliqué au-dessus de l'épine de l'iléum, et peu de temps après la malade sortit de l'hôpital parfaitement rétablie.

Obs. II. — Rebecca Webster, âgée de 24 ans, reçue le 16 mars 1833, venait d'une salle de chirurgie, où elle était restée une quinzaine de jours. Il y a un mois qu'elle avait été prise de douleurs dans le côté gauche et dans les reins, avec impossibilité de marcher, et qui depuis a continué. Aménorrhée depuis quatre mois; constipation. Aujourd'hui la douleur des reins, de l'aine et du côté gauche de l'abdomen est si aiguë que la malade ne peut supporter le plus léger attouchement sur ces parties. Mais c'est dans la hanche gauche que la douleur est le plus vive, tandis que celle du genou n'est que légère. La malade est couchée sur le côté droit, le genou gauche fléchi.

Douze onces de sang sont tirées de la région des reins par des ventouses; quinze onces le sont également de la hanche par le même moyen; de forts et actifs purgatifs sont administrés pendant longtemps, car il y avait une constipation opiniâtre; pendant trois semaines, la malade prend le carbonate de fer à la dose de deux gros trois fois par jour. Deux aiguilles sont introduites chaque jour dans la hanche, de haut en bas, à un pouce, ou un pouce et demi de profondeur, et sont laissées à demeure pendant deux heures. Lorsqu'on discontinua le carbonate de fer, elle fut prise de la grippe. Elle eut, pendant qu'elle était à l'hôpital, trois ou quatre attaques, que la garde-malade dit ressembler à des attaques d'hystérie.

Le 24 avril, elle marche bien, va chaque jour au jardin. Il y a cinq jours qu'elle a quitté ses béquilles, qu'elle n'avait portées que pendant trois jours. Renvoyée guérie.

Obs. III. — Louise Charington, âgée de 21 ans, non mariée, admise le 30 octobre 1833, dit que, depuis une semaine, elle a souffert de céphalalgie, de toux, de mal de gorge, de douleur au côté gauche de la poitrine et de dyspnée. Aujourd'hui elle se plaint encore des mêmes souffrances. Les règles, depuis quelque temps, sont venues peu abondantes; il y a de la constipation; vive sensibilité de la peau autour du col, à la poitrine et à l'abdomen; toux convulsive ressemblant à l'aboiement d'un chien. Elle ouvre la bouche pendant l'inspiration et la ferme durant l'expiration. On entend le bruit respiratoire dans toute la poitrine, autant au moins que la toux permet l'auscultation. Au bout de quelques jours, elle ne pouvait plus marcher sans le secours d'un bras, et cette diminution du pouvoir de la volonté sur les extrémités inférieures fit ensuite de nouveaux progrès; d'abord elle fut purgée avec activité, elle prit l'*assa fœtida* en lavement, et la teinture de *lobilia inflata* pour son rhume. Ensuite on essaya le bain par affusion froide; mais comme chaque affusion était suivie d'une syncope ou de violens frissons, auxquels succédaient ensuite des nausées continuelles et même des vomissemens, on discontinua l'affusion froide et on eut recours à l'acide hydrocianique pour diminuer les vomissemens et les nausées.

Le 13 décembre, il ne reste plus de toux. Il y a de l'appétit. Il y a encore une attaque tous les jours, avec des cris, le sentiment du *globus hystericus* et de la céphalalgie. La malade paraît quelquefois très triste; elle soupçonne toutes les personnes qui sont autour d'elle, et ne veut pas se servir de béquilles; on revient alors aux affusions froides administrées chaque jour : trois fois par jour on lui donne une poudre composée de :

Prenez : Carbonate de fer... 1 dragme.
Tartrate de fer..... 1 scrupule.

Ce traitement est continué jusqu'au 11 janvier, époque où elle quitte l'hôpital en bon état.

Obs. IV. — A., âgée de 23 ans, venant des salles de chirurgie, est admise le 20 novembre 1833. Elle est accouchée le 20 août précédent, et, depuis cette époque, elle a toujours été malade, se plaignant constamment d'une douleur dans la région des reins, dans le flanc gauche et aussi dans la région pelvienne; elle reste couchée le talon et la jambe du côté droit fléchis et couchés sur la cuisse gauche. Il y a de la constipation; les règles n'ont pas paru depuis le commencement de la maladie. Elle éprouve des étranglemens et sent une eau amère lui monter à la bouche. La douleur des reins augmente par la pression. Depuis trois semaines, on est obligé d'employer le cathétérisme pour évacuer son urine. On lui donne d'abord un bain chaud, puis une affusion froide tous les matins, suivie chaque jour de l'application de deux aiguilles dans la région des reins et qu'on laisse à demeure pendant deux heures. Tous les deux jours, on lui donne la poudre suivante :

Prenez : Jalap..... 1 scrupule.
Calomel... 10 grains.
Gingembre. 10 grains.

Plus tard, elle prit la même poudre tous les matins, et ensuite on lui donna le carbonate de fer trois fois par jour.

Au bout de trois semaines, le talon et la jambe du côté droit restent fortement pressés sur la cuisse gauche. On appliqua sur chacune des surfaces en contact l'emplâtre de cantharides avec l'euphorbe, et le lendemain un emplâtre semblable fut appliqué sur le mollet de la jambe droite; il en résulta un écoulement abondant dont la malade se plaignit beaucoup, ainsi que des aiguilles. On appliqua l'emplâtre d'euphorbe sur le mollet; mais pendant son écoulement, on exempte la malade de prendre l'affusion froide, et quand la plaie fut guérie, on appliqua le genou sur le double plan incliné dont les deux plans étaient mis en mouvement par une vis. La malade voulut tourner la vis elle-même pour donner au plan incliné le degré d'écartement nécessaire, ce qu'elle apprit promptement à faire. Quelquefois, lorsqu'elle éprouvait quelque émotion, comme à l'approche du médecin, elle vomissait du sang. Plus tard, elle perdit complètement la sensibilité des orteils du côté droit; quelquefois elle urinait sans le service du catheter. La jambe, six semaines après son admission, avait été amenée, à l'aide de la vis, à un angle de 130 degrés avec la cuisse.

Le 27 janvier; la malade, qui ne s'était pas habillée une seule fois depuis le commencement de sa maladie, se lève au contraire tous les jours depuis six semaines. Sa mine et sa santé générale sont beaucoup meilleures; la jambe est presque droite; elle continue l'usage du plan incliné pendant la nuit; et durant le jour elle marche avec des béquilles. Les règles n'ont pas reparu. Elle a vomi trois onces de sang; écoulement fort abondant, par le vagin, avec douleur dans l'aine, la hanche et le genou droit. A la suite d'une émeute qui a eu lieu ce matin dans les salles, on est obligé de la renvoyer malgré elle, elle est venue me voir ce matin, marchant parfaitement bien et sans la moindre claudication.

Obs. V. — E. Benfield, âgée de 30 ans, non mariée, entre le 20 mai 1834, souffrant depuis une semaine d'étourdissemens, avec violentes douleurs dans tous les membres. Pendant un fort accès de froid qu'elle a eu il y a quelques jours, elle est tombée sans connaissance, et s'est fait plusieurs contusions. Rien d'anormal du côté des fonctions intestinales ni des règles.

Il y avait quinze jours qu'elle était à l'hôpital, quand elle fut prise de paralysie des extrémités inférieures. Peu de temps après, elle recouvra l'usage de la jambe droite; mais la cuisse et la jambe gauche simulèrent tous les symptômes d'une maladie organique de l'articulation de la hanche.

Aussitôt que la paralysie fut déclarée, on commença l'usage des bains par affusion et froids, et l'on continua jusqu'au 16 juin, époque où elle sortit, ne conservant qu'une très légère claudication de la jambe gauche.

Obs. VI. — Cornélia Smith, robuste, âgée de 20 ans, fut transportée des salles de chirurgie dans un fauteuil, le 15 décembre 1833. Huit jours auparavant, elle était tombée sur la partie postérieure de la tête, et depuis a conti-

---

tée n'en est que plus satisfaisante; mais peut-être n'a-t-on pas assez réfléchi sur la question électorale en matière d'Académie; la difficulté de préciser la valeur des titres énoncés par les candidatures adverses, est une des causes qui peuvent faire flotter les votes d'une assemblée, et les grouper avec une apparente justice autour de plusieurs noms. L'Académie est partagée en sections dont chacune représente une des branches de l'encyclopédie médicale; survient-il une vacance, un premier vote de l'Académie l'attribue à la section qui lui paraît réclamer l'adjonction d'un membre nouveau; dès-lors, l'élection qui se prépare, revêt un caractère de spécialité; c'est un physiologiste, un hygiéniste que demande l'Académie. Les ambitions qui convoitent un siége dans la célèbre compagnie n'ont pas attendu, pour se mettre sur les rangs, la déclaration de la spécialité, et sont prêtes à placer leur candidature sous les auspices de toutes les sections; adonnés à l'anatomie, ils se dévouent immédiatement à la thérapeutique; ils ont passé leur vie dans un laboratoire: les voilà constitués en médecins-praticiens. Merveilleuses transformations, spécialités mobiles qui échappent à l'analyse, qui improvisent leurs titres ou les font servir avec une utile souplesse à plus d'un usage. Or, nous croyons qu'il y a là sujet à réflexions, et peut-être à réforme; nous croyons que le fractionnement de l'Académie en sections distinctes qui réclament des titres d'admission particuliers, repose sur des conditions mal examinées. Que l'Académie des sciences se partage en sections de mathématiques, de médecine, d'histoire naturelle, etc., c'est à merveille; elle est un assemblage de savans pris dans toutes les carrières; son but n'est pas le perfectionnement d'un seul art. Mais dans la réunion de la rue de Poitiers, il ne s'agit que de médecine; nous savons bien que celle-ci est un faisceau de plusieurs sciences qui n'entrent point pour une égale part dans l'éducation des praticiens ou dans les travaux de la milice enseignante; aussi, rien de plus nécessaire, pour l'expédition des affaires soumises à l'Académie que la répartition de ses membres en une série de groupes correspondant aux diverses branches de l'art; mais cette division du travail académique doit-elle devenir la loi de ses scrutins? Voilà ce que nous n'accordons pas. A part la chimie et la médecine vétérinaire, qui font figure à part sur les bancs de l'Académie, et qui sollicitent une sévère spécialité de candidatures, nous ne comprenons pas que les élections soient basées sur des considérations de spécialité, qui souvent ne sont pas justifiées par les antécédens des compétiteurs, et que ne justifie jamais le véritable intérêt de l'art. Aussi, voyez ce qui arrive : tel qui a concouru pour une élection dans la section d'hygiène, se présente (et certes avec autant de droit) pour une place de pathologiste; la thérapeutique peut-elle s'isoler de la clinique, et pourtant l'on vient de remplir une place de thérapeutiste par la dernière nomination, qu'il n'est certes pas dans notre intention de critiquer. Demandez aux membres de l'Académie eux-mêmes, qui siégent dans telle ou telle section, si, pour tous, cette répartition est nettement indiquée par la nature de leurs travaux antérieurs et les tendances de leur esprit. Si nous nous attaquons à une question de forme, c'est que le fond n'a pas été riche cette semaine; les institutions ont aussi leur sommeil homérique.

La séance de mardi dernier a été stérile pour la science. Il a plu à un médicastre fixé en Russie de disserter sur la phthisie pulmonaire, d'ajouter à sa rapsodie, digne appendice au recueil du grand Albert, une méthode thérapeutique qu'il a décorée du nom de méthode hydro-pneumatique, d'envoyer le tout à l'Académie, et de postuler par voie d'ambassade des fonds pour l'expérimenta-

nué à y ressentir des douleurs avec de fréquens soubresauts par tout le corps. Elle est maintenant dans un état de torpeur. Il y a constipation. Les menstrues viennent régulièrement. La tête rasée, on en couvre toute la partie postérieure d'un sinapisme. Plus tard, on tire de la même région douze onces de sang par des ventouses. Puis on y applique des fomentations, et, enfin, de la pommade iodurée, pendant qu'à l'intérieur on agit pas des laxatifs.

Dix jours après son admission, elle se plaignait de douleurs graves et continuelles à l'occiput, où il y avait de la tuméfaction, d'étourdissemens et de troubles de la vision. Elle tenait les yeux fermés, accusait de la sensibilité sur quelques points du corps qu'on la touchât, et de la douleur à l'épigastre. Douze sangsues appliquées sur cette dernière région les firent disparaître. La douleur aiguë de l'occiput ne tarda pas à s'étendre au reste de la tête, ce qui ne permit pas de continuer l'application de la pommade.

Le 2 juillet, elle eut une attaque.

Le lendemain, elle était dans un état de torpeur, tenait la bouche ouverte pendant l'inspiration, et la fermant pendant l'expiration, la tête pouvait alors être touchée impunément.

Le 25 janvier, la vision continue à être troublée; la douleur est bornée maintenant au côté droit de la tête et de tout le corps. En touchant les cheveux, on excite la sensibilité du cuir chevelu. La moindre pression sur tout le côté droit du corps paraît très douloureuse, et la motilité musculaire est diminuée aussi du même côté. Elle se plaint d'un bruit sourd dans l'oreille droite; l'appétit est bon, mais le goût paraît très capricieux. Le genou droit continuant à être dans la flexion forcée, on le soumet à l'action du plan incliné; une affusion froide est administrée tous les matins; trois fois par jour la malade prend un gros et demi de carbonate de fer; deux aiguilles sont introduites chaque jour dans la partie douloureuse, et y restent pendant deux heures; la constipation persistant avec opiniâtreté, on prescrit l'extrait de coloquinte; les moxas seront employés au besoin.

Le 26 février, pendant les onze derniers jours, la sensibilité et le mouvement ont entièrement disparu du bras droit. Deux aiguilles y sont introduites, sans que la malade manifeste la moindre douleur. Hier matin, elle se plaignait d'une vive douleur dans l'épaule droite, et qui fut suivie d'une sensation d'engourdissement, depuis la même épaule jusqu'à l'extrémité des doigts. Dans la soirée, elle put fléchir un peu les doigts, mais non le bras. La tête est comparativement bien; l'intelligence reste parfaite; le genou droit reste fléchi et très sensible au toucher. Au bout de quelques jours, elle eut une autre attaque, pendant laquelle le genou droit fut dans l'extension; mais lorsqu'elle fut passée, il revint de nouveau dans la flexion, et dans plusieurs autres attaques on pouvait donner au genou la disposition qui convenait, et sans difficulté; car la malade continua pendant quelque temps à avoir de ces attaques, pendant lesquelles elle se débattait, poussant des cris et des gémissemens. A la suite de ces attaques, la respiration s'élevait quelquefois jusqu'à 96 par minute. Le moyen le plus efficace pendant leur durée était la douche froide. Dans ces attaques, six femmes et le chirurgien avaient quelquefois bien de la peine à la maintenir au milieu de ses convulsions. Pendant les plus fortes de ses attaques, on apportait des baquets pleins d'eau froide, et une personne, montée sur le lit avec un seau plein d'eau, la faisait tomber graduellement sur la figure, le sein, les yeux, et surtout dans la bouche de la malade, lorsqu'elle était ouverte.

Ensuite, quand il y eut un peu d'amélioration, on la força à se tenir, pendant une demi-heure chaque jour sur la jambe droite, le dos appuyé sur la muraille, le genou repoussé en arrière par un bois de lit, pour le tenir dans l'extension, et l'autre jambe posant sur une chaise. Tous les matins la douche froide était versée dans le bain sur le genou fléchi, et quelquefois immédiatement après on donnait l'affusion froide sur tout le corps, puis on la forçait de marcher dans la salle avec l'aide d'un bras, et quelquefois, lorsqu'elle levait le pied droit pour le porter en avant, on imprimait un petit coup au talon, ce qui lui faisait traverser un espace bien plus considérable qu'elle ne voulait ou qu'elle ne croyait possible. Dans la soirée, lorsqu'elle était fatiguée ou qu'elle ne pouvait plus marcher, on l'asseyait sur une table, et un poids était attaché au pied droit, elle faisait balancer sa jambe en avant et en arrière, donnant ainsi un mouvement forcé à l'articulation malade.

Le 16 avril; elle sort aujourd'hui, marche bien, et ne boite qu'un peu dans la soirée; le bras droit a recouvré complètement la sensibilité et le mouvement; les douleurs de tête ont entièrement disparu; il ne reste qu'un peu de trouble dans la vue. Les menstrues ont toujours été régulières. Depuis que la malade a recouvré l'usage de ses membres, les attaques sont devenues plus fréquentes, mais moins graves; elle a de l'embonpoint et paraît jouir d'une bonne santé.

Elle revint me voir quelque temps après; elle était très bien, n'offrait plus de claudication et était placée dans une boutique.

OBS. VII. — Elisa Aston, âgée de 26 ans, non mariée, est reçue le 25 novembre 1835. Elle se plaint de douleurs et de ne pouvoir mouvoir la hanche droite, ce qui l'oblige à garder le lit; elle était déjà restée pendant trois mois et pour la même maladie à l'hôpital qu'elle n'avait quitté que depuis une semaine. Aujourd'hui, elle se plaint de douleurs à la pression sur les vertèbres et spécialement sur les vertèbres dorsales. Vive douleur dans la hanche et le genou droit et qui est singulièrement aggravée par la plus légère percussion sur le talon; la jambe droite est d'un pouce plus courte que la gauche. Il y a une tumeur dans la région hypocondriaque gauche; la malade vomit tout ce qu'elle prend; ses règles suivent leur cours normal.

A la suite d'une application de ventouses sur les reins et de forts lavemens de térébenthine qui entraînèrent une grande quantité de matières fécales, la tumeur disparut.

Un soir, elle s'endormit après avoir pris un lavement de quatre pintes qui contenait deux onces d'essence de térébenthine, et garda le tout jusqu'au lendemain matin, sans éprouver d'accidens du côté des voies urinaires.

On donna ensuite la créosote et l'acide hydrocianique pour opérer les vomissemens; mais quand ces accidens disparurent d'autres se montrèrent, et une fois elle resta sur le dos pendant trois jours et trois nuits sans mouvemens et sans parole, les yeux largement ouverts et fixés au plafond, et rien ne pouvait leur donner une autre direction; les pupilles étaient dilatées et la bouche ouverte, ce qui lui donnait un étrange aspect. Pendant ce temps, elle ne prit que quelques cuillerées de liquide qu'on lui versait dans la bouche; elle ne rendit rien non plus; mais à certaines époques on la plaçait sur le vase de nuit et quelquefois elle y satisfaisait ses besoins.

On lui donna peu de temps après qu'elle fut tombée dans cet état cataleptique ou extatique, un bain par affusion, pendant lequel elle poussa les cris les plus étranges. On revint cependant au même moyen au bout de trois jours, et lorsqu'on commença à lui verser de l'eau froide, pendant qu'elle était sur son lit, elle fit de grands efforts et recouvra sa connaissance, disant qu'il lui semblait qu'elle sortait d'un sommeil et paraissant ignorer tout ce qui s'était passé pendant ces trois jours et même la première affusion qu'elle avait reçue.

On eut recours ensuite au moxa et aux aiguilles qu'on laissait quelquefois dans les chairs pendant toute la nuit. Elle était grasse, paresseuse et très difficile à conduire; on la forçait à marcher dans les salles avec le secours d'un bras; on lui donnait la douche froide et le bain par affusion; elle suspendait un poids à ses jambes qu'elle faisait mouvoir comme un balancier; mais ce qui lui fit le plus de bien pendant les six dernières semaines, ce fut de faire porter pendant deux heures chaque jour le poids du corps sur le membre malade, le dos appuyé contre la muraille. Lorsqu'elle quitta l'hôpital elle pouvait se promener seule dans le jardin et sans assistance; elle pouvait poser le talon sur le sol, mais boitait encore. Elle voulut aller ensuite prendre les eaux de Margate, mais le mal de mer l'empêcha d'en profiter, et quelques jours après son retour, elle marchait seule sans bâton ni béquille, mais ne pouvait encore appuyer librement le talon par terre.

Ce cas est le moins heureux de tous ceux du même genre que j'ai recueillis, bien que dès le commencement j'aie eu aussi plus de crainte qu'il n'y eût chez elle quelque maladie de la hanche; et lors même qu'on serait assuré qu'il n'y en existerait pas, déjà la longue durée de la claudication et de la contraction des muscles de la jambe serait une circonstance défavorable pour elle. Au contraire, les symptômes qui nous paraissent le plus favorables sont sa disposition éminemment hystérique, sa sensibilité

---

tion de ses idées. Ignorance absolue de tout ce qui a été fait en pathologie depuis cinquante ans, erreurs grossières qui assurent à l'auteur une place ailleurs que dans le corps médical; je ne vous signalerais pas tout cela, mon cher confrère, si M. Louis n'avait jugé à propos d'entretenir longuement l'Académie de cette élucubration indigne de son attention, et s'il n'eût formulé des conclusions dont l'indulgence négative ne préservera point notre première compagnie médicale de ces atteintes indirectes à sa dignité. L'auteur de l'étrange mémoire précité n'en est pas à ses essais d'invention de spécifiques; nous tenons d'un membre de l'Académie qui l'a connu en Russie, qu'il a trouvé un spécifique contre la rage, lequel équivaut à sa méthode hydro-pneumatique contre la phthisie. L'Académie ne devrait pas plus perdre ses momens à entendre l'analyse de pareilles œuvres que des rapports sur des ouvrages ou des instrumens livrés à la publicité avant son jugement; c'est encore ce qui s'est vu mardi dernier. Deux incidens ont racheté la stérilité de cette séance; le premier concerne la commission nommée par l'Académie pour examiner la question de la gélatine considérée comme aliment. Vous savez que l'Académie des sciences s'est depuis quelque temps emparée de ce sujet; M. Arago avait raconté à ses collègues ce qu'il avait observé à cet égard à l'hôpital civil de Metz; MM. d'Arcet, Dumas, etc., s'en sont émus, et le rapport, impatiemment attendu sur les effets de l'alimentation au moyen de la gélatine, va, dit-on, être lu prochainement; cependant l'Académie de médecine avait aussi nommé sa commission pour ou sur la gélatine; mais voilà qu'elle se récuse par la voix d'un de ses membres; les fonds manquent, a dit l'honorable académicien, et les expériences ne peuvent donc être instituées, et à moins que les membres de la commission ne jugent à propos de les faire sur eux-mêmes, point de résultat possible; il a terminé en opinant pour que l'Académie attende le rapport de l'Institut, pour user de ses conclusions comme d'un point de départ. Sur ce, grand émoi dans un côté de l'assemblée: l'Académie de médecine doit-elle subordonner ses opérations à celles de l'Institut? Lui convient-il de marcher dans l'ombre de celui-ci, de recueillir sur ses traces l'indication de ses propres travaux, d'annuler sa spontanéité scientifique? — Ce n'est pas tout à fait en ces termes que les objections ont éclaté contre le commissaire malavisé. La susceptibilité académique, justement éveillée, n'a pas manqué d'interprètes. Il faut applaudir à ces sentimens; ils ne sont pas seulement les garans de la dignité d'une haute institution scientifique; ils sont aussi une source de noble émulation et d'ardeur progressive. A leur juste manifestation devaient se mêler quelques considérations d'un ordre purement scientifique, et la réfutation des argumens du commissaire, découragé à l'avance, eût été complète. Quel mal, je vous prie, d'expérimenter à côté de l'Institut, de tenter la même voie d'investigation, au risque de ne pas aboutir à des conclusions identiques? Quand il s'agit d'une question d'hygiène publique aussi importante que celle d'une alimentation nouvelle, la chose vaut la peine d'être poussée à l'épreuve; les intérêts de la science et de l'humanité ne doivent point échouer contre les hésitations d'une commission. L'Institut expérimente, dites-vous: eh bien! expérimentez, s'il se peut, avec plus de rigueur et plus de persévérance que lui; son rapport est prêt; eh bien! amassez les élémens d'un autre rapport, sans vous préoccuper des corollaires que vous imposera la logique des faits.

L'autre incident est une improvisation de M. Gerdy, à l'encontre de la physiologie expérimentale. Nous disons incident, car il s'agissait de la maladie si commune parmi les moutons, et dont quelques exemples se sont offerts dans la

qui est exagérée, morbide; sa bonne santé et son embonpoint, et surtout la facilité qu'elle a eue de pouvoir promptement marcher seule.

Obs. VIII. — S. Hawkins, âgée de 21 ans, non mariée, admise le 17 septembre 1833, malade depuis neuf jours. Elle éprouva dès le commencement de violentes douleurs de la tête aux pieds qui lui vinrent après avoir voyagé toute une nuit dans une place extérieure d'une voiture, par un temps très humide. Elle se plaint aujourd'hui de céphalalgie, de gonflement aux genoux avec douleur qui augmente surtout entre huit ou dix heures du soir; les conjonctives offrent une teinte jaunâtre; les menstrues viennent régulièrement toutes les trois semaines.

Elle resta pendant trois semaines dans mes salles, et de là passa dans celles de chirurgie, parce qu'on supposait quelque maladie des cartilages du genou.

Plus de deux ans après, le 9 février 1836, elle sortit des salles de chirurgie ayant pendant tout ce temps suivi le traitement qu'on lui prescrivait, soit dans les salles soit chez elle, comme malade du dehors; mais elle ne put que pendant très peu de temps, lorsqu'elle était chez elle, mettre le pied à terre.

Depuis trois mois, elle n'a pu mouvoir les muscles des hanches qui sont durs et tendus, avec gonflement du genou droit et la plante du pied tournée en haut vers la face; la santé générale est bonne; les règles reviennent toutes les trois semaines, mais la malade reste maigre et hystérique et conserve une vive sensibilité tout le long du rachis.

Il y a un mois, à la suite d'un bain par affusion et chaud qu'elle prit dans les salles de chirurgie, elle fut prise immédiatement de convulsions, et la cuisse droite fut fléchie fortement sur le ventre; elle serait restée dans cet état si trois femmes n'étaient restées constamment auprès d'elle pendant deux jours et une nuit et une autre pendant huit jours ensuite pour tenir le membre et l'empêcher de se fléchir de nouveau sur l'abdomen; ensuite on prit le parti d'attacher fortement sa jambe sur le lit avec des bandes roulées et des courroies.

Lorsqu'elle revint dans mes salles, je la plaçai seule dans une chambre avec une garde, afin d'empêcher l'excitation que pourraient produire chez elle de nombreux spectateurs; on abandonna les courroies et les bandes roulées; la jambe fut tenue aussi droite qu'on le put et la douche froide appliquée sans interruption pendant un quart d'heure; la malade sentit alors une violente douleur dans la cuisse et les reins; les muscles commencèrent à se relâcher, la jambe à trembler, et bientôt après elle tomba de son propre poids.

Au bout de quinze jours elle put marcher avec une béquille, appuyer le talon sur le sol et porter le pied en dehors; mais elle a eu, à une époque très éloignée, une luxation du gros orteil qui est très douloureuse et ne lui permet pas de s'appuyer sur lui.

La dernière fois qu'elle est venue à la consultation, elle nous dit qu'elle pouvait marcher dans une chambre sans appui, mais l'articulation du genou restait toujours raide.

Obs. IX. — Madame Heard, âgée de 29 ans, non mariée, entre le 28 mars 1836. Depuis trois mois elle se plaint de lassitude avec céphalalgie, dyspnée en montant un escalier, et palpitations; son genou gauche est constamment dans la flexion depuis une quinzaine de jours; mais aujourd'hui elle peut l'étendre, ce qui n'empêche pas la jambe gauche d'être plus courte d'un pouce que la droite. Elle se plaint aussi de fortes douleurs dans l'articulation de la hanche gauche, lesquelles douleurs s'étendaient autrefois jusqu'au côté interne du genou et de la cheville; elle ne put supporter aucune pression sur la hanche ni garder le lit; elle a eu trois fois des ventouses sur la hanche et pendant longtemps une application de sangsues tous les deux jours, et enfin des vésicatoires. Aujourd'hui elle est pâle et dans un état d'anémie et a une leucorrhée; elle n'a pas eu ses règles depuis deux ans; elle n'a pas d'appétit; la pression sur les vertèbres lombaires est douloureuse.

Quand la malade eut repris un peu de forces, ce qui fut l'objet du commencement du traitement, j'employai l'acupuncture et les affusions froides, et, à la fin, trois doses par jour de deux gros de carbonate de fer et de cinq grains d'hydriodate de potasse.

Au bout de deux mois, elle pouvait marcher facilement avec un soulier à talon haut; et comme elle avait une occasion d'aller à Margate, je l'engageai à en profiter.

Pendant qu'elle était à Margate, on la soumit à l'action d'une forte douche d'eau chaude sur la hanche saine. Deux mois après, elle revint; elle marchait très bien avec un soulier à talon haut et sans claudication.

Obs. X. — J. Donahu, âgée de 18 ans, non mariée, reçue le 5 octobre 1835, rapporte que sept mois auparavant elle était tombée sur le genou gauche. Pendant le mois qui suivit sa chute, elle put marcher seule, mais non sans ressentir une vive douleur dans le genou. Elle entra ensuite dans un établissement public, où elle resta six mois, mais sans aucun avantage, et elle en sortit avec des béquilles, qu'elle a toujours gardées depuis. Il n'y a maintenant qu'un peu de gonflement au genou, qui est raide et douloureux toutes les fois qu'elle essaie de lui imprimer quelque mouvement. Cette fille est forte et bien portante; ses menstrues sont régulières. A son entrée, on lui ôte ses béquilles; et on la fait promener dans la salle soutenue seulement par d'autres malades, et, de temps en temps, lorsqu'elle lève le pied gauche, on le pousse en avant par un petit coup. D'autres fois, lorsqu'elle est fatiguée de marcher, elle s'assied sur une table et fait balancer sa jambe, à laquelle elle a attaché un poids. Plus tard, lorsqu'elle put le supporter, on la plaçait, après l'affusion froide, pendant une heure, tout le poids du corps portant sur la jambe malade, le dos appuyé contre la muraille et le genou soutenu en avant par un bois de lit.

Elle sortit de l'hôpital au bout de trois semaines, marchant bien et seule.

J'ai voulu rapporter ces cas nombreux et faire connaître le traitement qui a réussi dans chacun d'eux, afin de pouvoir remonter avec plus d'avantage à l'étude des causes de ces affections nerveuses.

Les anciens pensaient que l'utérus se portait dans différentes parties du corps et y produisait les symptômes variés que l'on comprend généralement sous le nom d'hystérie. Cette théorie ne pouvait pas être admise par les modernes, dont quelques-uns ont prétendu expliquer cette grande variété de phénomènes morbides par la communication des nerfs de l'utérus avec le grand sympathique et de là avec tous les autres nerfs de l'économie. Nous ne nous arrêterons pas sur ces théories ni sur les autres qui ont été proposées, car elles ne nous fourniraient aucune donnée positive et pratique, et nous allons nous borner à signaler les circonstances dans lesquelles se développe le plus communément la maladie dont nous nous occupons.

Nous voyons souvent les malades attribuer la cause de la claudication à quelque accident, comme une chute, une entorse, un coup, vers l'époque où la claudication commença à être appréciable. Cette facilité à attribuer leur maladie à une circonstance sans importance est peu étonnante de la part des malades, quand on observe une disposition encore plus prononcée à se contenter de causes qui n'ont aucune valeur chez les médecins eux-mêmes. Ces malades se trompent cependant souvent, car elles peuvent boiter sans avoir reçu aucun coup ni aucune lésion externe sur la partie malade.

On ne saurait croire non plus avec quelle facilité ces malades sont disposées à se plaindre de mauvais traitemens, et souvent sans aucune apparence de raison; et, ce qui est plus étonnant, c'est que leurs plaintes deviennent quelquefois plus vives précisément lorsque les bons effets du traitement deviennent visibles; on dirait qu'elles verraient à regret disparaître cet état, qui leur assure l'attention et la sympathie de ceux qui les environnent.

Mais aussi quand, en écoutant attentivement tout ce que ces malades ont à vous dire, quand, en les traitant avec bonté et tout à la fois avec fermeté, vous avez pris sur elles une influence morale, qui devient

---

pathologie humaine, maladie caractérisée par la présence d'acéphalocystes dans le cervelet (tournis). Dans son rapport sur un mémoire sur cette affection envoyé à l'Académie, M. Bouillaud a rappelé en passant les efforts tentés par les expérimentateurs pour la localisation des facultés motrices : *indè iræ*; c'est ce qui a valu à l'auditoire un nouvel échantillon de l'éloquence éruptive de M. Gerdy qui s'est élevé avec force contre les inductions fondées sur les vivisections. M. Gerdy a lui-même porté le couteau sur les animaux vivans; il a taillé à plaisir dans leur système nerveux; il a varié les coupes, et depuis le chien jusqu'à la grenouille, il a poursuivi sur eux sans pitié ni merci ses sanglantes interrogations. Or, qu'est-il sorti de tout cela ? — Du vent. Les animaux ont pirouetté, l'un à droite, l'autre à gauche, celui-ci tête en avant, ou ce qui lui restait de la tête en avant, celui-là par reculade limitée. De résultat constant, point; de loi physiologique, point; l'animal donnait, mutilé, un imperturbable démenti aux idées préconçues de l'expérimentateur. Tout cela a été dit avec la verbeuse colère qui ne quitte jamais M. Gerdy. Nous ne voulons pas sortir de l'Académie sans vous faire part d'une lettre de M. le préfet de police, qui a été lue dans sa dernière séance. La commission qui doit faire un rapport sur le mémoire du docteur Voisin, président actuel de la société phrénologique, a obtenu du préfet de police la permission qu'elle avait demandée de se transporter dans les prisons pour y palper les têtes des détenus, afin de vérifier les rapports de leur conformation cranienne avec leurs propensions, mises en lumière par les délits dont ils se sont rendus coupables. Voilà donc la phrénologie visitant les prisons, non pas comme saint Vincent de Paule, pour leur apporter des consolations, cette aumône du cœur, mais pour explorer leurs têtes et fouiller avec une froide curiosité dans les misères que recèlent ces demeures expiatoires. Savez-vous, mon cher confrère, qu'il est douteux que tous les prisonniers se prêtent à cet examen humiliant, et s'ils s'y refusent, que fera-t-on? — La loi qui a réglé le régime intérieur des prisons n'a pas prévu ce cas; peut-être, dans la législation nouvelle que l'on médite; avisera-t-on à la sécurité des recherches phrénologiques dans les maisons de détention; ce sera une punition nouvelle qui s'ajoutera aux moyens de correction usités dans les prisons. A cette occasion, nous vous signalons le mémoire présenté par M. Christophe Moreau; nous y reviendrons quand ce document aura vu le jour; ce sont d'intéressantes matières et qui touchent aux plus hautes considérations de l'hygiène physique et morale.

L'époque n'est plus éloignée, il faut l'espérer, où le projet de loi sur la médecine sera présenté aux chambres. Cette loi si nécessaire, si désirée, la posséderons-nous enfin? Plus d'une discussion importante naîtra de l'examen de ses nombreux articles, et l'on se préoccupe un peu du choix des commissaires qui seront chargés de défendre contre les orages de la tribune ce futur palladium de nos droits et de nos intérêts. Dans la chambre élective, quelques voix compétentes pourront se faire entendre à la tribune; mais la chambre des pairs ne compte aucun médecin dans son sein. Nous qui avons un grand souci de tout ce qui touche à la considération et à l'honneur de la médecine, nous déplorons ce défaut de représentation de notre profession dans une assemblée qui aura à prononcer sur son organisation et sur son avenir. On a reparlé de la création de facultés nouvelles; on insiste surtout sur les probabilités d'une semblable érection à Lyon, ville médicale à plus d'un titre, munie de vastes hôpitaux, de cliniques organisées, et que sa situation désigne à cet honneur. Je ne voudrais pas, mon cher confrère, vous demander pour ces rumeurs du jour plus

un agent puissant lorsqu'elle est bien dirigée, alors elles écoutent ce que vous leur dites de leur maladie, prennent confiance aux moyens que vous leur recommandez et vous prêtent leur concours pour les employer. Si alors il survient une amélioration manifeste, leurs désirs d'obtenir une guérison augmentent rapidement, et, lors même que le traitement leur aurait au commencement causé beaucoup d'ennui, alors elles vous témoignent une vive reconnaissance, s'attachent aux salles où elles sont traitées, prennent en amitié les gardes qui les ont soignées, et souvent reviennent les voir après leur guérison.

La facilité avec laquelle cette classe de malades exercent une influence sympathique sur les autres est encore un sujet curieux d'observation. Cette influence s'étend même jusque sur l'esprit des gardes-malades, et peut même acquérir une telle puissance que celles-ci les encourageront par leurs soins excessifs dans leurs fantaisies et leurs caprices. Aussi les gardes-malades sont tout-à-fait inutiles pour la direction et l'exécution de quelques-unes des parties du traitement; et, sans le secours des médecins ou chirurgiens internes résidant, il serait impossible de les soumettre, pendant tout le temps nécessaire, à un plan de traitement aussi ennuyeux et aussi long que celui que réclame l'état de quelques-unes d'entre elles.

Dans tous les cas que nous avons rapportés, les sujets étaient des femmes jeunes, généralement présentant les apparences d'une bonne santé et douées d'une forte constitution; elles étaient toutes célibataires et beaucoup étaient sujettes à de violentes attaques d'hystérie. Dans les quatre cas les plus obstinés, les fonctions de l'utérus étaient régulières; chez les autres, il y avait de la constipation, et, chez quatre d'entre elles, elle était opiniâtre.

Nous avons vu plusieurs fois quelques-unes de ces femmes prises tout-à-coup de symptômes qui paraissaient alarmans, tels que des hémoptisies répétées, de violentes attaques de convulsions; chez d'autres, au contraire, c'était une paralysie complète du sentiment et du mouvement. Une autre restait immobile et ne disait pas un mot pendant trois jours. Mais ces symptômes ne changeaient rien au traitement et pouvaient tout au plus le faire suspendre pendant quelques jours.

Quant au traitement, j'ai préféré faire connaître à l'occasion de chaque observation celui qui a été employé que de présenter un tableau général du traitement. Il sera plus facile de juger de l'efficacité des moyens employés et de reconnaître ceux qui pourraient convenir dans des cas analogues.

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR L'ACTION DYNAMIQUE OU CONSTITUTIONNELLE DU SEIGLE ERGOTÉ, lue à la Société médicale d'émulation; par M. le professeur MOJON.

Malgré les immenses progrès qu'a faits la thérapeutique depuis le commencement de ce siècle, nous trouvons encore dans le plus grand nombre des ouvrages modernes qui traitent de cette partie de notre art une foule de remèdes, de formules et de pratiques erronées. Si nous lisons, par exemple, ce qu'on a écrit sur le *seigle ergoté* depuis les *actes des curieux de la nature* pour l'année 1688, jusqu'aux plus récentes monographies, nous trouvons que cette substance est douée par les uns d'une vertu tonique, irritante, stimulante; par les autres de qualités tout à fait négatives. D'autres la regardent comme un remède avortif dangereux; quelques autres enfin comme un excellent auxiliaire de l'accouchement. Tantôt nous voyons le seigle ergoté employé pour arrêter la ménorrhagie; tantôt pour provoquer ou faciliter la menstruation. Stearns, Dewees, Goupil, Hébert, conseillent de combiner cette substance à l'opium, à la cannelle, aux alcooliques, à l'ammoniac et à d'autres stimulans analogues; tandis que Cabini, Schapman, Giacomini et Neumann l'emploient combinée à la digitale à la belladone, à la jusquiame et à plusieurs autres remèdes reconnus contre-stimulans.

Ce fatras de prescriptions contradictoires, ces divergences d'opinion sur les qualités thérapeutiques du seigle, nous démontrent d'une manière incontestable que les idées des praticiens ne sont pas encore définitivement arrêtées sur l'action véritable de cette substance.

Le docteur Giacomini, professeur à l'université de Padoue, est, à mon avis, un des premiers qui ait entrepris avec le plus de succès à purger la matière médicale d'une multitude d'erreurs; aussi n'est-ce pas sans une grande satisfaction qu'en rédigeant cette note j'ai lu l'article *Segale cornutum* de la *Pharmacologie* de ce professeur.

Je ne m'arrêterai pas à examiner si l'ergot est une espèce de champignon, ainsi que le veulent Leveillé et de Candolle, ou une altération dépendante de la présence d'un insecte microscopique, ainsi que d'autres le prétendent. Il me suffit de dire que l'ergot de seigle a une action puissante sur l'économie animale, action dont l'art tire journellement de très grands avantages.

Nous possédons une grande masse de faits qui prouvent l'efficacité du seigle ergoté, soit comme remède propre à aider dans certaines circonstances l'expulsion du fœtus ou du placenta, soit à arrêter des hémorragies externes actives et souvent même à les provoquer. Nous savons d'autre part que cette substance peut agir d'une manière délétère et donner lieu à l'ergotisme; mais il nous reste encore à déterminer la place que le seigle affecté d'ergot doit occuper dans le cadre des agens thérapeutiques, soit comme remède stimulant ou tonique, soit comme antiphlogistique, affaiblissant ou contre-stimulant, soit enfin comme spécifique; c'est là la question dont je vais m'occuper dans ce travail.

Les expériences qui ont été faites sur plusieurs animaux, par Tessier et Oslere, dans le but d'établir l'effet de l'ergot du seigle, autorisent à conclure qu'il agit en déterminant 1° de la lenteur dans le mouvement de la circulation du sang; 2° des convulsions cloniques dans tous les membres; 3° une faiblesse ou atonie générale; 4° enfin une mort partielle des parties les plus éloignées du cœur, laquelle se manifeste par des taches noirâtres à la peau et par le sphacèle des orteils.

Les animaux soumis à ces expériences commencent par ne plus pouvoir se soutenir sur les membres; ensuite ils éprouvent un écoulement de sang noir par les narines et le fondement; ils meurent enfin dans un état de torpeur, avec tous les caractères propres au plus haut degré d'hyposthénie.

La gangrène sèche qui est presque endémique dans l'Orléanais et la Sologne a été attribuée avec raison, par Réad, Schlege et Model, au seigle ergoté qui se trouve dans le pain dont font usage les habitans. Cette gan-

---

de confiance qu'elles n'obtiennent de nous-même; mais il suffit qu'elles circulent, pour réveiller notre sollicitude et nos craintes. Ces craintes, vous les connaissez; au besoin, vous les trouverez formulées en chiffres dans l'ANNUAIRE MÉDICAL que vient de publier M. Domange. La GAZETTE MÉDICALE a déjà appris à ses lecteurs, par l'extrait qu'elle leur a donné, que 1,310 noms de docteurs en médecine y figurent pour la ville de Paris; ce qui établit pour ces six dernières années une augmentation de 220; au chiffre de 1,310, additionnez, s'il vous plait, 263 officiers de santé et 339 sages-femmes : quelle monstrueuse superfétation ! — Notre conclusion, vous la devinez : restreindre jusqu'aux limites les plus rigoureuses la création de nouveaux docteurs; multiplier, aux abords de la carrière, les difficultés et les garanties, de façon à faire cesser, dans un temps plus ou moins rapproché, l'encombrement d'une carrière sur laquelle on entretient dans le monde d'étranges illusions. Ce serait bien mériter des familles médiocres qui envoient leurs fils aux écoles de médecine, que de les éclairer sur l'avenir qu'ils leur préparent, avenir de fatigue et de désenchantement, de tribulation et de gêne, dont ne sont affranchies qu'un certain nombre de destinées, toutes bouffies d'heur et de joie, qu'un vent de fortune emporte loin de la foule. Non seulement trois écoles qui ont pouvoir de conférer le doctorat suffisent; mais deux d'entre elles sont de trop; qu'elles subsistent comme institutions scientifiques, que d'autres même soient établies, comme de nouveaux foyers de science semés dans la paresseuse excentricité des provinces, rien de mieux; mais la faculté de créer des docteurs ne devrait appartenir qu'à une seule école, et ceux qui sortent annuellement de l'école de Paris suffisent aux besoins de la population en France, du moins pour une longue série d'années. On est trop habitué à envisager les établissemens scientifiques au point de vue des résultats statistiques et matériels; les considérations fiscales ne devraient entrer pour rien dans leur création. Rien ne s'oppose à ce que de nouvelles facultés soient fondées, si elles ne peuvent avoir pour résultat d'augmenter le nombre des docteurs; les départemens qui en seraient dotés y gagneraient; ce seraient autant de centres d'activité médicale dont l'influence s'irradierait au loin. Ce serait aussi une issue de plus pour tous les jeunes talens qui gravitent autour des positions scientifiques de la capitale, et dont plusieurs se consument en vaines aspirations. Rappelez-vous le concours d'hygiène qui a eu lieu l'an dernier à la faculté : douze candidats ont lutté; qui d'entre eux n'eût occupé dignement une chaire ? Voyez cet essaim de compétiteurs qui s'abat, bruyant et passionné, sur chaque vacance professorale; que prouvent le plus souvent les épreuves du concours, sinon l'égalité des talens et l'égale souplesse de ces esprits façonnés par un long travail, aiguisés par l'émulation ? La lutte terminée que reste-t-il ? Un heureux et dix hommes d'une valeur incontestable, qui retombent dans la médiocrité sociale qui les garrotte, dans les soucis et dans les anxiétés qui sont l'assaisonnement obligé de la gloire scientifique, si petite qu'elle soit. Certes, l'université ne s'est point assez occupée de tous ces hommes; et il n'est aucune sphère d'enseignement qui soit plus délaissée par elle que la médecine.

Il nous resterait encore à vous parler de la mutation de chaire que vient d'obtenir M. Andral, de la maladie qui a désolé les laiteries de Paris, de certaine circulaire microscopique à laquelle cette circonstance a donné lieu, etc. Mais nous aurons l'occasion d'en parler dans une autre lettre, invoquant la fortune du feuilleton, pour qu'elle ajoute à cette menue réserve de nouvelles un ample et récréatif contingent.

grène n'est jamais précédée de fièvre, ni de phlogose; mais bien d'évanouissemens, de vertiges, de contractions spasmodiques, de ralentissement dans les pulsations du cœur, d'insensibilité périphérique et autres symptômes de faiblesse générale. Cette faiblesse on ne parvient à la dissiper ou à la diminuer qu'à l'aide du bon vin, ou de toute potion cordiale, et surtout d'une bonne alimentation. L'expérience a prouvé que la saignée était toujours fâcheuse dans cette maladie; aussi le docteur Conhaut conseille-il très judicieusement l'ammoniac comme un des meilleurs antidotes de l'ergot.

Cabini, Laugon, Schaeffer et Spairani s'étant assurés par de nombreuses expériences que le seigle ergoté affaiblit et ralentit la circulation du sang, à l'instar de la belladone, de l'aconit, de la digitale, etc., l'ont employé avec grand succès dans toute espèce d'hémorragie active.

Depuis long temps l'ergot de seigle a été préconisé pour hâter la parturition, et quoiqu'il ait trouvé de temps en temps quelques antagonistes son utilité dans certains accouchemens n'en est pas moins incontestable. (Villeneuve.)

Que si MM. Capuron, Hall et Jackson pensent que l'emploi du seigle ergoté est inutile, dangereux dans les accouchemens, c'est qu'ils ne l'ont probablement employé que dans les cas où il était contre-indiqué, comme, par exemple, après les fortes hémorragies; ou lorsque le travail était languissant et que les douleurs avaient cessé par épuisement des forces, par un véritable état de faiblesse générale. En pareilles occurrences, le seigle devait être assurément inutile et même nuisible.

Je ne saurais assez le répéter, la différence des résultats obtenus par l'ergot de seigle dans nombre de cas ne doit être attribuée qu'à l'état particulier où se trouvait la vitalité de l'organisme de la femme en travail. Il est néanmoins constant que le seigle a une action particulière, que je dirais presque *élective*, sur la matrice; que cette action est constamment hyposthénisante ou affaiblissante; si après l'administration d'une telle substance, les douleurs expulsives qui étaient suspendues reparaissent, et que l'accouchement s'opère, c'est que l'état d'érétisme ou d'engorgement phlogistique de la matrice a été apaisé par son action contre-stimulante ou atonique.

Combien de fois ne réveillons-nous pas par la saignée les douleurs excessives qui étaient auparavant trop légères ou nulles? Placera-t-on pour cela la saignée parmi les remèdes stimulans ou toniques?

Une fois démontré que l'action dynamique ou constitutionnelle du seigle ergoté est tout à fait antiphlogistique, ce serait un véritable contre-sens thérapeutique que de l'administrer dans une potion éthérée, dans du vin, ou combiné à toute autre substance stimulante, ainsi qu'on le fait communément.

D'après notre manière de voir, il est évident que pour obtenir un heureux résultat dans certains accouchemens trop prolongés, on ne doit administrer le seigle ergoté que pur, ou mêlé à quelque substance dont l'action soit analogue à la sienne, et ne le prescrire que seulement dans les cas où l'unique obstacle à l'accouchement consiste dans un état de surexcitation, d'excès de tonicité de l'appareil générateur; en toute autre circonstance, son administration ne pourrait être que funeste; c'est ce qui a lieu lorsque la difficulté de l'accouchement est due à une grande faiblesse de la mère, à l'atonie utérine, à une position vicieuse du fœtus, à l'étroitesse relative du bassin, etc.

Roche, Michel, Dewées, Stearms, Chapmann et autres praticiens conseillent l'ergot de seigle pour arrêter et calmer les convulsions qui compliquent et gênent l'accouchement. Mais que sont-elles le plus souvent ces convulsions, sinon la manifestation la plus évidente d'une condition hypérémique générale, ou du moins partielle de l'utérus? Aussi ne se déclarent-elles, ces convulsions, le plus souvent que chez les femmes fortes, pléthoriques, jeunes, chez celles enfin qui sont le plus disposées aux affections inflammatoires. Dans ce cas, la valeur thérapeutique du seigle ergoté ne saurait être considérée que comme un équivalent de la saignée, du bain, et des autres moyens affaiblissans qu'on prescrit ordinairement en pareilles circonstances.

Je crois à propos de rapporter ici un passage de la PHARMACOLOGIE du docteur Giacomini sur l'argument en question.

« Lorsque la parturition, dit cet auteur, a déjà commencé par les phénomènes qui lui sont propres, et qu'elle s'arrête ou se ralentit, l'accoucheur s'écrie aussitôt qu'il y a *inertie* de la matrice. Cette idée le conduit à l'instant à celle d'une *atonie*, comme si ces deux mots étaient synonymes. Tous répètent le mot faiblesse, atonie, aucun n'en doute, personne n'examine le fait, et l'erreur devient pour tout le monde une vérité, un axiôme. Pourtant il ne fallait pas un grand effort de logique pour se détromper. Pour ne pas abuser de la valeur des mots, je ne dirai pas que la gestation est une phlogose physiologique de la matrice; mais qui oserait contester que pendant la gestation la matrice ne soit maîtrisée par une énergie vitale qui l'approche d'une condition hypersthénique? Le sang toujours couënneux des femmes grosses, leur tendance aux phlogoses générales ou partielles en sont une preuve.

» Nous ne pouvons donc pas concevoir, poursuit M. Giacomini, que la matrice puisse passer dans un instant, et pour ainsi dire spontanément à un état de faiblesse, d'atonie, et au moment même où elle se trouve dans sa plus grande activité.

» Le tissu éminemment vasculaire de la matrice nous fait concevoir aisément que son activité propre doit consister dans une expansion, une dilatation, une espèce enfin d'éréthisme, par suite de la congestion constante du sang dans ses vaisseaux, lorsqu'un stimulus quelconque l'y attire; c'est ce qui arrive durant le coït, par la présence de l'embryon, ou un état de phlogose.

» On conçoit pareillement que ce qu'on appelle communément la contraction de la matrice est plutôt un état passif ou de repos, analogue à l'affaissement du pénis, ou du clitoris après l'érection. Aussi l'utérus est-il resserré, petit, chez les filles qui n'ont eu aucun commerce avec l'homme.

» Si l'on m'accorde, continue M. Giacomini, que chez les pucelles la matrice est en repos, et chez les femmes grosses en action, il est évident que l'activité de cet organe consiste dans son expansion et le repos dans sa contraction. »

Nous mettons hors de cause les fibres musculaires que quelques anatomistes accordent à l'utérus; car on ne saurait vraiment expliquer pourquoi elles seraient contractées lorsqu'elles sont dans l'inaction, et qu'aucun stimulus n'agit sur elles; flasques, au contraire, lorsque l'utérus est dans un état d'éréthisme, surchargé de sang, et qu'il renferme une cause permanente d'irritation, comme cela a lieu durant la gestation.

Il est reconnu que parmi les causes qui retardent et qui empêchent même le resserrement de la matrice pendant la parturition, c'est la pléthore sanguine; c'est-à-dire un état presque de phlogose, d'apoplexie de ce viscère. L'on soit aussi que l'on retarde souvent l'accouchement par les manœuvres exercées mal à propos par les sages-femmes, manœuvres dont l'effet est d'entretenir et d'augmenter même l'afflux du sang vers l'utérus.

Hunter disait n'avoir peur que des convulsions et de l'hémorragie dans les accouchemens, aussi était-il prodigue de saignées pour les prévenir. Cela prouve que de tout temps on a regardé la matrice dans une condition de pléthore et de surexcitation pendant la grossesse et à l'époque de l'accouchement.

Si l'on parvient à arrêter par le seigle ergoté des hémorragies consécutives à l'accouchement, cela n'a point lieu à cause d'une prétendue action styptique ou tonique de ce médicament, mais bien parce qu'il met le système vasculaire utérin dans un état de collapsus.

Si les fœtus morts-nés s'observent très souvent en Amérique, au dire de Buros, de Merimaun, d'Ingleby, depuis qu'on abuse du seigle ergoté, ce phénomène n'est pas dû à un état de phlogose ou à une trop forte stimulation; ces enfans meurent empoisonnés dans le sein de la mère par l'action affaiblissante de ce végétal, action qui est analogue à celle de l'aconit, du gaz acide carbonique et de plusieurs autres hyposthénisans très énergiques. Cette considération doit rendre prudent l'accoucheur dans l'administration d'un remède qui, à une dose un peu forte, peut devenir vénéneux.

Je ne saurais partager l'opinion de M. Velpeau qui attribue, en pareils cas, la mort du fœtus plutôt à la puissante contractilité de l'utérus provoqué par l'ergot, qu'à l'action toxique de ce médicament. Voici comment s'exprime notre savant confrère à ce sujet : « Les efforts, dit-il, de la matrice se répétant à de très courts intervalles, n'ayant plus d'intermittence complète, comme dans le travail naturel, font que l'enfant est bientôt comprimé de telle sorte que la circulation du placenta, les mouvemens du cœur, le cours des fluides dans le cordon et même dans les viscères en éprouvent une gêne susceptible de devenir dangereuse. »

Notre confrère, M. Rognetta, vous a dit à l'occasion des vertus thérapeutiques de la belladone « que l'action physiologique ou dynamique de tout remède ne se manifeste qu'après résorption ; » aussi en partageant entièrement cette opinion, j'admets avec le docteur Hall que les qualités délétères de l'ergot de seigle ne sont pas dues à une action purement dirigée sur la matrice, mais primitivement sur le sang de la mère qu'il dénature, et qu'il réagit ensuite sur celui du fœtus.

Le docteur Clutterburck croyant trouver quelque analogie entre les douleurs musculaires et articulaires du rhumatisme aigu, et celles de l'accouchement, voudrait substituer le colchique au seigle ergoté. Il dit (dans un des derniers cahiers de la GAZETTE MÉDICALE DE LONDRES) l'avoir employé quatre fois avec succès; nous laisserons que le temps et l'expérience donnent une juste valeur à l'opinion du docteur anglais.

Neumann, Weit et plusieurs autres préconisent le seigle ergoté dans la suppression des règles; tandis que d'autres praticiens le trouvent dans ce cas inutile et même nuisible. Ces contradictions proviennent de ce qu'on n'a pas toujours déterminé d'une manière précise les différentes causes de l'amenorrhée; c'est-à-dire si elle est due à un état de surexcitation, d'éréthisme du système utérin, ainsi cela a lieu ordinairement chez les femmes d'une constitution athlétique; alors, mais seulement alors, l'ergot pourra produire de bons résultats; tandis que dans les cas où la suppression des règles est due à une condition opposée, comme cela s'observe souvent chez les femmes débiles, leucophlegmatiques, l'administration de cette substance ne peut être que nuisible. C'est à raison de ces deux conditions entièrement opposées que, dans un mémoire que j'ai eu l'honneur de lire dans une des séances de notre société, il y a deux ans, j'avais proposé dans certains cas d'amenorrhée les fumigations vaginales de gaz acide carbonique et dans d'autres l'électrisation.

Si l'on parvient à combattre par le seigle ergoté, dit M. Giacomini, les engorgemens lymphatiques vers les extrémités; si l'on arrête certains flux muqueux, tels que la leucorrhée, la blennorrhagie, la dyssenterie, c'est que le plus souvent ces affections sont dues à un état de phlogose; ce remède est inerte et même nuisible dans les cas où ces affections dépendent d'une condition opposée.

Je me résume en disant que l'action dynamique ou constitutionnelle du seigle ergoté est toujours atonique, hyposthénisante, affaiblissante, et que cette action se manifeste plus spécialement sur le système vasculaire périphérique du corps, et dans certaines circonstances sur l'appareil générateur de la femme.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

I. THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Le quatrième cahier de l'année 1838 contient les articles originaux suivans : 1° *Cas anormal d'anévrisme de l'aorte, résultant d'une extravasation de sang entre les mailles de la tunique moyenne de ce vaisseau*; par M. Pennock; 2° *Dissection d'un anévrisme récent de l'aorte*; par M. Goddart, démonstrateur d'anatomie à l'Université de Pensylvanie; 3° *Modification du double plan incliné pour le traitement des fractures des membres inférieurs*; par M. Nott. Cette modification consiste en ce que l'auteur a converti l'appareil en une véritable machine mécanique, à l'aide de planches articulées, de vis et de barres de fer; il a ajouté en outre des courroies en peau sur les côtés avec des boucles; de cette manière l'appareil peut se trouver tout préparé chez les mécaniciens, et être appliqué en un instant. On peut, dans cette machine, régler à volonté l'ouverture de l'angle des deux plans, et même la longueur du plan inférieur; mais ces avantages compensent-ils l'inconvénient d'avoir une mécanique spéciale, passablement coûteuse ? 4° *Diagnostic du delirium tremens*; par M. S. Jackson; 5° *Remarques sur le pneumothorax*; par M. Bigelow, professeur de clinique et de matière médicale; 6° *Faits chirurgicaux*; par M. Smith; 7° *Nouvelles remarques sur l'action de la présence*; par M. Draper, professeur de chimie; 8° *Des névralgies spinales*; par M. Porter; 9° *Remarques pratiques sur la nécrose*; par M. Smith; 10° *Pied-bot guéri à l'aide de la section du tendon d'Achille*, par M. Dickson; 11° *Cas de folie taciturne, guéri à l'aide du galvanisme*; par M. Evans; 12° *Chorée guérie à l'aide de l'*actea racemosa; par M. Lindsly; 12° *Hypertrophie du thymus, suivie d'asphyxie mortelle chez un enfant nouveau-né*; par M. Robarts; 14° *Pied-bot guéri à l'aide de la section du tendon d'Achille*; par M. Norris; 15° *Tableau des fractures traités à Pensylvania hospital depuis 1751 à 1838*; par M. Wallace; 16° *De la fièvre jaune à Charleston.*

OBSERVATION D'UN CAS D'ANÉVRISME ANOMAL DE L'AORTE RÉSULTANT DE L'ÉPANCHEMENT DU SANG ENTRE LES TISSUS QUI COMPOSENT LA TUNIQUE MOYENNE DE CE VAISSEAU; par le docteur PENNOCK.

OBS. — M..., négresse, âgée de 75 ans, fut reçue à l'hôpital de Philadelphie le 20 décembre 1835; elle avait joui d'une parfaite santé jusqu'à il y a huit ans, époque où elle commença à éprouver de la dyspnée et quelques palpitations qui augmentaient lorsqu'elle gravissait une hauteur. Pendant l'été de 1827, au moment où elle faisait un grand effort (en pompant de l'eau), elle éprouva une vive et subite douleur à la hauteur du sternum, de fortes palpitations et une sensation de suffocation. La douleur augmenta de violence, et, après être restée fixée pendant deux semaines, en avant de la poitrine, elle se transforma en élancemens qui s'étendaient du sternum au dos; il y avait aussi une légère toux; mais sans état fébrile développé. Cette douleur persista pendant trois mois, et lorsqu'elle cessa, la dyspnée ne permettait à la malade de se livrer à aucun exercice actif. Cette dernière augmenta encore beaucoup en 1833 à la suite d'une attaque de choléra. Pendant les quatre dernières années, elle a eu de vives douleurs dans la région pelvienne, accompagnées quelquefois de suppression d'urine, et depuis deux ans elle a éprouvé une perte de sang par le vagin revenant à peu près toutes les trois semaines.

A son entrée à l'hôpital, elle offrait un œdème aux extrémités inférieures; elle restait couchée dans son lit, la tête fort élevée; le moindre mouvement du corps déterminait des palpitations; absence complète de douleurs dans la région précordiale sur laquelle la percussion est mate. L'impulsion du cœur est énergique; le premier bruit est accompagné d'un bruit de rape fortement marqué vis-à-vis le cartilage de la troisième côte, et le tiers supérieur du sternum.

La nuit, l'oppression était plus forte, à la suite d'une saignée, de quelques ventouses et des narcotiques; il y eut une légère amélioration au bout d'une quinzaine de jours. La malade se tenait couchée dans une position plus horizontale; l'œdème avait beaucoup diminué, et le sommeil était plus calme la nuit; mais cette amélioration ne fut que de courte durée, tous les symptômes reprirent leur première intensité; des douleurs atroces se firent sentir dans le bas-ventre, en même temps qu'il sortait par le vagin des caillots de sang noir.

AUTOPSIE, 36 heures après la mort.

Les poumons n'offrent rien d'anormal, sinon quelques traces d'emphysème. Le cœur a bien deux fois sa grosseur normale; les cavités droites sont plus dilatées que les gauches; les parois des ventricules ont 7/8 de pouce d'épaisseur; celles du ventricule droit sont à l'état normal. Les valvules semi-lunaires de l'aorte sont en partie ossifiées; les valvules mitrales sont opaques, épaissies et offrent des masses cartilagineuses sur leurs bords libres. Les valvules du côté droit du cœur ne sont point altérées.

L'aorte paraît très dilatée et incisée; elle paraît formée de deux vaisseaux; l'un, interne, qui est l'aorte véritable et communique directement avec le cœur, est presque complètement entouré par un autre vaisseau d'un bien plus grand diamètre qui, commençant vers le grand tissu des valvules, accompagne l'aorte jusqu'à sa division avec iliaques primitives, et se termine en cul-de-sac. L'aorte communique avec le vaisseau externe par une fissure valvulaire longue d'un demi-pouce, à bords arrondis, et qui pénètre à un demi-pouce au-dessus des valvules semi-lunaires à travers la membrane interne et en partie à travers aussi la membrane moyenne. Le vaisseau externe n'a aucune autre communication avec le cœur que par cette ouverture. L'artère innominée, la sous-clavière et la carotide gauche ont chacune un double orifice qui communique avec l'aorte et le vaisseau externe. L'innominée est divisée près de son origine en deux parties par une cloison qui se termine par un bord semi-lunaire à un demi-pouce de l'aorte. La carotide gauche présente pendant deux pouces cette division en deux vaisseaux dont chacun a une ouverture différente, l'un communiquant avec l'aorte, et l'autre avec le vaisseau externe. La sous-clavière gauche au contraire n'offre pas de double vaisseau. Les orifices qui s'ouvrent dans l'aorte et le vaisseau externe ne sont fermés que par une cloison valvulaire, près de l'origine de l'artère; les intercostales du côté droit du thorax communiquent avec l'aorte, tandis que celles du côté gauche s'ouvrent dans le vaisseau externe. L'aorte présente de nombreuses perforations qui établissent une communication entre elle et le vaisseau externe. En avant, le vaisseau externe est formé de trois membranes, l'une externe ou celluleuse, l'autre moyenne, composée de fibres musculeuses circulaires, et une interne qui ressemble aux tissus séreux, mais avec une épaisseur variable et offre des couleurs différentes sur les différens points de son étendue. La membrane celluleuse et les lames de fibres musculeuses contournent la demi-circonférence de l'aorte, et sur ce point les deux vaisseaux sont fortement unis par des bandes tendineuses qui passent d'un vaisseau à l'autre. Lorsqu'on a incisé ces bandes, on peut enlever facilement la membrane interne qui est d'un blanc mat, demi-transparente, et dont la couleur rouge et jaune rappelle les fibres rouges de la tunique externe et les tissus élastiques de l'aorte qui se trouvent au-dessous. Le tissu de l'aorte est normal dans sa demi-circonférence postérieure. En avant, le tissu jaune élastique ne présente plus de traces de fibres musculaires externes. Il n'y a pas non plus de tunique celluleuse qui est remplacée par la membrane réfléchie du vaisseau externe. L'aorte présente de nombreux dépôts osseux entre les tuniques séreuses et élastiques, mais il n'en existe pas dans les parois du vaisseau extérieur. Ce dernier est immédiatement au-dessous de la bifurcation en iliaques primitives; le tissu des iliaques et des autres artères ne présente rien d'anormal.

L'estomac, l'utérus et les reins offrent des traces de dégénérescence cancéreuse plus ou moins avancée.

Le docteur Pennock se demande si cette altération si remarquable de l'aorte était congéniale ou accidentelle, et pense avec la plupart des anatomistes auxquels la pièce préparée a été présentée qu'elle était accidentelle et le résultat de la déchirure des tuniques externe et moyenne au niveau du grand sinus de valsalva à travers lesquelles une colonne de sang s'était introduite au-dessous de la tunique celluleuse. En effet, la dissection attentive de la pièce a démontré l'identité de structure entre la tunique moyenne du vaisseau externe et celle de l'aorte et l'intime réunion de ces deux membres à la partie postérieure de l'artère; il paraît alors très probable que le sang qui était sorti par la déchirure près des sinus des valvules n'avait pas traversé toute l'épaisseur de la tunique moyenne de l'aorte, mais avait séparé son feuillet externe de l'interne. On fit même une série d'expériences, afin de s'assurer si on pourrait obtenir une sépa-

ration analogue en faisant pénétrer un fluide entre les feuillets de la tunique celluleose, et le résultat fut que la tunique moyenne se partage en trois feuillets distincts.

Ce cas doit donc être rangé parmi ceux d'anévrisme disséquans qu'ont rapportés Morgagni, Laennec, Nicholls, etc., mais dont il diffère en ce que, dans l'observation précédente, l'anévrisme s'était développé entre les lames de la tunique moyenne, et en ce que le sang qui circulait dans le vaisseau d'origine artificielle fournissait les artères intercostales du côté gauche.

L'auteur pense que l'époque à laquelle cet anévrisme se développa doit être celle où la malade sentit un déchirement pendant qu'elle était occupée à pomper avec force.

Le fait suivant, observé peu de temps après le précédent, est fort remarquable en ce qu'il peut en être considéré comme un premier degré, et en ce que si la malade n'était morte à une epoque plus éloignée, il est probable qu'on eût trouvé la même lésion, et avec un développement aussi complet que dans l'observation du docteur Pennock.

OBSERVATION D'UN CAS D'ANÉVRISME DISSÉQUANT VU A UNE ÉPOQUE PEU AVANCÉE; par le docteur GODDARD.

Nous nous bornerons à rapporter les détails anatomiques, l'historique de l'observation se bornant à dire qu'elle fut recueillie chez une femme qui était cuisinière, et qui se trouva mal pendant un effort, et mourut quelques heures après.

AUTOPSIE. Le péricarde contient environ huit onces d'un sang très noir et coagulé. La forme du cœur est normale. La membrane interne de l'aorte, jaunâtre, présente çà et là de petites plaques osseuses, et à trois quarts de pouce au-dessus des valvules semi-lunaires, et dans la direction transversale une rupture d'un pouce de long environ, et qui pénètre toute l'épaisseur de la tunique moyenne. Un canal formé par la séparation des feuillets de cette tunique s'étendait au-dessus et au-dessous de ce point, et avait la largeur d'environ la demi-circonférence de l'artère. Le canal supérieur suivait la courbure de l'aorte, et descendait jusqu'à l'origine de la huitième artère intercostale, abandonnant l'aorte au sommet de la crosse pour courir quelques pouces entre la tunique de l'artère innominée, de la carotide primitive et de la sous-clavière. Tout le canal était rempli par un caillot noir.

Le canal inférieur, qui paraît ne s'être formé qu'après le supérieur, et qui probablement causa la mort du malade, s'étendait jusqu'au point de jonction du péricarde et de la racine de l'aorte; là il passait entre les deux et s'ouvrait dans le péricarde par une déchirure de cette membrane.

DU DIAGNOSTIC DU DELIRIUM TREMENS; par le docteur J. JACKSON.

Le but de l'auteur de ce mémoire est spécialement d'insister sur la différence qui existe entre le délire résultant de l'abus longtemps continué des liqueurs alcooliques, *mania a potu continuo*, et celui que détermine la cessation subite de cet abus, *mania a potu intermisso*. Cette distinction, très importante en pratique pour les contrées où le *delirium tremens*, qui se lie aux excès bachiques, est très fréquent, et qui a fait récemment l'objet d'un travail important du docteur Stokes, de Dublin, paraît à l'auteur devoir expliquer les résultats différens obtenus dans le traitement du *delirium tremens*, de l'emploi d'une même médication, et aussi les succès ou les insuccès des médications différentes. Car, pour lui l'une de ces formes est une pyrexie, offre une tendance à l'inflammation, et veut être traitée par les antiphlogistiques sédatifs; tandis que l'autre est une névrose et réclame l'emploi de stimulans très énergiques ou de narcotiques administrés à des doses excessivement élevées. C'est à cette dernière forme seulement que l'auteur voudrait qu'on laissât le nom de *delirium tremens*; le passage suivant fera connaître combien sont fréquens en Amérique les cas de ces deux formes distinctes de la maladie. « L'auteur de ce mémoire peut parler de cette maladie avec connaissance de cause, ayant été pendant vingt-cinq ans au milieu d'un grand nombre de *delirii trementes* qui se confiaient à ses soins. Pendant de longues années, les distilleries avaient été très nombreuses; toutes les classes de la société s'adonnaient presqu'également aux excès alcooliques, et celui qui n'offrait pas de liqueurs enivrantes à ses visiteurs, même des plus jeunes âges, ne remplissait pas les devoirs de l'hospitalité. » L'auteur conclut de ses recherches que :

1° Le *delirium tremens* est le résultat de la soustraction subite ou d'une diminution considérable des liqueurs fortes ou de l'opium chez les personnes qui pendant longtemps ont fait abus de ces poisons.

2° Que l'analyse n'a jamais découvert aucune lésion à laquelle on pût rapporter cette maladie, qui est purement nerveuse, autant au moins qu'on peut en juger.

3° Qu'à tous les degrés elle peut être guérie par l'opium ou par les alcooliques, et plutôt encore par ces deux ordres de moyens à la fois; quoiqu'il ne soit pas facile de reconnaître immédiatement la dose à laquelle on doive avoir recours.

4° Que souvent le *delirium tremens* vient compliquer une inflammation aiguë dont il suspend les progrès, en sorte qu'on doit néanmoins administrer l'opium aux doses nécessaires.

5° Que les auteurs qui disent avoir observé dans cette maladie la céphalalgie, les yeux ardens, etc., et avoir pu faire des saignées depuis 20 jusqu'à 30 onces, l'ont confondue avec le délire, qui dépend *a potu continuo*, des excès bachiques seulement et non suspendus.

6° Que les évacuations de toute espèce n'ont aucune tendance à agir d'une manière favorable sur la maladie, tandis qu'elles sont d'une grande utilité dans le traitement de la forme opposée.

7° Que, comme dans les autres maladies, quelques cas légers ont cédé à des traitemens différens, ce qui a été la cause de nombreuses erreurs, tandis que les cas graves ne peuvent céder qu'à l'opium et aux alcooliques à haute dose.

8° Que l'ivresse détermine fréquemment un délire qui se complique de convulsions, de congestions à la face, d'injection des yeux, de colère violente, de passions turbulentes, et même dans quelques cas de tremblement, avec une insomnie prolongée. Ce délire, qui se rattache réellement à un état inflammatoire de l'économie, cesse ordinairement quelques jours après que le malade a cessé de prendre ses boissons favorites; mais on voit souvent, quand il a été combattu par les moyens convenables qui sont de toute autre nature que ceux qui conviennent dans le traitement du *delirium tremens* véritable, ce dernier se développer également, et ajouter une fâcheuse complication à la maladie première.

REMARQUES SUR LE PNEUMOTHORAX, AVEC DES OBSERVATIONS ET DES RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES CAUSES DES BRUITS MÉTALLIQUES QUE L'ON ENTEND DANS CETTE MALADIE; par le docteur BIGELOW.

La cause des bruits métalliques qui sont produits dans la poitrine pendant le cours du pneumothorax a déjà fixé l'attention de plus d'un observateur; mais jusqu'ici aucune explication vraiment satisfaisante n'a été donnée de ce phénomène curieux. Depuis Laennec, qui attribuait quelques-uns de ces bruits à la chute de gouttes du liquide contenu dans le thorax, qui se seraient détachées du haut de cette cavité, et en tombant auraient produit la résonnance métallique, plusieurs autres explications ont été proposées. Le docteur Thomas Davies attribue le tintement métallique à la résonance de l'air agité à la surface d'un liquide contenu dans la cavité anormale que présente le thorax. Le docteur Hougton regarde ce bruit comme produit par un écho qui lui-même est la reproduction de la chute d'un liquide dans une cavité, et de l'entrée de l'air par une ouverture fistuleuse. Le docteur Guthrie, sans nier les explications données par les autres pathologistes, affirme que la présence d'une certaine quantité d'air comprimé est une condition indispensable pour la production des bruits métalliques. Le docteur Spittal, d'Edimbourg, et, depuis, M. Beau, de Paris, prétendent que ce même bruit est causé par les bulles d'air qui, après avoir traversé le liquide contenu dans le thorax, viennent crever à sa surface. Enfin, quelques écrivains, parmi lesquels l'auteur cite M. Mageudie, ont nié l'exactitude de toutes ces explications, mais sans en donner aucune à la place.

L'auteur fait lui-même la critique de ces différentes théories avec une justesse qui nous fait regretter de ne pouvoir la reproduire ici; puis, après avoir rapporté trois observations de malades morts avec un pneumothorax, et que nous sommes obligés de passer également sous silence, il développe plusieurs expériences faites sur les sujets de ces observations, la plupart faites déjà par d'autres expérimentateurs, et dont il tire les conclusions suivantes :

1° La résonnance métallique suppose dans la paroi thoracique un état pathologique particulier, puisqu'on ne peut l'obtenir dans les expériences que l'on pratique avec les cadavres de sujets morts de maladies différentes.

2° La cause immédiate ou excitante du tintement métallique est une commotion subite et forte du liquide dans une cavité vibrante de la nature de celles dont il vient d'être question. Le même phénomène peut encore être produit quand une partie du liquide est lancée en haut par la toux; puis retombe sur le reste.

3° Les vibrations qui fournissent le tintement métallique sont transmises du liquide aux parois solides, et de là à l'oreille, sans qu'il soit besoin d'un écho ou d'une réverbération de l'air dans la cavité.

4° On peut produire un tintement sous-métallique, c'est-à-dire n'ayant pas de résonnance musicale par de légères impulsions à l'air contenu dans la cavité, comme dans le cas où des bulles viennent s'ouvrir au-dessus de la surface du liquide.

5° La résonnance amphorique est produite par la réverbération de l'air dans une cavité vibrante, et sans l'impulsion sonore du liquide. Il en est de même des modifications métalliques de la voix et de la toux, lorsqu'il n'y a pas de tintement. La percussion métallique paraît aussi dépendre des vibrations de l'air, indépendamment d'un liquide. On peut les obtenir dans quelques autres cas, en frappant sur une cavité distendue, et dans laquelle il y a une certaine quantité d'air.

DE LA NÉVRALGIE DES NERFS SPINAUX, AVEC DES OBSERVATIONS; par le docteur ISAAC PORTER.

La maladie que le docteur Porter désigne ici sous le nom de névralgie spinale est la même que celle qui a été étudiée par les médecins anglais et quelques médecins américains sous le nom d'*irritation spinale*. La nature de cette maladie est encore trop obscure pour que nous suivions l'auteur dans les recherches peu concluantes auxquelles il se livre sur ce sujet. Bornons-nous seulement à dire qu'il attribue une grande part parmi les circonstances qu'il regarde comme capables de produire cette maladie aux violences externes portées sur la colonne vertébrale, telles que les chutes, les coups, les efforts, etc. Il trouve aussi la cause de la plus grande fréquence de cette maladie chez les femmes, d'abord à la plus grande susceptibilité de leur système nerveux, et aussi à l'usage du corset, qui, privant les muscles et les ligamens de la force que leur donnerait l'exercice, expose le rachis à de nombreux accidens que la faiblesse du sujet ne lui permet pas d'éviter.

L'auteur rapporte six observations de cette maladie protéiforme, et la plupart fort intéressantes. Nous en analyserons deux qui nous prouveront combien il est difficile de trouver le moyen convenable dans ces cas embarrassans.

OBS. — Mademoiselle X, aujourd'hui âgée de 33 ans, souffrit d'une maladie de la hanche qui lui dura trois ans, et dont à la fin elle guérit complètement, et sans conserver la plus légère difformité, par la solution de muriate de chaux. Il parait très probable, d'après ce qu'a éprouvé depuis la malade, que cette affection de la hanche n'était qu'une de ces affections nerveuses ou hystériques de l'articulation de la hanche que Brodie a décrites avec tant de vérité. Elle eut ensuite une douleur névralgique dans l'une des branches de la cinquième paire, et qui correspondait surtout à l'une des dents canines. L'extraction de cette dernière fut suivie d'une semaine ou deux de soulagement; puis la douleur se fixa sur la dent opposée, qui fut aussi arrachée, ainsi que toutes les autres, jusqu'aux dents de sagesse, qui n'avaient même pas encore pris leur entier développement; et néanmoins les douleurs revinrent encore de temps en temps dans les os maxillaires.

En 1831, pendant un léger effort pour soulever un malade, elle sentit un craquement dans la partie dorsale de l'épine, suivi d'une douleur aiguë dans le côté gauche qui revint à plusieurs reprises pendant les deux années suivantes accompagnée quelquefois de coliques atroces avec des selles sanguinolentes ou purulentes ou semblables, pour la consistance et la couleur, à du goudron.

Septembre 1834. Depuis un an, elle garde le lit constamment et souffre tant de la dyspnée qu'elle ne peut rester dans la position horizontale. Un vésicatoire appliqué sur le sternum augmente la dyspnée qui, au contraire, est diminuée par un vésicatoire appliqué sur la partie du rocher d'où partent les rameaux des nerfs primitivement affectés.

Mars 1835. Après une foule de phénomènes morbides des plus variés, la malade commence à souffrir du pyrosis rendant un fluide qui paraît mucilagineux et transparent. La nuit même et pendant le sommeil de la malade, il coule si abondamment qu'elle mouille dix à douze serviettes; la malade très affaiblie perdait souvent et très facilement connaissance; alors le principal siége de la maladie se porta dans les vertèbres lombaires, et des douleurs violentes semblables à celles qui précèdent l'accouchement se faisaient sentir pendant des heures entières. A cette époque, le fluide rendu par la bouche prit une teinte bleuâtre, et la quantité alla en augmentant graduellement pendant six mois. Pendant la nuit, la malade ressentait constamment un sentiment de brûlure, accompagné d'une forte chaleur à l'intérieur; elle rendait quelquefois jusqu'à une demi-pinte de liquide à la fois.

Pendant l'été de 1835, la toux qui avait augmenté avec la dyspnée et le pyrosis prit un caractère inquiétant. Le docteur Porter appelé à cette époque examina avec soin le rachis et le trouva, au-dessous de la cinquième dorsale, très douloureux à la pression, et bien que cette dernière fût très légère, la douleur persistait pendant plusieurs jours. Elle était surtout plus vive sur les 7, 8 et 9e dorsales et 3 et 4e lombaires.

Un premier vésicatoire appliqué sur le rachis permet à la malade de se tourner avec plus de facilité dans son lit et rappelle les règles qui avaient cessé de paraître depuis bien des mois; un second vésicatoire diminue d'abord le pyrosis qui disparaît même complètement un peu plus tard. A partir de ce moment tous les symptômes disparurent l'un après l'autre, et aujourd'hui la malade a repris ses occupations habituelles; elle est cependant très sujette aux rechutes, mais elles cèdent promptement à l'application de la pommade émétique et de quelques ventouses sur les vertèbres douloureuses.

OBS. II. — Madame S., âgée de 35 ans, avait toujours joui d'une bonne santé, mais depuis quelque temps on la considère comme hystérique; elle rapporte toutes ses souffrances à un effort qu'elle fit en battant un tapis. Pendant l'été de 1837, on trouva les vertèbres douloureuses à la pression; il y avait en même temps de violentes douleurs dans l'estomac, comme si on l'eut tiré vers l'épine; tous les symptômes furent soulagés par la saignée et l'application de vésicatoires sur l'épine.

En octobre 1837, elle fut prise de violentes palpitations de cœur qui revenaient plusieurs fois par jour et spontanément; en même temps la douleur de l'estomac était revenue avec une toux très forte et nette. On employa en vain tous les moyens que l'on oppose ordinairement aux affections hystériques. La pression sur les vertèbres augmentait la douleur de l'estomac et la violence des palpitations. Un vésicatoire appliqué sur l'épine aggrava tous les symptômes qui disparurent par l'application des cataplasmes et l'administration de fortes doses de calomel.

DU TRÉPAN COMME MOYEN PRÉVENTIF ET CURATIF DE LA NÉCROSE, par M. MORVEN SMITH, de Baltimore.

« Les auteurs, dit M. Smith, qui ont traité de la nécrose se sont plutôt occupés de la terminaison de la maladie, la mort de l'os, que des moyens de prévenir cette terminaison alors que l'affection est encore à son début. Les travaux par conséquent de Weidemann, Boyer, Bell et de plusieurs autres sont fort défectueux sous ce rapport. La mort d'un os n'est pas plus une terminaison indispensable de la maladie que l'hydrocéphale ne l'est de la phlogose des membranes du cerveau. Le mot nécrose n'est pas plus heureux dans son application que celui d'hydrocéphale, et l'usage qu'on a fait de ce dernier a conduit aux mêmes erreurs en pathologie et en pratique. Les faits que je vais rapporter ont pour but de justifier et d'éclaircir les idées que mon père a consignées sur la nécrose dans ses mémoires de chirurgie. Mon père regardait cette maladie comme une simple inflammation, et la mortification comme une conséquence de ce travail dans le tissu particulier des os : il regardait le dépôt de pus dans la cavité des os comme la cause immédiate de la nécrose et était arrivé à cette conclusion, que la mortification pouvait être avortée si l'on trépanait l'os de très-bonne heure. Ce plan de traitement est celui que j'ai adopté dans les quatre cas suivans, il m'a parfaitement réussi. »

OBS. I. — Un jeune homme, âgé de 16 ans, souffrait de douleurs affreuses dans une jambe, particulièrement vers le coude-pied. La partie inférieure du membre et le pied étaient très gonflés. Pouls dur et fréquent, peau chaude, langue blanche; agitation extrême; le moindre mouvement imprimé au lit occasione de vives douleurs. La maladie s'était déclarée, depuis trois ans, par une vive douleur sur le coude-pied, à la suite de l'immersion du membre dans de l'eau froide, le corps étant en sueur.

M. Smith a diagnostiqué une nécrose commençante. Il a couvert d'abord le membre de compresses trempées dans une solution évaporante. Le lendemain, le malade souffrait davantage. M. Smith a proposé de faire une incision jusqu'à l'os, à l'endroit de la douleur, et, s'il trouvait du pus sous le périoste, d'y appliquer le trépan. Il a donc plongé un bistouri à deux pouces au-dessus de la malléole interne, endroit le plus douloureux, et, arrivé sur le tibia, il a divisé le périoste de haut en bas. Cette membrane était détachée par de la matière purulente, qui la soulevait. Il a ensuite prolongé la plaie de bas en haut et lui a donné en tout une étendue de quatre pouces; ensuite il a perforé l'os sur deux endroits, à l'aide du trépan. Du pus s'est écoulé en grande quantité par ces ouvertures. Une heure après, les douleurs s'étaient dissipées et le malade s'est endormi. Les trois jours suivans, amélioration progressive sous tous les rapports; ensuite les douleurs sont reparues dans toute la jambe. Ce membre s'est gonflé, surtout à trois pouces au-dessous du genou. Le tibia est très douloureux sur ce point. Une consultation a lieu. M. Smith pratique la même opération sur ce dernier point : écoulement de pus, amélioration instantanée; suppuration louable. Guérison prompte, sans nécrose ni même exfoliation parcellaire.

OBS. II. — Un enfant, âgé de 15 ans, souffrait des douleurs intolérables dans une jambe et dans le pied. Elles s'étaient déclarées subitement depuis cinq jours; le membre était dur et gonflé; le pied était œdémateux. Vers le milieu de la face antérieure du tibia la douleur était plus vive à la pression qu'ailleurs.

M. Smith pratique hardiment sur ce point une incision de quatre pouces de longueur, pénètre jusqu'au périoste, qu'il incise, et met l'os à découvert. Du sang et du pus s'écoulent instantanément de dessous le périoste. Il applique ensuite deux couronnes de trépan aux deux angles de la plaie. Du pus s'échappe par ces ouvertures. Soulagement instantané. Suppuration de bonne nature. Guérison sans nécrose.

OBS. III. — Un enfant, âgé de sept ans, avait marché, nus-pieds, sur la neige et avait eu ses jambes dans de l'eau froide. Quelques jours après, il a été saisi de douleurs intenses dans la jambe gauche, avec gonflement et rougeur, depuis le genou jusqu'aux orteils. Le moindre attouchement occasionnait des douleurs horribles. Il y avait fièvre intense. Le centre du travail local existait à trois pouces au-dessus de la malléole interne. M. Smith croit y sentir une fluctuation profonde. Il pratique une incision de quatre pouces de long. Ecoulement de pus de dessous le périoste; trépan, autre écoulement de pus, provenant de l'intérieur de l'os. Soulagement. Guérison *ut supra*.

OBS. IV. — Le quatrième fait ressemble aux précédens. Il a pour sujet un enfant de deux ans et demi. Le pus existait dans le péroné.

On trouve dans les annales de l'art plusieurs faits exactement pareils

aux précédens; M. Grampton de Dublin, entre autres, en a publié quelques-uns dont les symptômes et le traitement offrent une ressemblance parfaite avec ceux de M. Smith (THE DUBLIN HOSPITAL REPORTS AND COMMUN. IN MED. AND. SURG. t. 1). Déjà J. L. Petit et plusieurs autres avant lui avaient proposé la même médication dans les cas de cette nature; mais l'occasion s'était rarement présentée pour la mettre en pratique; nous avons vu cependant Dupuytren trépaner la substance du tibia et de l'humerus pour des lésions pareilles et avec succès; les faits de M. Smith néanmoins ont une portée plus positive que ceux de ses prédécesseurs; aussi méritent-ils d'être médités sous différens points de vue.

OBSERVATION D'UN CAS DE TACITURNITÉ COMPLÈTE CHEZ UNE ALIÉNÉE GUÉRIE PAR L'EMPLOI DE LA PILE GALVANIQUE; par le docteur CH. EVANS.

Il serait difficile bien certainement d'affirmer que l'emploi du galvanisme ait rendu, dans l'observation suivante, la parole à la malheureuse fille qui avait gardé depuis plusieurs années le silence le plus complet, mais le fait par lui-même est assez intéressant pour que nous en donnions ici les principaux traits.

OBS. — E. D., âgée de 44 ans, aliénée depuis 14 ans, jouit d'une bonne santé, a la tête fraiche et digère bien. La folie dont elle est atteinte est héréditaire et s'est développée graduellement; vers la fin de 1821, elle cessa de parler sans qu'on pût en découvrir la cause; il n'y avait pas de paralysie et les organes de la voix n'offraient aucune altération appréciable. Son ouïe était parfaite. On essaya l'émétique, les ventouses à la tête, le bain par affusion, la douche froide, mais sans aucun effet sur l'état de l'intelligence. Des vésicatoires furent appliqués à la nuque et aux jambes, mais sans effet; on la laissa alors tranquille pendant plusieurs mois et jusqu'à la fin de 1824; alors on résolut de tenter chez elle les effets de la pile galvanique. En conséquence, après avoir enlevé l'épiderme avec un vésicatoire, on plaça les plaques de la grandeur habituelle, celle d'argent à l'occiput, et celle de zinc au-dessous des genoux. Pendant plusieurs jours, on répéta l'expérience sans en obtenir d'effet manifeste. A l'une de ces expériences cependant la garde ayant changé la position des plaques et mis le zinc en haut et l'argent en bas, à peine la communication eut-elle été établie que la malade poussa un cri et demanda ce qu'on lui faisait.

Depuis cette époque, elle n'a plus éprouvé de difficulté à parler, et bien que, sous les autres rapports, son état ne se soit pas sensiblement amélioré.

EFFICACITÉ DE L'ACTOEA RACEMOSA (BLACK SNAKEROOT) DANS LE TRAITEMENT DE LA CHORÉE; par le docteur HARVEY LINDSLY, de Washington.

OBS.—Mademoiselle ...., de Tenessée, âgée de cinq ans, affectée de chorée depuis deux mois, en souffre beaucoup. Le 5 mars 1836, elle n'articule plus distinctement les mots, et peut à peine faire entendre ceux de *oui* et *non*, bien qu'avant le commencement de cette maladie elle parlât avec une facilité et une clarté rares, même à cet âge. Tous ses mouvemens sont singuliers; sa marche est incertaine et chancelante, et à chaque instant elle paraissait sur le point de tomber. Les mouvemens de la déglutition étaient aussi fortement gênés; elle ne pratiquait la mastication qu'avec la plus grande difficulté, et ses repas lui demandaient beaucoup plus de temps qu'auparavant. Elle ne pouvait porter elle-même à sa bouche les alimens solides ni liquides; ses mains étaient agitées continuellement.

Avant que le docteur Lindsly eût été appelé pour elle, elle avait reçu pendant six semaines les soins d'un autre médecin, qui lui avait prescrit le calomel et la rhubarbe de deux jours l'un; et dans le jour d'intervalle, des préparations ferrugineuses; il lui avait en outre fait appliquer un vésicatoire à la nuque. Son état empira graduellement sous l'influence de cette médication; et lorsqu'elle arriva à Washington, elle était dans l'état décrit ci-dessus. Voici le traitement qui lui fut prescrit dans une consultation de plusieurs médecins de cette ville. Régime nourrissant, mais sans stimulans ni aucun aliment indigeste; promenade en voiture chaque jour, et autres exercices en plein air; frictions avec la flanelle sur tout le corps; linimens stimulans sur l'épine et sur les extrémités inférieures; pas d'autres purgatifs que la rhubarbe ou la magnésie, et encore seulement dans le cas où il y aurait une constipation opiniâtre; trois fois par jour une cuillerée à thé de la poudre de racine d'*actœa racemosa*. Ce médicament fut le seul qu'elle prit pendant les quinze premiers jours, au bout desquels on y joignit de deux à quatre grains de carbonate de fer trois par jour.

L'amélioration fut très marquée et rapide. Déjà elle était manifeste au bout de quelques jours; et, au bout de deux mois, lorsqu'elle quitta Washington, elle était presque entièrement rétablie. Elle s'exprimait presque avec autant de facilité qu'avant sa maladie, et sa marche n'offrait plus rien d'anormal. Sa santé générale était parfaite; elle dut continuer le traitement pendant le voyage, et quelque temps après.

Le 6 décembre 1836, le père de la jeune malade apprit à l'auteur que sa fille continuait à jouir d'une parfaite santé, et qu'elle n'avait éprouvé aucun souvenir de sa maladie.

RAPPORT SUR LES CAS DE FIÈVRE TYPHOÏDE OU FIÈVRE CONTINUE COMMUNE DE LA NOUVELLE-ANGLETERRE, OBSERVÉS A L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE MASSACHUSSETS, DEPUIS 1821 JUSQU'A LA LA FIN DE 1835; par le docteur JACKSON, médecin de l'hôpital.

Ce rapport est basé sur plus de 300 cas de fièvre typhoïde reçus à l'hôpital de Massachussets pendant environ quinze ans, et dont la moitié avaient été traités dans les salles du docteur Jackson. Disons d'abord que pour l'auteur le mot fièvre typhoïde conserve le sens que lui ont donné depuis quelques années les médecins français; car il dit avoir trouvé dans tous les cas où il a pu faire l'autopsie, les lésions qui appartiennent exclusivement à la fièvre typhoïde. Cependant, il ne prétend pas, comme on l'a fait en France, que tous les cas de fièvre continue simples appartiennent à la catégorie des fièvres typhoïdes; car il distingue de ces dernières la fièvre bilieuse rémittente, qui est propre à l'Amérique du nord, et qui diffère de la fièvre typhoïde par des caractères si tranchés qu'il semble impossible de les confondre, au moins dans le plus grand nombre des cas.

L'auteur fait un récit intéressant des différentes médications qu'il a employées dans le traitement de la fièvre typhoïde depuis 1814, époque où il employa l'antimoine, d'après la méthode d'Odier; c'est-à-dire par doses continuellement croissantes; mais depuis 1833, il a commencé à abandonner tout traitement actif, au moins continué pendant une assez longue durée; et pendant les années 1833, 1834 et 1835, il n'employa la méthode d'Odier que dans les cas où le malade était reçu pendant le premier septenaire.

Sur 345 cas qui ont offert les symptômes de la fièvre typhoïde, 43 seulement se sont terminés par la mort, ce qui porte la mortalité à un sur huit. L'âge avancé paraissait être une circonstance défavorable pour la marche de la maladie; car la mortalité a été de 1 sur 4 pour les malades âgés de plus de 30 ans, et de 1 sur 10 pour ceux qui avaient moins de 30 ans.

Une autre circonstance qui paraissait avoir une heureuse influence sur l'issue de la maladie était l'entrée du malade à une époque peu avancée de la maladie. Au reste, l'auteur fait preuve ici d'une bonne foi que n'ont pas tous les médecins qui rapportent le résultat de leur pratique, en attribuant cette heureuse influence, non au traitement qu'il employait, mais aux soins hygiéniques que le malade trouvait dans les salles de l'hôpital.

Parmi les symptômes dont le docteur Jackson fait l'historique, sur le plan adopté parmi nous par le docteur Louis, nous citerons seulement les taches rosées lenticulaires qu'il n'a commencé à observer qu'en 1833, non parce qu'elles n'existaient pas auparavant, mais parce que son attention n'avait pas encore été appelée sur ce point. Sur 106 malades reçus depuis cette époque dans ses salles, il a trouvé les taches rosées lenticulaires chez 70; il croit avoir remarqué un plus grand nombre de cas terminés par la mort parmi ceux qui n'ont pas présenté ces taches, qu'il regarde dès-lors comme un signe favorable, ainsi que les sudamina qu'il n'a trouvé que chez 40 malades, et dont 4 seulement ont succombé. Ces résultats sont trop opposés à ceux qui ont été obtenus en France, et reposent sur des différences numériques trop peu importantes pour qu'on y attache quelque valeur. Mais nous les avons signalés afin de montrer la marche suivie par l'auteur dans la description de la fièvre typhoïde, et afin de prouver que la maladie dont il parle est réellement identique à la fièvre typhoïde de nos climats. Tout ce qu'il dit de la succession des divers symptômes et de leur gravité, des formes différentes sous lesquelles elle se présente pendant un intervalle quelquefois très court chez le même individu, ne peut laisser aucun doute sur ce point; s'il en restait à cet égard, ce que nous trouvons sur les lésions observées pendant le cours de cette fièvre suffirait pour le dissiper entièrement.

Ce n'est que depuis 1833 que les intestins ont été examinés avec tout le soin désirable, et chez tous ceux qui, depuis cette époque, sont morts après avoir offert les symptômes de la fièvre typhoïde, on a trouvé les lésions propres à cette affection. Ce nombre ne s'est élevé qu'à onze, et chez aucun il n'y a eu de perforation intestinale. L'auteur rapporte plusieurs observations où ces altérations sont décrites avec les développemens désirables.

Nous avons déjà dit quelques mots du traitement employé par le docteur Jackson; nous présenterons ici, sous forme de conclusions, les règles qu'il établit à cette occasion.

1° Il recommande le repos le plus parfait du corps et de l'esprit dès le commencement de la maladie, et restreint le régime aux alimens liquides les plus simples.

2° Dès le début, il prescrit le tartrate antimonié de potasse en vomitif,

et après lequel on administre un cathartique actif. Si ces deux moyens n'amènent pas une grande amélioration, le lendemain il a recours à la saignée, à moins que la constitution ne soit très faible, ou la maladie très légère.

3° Si, à la suite de ces évacuations, la maladie ne prend pas une marche convenable, il prescrit le tartrate antimonié de potasse, d'après la méthode d'Odier. Il le donne d'abord à la dose d'un huitième de grain, augmentant à chaque dose d'un huitième de grain, jusqu'à ce que le malade en prenne à la fois une dose d'un demi grain, d'un grain et même de deux, trois et même quatre grains.

4° Si la maladie prend une tournure favorable, à la suite d'un traitement actif, il ne permet au malade l'usage de quelques alimens solides que quand déjà l'appétit est prononcé depuis plusieurs jours. Il lui défend en outre de faire aucun effort de corps ni d'esprit, tant que la convalescence n'est pas très avancée.

5° Il emploie encore avec avantage les vomitifs et les purgatifs pendant le second septenaire; mais quand cette époque est passée, il veut qu'on éloigne tout traitement actif ou incommode pour le malade.

FAITS CHIRURGICAUX OBSERVÉS A LA CLINIQUE DE M. SMITH.

EXTIRPATION DE LA GLANDE PAROTIDE.

Obs. I. — Miss Bryan portait une tumeur à la face, entre l'oreille et l'angle de la mâchoire du côté gauche, précisément à la place de la parotide. Cette tumeur est saillante et pointue comme un phlegmon; sa base n'est point large; elle est dure, sensible au toucher et accompagnée de douleurs lancinantes; son volume fait des progrès. On l'avait prise pour un ganglion lymphatique.

Le 25 août 1836, M. Smith l'a opérée de la manière suivante. Il a pratiqué une incision verticale s'étendant de l'arcade zygomatique à l'angle de la mâchoire; il en a disséqué les bords et mis la tumeur en évidence. En suivant la dissection de cette dernière, le chirurgien s'est assuré qu'il avait affaire à la totalité de la glande parotide, laquelle était devenue squirrheuse; sa forme est plus globulaire que celle de l'état normal; son enveloppe plus épaisse et plus distincte; sa situation très profonde à cause du boursoufflement des tissus environnans.

Arrivé à la partie profonde de la tumeur, l'auteur a mis à découvert et disséqué le nerf facial (portion dure) dans une grande étendue; ensuite il a été obligé de le diviser avec le bistouri, afin de compléter exactement l'ablation de la tumeur; aussi en est-il résulté la paralysie des muscles de la face. Pour enlever la tumeur, M. Smith a agi avec beaucoup de précaution afin de remédier à l'hémorrhagie qui pourrait résulter de la division des branches de la carotide; il a passé petit à petit son doigt derrière la tumeur et cherché les pulsations artérielles; partout où il en a senti, il a coupé doucement, puis placé des ligatures, en s'aidant surtout d'un ténaculum. Enfin il est parvenu à isoler en quelque sorte le mal, et il a fini par l'extirper; mais à chaque coup de bistouri un jet de sang artériel avait lieu.

La cavité restante s'étendait jusqu'à l'apophyse styloïde : on voyait distinctement les muscles qui prennent naissance de cette apophyse; la place occupée par la glande parotide parfaitement vide, ce qui a fait penser que cet organe a été enlevé en totalité. L'examen de la tumeur confirme d'ailleurs cette observation.

Le volume de la tumeur est comme celui d'une très grosse noix.

Les suites de l'opération ont été heureuses, mais la paralysie de la face a persisté.

Quelques chirurgiens qui se sont occupés de l'extirpation de la glande parotide auront de la peine à admettre que dans le cas ci-dessus la glande ait été complètement enlevée. Pour eux l'ablation totale ne peut avoir lieu sans que la carotide soit divisée; aussi prescrivent-ils comme un précepte de rigueur de commencer l'opération par la ligature de cette artère; ils se fondent sur ce que ce vaisseau a des liaisons immédiates avec la glande en question. Il ne faut pas oublier néanmoins que le développement d'une tumeur déplace souvent ou oblitère des vaisseaux qui, par cela même, ne s'offrent plus dans leurs rapports naturels quand il s'agit d'attaquer les tissus malades. Il se pourrait par conséquent que M. Smith ait enlevé la totalité de la glande parotide sans plus d'hémorragie que celle dont il parle, ainsi que d'autres assurent d'ailleurs l'avoir fait avant lui.

CYSTOCENTÈSE CHEZ UN ENFANT.

Obs. — Le 27 novembre 1837, un enfant âgé de sept ans, tombe à califourchon sur le bord d'un tonneau vide et ouvert, et se donne une forte contusion au périnée. Le coup a porté principalement sous l'arcade du pubis, précisément sur la portion membraneuse de l'urètre qui répond au bulbe; la peau est restée saine. Bientôt après, une tuméfaction dure s'est manifestée, symptôme évident d'une extravasation sous-dermique, et par conséquent d'une rupture des parties sous-jacentes. Le malade a éprouvé des envies fréquentes et vives d'uriner, mais tous les efforts qu'il a faits pour les satisfaire ont été inutiles. On essaie de passer une sonde dans la vessie, impossible. M. Smith essaie à son tour le cathétérisme sans plus de succès, l'instrument ne donne issue qu'à du sang quand il est poussé jusqu'à l'endroit de la contusion. Il était donc évident d'après ces signes qu'il y avait eu rupture de l'urètre par la violence de la chute. Comme la vessie n'est pas énormément distendue, on temporise la paracentèse; on prescrit en attendant une saignée; applications émollientes, laxatif, potion anodine.

Le lendemain, le malade est mieux, il a rendu de temps en temps un peu d'urine, la vessie est moins distendue, la fièvre est légère. On essaie de nouveau le cathétérisme sans plus de succès.

Le quatrième jour, rétention complète d'urine, vessie fort distendue, fièvre, anxiété extrême, agitation, contractions spasmodiques des muscles abdominaux. On essaie encore le cathétérisme sans résultat; on délibère sur la question de savoir s'il faut inciser sur le lieu de la contusion et introduire par là une sonde dans la vessie, ou bien ponctionner directement cet organe. M. Smith s'est décidé pour ce dernier parti.

Le malade étant couché sur le dos vers le bord du lit, le chirurgien a introduit le doigt indicateur gauche dans le rectum, ensuite avec un bistouri long et étroit, il a fait une incision au périnée comme pour l'opération de la taille; et est entré par là dans la vessie. Par cette ouverture il a introduit une sonde de gomme élastique et l'urine a coulé librement. Soulagement.

Les jours suivans le malade est allé de mieux en mieux; la tumeur périnéale a diminué progressivement.

Le 3 décembre, on introduit une sonde dans l'urètre qui passe jusque dans la vessie. La nuit suivante, le malade est agité, on ôte la sonde urétrale; les symptômes de rétention reparaissent; mouvemens convulsifs. Ces symptômes se sont dissipés et la guérison a été complète.

L'opération dont on vient de lire les détails est une véritable cystotomie comme pour l'extraction de la pierre. La plupart des chirurgiens modernes ne pensent pas qu'il soit nécessaire d'avoir recours à un procédé aussi grave pour vider le liquide de la vessie. S'il est vrai que le canal urétral avait été déchiré par la violence de la contusion il est clair que l'incision sur ce point offre de l'avantage sur tout autre procédé; on donne de la sorte issue au sang et à l'urine extravasés, et l'on entre aisément dans la vessie. La boutonnière urétrale est incontestablement moins grave que la cystotomie et que la cystocentèse. Elle offre l'avantage essentiel de prévenir les abcès urineux, et de rétablir plus exactement le canal primitivement blessé. Personne ne contestera effectivement que si dans le cas ci-dessus la tumeur périnéale eût été le résultat d'une collection d'urine, il ne fût nécessaire après la cystotomie d'en venir à la boutonnière; on aurait eu de la sorte une double taille dont les suites auraient pu être dangereuses. En conséquence nous sommes de l'avis des chirurgiens qui pensent qu'en pareille occurrence la boutonnière est l'opération essentielle à laquelle on doit avoir de prime-abord recours.

CAS RARE DE FRACTURE DU FÉMUR PRÈS DU GENOU, ACCOMPAGNÉ DE COMPRESSION DES VAISSEAUX POPLITÉS PAR LE DÉPLACEMENT DES FRAGMENS; GANGRÈNE; AMPUTATION AVANT LA DÉLIMINATION; GUÉRISON.

Obs. — Un jeune homme, âgé de 17 ans, de bonne constitution, reçoit sur le genou un sac plein de marchandise qu'on descendait d'un vaisseau et se fracture le fémur en rave près des condyles. Il est soigné, pendant cinq jours, par un chirurgien. A cette époque M. Smith est consulté; il a trouvé le malade dans l'état suivant : le membre est placé sur des oreillers et dans la demi flexion, mais sans attelles. Tout le pied et la jambe, jusqu'à trois pouces au-dessous du genou, sont frappés de sphacèle, tuméfiés, crépitans à la pression, couverts de vésications noires et complètement insensibles. Un cercle d'inflammation gangréneuse existe au-dessous du genou, mais rien de semblable au travail qui limite les parties mortes des vivantes. L'endroit de la fracture offre une tuméfaction considérable, mais pas excessivement douloureuse. Pouls ferme et bon (100). Le système nerveux est à peine altéré; l'estomac fait assez bien ses fonctions.

M. Smith a pensé que la gangrène tenait à la lésion des gros vaisseaux et nerfs, et, comme la mortification était progressive, il a pensé que l'amputation de la cuisse était le seul moyen de salut; il l'a pratiquée immédiatement au-dessus de la fracture et a réuni la plaie par première intention.

Le membre enlevé a été ménagé, de manière à ne pas déplacer beaucoup les fragmens. La dissection a fait voir : 1° que la fracture était en rave et existait à deux pouces et quart au-dessus de l'extrémité inférieure de l'os; 2° que le fragment supérieur était déplacé en arrière, de manière que sa face antérieure chevauchait pour trois quarts de pouce sur la face postérieure du fragment inférieur; que, par suite de ce chevauchement, l'artère et veine poplitées se trouvaient fortement poussées en arrière, appliquées sur le bord tranchant du fragment supérieur et complètement aplaties, de sorte que la circulation avait entièrement cessé dans leur intérieur. Du sang extravasé et du sérum existaient en grande quantité autour de la fracture et des vaisseaux comprimés. Les suites de l'opération ont été heureuses et le malade a guéri promptement.

La gravité très-grande qui se rattache aux déplacemens des fractures près-articulaires a été signalée de tout temps; les occasions cependant de constater cette gravité se sont rarement présentées. Le fait précédent par conséquent est digne d'attention à plus d'un titre : 1° il démontre la grande importance d'une réduction prompte et d'un appareil convenable dans ces sortes de fractures; 2° les inconvéniens graves de la position demi-fléchie du membre alors qu'elle est adoptée comme méthode exclusive. Il est probable en effet que l'accident dont on vient de lire les détails ne serait pas arrivé si au lieu de la position demi-fléchie le membre eût

été posé horizontalement; le chevauchement aurait probablement disparu par cette position et les vaisseaux auraient cessé d'être comprimés. C'est là du reste un accident de la demi-flexion qui avait été parfaitement signalé par Monteggia; 3° enfin les heureux résultats de l'amputation avant la limitation de la gangrène. Il est vrai qu'attendu les conditions de la cause de la mortification la gangrène se serait très-probablement bornée aux environs du genou, mais que serait-elle devenue la constitution en attendant cette limitation? elle aurait probablement succombé. On ne saurait par conséquent trop appeler l'attention des praticiens sur cette importante pratique.

RÉSUMÉ STATISTIQUE DES FRACTURES TRAITÉES A PENSYLVANIA HOSPITAL DEPUIS 1751 A 1838; par M. WALLACE, chirurgien de cet hôpital.

On a avancé dans les livres beaucoup de choses *à priori* sur la fréquence relative des fractures des différentes régions: on ne s'est pas donné la peine de les faire contrôler par l'expérience; de là la divergence des opinions qui règne à cet égard. Pour les uns, les fractures les plus fréquentes sont celles de la jambe; pour les autres, celles du radius ou de la clavicule. On n'a donné pour cela que des raisons anatomiques ou tirées de la mécanique. M. Wallace a compulsé les registres de l'hôpital de Pensylvanie; il a fait le relevé des fractures traitées dans une période de 87 ans, et les a disposées en trois tableaux, leurs résumés donnent naturellement la solution de la question ci-dessus.

Ces trois tableaux portent sur une somme de 1800 faits. Sur ce nombre, c'est la fracture de la jambe qui offre le chiffre le plus élevé, ce chiffre est 569; plus du quart par conséquent. Vient ensuite la fracture du bras; le chiffre de cette fracture est 408. La fracture de la cuisse se présente en troisième ligne: son chiffre est 287. Les fractures de la clavicule n'occupent que la quatrième place dans l'ordre de fréquence, 148. Si l'on compare les fractures de la clavicule à celles du crâne, dont le chiffre est 74, on trouvera la proportion exacte de 2 : 1. Si l'on rapproche les chiffres des fractures de la rotule et de l'olécrane, on trouvera 27 : 19. Les fractures des côtes présentent le chiffre 110, qui est, comme on le voit, le plus élevé après celui des fractures de la clavicule; vient ensuite celui de la mâchoire inférieure, 47. Il est supérieur à celui des fractures de la rotule et de l'olécrane: de sorte que si l'on voulait classer les fractures d'après leur ordre de fréquence, ce classement serait le suivant:

1° Jambe	569
2° Bras	408
3° Cuisse	287
4° Clavicule	148
5° Côtes	110
6° Crâne	74
7° Mâchoire	47
8° Rotule	27
9° Olécrane	19

Il ne faut pas cependant oublier qu'il y a des fractures plus fréquentes dans certains pays que dans d'autres; ainsi, par exemple, l'on sait que les fractures des doigts sont assez communes chez certains ouvriers employés dans les mécaniques et que celles de la mâchoire inférieure et du nez s'observent souvent en Angleterre et en Amérique par l'usage qu'a le peuple de ces pays de se livrer à la pugilation (boxer); aussi les chiffres de ces fractures sont-ils assez élevés dans les tableaux de M. Wallace.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 15 JANVIER.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le préfet de police en réponse à une demande adressée par M. le secrétaire perpétuel, concernant l'autorisation d'examiner phrénologiquement les têtes des détenus. M. le préfet répond qu'il a donné les ordres nécessaires pour que la commission que l'Académie a nommée à l'occasion d'un travail de M. Voisin ait toutes les facilités possibles pour examiner les détenus.

2° Lettre de M. Leroy d'Etiolle, qui déclare que les instrumens qu'il a présentés dernièrement à l'Académie n'ont aucune ressemblance avec ceux de M. Guillon.

M. LE PRÉSIDENT annonce qu'à la prochaine séance l'Académie devra nommer une commission pour décider s'il y a lieu à remplacer trois des derniers membres décédés, et, en cas d'affirmative, dans quelle section le remplacement doit porter. Les trois membres sont Tessier (section d'hygiène), Louyer-Villermay (section de thérapeutique), Salmade (section d'anatomie pathologique).

PHTHISIE PULMONAIRE.

Un médecin de St-Pétersbourg, M. Marochetti, a envoyé, il y a quelque temps, à l'Académie, par l'intermédiaire de l'ambassadeur russe, un manuscrit sur une nouvelle méthode de guérir la phthisie. Il demandait que l'Académie proposât au gouvernement français d'imprimer son ouvrage, si toutefois la commission l'aurait jugé à propos. Aujourd'hui, M. Louis vient, au nom d'une commission, faire un rapport sur ce travail. Il commence par déclarer que la partie pathologique est loin d'être au niveau de la science, puisque l'auteur paraît ignorer les travaux qu'on a faits depuis une vingtaine d'années sur cette maladie et qu'il s'en tient encore aux vieilles hypothèses de Galien et d'autres médecins de l'antiquité. Plusieurs passages du manuscrit, que M. Louis a reproduits textuellement, ont égayé l'assemblée. Arrivant ensuite à la partie thérapeutique, l'auteur propose comme remède principal de la phthisie de faire respirer aux malades la vapeur de l'urine d'un jeune garçon, auquel on doit faire prendre de la térébenthine: c'est là ce que M. Marochetti appelle sa nouvelle méthode hydro-pneumatique. (Rires prolongés.)

La conclusion du rapport est qu'il n'y a pas lieu à admettre la demande de l'auteur.

NOUVEL APPAREIL UTÉRO-VAGINAL.

M. LEBRETON fait un rapport sur un appareil de M. Cliet, propre à mettre en contact avec l'intérieur du vagin et le col de la matrice des médicamens liquides émolliens ou d'autre nature. Cet appareil se compose de deux parties:

1° D'une tige mousse en ivoire, ayant une plaque mobile et une échelle graduée à sa surface: c'est le vagino-mètre. Il sert à mesurer la longueur du canal dans lequel on doit porter les médicamens;

2° D'une sorte de sac cylindrique, de plusieurs pouces de longueur et de deux pouces environ de largeur, formé par une appendice cœcale desséchée. Dans l'intérieur de ce sac est une sonde de gomme élastique à laquelle est adapté un cordon qui doit servir à la boucher. On l'introduit vide dans le vagin, puis on injecte par la sonde le liquide qu'on veut y porter; ce liquide sort peu à peu par de petits trous capillaires existant dans le bout utérin de l'appareil. Le tout est maintenu en place à l'aide d'une ceinture de corps et de quelque cordons qui partent de la sonde comme ceux de certains pessaires. Une seconde sonde appliquée à la précédente permet de renouveler de temps en temps le liquide sans déplacer l'appareil.

La conclusion est d'adresser des remercîmens à l'auteur.

Une discussion a lieu à l'occasion de ce rapport.

M. LONDE déclare qu'il n'y avait pas lieu à faire un rapport sur ce sujet, attendu que le travail de M. Cliet a été publié.

M. NACQUART craint que le rapport de M. Lebreton ne soit exploité industriellement par l'auteur de l'instrument.

M. VELPEAU : Il y a dans le rapport de M. Lebreton une phrase relative aux douleurs du cancer utérin et que je crois erronée. Il n'est pas exact de dire que le squirrhe ou le cancer de l'utérus s'accompagne ordinairement de douleurs atroces. L'observation nous apprend au contraire tous les jours dans les hôpitaux que le mal se déclare et marche sourdement le plus souvent jusqu'à une période très avancée, et même jusqu'à la mort. Si des douleurs se manifestent à la longue chez quelques femmes, cela tient moins au cancer de la matrice lui-même qu'aux complications et à l'extension de la maladie sur le vagin ou du côté du ventre. De sorte qu'en général le contraire a lieu de ce qne vient d'avancer M. Lebreton, et cela n'est pas sans importance pour la pratique.

Quant à la convenance du rapport lui-même, je partage l'opinion que viennent d'émettre MM. Londe et Nacquart.

M. CAPURON appuie les considérations du préopinant. Il déclare qu'en général le cancer de la matrice existe sans douleur, et cite plusieurs cas de sa pratique qui confirment cette observation.

MM. BALLY et CHERVIN parlent en faveur du caractère de M. Cliet.

M. FERRUS: Lorsque j'ai fait le service des femmes incurables à la Salpêtrière, je me rappelle en avoir soigné un grand nombre atteintes de cancer à la matrice. Je puis affirmer que la plupart d'entre elles éprouvaient des douleurs affreuses; chez quelques-unes seulement la maladie marchait sans douleur.

M. MOREAU: Il y a, à propos de la question en discussion, des distinctions importantes à faire. Toutes les fois que le cancer de la matrice est enkysté, ainsi que cela s'observe dans les tumeurs cancéreuses du corps de cet organe, il existe sans douleur aucune. Le contraire a lieu lorsque le cancer est dépourvu de kyste, ainsi que cela s'observe dans les cas où il attaque le col, il est accompagné de douleurs intolérables. J'ai eu mainte et mainte fois dans ma pratique l'occasion de vérifier la réalité de ce fait.

MM. GÉRARDIN et DESPORTES demandent qu'on prenne en considération la proposition de MM. Londe et Nacquart, c'est-à-dire de passer à l'ordre du jour sur le rapport.

L'Académie consultée passe à l'ordre du jour.

TOURNIS CHEZ L'HOMME.

M. BOUILLAUD fait un rapport favorable sur un travail de M. Belhomme concernant la maladie appelée tournis chez l'homme. Cette maladie est analogue à celle qu'on observe chez les bêtes ovines et qui oblige le corps à tourner continuellement sur lui-même durant chaque accès. Chez l'homme elle avait été à peine signalée; on ne connaissait qu'une seule observation qui fût accompagnée do détails, elle est due à M. Serres. Ayant eu dans le courant de l'année dernière l'occasion de traiter dans son établissement une femme atteinte de tournis, M. Belhomme en a fait le sujet de recherches particulières et a cherché de rapprocher les lésions nécropsiques qu'a présentées sa malade de celles qu'on a rencontrées chez le malade de M. Serres et chez les animaux qui offrent la même affection.

La malade de M. Belhomme était âgée de 55 ans; elle avait éprouvé d'abord des vertiges, puis des accès convulsifs accompagnés d'un besoin irrésistible de tourner continuellement de droite à gauche. Si elle était assise au moment de l'accès, elle tournait continuellement avec sa chaise. Les accès revenaient d'abord assez rarement, puis tous les jours, ensuite cinq, six, vingt fois par jour; enfin tous les quinze à vingt minutes. La malade jouissait de toute sa raison dans les intervalles des accès; durant les accès elle jetait des cris comme ceux d'un chien qui aboie. Enfin elle est morte subitement.

A l'autopsie, on a trouvé pour lésion principale deux petites exostoses sur les bords de la gouttière basilaire comprimant les pédoncules du cervelet. L'origine des nerfs de la cinquième paire était ramollie.

A la suite de ces détails, M. Belhomme se livre à des considérations intéressantes de physiologie encéphalique. Se basant sur les expériences des modernes chez les animaux vivans, il place le siége de la station et de la locomotion dans le cervelet, et en particulier dans les pédoncules de cet organe. Si l'on coupe effectivement chez un animal un des pédoncules en question, l'animal tourne continuellement du même côté, comme s'il était affecté de tournis. C'est dans ces pédoncules aussi que M. Belhomme établit le siége du tournis chez l'homme. Dans le cas ci-dessus, effectivement, il y avait compression de cette partie; dans celui de M. Serre, il y avait ramollissement du même point. M. le rapporteur, néanmoins, convient que la seule compression du cerveau peut également produire le tournis, ainsi qu'on l'observe chez les brebis.

La conclusion du rapport est qu'on remercie l'auteur pour son importante communication, et qu'on l'engage à continuer ses recherches sur cette intéressante matière.

M. Castel. - Les faits anatomiques contenus dans le travail de M. Belhomme me paraissent remarquables et importans : il n'en est pas de même de l'étiologie du tournis, qu'il a cherché à établir; elle me paraît tout à fait hasardée. Je crois effectivement que c'est une grave erreur de vouloir localiser le départ des phénomènes du tournis dans tel ou tel endroit de l'encéphale, puisque l'expérience démontre que les mêmes symptômes peuvent naître par des lésions diverses siégeant dans des lieux différens. Qu'est-ce que le tournis chez l'homme? C'est une sorte de vertige. Eh bien! le vertige, la migraine, le tournis, les convulsions, l'épilepsie et l'apoplexie offrent une grande connexité entre elles, ainsi que Morgagni l'a très bien dit : on pourrait presque les considérer comme des degrés d'une même maladie; nous voyons effectivement assez souvent toutes ces maladies avoir une même terminaison : l'apoplexie. Ce que je viens de dire de la localisation présumée du siége de ces maladies s'applique également à la localisation qu'on veut faire des facultés intellectuelles. Les opérations de l'intelligence ne sont pas localisables, attendu qu'elles sont toutes dépendantes les unes des autres.

M. Rochoux appuie le fond et les conclusions du rapport; mais il ne pense pas que les exostoses signalées par l'auteur du mémoire existent réellement; la pièce anatomique qu'il a en main, et qu'il vient de faire voir à plusieurs membres, ne démontre presque rien d'anormal sur la gouttière basilaire, si ce n'est une très faible hypertrophie de ces bords.

M. Barthélemy : Je n'entrerai pas dans la question du tournis chez l'homme; mais je crois devoir dire quelques mots sur la même maladie chez les animaux. Ce n'est pas seulement dans l'espèce ovine que le tournis s'observe; le chevreuil et plusieurs autres animaux en ont souvent offert des exemples; mais c'est principalement chez les agneaux de première et seconde année que cette affection se manifeste et fait les plus grands ravages. On évalue rien moins qu'à un cinquième les agneaux qui périssent annuellement de cette formidable maladie.

Le tournis chez les animaux dépend de la présence d'une hydatide dans le cerveau. C'est ordinairement dans l'un des ventricules latéraux que l'acéphalociste se déclare; l'animal tourne toujours du côté correspondant à l'hémisphère malade. Quelquefois l'acéphalociste existe dans la scissure des deux lobes cérébraux; alors l'animal tourne en baissant le museau vers la terre. Dans d'autres circonstances, l'hydatide est placée entre le cerveau et le cervelet; alors l'animal tourne en levant le museau en l'air. De sorte qu'on peut aisément reconnaître le siége de l'acéphalociste d'après les phénomènes que l'animal présente.

En se développant, l'acéphalocyste distend, amincit considérablement, et même détruit la voûte correspondante du cerveau : la voûte crânienne est attaquée à son tour; les os en sont tellement affaiblis qu'ils craquent sous la pression des doigts comme du parchemin. On se sert de ce dernier caractère pour déterminer le siége précis de l'hydatide.

On traite cette maladie par la ponction à l'aide du trois-quart; on cherche ensuite la poche hydatique à l'aide d'un tuyau de plume dentelé, qu'on introduit par le canal même du trois-quart; mais ces moyens ne réussissent pas souvent.

M. Gerdy fait une sortie violente contre la physiologie basée sur des expériences chez les animaux vivans.

L'heure étant avancée, la discussion sera reprise à la prochaine séance.

(Séance levée à 5 heures.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

RÉFLEXIONS SUR LE PHLEGMON OCULAIRE, communiquées par M. Mackenzie, professeur d'ophthalmologie à Glascow.

Un cas des plus intéressans, que je traite en ce moment à ma clinique, m'a suggéré les réflexions suivantes; c'est celui du nommé John Fletcher qui offre un exemple d'ophthalmie traumatique intense et qui s'est terminée par un phlegmon oculaire. Les cas de cette nature ne sont malheureusement pas les plus rares et ils compromettent souvent la réputation du praticien et de l'art. Ils méritent la plus grande attention à cause des dangers qui les accompagnent. Rapportons d'abord le fait avant de nous livrer à quelques réflexions.

Obs. — Un tailleur de pierre, âgé de 73 ans, s'est frappé, le 15 mai 1838, à l'œil droit avec un morceau de pierre blanche.

Le 19, il était atteint d'une violente ophthalmie, et il n'avait rien fait jusqu'à ce jour, un charlatan lui ayant conseillé de n'y faire aucun remède. La conjonctive est fort gonflée et fort rouge; le centre de la cornée est opaque; le fond de la chambre antérieure contient une petite quantité de pus; vision très altérée, douleur intense, surtout vers l'angle interne de l'œil.

J'ai prescrit une saignée du bras; sangsues répétées souvent sur les paupières, vésicatoires, purgation mercurielle.

Le 30, les symptômes persistent, la douleur à l'angle interne est intense; nouvelle effusion de pus dans la chambre antérieure. Je fais répéter la saignée et continuer le calomel et les sangsues; pas de soulagement.

Le 4 juin, la chambre antérieure est complètement remplie de pus; la douleur continue.

Le 6, la douleur est moins vive, mais la cornée est gangrenée.

Le 10, l'inflammation diminue. On continue les sangsues et les vésicatoires.

Le 16, on suspend le calomel et on le remplace par du sulfate de quinine (2 grains trois fois par jour) qu'on continue jusqu'au 31 juillet.

A l'examen, le premier août, le malade présente l'état suivant : la cornée et l'iris sont à l'état staphylomateux; le staphylome est total, conique, mais pas très saillant. Le malade se plaint de douleur intense dans l'œil.

Je lui prescris : 1° frictions d'onguent de précipité rouge tous les matins; 2° collyre de nitrate d'argent (4 grains par once d'eau) à instiller entre les paupières une fois par jour; 3° autre collyre vineux de belladone.

Le staphylome fait des progrès à vue d'œil à cause du grand affaiblissement de la cornée déjà abcédée, gangrenée et ulcérée; l'iris qui avait fait procidence se trouve couvert par une pseudo-cornée ou cicatrice opaque, à laquelle adhère tout le diaphragme irien. Effectivement un staphylome de la cornée et de l'iris n'est autre chose que le résultat d'une cicatrice étendue sur l'iris, ayant la forme et la place de la cornée, étant complètement opaque et généralement plus épaisse que la cornée naturelle; sa consistance est même quelquefois cartilagineuse. Dans cette espèce de tumeur, il ne s'agit donc pas d'une dégénérescence de l'ancienne cornée comme dans le staphylome ordinaire. Un leucome avec synéchie antérieure ne constitue pas un staphylome, mais si la cornée est détruite sur un point ou totalement la procidence irienne se couvre d'une pseudo-cornée et forme une tumeur qu'on peut nommer staphylomateuse.

Dans le cas dont il s'agit, nous avions donc à faire à un véritable staphylome total de l'iris et de la cornée. Le malade se plaint d'une douleur très intense; cette circonstance m'a paru insolite, car elle n'existe pas ordinairement après que la tumeur est déjà formée; aussi ai-je eu le soupçon que quelque fragment de pierre avait pu être resté dans l'œil; le malade partageait lui-même le même soupçon. En conséquence de cette idée, le 16, j'ouvre la tumeur inférieurement comme pour l'extraction de la cataracte, et j'applique un cataplasme tiède pardessus.

Le 17, le malade se sent beaucoup mieux. On entretient l'ouverture, mais aucun corps étranger n'est sorti. On continue les cataplasmes.

Le 18, j'introduis une sonde dans l'ouverture précitée; il s'écoule beaucoup de pus liquide, mais pas de corps étranger solide.

Le 20, le cristallin s'échappe au dehors avec une grande quantité d'humeur vitrée. Cataplasmes.

Le 22, écoulement abondant de pus; le globe oculaire est très saillant; conjonctive à l'état chémosique. Les paupières sont gonflées et de couleur rouge obscure. Le malade se plaint de douleurs intenses et profondes, comme si tous les tissus de l'orbite allaient tomber en suppuration. On a administré quatre grains d'opium depuis hier, une once d'huile de ricin et huit sangsues aux paupières. L'œil offre maintenant tous les caractères de cette terrible inflammation qu'on appelle *ophthalmitis phlegmonosa* ou phlegmon oculaire.

Le 23, la nuit est meilleure, mais le gonflement et l'exorbitisme de l'œil continuent. La tumeur offre à son côté externe une couleur blanchâtre. Je plonge une lancette sur le côté temporal de la sclérotique; il ne s'écoule que du sang. Cataplasme.

Le 24, nuit assez bonne, gonflement *ut supra*; écoulement des matières blanche et épaisse par la première incision.

Le 25, gonflement un peu moindre; pouls 72.

Le 26, écoulement considérable de pus par la cornée; douleur plus intense; insomnie. Potion avec trente gouttes de teinture d'opium. Cataplasme.

Le 27, nuit meilleure; le gonflement phlegmoneux décline; écoulement purulent très abondant.

Prescription, idem.

Le 28, une once d'huile de ricin. Potion; cataplasme.

Le 29, potion avec 35 gouttes.

Le 30, nuit assez bonne; gonflement moindre; écoulement considérable de pus. Le malade commence à mouvoir le moignon. On répète l'huile de ricin et la potion calmante.

Le 31, mieux progressif; les tissus s'affaissent.

Le 1 septembre, paupières à l'état naturel; moignon presque cicatrisé. Guérison.

Telle est l'histoire de ce cas de phlegmon oculaire déterminé par l'ouverture artificielle du staphylome.

Le danger qui accompagne cette maladie ne se borne pas à l'œil; il s'étend souvent à la vie même du malade, et ce n'est pas sans une vive satisfaction que j'ai vu chez Fitcher les symptômes s'amender sous l'influence de mon traitement. Attendu l'âge avancé du sujet, et l'état de la coque oculaire que se trouvait déjà divisée par le bistouri, nous n'avons pas eu besoin dans ce cas d'employer une médication aussi énergique que la maladie réclame généralement.

Lorsque le phlegmon oculaire se déclare *ex abrupto*, l'organe étant préalablement sain, il est toujours formidable dans ses conséquences, car il se termine souvent par la mort. Dans cette maladie toutes les membranes internes et externes de l'œil sont enflammés; les paupières elles-mêmes et les tissus intrortitaires participent au travail phlegmasique. Dans les membranes internes cependant l'inflammation est beaucoup plus intense; de là les noms d'*ophthalmie interne* et de *rétinite* dont on l'avait décorée.

Les causes du phlegmon oculaire sont de deux espèces, les blessures et la phlébite. On l'observe assez souvent à la suite de l'opération de la cataracte, surtout après l'extraction. Le docteur Rognetta, qui a donné une excellente description de cette maladie dans la LANCETTE FRANÇAISE, du 9 février 1837, dit l'avoir observée plus fréquemment à la suite de la dépression. D'autres blessures, soit de l'œil, soit de l'orbite, peuvent la produire, ainsi que Percy, Guthrie et d'autres en rapportent des exemples. Il arrive dans ces cas ce qu'on observe souvent à la main et aux doigts, à la suite de petites piqûres qui donnent lieu à des réactions fort graves. M. Rognetta a aussi considéré l'absorption du pus dans la phlébite comme une des causes du phlegmon oculaire. L'on ne peut, en vérité, avoir aucun doute sur la réalité de cette cause. J'ai observé, en effet, la maladie à l'occasion de l'érysipèle ou de l'inflammation diffuse du tissu cellulaire. Dans un cas de cette espèce, que j'ai traité en ville avec deux autres médecins, les deux yeux à la fois ont été attaqués et l'individu est resté complètement aveugle. Dans un autre, j'ai vu la maladie se terminer par la mort; elle s'était déclarée à la suite d'une phlébite utérine, après l'accouchement. En 1836, nous avons vu, dans l'espace de quelques semaines, à l'infirmerie, deux cas de phlegmon oculaire se terminer par la mort, l'un dans le service de M. Cowan, l'autre dans le service de M. Rainy. Dans le cas de M. Cowan, le phlegmon avait été la conséquence de la scarlatine. Chez l'un et l'autre, d'ailleurs, le mal a été attribué à la phlébite, aucune blessure ne lui avait donné naissance.

J'ai souvent vu les yeux staphylomateux être atteints d'ophthalmite phlegmoneuse, soit à la suite d'un coup, soit par l'action du froid. Ces cas cependant ne sont jamais aussi dangereux que lorsqu'ils dépendent de phlébite ou d'un vice constitutionnel. L'ophthalmie morbilleuse, la varioleuse, la muco-purulente, sont quelquefois capables de donner lieu à une réaction phlegmoneuse de l'œil. Telles sont les causes les plus fréquentes de l'ophthalmie phlegmoneuse.

Nous pouvons maintenant distinguer, avec le docteur Rognetta, trois périodes dans la marche de la maladie : 1° *période de pyropsie*, s'étendant depuis le commencement de la maladie jusqu'à l'époque où la rétine devient insensible, les yeux cessant de percevoir la lumière ou d'être photophobiques; 2° *période de suppuration*, commençant depuis la cessation de la photophobie; 3° *période de rupture* du globe oculaire.

La maladie commence lentement et insidieusement dans quelques cas; subitement et avec intensité dans d'autres. Dans les cas dépendent d'une cause constitutionnelle, un œil ou tous les deux yeux sont attaqués. Dans le phlegmon traumatique, fort rarement ou jamais le mal ne passe de l'œil blessé à l'œil sain. Quelquefois la maladie se déclare par un phlegmon de la conjonctive; d'autres fois par les tissus orbitaires. Dans beaucoup de cas, surtout lorsqu'elle dépend d'une phlébite, la rétine paraît être le point de départ du mal. Une douleur pulsatile, comme dans le panaris le plus intense, en est le premier symptôme que les malades rapportent dans le fond de l'œil et de l'orbite. Cette douleur se répand aussi au sourcil et à la tempe, et est accompagnée de chaleur brûlante, de tension et d'un sentiment de plénitude, comme si l'organe ne pouvait pas être contenu dans l'orbite. Le malade se plaint de photophobie à un très haut degré, de vision flamboyante et de fièvre. Le plus léger rayon de lumière lui cause une douleur intolérable. Ce symptôme existe surtout dans le commencement, mais ensuite il décline petit à petit et finit par disparaître complètement, par suite de l'insensibilité que le travail phlegmasique produit dans la substance de la rétine, ou par la compression que produisent les fluides extravasés des tissus environnans. Il y a alors gonflement phlegmoneux de l'œil, des tissus introrbitaires et des paupières. Le globe oculaire est dur, incompressible au toucher et poché, comme s'il était complètement en dehors de l'orbite. La coque oculaire, étant fibreuse, n'est pas susceptible d'extension, ou du moins ne l'est que fort peu; de là l'intensité extrême de la douleur qui accompagne la maladie. Néanmoins la coque finit par se ramollir et se laisser distendre par l'accroissement des matières qu'elle contient; mais la résistance des paupières s'oppose un peu à cet effet, et si l'œil paraît très gros, cela tient principalement à son exorbitisme.

Dans le commencement, la conjonctive est plutôt œdémateuse que fort rouge, l'humeur aqueuse sanguinolente, l'iris décoloré, la pupille contractée, le fond de l'œil rougeâtre ou verdâtre. Le globe est fixe, le malade ne peut le mouvoir. Les symptômes constitutionnels sont variables en intensité; frissons, fièvre, insomnie, anxiété, délire, quelquefois des convulsions, tels sont les phènomènes qui l'accompagnent.

Les terminaisons du phlegmon oculaire sont variables : 1° *par l'amaurose*; ainsi que nous venons de le voir chez l'un des malades ci-dessus; le phlegmon, dans ce cas, avait été la conséquence d'un érysipèle du membre thoracique. Le globe oculaire peut d'ailleurs conserver son volume naturel ou bien s'atrophier. La capsule cristalline reste souvent opaque, la pupille petite et adhérente. 2° *Par la suppuration et la rupture de l'œil*. La cornée dans ces cas s'infiltre de pus et s'ulcère. Je ne l'ai vu qu'une seule fois se gangréner d'une manière très manifeste, c'était chez un jeune homme que je venais d'opérer d'une cataracte congénitale à l'aide de l'aiguille et du bistouri, c'est-à-dire qu'après avoir poussé les fragmens du cristallin et de la capsule dans la chambre antérieure, j'ai fait une petite incision à la cornée pour les extraire. Il est survenu un phlegmon épouvantable, la cornée a été frappée de gangrène et est tombée en entier comme un morceau d'empeigne excisée par un emporte-pièce. Les auteurs cependant parlent de la gangrène de la cornée dans ces cas comme d'une chose assez fréquente. Le docteur Rognetta l'a rencontrée assez souvent (ouvr. cité). Je dois dire cependant que plusieurs médecins confondent l'onyx ou l'abcès de la cornée et l'ulcération de cette membrane avec la gangrène proprement dite. 3° *Par la mort*. Ce mode de terminaison du phlegmon oculaire serait plus fréquent si le globe de l'œil ne crevait pas spontanément, ainsi que cela a lieu le plus souvent. L'espèce d'affaissement qui suit l'évacuation des humeurs de l'organe fait diminuer la violence de l'inflammation et la maladie décline, comme le panaris qu'on traite par des incisions profondes. Si cependant le travail inflammatoire n'est pas jugulé de bonne heure, il se propage aisément au cerveau ou à ses membranes, produit le coma et la mort.

Le danger de la perte de la vue, qui accompagne toujours le phlegmon en question, et la possibilité de la propagation de l'inflammation au cerveau, rendent le diagnostic extrêmement douteux.

Si les symptômes de la maladie ont de la tendance à décliner, comme chez Fletcher, dont je viens de parler, il n'est pas nécessaire d'adopter un traitement très sévère; dans le cas contraire, il faut des mesures énergiques et promptes. En général, c'est sur la saignée du bras, répétée aussi souvent que les circonstances le réclament, qu'il faut baser le traitement. L'état du pouls doit servir de guide dans la répétition de la saignée. Le docteur Rognetta a une grande confiance dans le tartre stibié à haute dose, après la saignée : il en dissout six grains dans six onces d'eau, et en donne une cuillerée à soupe chaque demi-heure. A ces moyens, on joint la diète absolue, les boissons délayantes, des sangsues au cou et aux tempes, des ventouses scarifiées, des applications incessantes d'eau froide sur les paupières, des bains de pied avec de la moutarde et des vésicatoires à la nuque : tel est le traitement de la première période.

Dans la seconde période, il y a collection de matière accidentelle dans l'intérieur de l'œil qu'il faut évacuer. La paracentèse de l'œil est alors indispensable. On ouvre la cornée si la vision n'est pas encore éteinte, ou bien la sclérotique dans le cas contraire. En ponctionnant la sclérotique, on ne donne peut-être issue qu'à peu de matière, mais la détente qui en résulte est très propre à prévenir la propagation de la maladie au cerveau. Ce dernier moyen m'a souvent réussi à sauver la vie et même à prévenir la suppuration de l'œil.

Lorsque la maladie passe à la suppuration, la matière s'échappe par l'ouverture déjà pratiquée sur la cornée, et l'œil s'affaisse : si l'ouverture est bouchée, il faut la refaire. On applique ensuite un cataplasme tiède sur les paupières. Durant la seconde période, le traitement antiphlogistique doit être continué.

Dans la troisième période, l'œil est déjà vidé, soit spontanément, soit par l'intervention du bistouri, les parties restent encore pendant quelque temps gonflées et douloureuses; mais à mesure que la suppuration diminue, les membranes reviennent petit à petit sur elles-mêmes, et la douleur s'apaise. C'est alors que les lotions astringentes sont utiles. Il importe à cette époque d'examiner souvent l'intérieur des paupières, afin de prévenir la formation d'un symblepharon et ménager la ressource d'un œil artificiel.

Je termine ces réflexions par la relation d'un cas de phlegmon oculaire double qui s'est terminé par la mort.

Obs. II. — Daniel Maclellan, âgé de 23 ans, a été reçu à l'infirmerie de Glascow dans le service de M. Rainy, le 7 juin 1836. Les globes oculaires sont d'un rouge intense, très gonflés et exorbitans, mais encore couverts par la paupière supérieure. Tout le tissu cellulaire environnant est œdémateux; la paupière inférieure gonflée est extroversée; les iris ont une teinte verdâtre; les pupilles sont irrégulières et insensibles à la lumière. La pupille droite laisse voir une lentille opaque, la gauche une blancheur terne. Le malade ne perçoit la lumière avec aucun des deux yeux, il présume cependant en éprouver une légère perception à gauche. Sa maladie s'est déclarée depuis quinze jours; à la suite d'une violente douleur au côté du thorax, pour laquelle il fut saigné abondamment. La douleur dans les yeux avait été intense et elle se fait encore sentir dans les orbites. Pouls, 116, mou; ventre plutôt constipé. On l'avait traité à l'aide de sangsues, de vésicatoires, de scarifications, de purgatifs et du calomel combiné à l'opium.

On prescrit huit sangsues à chaque orbite, huit grains de calomel et autant d'aloès.

Le 10, le gonflement de l'œil gauche a considérablement diminué, et le malade commence à voir de ce côté. Le gonflement à droite continue. (Dix sangsues à droite.)

Le 12, l'œil droit continue à être beaucoup enflammé. On répète les sangsues à droite. Une pilule de calomel et opium matin et soir.

Le 13, on rapproche exactement les paupières à l'aide d'emplâtres agglutinatifs; on applique une compresse et une bande par dessus. Le gonflement diminue à chaque côté. Collyre de nitrate d'argent (4 grains par once). Pilule de calomel et opium trois fois par jour.

Le 15, signes de salivation. Deux pilules.

Le 16, on rase la tête, vésicatoires derrière les oreilles. Douze gouttes de vin de colchique le soir.

Le 18, le malade se plaint de douleur à l'œil gauche. 2 sangsues à la paupière supérieure gauche.

Le 21, diminution de la douleur à gauche; le malade tombe subitement dans l'insensibilité et meurt.

Nécropsie. Crane. La pie-mère est plus vascularisé qu'à l'état normal. Existence d'une quantité considérable de sérum sous l'arachnoïde et à la base du crâne.

OEil droit. Le tissu cellulaire de l'orbite est infiltré de sérum, induré, et contient une collection de matière purulente qui fait saillie sous la conjonctive et communique moyennant une ouverture à la sclérotique avec l'intérieur. La sclérotique est fort épaissie et adhère fortement autour de l'entrée du nerf optique, moyennant du tissu cellulaire induré. La choroïde adhère fortement à sa face externe. La face interne de cette membrane présente des traces d'épanchement, de matière plastique, et est complètement séparée de la rétine, moyennant une collection de matière purulente, laquelle s'étend jusque dans les cellules du corps vitré, et communique avec l'abcès externe par la petite ouverture sclérotidale ci-devant indiquée. La rétine et la hyaloïde adhèrent fortement ensemble et forment une masse blanchâtre et épaisse, dans laquelle est renfermé le corps vitré, mais offrant des ouvertures sur plusieurs points. La lentille est transparente : l'iris adhère à la cristalloïde; du sang est épanché dans la chambre antérieure avec quelques traces de lymphe plastique.

OEil gauche. Le tissu cellulaire périoculaire est aussi induré, infiltré de sérum et fortement adhérent à la sclérotique. Cette membrane est très épaissie, surtout à l'entrée du nerf optique. La choroïde adhère fortement à la face interne de la sclérotique. Il n'existe que très peu de fluide entre la choroïde et la rétine. En ôtant la choroïde, on trouve la rétine, la hyaloïde et le corps vitré fortement unis ensemble, et formant une masse dure et jaunâtre, ayant les apparences de la lymphe coagulable, et sans aucune trace de matière purulente. Le corps ciliaire est d'un rouge noirâtre; le cristallin et sa capsule sont transparens; une légère effusion sanguine existe dans la chambre antérieure.

Poitrine. Les deux poumons adhèrent sur plusieurs points à la plèvre costale par du tissu cellulaire. Le poumon gauche est affaissé et réduit à un tiers de son volume naturel. Une concrétion fibrineuse existe dans le ventricule gauche du cœur; mais n'adhère pas intimement à la face interne de cet organe.

Interprétons cette observation.

Maclellan était un homme robuste : il a eu une pleurésie quelques semaines avant d'être affecté du mal d'yeux, et il avait été saigné. J'ignore si la veine du bras s'était enflammée à la suite; mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'il a présenté des symptômes d'encéphalite, en même temps que le mal d'yeux, et que son médecin l'a traité en conséquence : le malade se plaignait d'un grand mal à la tête; on lui a administré du calomel et de l'opium. Beer fait observer que souvent le phlegmon oculaire est pris pour une fièvre cérébrale et confondu avec elle. Le docteur Brown a vu Maclellan vers le dixième jour de l'affection oculaire, et il a observé que les pupilles étaient largement dilatées, l'une plus que l'autre, et immobiles; les rétines étaient déjà insensibles à l'action de la lumière, la douleur s'était apaisée; les paupières inférieures étaient fortement renversées. Le docteur Brown proposa de ponctionner les yeux à travers la paupière inférieure; car il était convaincu qu'il y avait déjà du pus dans les coques oculaires. Cet état de choses prouve pour moi que le pus s'est collectionné dans les yeux, par suite d'une phlébite, tout comme nous le voyons dans d'autres organes de l'économie. Je ne dis pas pour cela que le pus y soit déposé métastatiquement; mais la matière sécrétée par les veines éloignées atteintes de phlogose passe dans le sang, irrite les organes, et donne lieu à des foyers purulens secondaires, mais idiopathiques. La choroïde est souvent le siége de ces transports irritatifs; de là une réaction phlegmoneuse dans tout l'organe, etc.

Glascow, septembre 1838, George-Sonanc.

BIBLIOGRAPHIE.

HISTOIRE DES EMBAUMEMENS ET DE LA PRÉPARATION DES PIÈCES D'ANATOMIE NORMALE, D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET D'HISTOIRE NATURELLE; SUIVIE DE PROCÉDÉS NOUVEAUX; par J.-N. Gannal. — Paris, 1838. 350 pages in-8°. Chez Ferra, libraire, quai des Grands-Augustins, n. 16.

L'histoire des embaumemens chez les anciens est l'un des problèmes les plus curieux et aussi l'un des plus importans pour arriver à connaître leur état de civilisation; il est donc peu étonnant que la plupart des écrivains qui se sont occupés de l'histoire des peuples chez lesquels les embaumemens étaient pratiqués aient recherché l'origine et les motifs de cette pratique et l'aient attribuée la plupart à des causes différentes; mais jusqu'ici toutes les tentatives ou à peu près qui ont été faites, dans les temps modernes, pour obtenir des résultats analogues à ceux auxquels étaient arrivés les Égyptiens, il y a déjà plusieurs milliers d'années, dans l'art de la conservation des cadavres, étaient restées presque infructueuses malgré l'influence qu'une découverte de ce genre devait avoir sur l'étude des sciences anatomiques par la conservation soit des cadavres destinés à la dissection soit des préparations d'anatomie pathologique. Nous dirons plus encore; il n'y a dans les procédés employés de nos jours ou qui au moins l'étaient encore il y a quelques années, et qu'on décore du titre d'embaumement, rien qui ressemble aux procédés qu'employaient les anciens. Les résultats sont encore plus différens : les grandes incisions, les perforations, les mutilations nombreuses qui sont pratiquées sur le corps destiné à être farci d'aromates et de poudres absorbantes n'empêchent pas toujours la putréfaction, et d'ailleurs cette méthode ne répond que d'une manière fort incomplète au sentiment qui porte à recourir à cette pratique pour la conservation des corps de ceux qui nous ont été chers, et dont rien, dans un reste presqu'informe, ne les rappelle à notre souvenir.

La méthode par le deuto-chlorure de mercure est bien préférable sans doute à celle dont nous venons de parler; mais elle offre de graves inconvéniens parmi lesquels nous citerons surtout la couleur brune, la raideur et la déformation des tissus qui ont été soumis à cette préparation et qui sont telles qu'on les reconnaît à peine. Un sujet entier injecté au sublimé alcoolique, puis ouvert, vide et macéré, exposé ensuite à l'air, se dessèche facilement; mais il prend une couleur gris foncé, et les tissus sont à tel point racournis, qu'à peine ils conservent la forme humaine; les autres inconvéniens de ce mode de préparation sont qu'il est d'un prix fort élevé, dangereux pour les opérateurs et qu'il altère les instrumens et les corps qui reçoivent l'influence de ces émanations.

Le naturaliste trouve dans diverses préparations où entrent l'arsenic, le deuto-chlorure de mercure, l'alun, etc., d'assez bons moyens de tanner ou de dessécher la peau et d'autres tissus des animaux, mais aucune de ces préparations n'est sans inconvénient. Voici maintenant ce que M. Gannal dit lui-même de son procédé.

« Qu'ai-je à offrir à l'anatomiste qui croit à l'utilité de pièces desséchées, au naturaliste qu'un besoin réel force souvent d'y recourir? Mon liquide employé en bain ou en injection, sans aucun danger, sans aucun inconvénient, et du prix de 10 à 20 centimes le litre.

» Je donnerai ici un exemple d'injection : un cadavre est injecté par la carotide avec cinq à six litres d'acétate d'alumine à 20 degrés et contenant en dissolution cinquante grammes d'acide arsénique. Quatre jours après cette injection, si on veut préparer l'angéiologie fine et grosse, on injecte par l'aorte un demi-litre d'un mélange à parties égales d'essence de térébenthine et de vernis à l'essence; enfin on pratique d'un seul jet une injection chaude d'un mélange de suif et de galipot, à parties égales, coloré par le cinabre pour les artères, par une couleur noire ou blene pour les veines; alors le cadavre ou la partie du cadavre que l'on veut conserver est préparé et disséqué à loisir selon le vœu de l'opérateur.

» Lorsque le cadavre a été injecté, comme nous venons de le dire, la préparation qui en est faite se dessèche facilement à l'air libre, depuis le mois de mai jusqu'au mois d'octobre; pendant l'hiver, il faut qu'elle soit déposée dans une étuve ou dans une chambre chaude. Lorsque la dessica-

tion est lente, que l'humidité est grande, il peut se développer des byssnes à la surface de la pièce; mais un lavage l'en débarrasse, et une couche de vernis la préserve de nouvelles végétations. Cette pièce sera certainement supérieure à toutes celles que renferment les cabinets d'anatomie.

» L'exposition fidèle et complète des nombreux essais que j'ai tentés me fournira dans ce chapitre l'occasion d'indiquer les moyens les plus efficaces de conservation pour les pièces d'anatomie pathologique et d'histoire naturelle, et comme il convient à un homme d'étude, désintéressé pour tout ce qui concerne la science, je livrerai à la publicité le résultat de mon travail, la composition des différens liquides et la manière de s'en servir.

» Quant à mon procédé pour les embaumemens, j'ai cru qu'il devait rester ma propriété, et que l'homme exclusivement adonné aux études chimiques était plus à même que le médecin de lui faire sentir les différentes modifications que réclame chaque cas particulier.

» J'ai pris un brevet d'invention, car ma méthode diffère assez essentiellement des préparations que j'indique pour les travaux d'anatomie.

» Il fallait en effet conserver aux tissus, pour les embaumemens, une fraîcheur et une souplesse que perdent, par la dessiccation, au bout de quelques mois, les pièces injectées pour les besoins de l'anatomiste; il fallait surtout assurer aux corps, dans ce dernier cas, une conservation plus prolongée; les faits que je puis montrer prouveront que j'ai atteint ce but. » En effet, nous avons vu dans le cabinet de M. Gannal plusieurs cadavres d'enfans préparés depuis un certain nombre de mois et qui tous paraissaient n'être morts que depuis quelques instans. A voir la couleur des tégumens, la manière ferme dont les chairs étaient soutenues, on eût dit que la vie venait de les quitter. Quant au brevet d'invention qu'a pris M. Gannal pour les embaumemens, loin de le blâmer d'en avoir agi ainsi et sans vouloir examiner ici jusqu'à quel point la société a le droit d'exiger des savans qui consacrent leurs veilles aux progrès de la science la révélation des découvertes les plus utiles à l'humanité (celles qui se rattachent à la conservation de la santé ou à la cure des maladies) le plus souvent sans indemnité ou en leur accordant une récompense dont le chiffre pécuniaire est plus que ridicule en comparaison de l'opulence que procurent à leurs inventeurs le moindre changement, la moindre amélioration apportée à un objet industriel d'une utilité souvent bien secondaire; sans, disons-nous, examiner cette question, nous pensons que M. Gannal était libre de conserver ce droit de propriété sur une découverte, dont les résultats, dans l'état actuel de la civilisation, ne sont applicables qu'à un petit nombre de personnes, à celles surtout que la fortune a favorisées de ses dons. On doit surtout éviter de mettre la découverte de M. Gannal sur le même plan que celle des fabricans de pilules et de sirops pour lesquels le mot brevet d'invention n'est qu'un moyen d'annonce et d'affichage. L'embaumement par le procédé Gannal s'il n'est que d'une médiocre importance dans l'ordre physique, nous paraît avoir au contraire une haute portée dans l'ordre moral si les classes aisées savent se l'approprier et en profiter pour conserver aux âges à venir les hommes qui pendant leur vie auront rendu des services réels à leurs contemporains. Mais quittons ce sujet qui s'éloigne trop de l'objet habituel de nos travaux et revenons-en à la conservation des cadavres destinés à la dissection.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'exposition des nombreux essais qu'il a faits avec une foule de substances qui lui étaient indiquées soit par la théorie soit par l'expérience comme propres à être employées dans ce but de conservation; nous nous bornerons à dire que les sels alumineux sont les seuls dans lesquels il ait trouvé réellement la propriété de conserver la matière animale; leurs bases se combinant avec la géline pour former un composé particulier, l'acide est rendu libre.

Tous les sels d'alumine ne possèdent cependant pas cette utile propriété à égal degré; l'auteur, après avoir essayé l'acétate d'alumine, le chlorure d'aluminium, le sulfate oxide d'alumine, le nitrate d'alumine à divers degrés qui tous conservent bien la matière animale, mais ne la conservent pas dans toutes les circonstances, ou sont d'un prix trop élevé pour être employés en grand dans les amphithéâtre, se mit à la recherche d'un moyen plus sûr et plus économique et le trouva dans le sulfate simple d'alumine. Ce sel peu connu et auquel personne ne pensait avant M. Gannal est d'une préparation facile et d'un prix modique; un kilogramme de ce sel coûtant 1 fr. au plus, dissous dans un litre d'eau, suffit en hiver pour conserver par injection un cadavre frais pendant trois mois. Cette quantité de liquide injecté est suffisante pour l'hiver et les températures moyennes; mais lorsque la chaleur dépasse 20°, elle doit être plus abondante ou la solution plus concentrée.

Si on désirait conserver un cadavre pendant un temps plus long, il y aurait encore d'autres modifications à apporter au procédé que nous venons de décrire. Nous ne les indiquerons pas ici; le lecteur les trouvera dans le livre de M. Gannal, où nous l'engageons à les chercher, ainsi qu'une foule de développemens plus ou moins intéressans sur les procédés employés avant lui pour la conservation des matières animales et sur ceux qui lui sont propres. Peut-être trouvera-t-il, comme nous, que les matériaux de cet ouvrage auraient pu être disposés d'une manière plus avantageuse pour l'intérêt qui se rattache à ce sujet; mais, si nous signalons ce léger défaut, c'est que, sous tous les autres rapports, il nous a paru digne de fixer l'attention de tous ceux qui attachent quelque importance aux recherches neuves et originales.

VARIÉTÉS.

— Prix proposé par la Société médicale du département d'Indre-et-Loire. La Société médicale du département d'Indre-et-Loire, séant à Tours, décernera dans sa séance publique du mois de mai 1840 une médaille d'or, de la valeur de 200 fr., au meilleur mémoire sur la question suivante :

« Déterminer, par des observations cliniques et des recherches nécroscopiques, ce que l'on a désigné jusqu'ici sous le nom de *gastrite.* »

En mettant au concours la question qui précède, la Société médicale a eu en vue de demander aux compétiteurs une discussion consciencieuse sur un point de théorie pathologique qui a donné lieu, depuis une vingtaine d'années, à une foule d'interprétations diverses. Les uns, sous l'impression d'un système exclusif, n'ont vu partout que l'inflammation de l'estomac, d'où provenaient tous les symptômes observés. D'autres, peu satisfaits de cette doctrine, ainsi que des résultats qu'elle a produits, l'ont soumise à un examen plus sévère, et ont été conduits à une appréciation différente de la question, persuadés, d'ailleurs, que la nature ne procède pas par une voie unique, et que c'est peut-être en médecine que cette diversité se montre avec plus d'évidence.

Au milieu de cette divergence d'opinions, la Société désire être fixée sur l'idée précise qu'on doit se faire d'un état morbide, susceptible, à ce qu'il paraît. de revêtir des caractères multiples.

Les concurrens sont tenus de ne point se faire connaître; ils doivent distinguer leurs mémoires par une sentence qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant leurs noms et leurs adresses.

Les membres titulaires de la Société sont exclus du concours.

Les mémoires devront parvenir, franc de port, à M. le docteur Hulin-Origet, secrétaire-général de la Société médicale, au plus tard le 31 décembre 1839, terme de rigueur.

Le Président, Haime.

Le Secrétaire-Général, Hulin-Origet.

— Dictionnaire des études médicales pratiques, 8 beaux volumes in-8, divisés en 32 livraisons.

Prix de chaque livraison : 2 fr.

Les 11 premières sont en vente. Les suivantes paraîtront de mois en mois.

Au bureau, rue Servandoni, 5.

— Traité de l'affection calculeuse, ou recherches sur la formation, les caractères physiques et chimiques, les causes, les signes et les effets pathologiques de la pierre et de la gravelle; par M. Civiale.

1 vol. in-8, avec planches.

Chez Crochard, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.

— De la médecine légale des aliénés dans ses rapports avec la législation criminelle; par M. Bottex, médecin de l'hospice de l'Antiquaille, Lyon. 1 vol. in-8. Prix : 3 fr.

— Traité théorique et pratique des maladies des femmes; par M. Imbert, ex-chirurgien en chef de la Charité, de Lyon.

Tome premier, contenant les névroses génitales encéphaliques, les affections des ovaires et des trompes, les maladies de la grossesse. 1 vol. in-8. Prix : 6 fr.

Le second volume paraîtra dans six mois.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 4. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 26 JANVIER 1839.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°. 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine, n° 14*, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES SUR L'ANÉVRISME PARTIEL DU CŒUR, AVEC DES OBSERVATIONS; par le docteur Thurnam (1).

La dilatation partielle du cœur a été connue des médecins depuis que que Walter, Bailly et Corvisart en ont publié des exemples; mais elle ne commença à fixer spécialement leur attention que vers 1827, lorsque l'observation presque simultanée de plusieurs cas de cette lésion, à Paris, fournit à M. Breschet l'occasion de l'important mémoire qu'il a publié sur ce sujet. Dans ce mémoire, l'auteur rapporte dix cas et cherche à en tirer quelques conclusions sur la nature, les causes, les symptômes de la maladie, tout en reconnaissant que l'insuffisance des faits qui étaient venus à sa connaissance ne lui permettait pas d'en tracer une histoire complète. Depuis la publication du travail de M. Breschet, on a fait de nouvelles recherches, et surtout pour l'anatomie pathologique, et, de temps en temps, de nouveaux cas ont été livrés à la publicité. Ces faits, dont le nombre s'est singulièrement accru, paraissent devoir combattre quelques-unes des conclusions auxquelles M. Breschet est arrivé, ou, au moins, fournir plusieurs données nouvelles.

Mon attention fut d'abord appelée sur cette affection par l'observation d'un cas très remarquable à l'hôpital de Westminster, et qui est le premier de ceux que je vais rapporter dans ce mémoire. Depuis, j'ai visité les différens musées de Londres, et ceux de Fort-Pitt et de Chatam, et j'ai eu ainsi l'occasion d'étudier au moins vingt-cinq exemples de cette lésion, et à des degrés plus ou moins avancés. Le plus grand nombre de ces cas n'avaient pas été publiés du tout, et les autres n'avaient été indiqués que d'une manière fort imparfaite sur les catalogues. J'ai pu obtenir quelques documens sur treize de ces cas, dont je

(1) Medico-chirurgical transactions, vol. xxi.

Feuilleton.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE PARIS.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE TENUE DANS LE GRAND AMPHITHÉATRE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, SOUS LA PRÉSIDENCE DE M. ORFILA, LE DIMANCHE 20 JANVIER 1839.

Compte-rendu, par M. Gibert, secrétaire-général.

Messieurs,

Les espérances que nous avions conçues se sont réalisées; les améliorations introduites dans notre gestion ont porté leur fruit. Graces au zèle toujours croissant de notre président fondateur, M. Orfila; graces aux soins diligens et éclairés de notre trésorier, M. Vosseur; graces surtout à l'empressement avec lequel nous ont secondés MM. les membres de la commission générale, investis cette année de nouvelles fonctions, nos rapports avec nos confrères se sont multipliés et agrandis, le nombre de nos souscripteurs s'est accru, la rentrée des fonds a été plus prompte, plus facile et plus abondante.

Dans les années précédentes, nous avions vu graduellement, par suite de décès, de démission ou de non renouvellement de souscription, le nombre de nos sociétaires s'abaisser de 380 à 338; cette année, au contraire, il s'est élevé de 338 à 353. Quelques démissions ont cependant eu lieu (mais presque toutes par suite de départ), et nous avons eu à déplorer la mort de six de nos sociétaires: MM. les docteurs Descot, Descourtilz, Sarlandière, Garnot, Guerbois et Itard. Les nouvelles admissions ont, comme vous le voyez, dépassé de beaucoup, et pour la première fois, le chiffre de nos pertes.

Ce résultat est dû, sans aucun doute, au zèle avec lequel MM. les membres de la commission se sont employés au service de l'association. Ce même zèle, joint à l'exactitude et à l'empressement de notre trésorier, a puissamment contribué à accélérer et à assurer la collecte des souscriptions. Joignez-y la sage économie opérée par la suppression des 600 fr., précédemment alloués comme indemnité au trésorier, et vous comprendrez facilement comment nous sommes arrivés cette année à des résultats financiers plus satisfaisans encore que ceux des années précédentes.

En effet, tandis qu'en 1837 notre capital s'était accru de 3,713 fr., placés en rentes sur l'état, cette année nous avons pu placer une somme de 5,450 fr., et ajouter ainsi 250 fr. de rentes, 5 pour 100, aux 1,000 fr. que nous possédions déjà.

Et cependant au lieu de 640 fr. de secours alloués l'année dernière, nous en avons distribué cette cette année pour la somme de 1,360 fr.

vais en publier huit, avec tous les développemens désirables ; l'historique des autres étant incomplet, je me borne à les indiquer brièvement. Les matériaux sur lesquels repose mon travail sont considérables ; ils s'élèvent à 84 cas, dans 58 desquels la lésion occupait le ventricule gauche.

Les discussions, qui ont duré si longtemps, sur la nature des anévrismes artériels, se sont, jusqu'à un certain point, reproduites à l'occasion de l'anévrisme du cœur. Quelques-uns des pathologistes qui se sont occupés de ce sujet ont trop limité le mode de développement de l'anévrisme du cœur, comme on l'avait fait aussi pour l'anévrisme artériel. Les uns, en effet, ont voulu que tous les cas de cette affection fussent autant de cas d'anévrisme faux du cœur, produits par la rupture ou l'ulcération de l'un ou de plusieurs des tissus qui forment ses parois, pendant que d'autres appliquaient exclusivement aux mêmes cas la doctrine de l'anévrisme vrai, ou par dilatation. J'espère démontrer dans ce mémoire l'erreur où entraînent ces deux opinions exclusives et prouver qu'on doit admettre l'existence de ces deux formes primitives de l'anévrisme du cœur qui peuvent être le résultat de causes bien différentes.

C'est dans le ventricule gauche que l'anévrisme du cœur a été le plus fréquemment observé ; mais on en a aussi recueilli quelques cas non douteux dans l'oreillette gauche, et quelques exemples, plus rares encore, de dilatation des valvules du cœur, qui peuvent être regardées comme anévrismales. Je vais étudier la maladie dans ces trois conditions différentes.

ANÉVRISME DES VENTRICULES DU CŒUR.

C'est un fait assez remarquable que jusqu'ici on n'ait observé, à ma connaissance au moins, aucun cas d'anévrisme du ventricule droit (1). Cette circonstance a semblé à M. Breschet confirmer la théorie qu'il s'était faite pour expliquer la production de cette affection, et il suppose que, si le ventricule droit n'est jamais le siége de l'anévrisme, c'est parce que sa pointe est, relativement à l'épaisseur de ses parois latérales, beaucoup plus forte que celle du ventricule gauche, et conséquemment plus en état de supporter un égal degré de pression. M. Cruveilhier partage la même manière de voir. Cette explication ne me paraît pas satisfaisante ; je croirais plutôt que l'immunité dont il est question ici doit être attribuée à la différence qui se trouve, sous le rapport de leurs fonctions, entre les valvules tricuspide et mitrale, la première présentant à l'état normal une régurgitation considérable du sang, la seconde n'en présentant pas du tout ou un moins très peu. Cette occlusion moins parfaite de l'ouverture auriculo-ventriculaire droite est admise depuis longtemps par les physiologistes ; mais elle a été démontrée récemment et d'une manière plus complète par M. T.-W. King, qui appelle la valvule tricuspide valvule de sûreté et conclut de ses recherches que l'occlusion qu'elle produit est d'autant moins complète que le ventricule droit est plus distendu. Si nous admettons que la valvule tricuspide présente cette régurgitation, nous comprendrons immédiatement que les parois du ventricule droit doivent être beaucoup moins sujettes à une distension active pendant la systole des ventricules que celles du ventricule gauche, différence qui me paraît devoir suffire pour expliquer seule l'immunité que paraît posséder le ventricule droit.

(1) NOTE DU TRADUCTEUR. M. Vidal a communiqué, en 1830, à la société anatomique, un cas d'anévrisme du cœur où la dilatation partielle affectait le *ventricule droit* seul.

TROIS ANÉVRISMES DU VENTRICULE GAUCHE DU CŒUR CONSÉCUTIFS A UNE PÉRICARDITE RHUMATISMALE.

OBS. I. — G. Mills, âgé de 28 ans, grand, bien fait, mais évidemment beaucoup affaibli par la maladie, tapissier, fut admis à l'hôpital de Westminster le 13 décembre 1836. Je le trouvai dans la salle, assis sur le bord de son lit, respirant laborieusement, et la tête appuyée sur le dos d'une chaise. Sa figure était gonflée, ses lèvres étaient livides, et ses traits contractés annonçaient la plus grande anxiété. Le malade accusait une vive douleur à la partie inférieure du sternum et se prolongeant vers l'épine. Le pouls ne pouvait être distingué au poignet ; il donnait 108, était faible et filiforme ; 40 inspirations par minute, pas d'appétit ; soif extrême ; nausées et quelquefois vomissemens ; œdème considérable des mains et des pieds ; la peau est froide partout et surtout aux pieds.

SIGNES PHYSIQUES. La percussion fournit sur toute la poitrine une résonnance normale. Cependant la région cardiaque n'a pas été, dans cet examen, l'objet d'une attention suffisante. Le bruit respiratoire est remplacé par des râles sonores et muqueux : les premiers en haut et en avant, les autres en bas en arrière. On sent les battemens du cœur dans toute la partie antérieure de la poitrine. Les bruits ne sont pas distincts, et on entend un léger bruit de soufflet à gauche du sternum.

Il avait joui d'une bonne santé jusqu'à, il y a dix-huit mois, qu'il fit une chute du siége d'une voiture et où « il attrapa un effort à l'extérieur. » A la même époque aussi il eut un rhumatisme aigu, qui occupa surtout le genou droit et fut accompagné de douleur dans la poitrine. Depuis cette époque, il n'a jamais été très bien, perdait graduellement de sa force et de sa vigueur, et, depuis trois mois, il a été obligé de cesser complétement ses travaux. A cette époque aussi, il fut pris subitement de douleurs dans la poitrine et de dyspnée, qui ont augmenté graduellement et se sont quelquefois compliqués d'anasarque. Plusieurs médecins qu'il a consultés lui ont prescrit, mais sans soulagement appréciable, des saignées, des sangsues, des vésicatoires. Quinze jours avant son admission, on lui avait tiré 24 onces de sang. Il prenait habituellement et chaque jour une grande quantité de liqueur fermentée, mais il menait une vie régulière.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT. Dilatation avec hypertrophie du cœur, et peut-être aussi constriction de l'orifice mitral, produite par une endo-péricardite aiguë antérieure. On lui donnera toutes les deux heures une once de julep d'ammoniaque (*phorm... guy*) ; il boira fréquemment une solution chaude de bitartrate de potasse, contenant une médiocre quantité de genièvre (*gin*) ; thé de bœuf pour régime.

Le 15 décembre, au moment où il conversait avec sa femme, la dyspnée augmenta tout-à-coup et il mourut à l'instant même.

AUTOPSIE deux heures après la mort.

THORAX. Le cœur, qui offre un volume immense, occupe tout le centre de la poitrine et recouvre en partie les poumons. Les plèvres saines partout ailleurs offrent quelques adhérences dans les points où elles sont en contact avec le péricarde. Les poumons présentent une forte congestion avec infiltration séreuse.

Les deux feuillets du péricarde sont partout adhérens au moyen d'un tissu cellulaire spongieux, qui, dans quelques endroits, est infiltré de sérosité. Toutes les cavités du cœur, mais surtout celles du côté droit et l'oreillette gauche, sont considérablement dilatées ; mais les parois de ces cavités sont à peine plus épaisses qu'à l'état normal, l'hypertrophie se trouvant ici seulement dans l'accroissement de l'étendue. Le ventricule gauche offre une hypertrophie excentrique considérable ; il pourrait contenir une grosse orange, et ses parois, dans les points où elles sont le plus épaisses, ont un bon pouce d'épaisseur, sans y comprendre le péricarde adhérent. Près de la base de ce ventricule, le tissu musculaire a été, sur deux ou trois points, remplacé par un tissu fibro-cartilagineux, qui unit le péricarde et l'endocarde l'un à l'autre ; à l'exception d'un lé-

---

C'est donc avec raison que, dans le compte-rendu de 1837, je pressentais l'époque prochaine où nos ressources nous permettraient d'économiser presque tout le produit de nos souscriptions au profit du capital social, tandis que le revenu de ce capital deviendrait lui-même assez considérable, non seulement pour subvenir à nos dépenses habituelles, mais encore pour fournir au besoin d'abondans secours à celui de nos sociétaires qu'un malheur imprévu viendrait à frapper. Cette circonstance s'est présentée cette année, et nous avons pu, sans déranger en rien l'économie de nos finances, offrir à un confrère honorable, l'un des fondateurs de cette association, un secours de 800 fr., qui l'a aidé à parer aux dépenses extraordinaires imposées par une maladie grave et de longue durée. Aujourd'hui nous avons la satisfaction de voir notre collègue rendu à ses travaux.

La somme totale de nos recettes, en y comprenant nos rentes et un reliquat de 386 fr. de l'année dernière, s'est élevée cette année à 7,416 fr., sur lesquels nous avons placé 5,450 fr. 40 c. Nos dépenses n'ont été que de 246 f. 60 c. En y ajoutant 1,360 fr. distribués en secours et 359 fr. qui restent en caisse, plus les fonds placés sur l'état, nous retrouvons une somme égale à celle que nous avons reçue.

Le tableau suivant, dressé par les soins de M. le trésorier, vous donnera d'ailleurs le résumé fidèle de notre gestion financière :

TABLEAU DE LA SITUATION DE LA CAISSE DE L'ASSOCIATION, DU 1 JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 1838.

RECETTES.	F.	EMPLOI. DÉPENSES.	F. C.	BALANCE.	F.
Le 1er janvier 1838, en caisse	386	Secours sur le sixième des cotisations	560 00	Recettes	7,416
Cotisations	4,188	Secours à un sociétaire	800 00	Dépenses	7,057
Dons, admissions	1,192	Dépenses pour impressions, cachet, etc.	246 60		
Rentes : un semestre de 1837, deux de 1838	1,650	Achat de 250 f. de rentes 5 %	5,450 40	Le 1er janvier 1839 il reste en caisse.	359
TOTAL	7,416	TOTAL	7,057 00	Balance	7,416

L'association des médecins de Paris possède donc aujourd'hui, après cinq ans d'exercice, 1,250 fr. de rentes, représentant un capital d'environ 27 à 28,000 francs. Elle a distribué pendant le même espace de temps 4,300 fr. en secours particulièrement appliqués à des vieillards infirmes et misérables, à des veuves et à des filles de médecin, enfin à un sociétaire, le premier et le seul

ger épaississement gélatiniforme du bord libre de la valvule tricuspide; la membrane séreuse et les valvules du côté droit sont à l'état normal. Il en est de même des valvules de l'aorte et de la crosse. La valvule mitrale offre un épaississement cartilagineux sur son bord libre, mais sans raccourcissement, et elle semble encore en état de fermer complètement l'orifice auriculo-ventriculaire dilaté. L'endocarde de l'oreillette gauche a une couleur opaque et jaunâtre; on peut détacher de sa surface un très mince pellicule, qui laisse encore au-dessous une couche d'une matière plus blanche et plus épaisse.

La forme du cœur était irrégulière et le ventricule gauche semblait comme lobulé. On reconnut, après avoir incisé le cœur, que cette forme était due à la présence de trois dilatations anévrismales des parois de ce ventricule, qui étaient partiellement remplies de couches de fibrine consolidée. L'une d'elles était dans la partie postérieure du ventricule, près de sa base, et en arrière de la corde tendineuse de la valvule mitrale qui recouvrait son entrée dans le ventricule; elle avait environ l'étendue et la forme d'un demi citron coupé transversalement, et était légèrement rétrécie à son orifice. Au-dessous était un second anévrisme, qui aurait pu contenir une grosse noisette. Enfin, le troisième, qui était le plus vaste, et paraissait avoir été formé par la réunion de deux dilatations primitivement distinctes, communiquait avec le ventricule par une longue ouverture elliptique, placée dans ses parois antérieures; il était biloculaire, et chacune de ses cavités pouvait contenir un œuf ou une petite orange.

Après avoir enlevé toutes les couches fibrineuses qui remplissaient les deux plus grands de ces anévrismes, on reconnut que leurs parois n'étaient formées presque que par le péricarde, et qu'il n'y avait aucune des fibres du ventricule. La membrane interne du ventricule était convertie, sur le bord de l'ouverture des deux plus grands sacs en deux anneaux fibro-cartilagineux, se continuant, avec un tissu rugueux, qui tapissait l'intérieur des sacs, mais qu'on aurait en vain cherché à détacher sous forme de membrane distincte. Le petit anévrisme différait des deux autres en ce qu'il était placé au milieu du tissu musculaire du cœur, et en ce qu'il était très distinctement tapissé par la membrane interne du ventricule lisse et non altérée. Le cœur, vide de sang, pesait 34 onces.

Abdomen. Le foie est granuleux; les reins un peu volumineux et leur substance corticale d'une couleur pâle et livide; les autres viscères n'ont rien offert d'anormal.

Cette observation est d'un grand intérêt, et d'abord pour le nombre des anévrismes, car il y en avait trois et même primitivement quatre. Le caractère anatomique du plus petit des trois anévrismes paraît favorable à l'opinion que l'anévrisme latéral du cœur est dû fréquemment à la dilatation de toutes les tuniques de cet organe. Ce cas est le seul, à l'exception peut-être de celui qu'a rapporté le docteur Elliotson (Diseases of the heart, p. 28) où il y ait eu connexion de péricardite rhumatismale avec l'anévrisme du cœur, et je pense que c'est à la péricardite qu'on doit rapporter l'affection du cœur, à moins qu'on n'attribue les anévrismes à cet « effort intérieur » indiqué par le malade, et qui aurait pu déterminer la rupture imparfaite de quelques-unes des fibres musculaires du cœur. Mais cette explication paraîtra inadmissible si on se rappelle qu'il y avait quatre anévrismes et que le plus petit était tapissé par la membrane interne du cœur. L'inflammation me paraît avoir passé du péricarde au tissu musculaire du cœur et avoir produit le dépôt fibro-cartilagineux, état anatomique qui diffère complètement de la dégénérescence fibro-celluleuse du tissu musculaire, suite de la pression et d'autres causes, et dont parle M. Cruveilhier comme d'une des causes de la dilatation partielle du cœur. Les parois du ventricule enflammées n'auront plus présenté la même résistance à la pression du sang pendant la systole ventriculaire et auront cédé sur les points les plus faibles.

ANÉVRISME ÉNORME DU SOMMET DU VENTRICULE GAUCHE DU CŒUR; MORT SUBITE.

Obs. II. — Totan, âgé de 23 ans, marmiton, tombe frappé de mort subite dans la rue. Il était resté quelque temps à l'hôpital de Londres et y avait subi un traitement actif, si l'on en juge d'après les traces de ventouses, de sangsues et des vésicatoires que présente sa poitrine. Mais on ne peut rien apprendre sur son état antérieur.

Autopsie. On trouve une énorme tumeur anévrismale, qui part du sommet du cœur et continue dans le sens de son axe longitudinal. Il y a au point d'union de l'anévrisme et du cœur un resserrement très prononcé et qui donne à l'organe malade l'apparence d'un sablier. Le sac, qui était aussi gros que le cœur lui-même, et avait même une plus grande circonférence, s'ouvrait dans le ventricule gauche du cœur près de son sommet, et était exclusivement formé par les deux feuillets du péricarde, qui étaient fortement adhérens sur ce point, tandis que sur tout le reste de leur étendue ils étaient complètement libres. Autour de son ouverture, la membrane interne du cœur était un peu opaque et épaissie, et on pouvait la suivre avec une légère couche du tissu musculaire à la profondeur d'un pouce environ dans l'intérieur du sac, dans la paroi rugueuse duquel elle se perdait sensiblement. Le sac était rempli de caillots fibrineux et très denses.

La maladie chez ce sujet était trop avancée pour qu'il soit possible de remonter à son origine et de reconnaître la cause qui l'a produite; de même il est bien à regretter qu'on n'aie pu obtenir aucun renseignement sur l'historique de ce malade, car il paraît, d'après les traces du traitement actif auquel il avait été soumis, qu'il avait dû éprouver des accidens graves, en raison de la situation de la tumeur, qui devait presser fortement sur le diaphragme, et, par son volume seul, gêner les fonctions de ce muscle et probablement aussi celles des organes digestifs.

ANÉVRISME VRAI DE LA BASE DU VENTRICULE GAUCHE DU CŒUR; HYDROPISIE GÉNÉRALE; ALTÉRATION DU FOIE ET DE LA RATE.

Obs. III. — Davis, âgée de 32 ans, mère de six enfans, fut admise à la maison de travail de Cripple-Gate, le 22 décembre 1837, offrant une ascite avec anasarque des extrémités supérieure et inférieure et de la face, et une dyspnée extrême. Le pouls battait 120, petit, mais régulier; l'urine était peu abondante.

Elle était depuis longtemps adonnée à la boisson, et sa santé avait été continuellement en déclinant depuis deux ans: l'apparition de l'hydropisie remonte à une année, pendant laquelle elle est entrée deux fois à l'hôpital St-Barthélemy.

Elle meurt le 24 décembre.

Autopsie. Abdomen: Quinze pintes de sérosité sont contenues dans le péritoine; le foie très augmenté de volume est granuleux et facile à déchirer. La rate a aussi doublé de volume, et sa capsule est en partie cartilagineuse et osseuse.

Thorax. A droite, il y a quelques adhérences entre les deux plèvres en avant et deux pintes environ de sérosité. Les poumons sont fortement congestionnés et conservent l'empreinte des doigts. Le péricarde contient quatre onces de sérosité. Toutes les valvules du cœur paraissent à l'état normal; et, à l'exception d'un épaississement de l'appendice de l'oreillette droite, et d'une légère dilatation du ventricule gauche, cet organe paraissait à l'état normal, quand, par hasard, on découvrit derrière la colonne charnue de la valvule mitrale l'anévrisme du cœur. Il était évidemment le résultat de la dilatation et pouvait contenir une prune d'une bonne grosseur; il était situé à la partie postérieure de la base du ventricule; son ouverture avait près d'un pouce dans le plus grand diamètre. Dans son voisinage, la membrane interne du cœur était opaque et blanchâtre, et on pouvait la suivre dans le sac qu'elle tapissait dans

---

qui se soit trouvé jusqu'ici dans le cas de recourir à la caisse de prévoyance que nous avons fondée.

Nous continuerons donc, Messieurs, à appliquer à la collecte des fonds et à la propagation de cette œuvre de confraternité, le zèle de MM. les membres de la commission générale, et pour donner plus d'authenticité aux pièces destinées à servir de garantie aux souscripteurs, nous avons décidé qu'un cachet officiel servirait désormais de sceau aux actes de l'association.

Mais, Messieurs, ce n'est pas seulement sur la partie matérielle et financière de notre gestion, que je désire appeler votre attention; c'est encore sur cette partie *morale* qui a toujours été l'un des objets capitaux de notre association.

Je trouverais facilement, en revenant sur le passé, plus d'un témoignage en faveur du zèle que nous avons tous mis dans l'occasion à soutenir et à défendre l'honneur et la dignité de notre profession; mais je ne veux m'occuper que de ce qui a eu lieu cette année, et je vous citerai comme preuves nouvelles de l'importance de notre société:

1° La création d'institutions analogues à la nôtre, et la formation dans le département de Maine-et Loire d'une association à l'instar de l'association parisienne, ainsi que nous l'a annoncé une brochure de M. le docteur Hunault, d'Angers, adressée à la société de prévoyance des médecins de Paris.

2° Un rapport ministériel de M. Orfila et quelques dispositions du projet de loi nouveau sur la médecine, où nous retrouvons, graces à l'intervention éclairée de notre président, plusieurs des vues que vous aviez émises sur les améliorations à apporter à l'enseignement et à l'exercice de la médecine.

3° Une proposition relative à la police médicale soumise à la commission générale par l'un de ses membres, M. le docteur Renouard, proposition qui avait pour but d'investir cette commission du soin de veiller, au nom de l'association des médecins de Paris, à la répression des nombreux et crians abus qui nuisent à l'honneur et aux intérêts de notre profession, en même temps qu'ils compromettent plus gravement encore les intérêts bien entendus du public.

Ne serait-ce pas, en effet, à notre association, la seule qui soit composée de praticiens réunis exclusivement dans un but de confraternité et de charité, qu'il appartiendrait de donner l'exemple du courage et du dévouement nécessaires pour attaquer des abus dont la plupart ne subsistent que graces à l'anarchie et à l'inertie du corps médical?

Quelques exemples récens ne pourraient-ils pas autoriser à penser qu'avec de la fermeté, de l'union et de la persévérance, on pourrait arriver un jour à faire considérer, comme exerçant une sorte d'*escroquerie* passible des peines infligées par les tribunaux, les charlatans qui cherchent par des annonces menteuses et de dangereuses promesses à abuser de la crédulité publique, et qui s'attaquent ainsi, il faut le dire hautement, *à la bourse* et *à la vie de leurs dupes*?

N'y aurait-il pas lieu de présenter comme une œuvre d'humanité, exercée d'ailleurs par les véritables *arbitres-experts* en pareille matière, la dénonciation et la poursuite d'abus qui compromettent la santé et la fortune d'un si grand nombre de citoyens?

Le fils d'un de nos sociétaires, M. Jolly, avocat, déjà avantageusement connu par un mémoire sur la question du duel, récompensé par une société sa-

toute son étendue, où elle était encore plus opaque et plus épaisse. On ne trouvait pas la moindre trace de fausse membrane à sa surface. L'anévrisme ne faisait pas de saillie à l'extérieur; mais le feuillet cardiaque du péricarde se trouvait en contact immédiat avec une grande partie de la surface convexe où l'on ne trouvait pas de traces de fibres musculaires et où passait le tronc de l'artère coronaire gauche.

L'aorte était épaissie et en partie changée en cartilage.

Ce cas, qui est évidemment nn résultat de la dilatation, et qui paraît avoir été produit surtout par un état morbide de la membrane interne, est un exemple du mode de prnduction de l'anévrisme signalé par MM. Reynaud, Ollivier d'Angers et Carswell. Il y a au musée de l'hôpital de St-Barthélemy nne préparation tnut à fait semblable à ce cas, qu'on pourrait appeler nn anévrisme herniaire (*anevrisma herniosum*).

ANÉVRISME VRAI DIFFUS DE LA MOITIÉ INFÉRIEURE DU VENTRICULE GAUCHE DU CŒUR, AVEC UNE VASTE OSSIFICATION DU TISSU MUSCULAIRE ATROPHIÉ.

OBS. IV.—Ch. Ledeke, âgé de 75 ans, a mené dans sa jeunesse une vie désordonnée; il a joui néanmoins d'une bonne santé. Depuis trois ans, il se plaignait de dyspnée avec palpitations, de douleurs, et d'un sentiment de pesanteur dans la région du cœur, qui augmentaient beaucoup par le moindre exercice. Depuis un mois, il était obligé de rester assis sur son lit, la poitrine inclinée en avant. Il survient de l'anasarque quelques jours avant la mort.

AUTOPSIE le 6 janvier 1836.

THORAX: Les poumons sont à l'état normal. Le péricarde contient une demi-pinte de sérosité; le cœur est volumineux, et les artères coronaires sont ossifiées: à droite, on ne trouve pas d'autres altérations que quelques points osseux dans l'oreillette de ce côté. La valvule mitrale est, avec ses cordes tendineuses, fortement épaissie, et offre à sa surface beaucoup de points et de pus d'ossification. La partie supérieure des parois du ventricule gauche était hypertrophiée; mais sa partie inférieure était très amincie et dilatée. La partie dilatée aurait pu contenir une petite orange. Ses parois étaient plus minces dans la partie inférieure où elles n'avaient pas plus de deux lignes d'épaisseur, tandis qu'auprès de la partie moyenne du ventricule elles n'avaient pas moins de quatre à cinq lignes, et qu'au dessus elles se continuaient graduellement avec les fibres musculaires de la base du ventricule hypertrophié. Le sac anévrismal ne présentait que quelques traces de fibres musculaires qui avaient été remplacées par un tissu cellulo-fibreux blanchâtre qui était en partie ossifié, et offrait surtout une large plaque osseuse, recouverte à l'intérieur de la membrane interne du cœur. Cette dernière, qui tapissait tout l'intérieur du sac, était intacte; mais sur plusieurs points; elle était blanche et opaque, et ne contenait pas de caillots. La crosse de l'aorte et les vaisseaux qu'elle fournit étaient ossifiés. Le foie était plus pâle qu'à l'ordinaire. Tous les autres organes étaient à l'état normal.

Ce cas est encore un cas d'anévrisme par dilatation, et peut être approché de la dilatation de toute la circonférence d'une artère. La vaste nssification du tissn musculaire atrophié et transformé est nne chose fnrt remarquable, et je suis très disposé à crnire que dans les cas rares d'ossification du tissu muscnlaire du cœur, que rappnrtent les auteurs, il y avait une dilatatinn anévrismale. La doulenr particulière qu'éprouvait le malade dans la région précordiale, et l'oppressinn dont il se plaignait si vivement, sont des symptômes qu'nn nbservera, je pense, constamment dans les cas d'anévrisme du cœur arrivé à une période avancée.

L'anévrisme du cœnr n'était pas inconnu à J. Hunter longtemps avant la publication, en Angleterre, des premiers cas de cette maladie, qui fut faite par Baillie, en 1793. Voici quelques notes qu'il m'a été permis d'extraire de ses manuscrits non publiés.

ANÉVRISME DU SOMMET DU VENTRICULE GAUCHE DU CŒUR; MORT SUBITE PAR APOPLEXIE SIMPLE.

OBS. V.—Le général Hubert mourut subitement étant assis dans son fauteuil; il était très replet et depuis deux ans sa santé était altérée, mais il avait été soulagé par des épistaxis. Il avait aussi offert quelques symptômes d'hydropisie qui avaient disparu avant sa mort, et se plaignait d'un sentiment de pesanteur dans la région du cœur. Il n'avait jamais eu de colique hépatique.

AUTOPSIE. ENCÉPHALE: Les ventricules latéraux sont pleins de sérosité et très larges.

THORAX. Le sommet du cœur est adhérent au péricarde, et le ventricule incisé est blanc et calleux, et a évidemment perdu sa force contractile. Au sommet, il était très mince, et avait formé une espèce d'anévrisme qui était tapissé par une membrane de la même forme. La vésicule était très grande et pleine de bile, ce qui était causé par un gros calcul logé à l'entrée de son canal.

On tronve dans le musée de Hunter plusieurs préparations qui se rappnrtent certainement à cette affection du cœur, bien qu'elles ne soient pas tontes indiquées snr le catalogue, nu qu'elles ne le soient que d'une manière obscure; nous citerons cependant encore les deux cas snivans.

ANÉVRISME VRAI DU SOMMET DU VENTRICULE GAUCHE DU CŒUR COMMENÇANT, AVEC DES CAILLOTS GLOBULAIRES ET CREUX; PLEURÉSIE HÉMORRAGIQUE ET PNEUMONIE; ÉPANCHEMENT SÉREUX DANS LE CERVEAU.

OBS. VI.—AUTOPSIE du corps du colonel Graham.

ENCÉPHALE. Membrane du cerveau infiltrée de sérosité, dont trois ou quatre onces remplissent les ventricules.

THORAX. Quelques adhérences entre la plèvre et au sommet des deux poumons. La plèvre droite contient un peu de sang rouge et le lobe inférieur des poumons du même côté est gorgé de sérosité. Le tissu musculaire du cœur à un pouce environ autour du sommet est plus mince, plus flasque et d'une couleur plus livide qu'à l'ordinaire. Il est rempli par un corps ferme, semblable à du sang coagulé depuis longtemps, dont l'intérieur est creux et rempli de sang à demi coagulé. On voit sur plusieurs points de ce ventricule sortir d'entre les fascicules charnus un certain nombre de petits corps qui paraissent de la même nature. Leur surface est lisse, et ils semblent avoir perdu une partie des particules rouges qui leur auraient été enlevées par le fluide circolant dans les ventricules. On retrouvait les mêmes altérations dans le ventricule droit, où elles étaient encore plus caractérisées.

Le rapprochement de cette descriptinn et de la pièce du musée qui s'y rapporte, permet d'expliquer ainsi qu'il suit le mode de développement de cet anévrisme. La partie la plus mince des parois du ventricnle était le siége d'un corps étranger qui doit l'avnir comprimé pendant la contraction du ventricule, et avnir déterminé l'atrophie des fibres musculaires; puis leur dégénérescence fibro-cellnleuse; et enfin la dilatation de la partie.

ANÉVRISME PAR DILATATION DE LA PARTIE ANTÉRIEURE DU VENTRICULE GAUCHE DU CŒUR; APOPLEXIE; RAMOLLISSEMENT DU CERVEAU.

OBS. VII.—M. M... mort d'apoplexie. La mort a été précédée de quelques vomissemens.

AUTOPSIE. ENCÉPHALE. Ramollissement partant du cerveau avec rongeur de sa substance et une once et demie de sérosité dans les ventricules.

THORAX. Adhérences pleurétiques du côté gauche; adhérences aussi du péricarde au niveau du côté gauche du cœur, où l'on distingue une tumeur et une décoloration du tissu. A l'intérieur de ce ventricule, on distingue un caillot so-

vante, nous a offert son assistance au besoin, et a été accepté comme conseil officieux (gratuit) de l'association.

La commission générale n'a pas hésité à prendre en considération la proposition de M. le docteur Renouard; mais après une discussion approfondie, elle a cru devoir se borner à en consacrer le principe, rejetant tout ce qui pouvait devenir un objet de dissentiment et de différends. Elle a décidé, en conséquence, que l'article suivant, destiné à former un paragraphe additionnel à l'article 14 des statuts, serait soumis, en cette séance, à votre approbation:

« *La commission générale est en outre chargée de veiller à la répression des abus qui nuisent à l'exercice de notre profession, en déférant ces abus à l'autorité, et en leur donnant au besoin de la publicité pour prémunir la société contre les dangers qu'ils entraînent.* (1) »

Que vons adoptiez on non ce nouvel article réglementaire, vous rendrez justice du moins aux sentimens qui l'ont dicté. N'est-il pas consolant pour des hommes de bien, pour ceux surtout qui ne veulent point encore désespérer du salut de la société, de voir dans ce temps d'égoïsme, d'intrigues, de charlatanisme et de cupidité effrénée...; de voir, dis-je, une réunion d'hommes modestes et désintéressés, mus par le seul désir d'améliorer autant qu'il est en eux le sort de leurs confrères, se rapprocher en une association prévoyante et bienfaisante, que ne découragent ni les difficultés de l'entreprise qu'elle a conçue, ni les étroites limites où doivent nécessairement se renfermer les résultats qu'elle peut obtenir de ses efforts?

Continuons donc notre œuvre, Messieurs, à travers l'indifférence des uns et le prompt découragement des autres, continuons-la avec cette persévérance qui peut seule en assurer le succès. Efforçons-nous de multiplier et de généraliser de plus en plus nos relations avec nos confrères; ne négligeons rien en un mot pour obtenir la réalisation du vœu exprimé dans le sein de la commission générale, par M. le docteur Renouard:

« Que désormais le titre de *membre de l'association des médecins de Paris* devienne à lui seul un certificat de moralité; que ce titre ne puisse plus être repoussé que par une vanité excessive, une indifférence coupable ou une formelle indignité (1)! »

P. S. — Dans cette séance, MM. Orfila et Fouquier ont été réélus président et vice-président.

(1) Cette proposition a été adoptée à l'unanimité par l'assemblée.

(1) L'assemblée a voté l'impression et la distribution de ce compte-rendu à tous les médecins de Paris.

lide, d'une figure ovale, occupant la partie de la cavité qui correspond à la saillie externe. Au-dessous du caillot, on constate une fluctuation qui est due à un peu de matière sanguinolente remplissant une cavité creusée en partie dans la paroi du ventricule, et en partie dans l'épaisseur du caillot. Sur ce point, le tissu musculaire du cœur avait perdu sa fermeté et était beaucoup plus mince qu'ailleurs. A la partie la plus saillante de la dilatation, ses parois n'offraient pas plus de deux lignes d'épaisseur.

Hnuter conclut l'historique de ce cas en disant que le cœur devait avoir perdu une partie de son activité, puisque le sang avait pu se coaguler sur ce point. Puis, il croyait qu'après la formation du caillot il s'était développé un abcès dans le tissu même du ventricule, et dont le pus étant venu en contact avec le caillot, l'avait en partie dissous. Cette supposition du célèbre physiologiste me paraît peu probable; il est plus naturel de supposer que le fluide sanguinolent dont il parle n'était que du sang granuleux non coagulé qui se trouvait renfermé entre le caillot et la paroi du ventricule.

Un cas rapporté par Corvisart dans son chapitre des concrétions polypiformes me paraît aussi venir à l'appui de ce mode de production de la dilatation anévrismale des parois du cœur.

Résumons maintenant les faits qui ressortent des 57 cas d'anévrisme du ventricule gauche qui ont été recueillis jusqu'ici.

Cet anévrisme se présente sous deux formes principales. Il peut être entièrement dans l'épaisseur des parois du ventricule, et sans difformité du cœur à l'extérieur, ou se présenter sous forme d'une tumeur faisant saillie à l'extérieur, et variant en volume depuis celui d'une noix jusqu'à celui du cœur lui-même. Sur 67 anévrismes qui ont été observés dans 56 cas, 35 faisaient saillie à l'extérieur ; 19 n'en faisaient pas du tout. Pour les 13 autres, il reste du doute, bien que, d'après le petit volume du sac dans ces derniers cas, il soit assez probable qu'il ne devait pas s'élever d'une manière notable au-delà de la surface du ventricule. Il est certain que cette maladie n'est pas très rare à un degré peu avancé. Sir A. Cooper m'a dit qu'il en avait observé deux ou trois cas où la maladie ne faisait que de commencer. Leur siége, dans ces cas, était dans la paroi antérieure du ventricule.

L'étendue du sac anévrismal varie beaucoup. Dans 9 cas, il aurait pu contenir une noisette; dans 20, une noix; dans 7, un œuf de poule; dans 14, une orange; et dans 9 cas, il égalait presque le volume du cœur luimême. Dans l'un de ces derniers, rapporté par le docteur Adams, dans le DUBLIN HOSPITAL REPORTS (vol. IV), le sac était presque sensible à l'extérieur. Dans 20 cas au moins, l'ouverture du sac, qui était très grande, offrait un rétrécissement notable; dans 19 autres, qui ne faisaient que commencer, l'ouverture du sac était aussi large ou plus large même qu'aucune autre partie du sac.

Quant aux tissus qui formaient le sac, voici le résultat numérique le plus nombreux que l'on puisse donner à ce sujet : dans 45 cas, les parois étaient formées par les fibres musculaires et le péricarde; dans 4, par l'endocarde et le péricarde seulement; dans 25, par tous les tissus qui forment les parois du cœur elles-mêmes.

Le sac avait contracté des adhérences avec le feuillet externe du péricarde dans 21 cas, et probablement dans un plus grand nombre, et dans tous les cas la tumeur faisait une saillie à l'extérieur du cœur, bien que, dans quelques-uns, elle fût à peine sensible. Dans quelques autres cas, on a trouvé un commencement d'inflammation du péricarde correspondant; c'est-à-dire un certain degré d'opacité et d'épaississement, ou des adhérences sans consistance à la surface du sac.

Dans six cas, dont aucun ne présentait ces adhérences entre le sac et le péricarde, et dans lesquels cependant l'anévrisme n'offrait qu'une légère saillie, il y a eu rupture du sac, suivi d'un épanchement mortel du sang dans le péricarde.

Le sac contient le plus souvent des caillots ou même des dépôts fibrineux. Dans 19 cas seulement, on le trouve entièrement vide après la mort.

Il paraît que toutes les parties du ventricule gauche peuvent devenir le siége de l'anévrisme; cependant, c'est près de son sommet qu'on observe fréquemment cette maladie, et non constamment, comme l'avait avoué M. Breschet. Ainsi, sur les 67 anévrismes dont il a déjà été question, 27 se trouvaient au sommet ou auprès du sommet du ventricule; 21 sur différens points de sa base; 15 dans les portions intermédiaires des parois latérales; et 3 dans la cloison interventriculaire. Des cas où l'anévrisme était situé près de la base, 4 qui ont été observés par le docteur Hope ont offert ce fait remarquable qu'ils se sont ouverts à la fois dans le ventricule et dans l'aorte. La conclusion générale qu'on puisse tirer de ces faits sur la situation des anévrismes du ventricule gauche, c'est que les parties de ses parois qui offrent le moins d'épaisseur, c'est-à-dire le sommet et les parties les plus élevées de sa base, sont aussi plus fréquemment que les autres le siége de l'anévrisme.

Le plus souvent, c'est-à-dire cinquante-deux fois sur cinquante-six cas, il n'y avait à la fois qu'un seul anévrisme dans le cœur; mais dans quatre cas, on en trouva deux à la fois; dans un seul trois, et un autre en a offert quatre qui commençaient à se former; il est probable que dans deux cas, deux sacs, qui primitivement étaient séparés, se sont ensuite réunis et n'ont plus formé qu'un seul anévrisme; et dans un autre cas, il est probable que trois sacs se sont aussi réunis en un seul.

Un point important de l'étude de la maladie qui nous occupe, c'est l'appréciation exacte des autres lésions du cœur qui la compliquaient; pour commencer par le péricarde qui a offert la plus fréquente de ces complications, nous trouverons qu'outre les vingt cas dont nous avons déjà parlé et où cette membrane a contracté des adhérences avec la tumeur anévrismale, le péricarde offrait des adhérences générales dans sept autres cas, que dans un il y avait une péricardite hémorragique récente et que dans trois le péricarde était rempli de sérosité.

L'endocarde avait subi aussi des altérations de structure importantes. A l'entour du sac, ou même à une distance assez considérable, il était blanc, opaque ou épaissi. Dans un cas même il y avait un léger dépôt de matière calcaire, au-dessous de cette membrane ou dans son épaisseur.

Le tissu musculaire était dans neuf cas au moins le siége d'une dégénérescence fibro-celluleuse plus ou moins étendue et qui était généralement plus marquée autour du sac. Dans quelques cas isolés le même tissu avait subi d'autres altérations, telles que la transformation cartilagineuse, l'induration, la dégénérescence lardacée, et même dans un cas une suppuration diffuse très étendue. Dans beaucoup de cas les colonnes charnues qui servent de piliers à la valvule mitrale et celles qui constituent la réseau de la surface interne du ventricule avaient éprouvé une atrophie manifeste. Les valvules des cavités gauches sont indiquées comme ayant offert des lésions dans dix cas, dans cinq desquels ces lésions avaient leur siége dans la valvule mitrale qui avait subi une transformation cartilagineuse ou osseuse. Dans trois cas, la lésion occupait la valvule de l'aorte et dans un seul cas deux ordres de valvules étaient altérés à la fois. Dans huit cas on dit positivement que les valvules n'offraient rien d'anormal; dans les autres leur état n'était pas indiqué.

Il y a encore un ordre d'altérations pathologiques du cœur qui accompagnent assez fréquemment l'anévrisme de cet organe et qu'il est important de ne point oublier ici, puisque l'une d'elles surtout a été considérée par M. Breschet comme jouant un rôle important dans la production de l'anévrisme, ce sont les altérations d'épaisseur des parois et de capacité des cavités du cœur et surtout l'hypertrophie et la dilatation. Sur les cinquante-sept cas, on a indiqué trois fois une dilatation générale, trois fois une hypertrophie générale, trois fois la dilatation avec hypertrophie de toutes les cavités; neuf fois dilatation avec hypertrophie du ventricule gauche; quatre fois la simple dilatation du même ventricule et deux fois la simple hypertrophie de la même cavité.

Le nombre de cas où l'on n'a pas indiqué quelqu'autre altération du cœur compliquant l'anévrisme n'est que de dix, et dans trois seulement, il est dit positivement que le cœur était tout à fait sain sous les autres rapports.

CAUSES.

LE SEXE. Sur quarante cas où le sexe des malades a été indiqué on trouve trente hommes et dix femmes. Cette proportion est beaucoup plus forte pour la femme que dans les cas d'anévrisme artériel qui serait, d'après Hogdson, huit fois, et d'après M. Lisfranc onze fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

L'*âge* des malades a été noté assez exactement dans trente-cinq cas, qui se distribuent presque à égale distance depuis dix-huit ans jusqu'à quatre-vingts ans; cependant il y a deux époques de la vie qui comptent un plus grand nombre de cas; savoir : neuf de vingt à trente ans et sept de soixante-dix à quatre-vingts ans. Sous ce rapport encore l'anévrisme du cœur diffère remarquablement de l'artériel qui, d'après l'expérience de sir A. Cooper et d'après l'analyse de cent-huit cas faite par M. Bizot, est le plus fréquent de trente à cinquante ans.

La profession des sujets affectés n'a pas été indiquée dans un assez grand nombre de cas pour qu'on puisse en tirer quelqu'induction importante; cependant il est assez remarquable que sur dix-sept où elle a été indiquée huit aient été observés chez des militaires ; y aurait-il dans cette profession, dans les exercices forcés, dans les fatigues que supportent ceux qui l'ont embrassée, quelque chose qui favorisât la production de cette maladie?

Parmi les circonstances qu'on pourrait regarder comme causes prédisposantes, l'historique des cas observés n'en fait ressortir aucune à laquelle on puisse attacher quelque importance. Dans quatre cas seulement on a indiqué l'intempérance, et dans deux une inflammation rhumatismale du cœur. Nous ne sommes pas beaucoup plus avancés sous le rapport de la

connaissance de la cause excitante qui fut rapportée dans un cas, à un coup reçu sur la poitrine; dans un autre à un violent accès de colère; chez Tolma aux efforts violens qu'il fit dans le rôle de Hamlet, etc.

Il résulte de l'examen attentif des détails anatomiques que dans vingt-deux cas sur cinquante-huit l'anévrisme était produit par la dilatation de tous les tissus qui entrent dans la formation des parois du cœur. Dans six il y avait solution de continuité de la membrane interne et du plan interne des fibres musculaires produite soit par ulcération, soit, ce qui me paraît plus probable, par rupture. Dans les trente autres cas, la lésion ou était trop avancée, ou a été trop mal décrite pour qu'on puisse les rapporter à l'une des catégories précédentes.

Je conclus donc de ces faits que, dans le plus grand nombre des cas, cette lésion est de la nature de l'anévrisme vrai ou qu'elle est le résultat de la dilatation d'une partie des parois du cœur, qui ne sont plus, en raison de quelque altération survenue dans les tissus qui la composent, en état de résister à la force de pression du sang pendant la systole ventriculaire. Ces altérations peuvent être bornées à la membrane interne, ou à celle-ci en même temps qu'au tissu musculaire, ou enfin au péricarde seul; mais dans le plus grand nombre des cas elles paraissent se lier à un travail inflammatoire plus ou moins aigu.

J'ai observé dans une ou deux occasions une altération de la surface interne du ventricule gauche qui pourrait être, je crois, regardée comme la première période de ces altérations qui se terminent par la formation d'un anévrisme vrai, c'est une augmentation plus ou moins manifeste de l'une des dépressions naturelles qui se trouvent entre les colonnes charnues les plus petites. Dans un cas que j'ai vu récemment, je trouvai au centre de la cloison une petite cavité capable de contenir une petite fève. Cette cavité était évidemment un simple agrandissement d'une des dépressions dont je viens de parler; elle était traversée par la membrane interne du cœur qui sur ce point était blanche et opaque et n'était séparée de la cavité du ventricule gauche que par une couche mince de fibres musculaires blanchâtres et qui se rapprochaient de la fibre tendineuse. Les cas d'anévrisme hiloculaire ou multiloculaire dont on rapporte quelques exemples s'expliqueraient dès lors facilement en supposant que deux ou un plus grand nombre d'anévrismes auraient commencé par la dilatation d'autant de dépressions voisines les unes des autres formées par l'entrelacement des fibres musculaires et qui en prenant plus d'accroissement auraient fini par se réunir.

Il paraîtrait d'après deux cas rapportés dans ce mémoire et d'après un autre publié par Corvisart qu'une certaine altération du sang consistant en sa coagulation spontanée suffirait pour produire la dilatation anévrismale indépendamment de tout état morbide des parois de la cavité.

Si l'anévrisme du cœur se présente le plus souvent avec les caractères de l'anévrisme vrai, cependant on ne doit pas douter que, dans un certain nombre de cas, il n'affecte ceux de l'anévrisme faux; les ruptures du cœur ne sont pas toujours complètes et ne s'étendent quelquefois, comme on le sait, qu'à une partie de l'épaisseur de ses parois; mais même dans les cas où cette rupture est complète et détermine la mort, la rupture ne se fait quelquefois que graduellement de dedans en dehors; c'est ainsi qu'au musée du collége de l'université il y a deux préparations de rupture du cœur, dans lesquelles la perforation intérieure est extrêmement petite, située dans un cas au sommet, et dans l'autre entre le sommet et la base du cœur; dans ces deux cas la perforation paraît avoir été précédée d'une rupture incomplète; car on voit à l'intérieur la destruction du tissu musculaire dans une étendue suffisante pour loger dans un cas une noisette, et dans l'autre une noix. On distingue parfaitement autour de cette perte de substance la déchirure de la membrane interne et des fibres musculaires. Si nous supposons que, sous l'influence de circonstances favorables, la déchirure eût cessé de s'agrandir dans ces deux cas, alors nous voyons évidemment qu'il en serait résulté un anévrisme faux consécutif.

Bien que je ne nie pas d'une manière absolue la possibilité de l'anévrisme faux du cœur, dépendant d'un abcès développé dans les parois de cet organe et qui se serait ouvert dans le ventricule, cependant je ferai observer que je n'ai pas rencontré un seul exemple de ce mode de production parmi les cas nombreux dont j'ai eu connaissance.

L'anévrisme artériel vrai peut ou se borner à un point seulement, ou comprendre toute la circonférence de l'artère; il en est de même de l'anévrisme du cœur, et c'est moi, je crois, qui le premier ai avancé cette dernière proposition; car, ainsi que je l'ai observé en parlant de la quatrième observation rapportée dans ce mémoire, l'altération dans ce cas pouvait être appelée avec raison « anévrisme vrai diffus du cœur. » Si nous poursuivions la comparaison de l'anévrisme du cœur avec celui des artères, nous y retrouverions toutes les mêmes variétés à l'exception toutefois de l'anévrisme mixte interne.

SYMPTÔMES ET DIAGNOSTIC.

L'étude des symptômes et du diagnostic de l'anévrisme du cœur nous fournira beaucoup moins de documens positifs et précis que celle de son anatomie pathologique. Il est probable que, dans les premières périodes, l'anévrisme du cœur n'est communément accompagné d'aucun trouble des fonctions de cet organe. Dans deux cas, il est dit expressément que pendant la vie il n'y eut aucun symptôme qu'on pût rapporter au cœur, et dans un ou deux cas la maladie était encore très peu avancée.

La marche de la maladie offre deux formes bien différentes: dans l'une l'attaque est subite et accompagnée de symptômes tranchés et analogues à ceux qu'on observe dans les cas de rupture du cœur lorsqu'elle n'est pas immédiatement mortelle, soit parce que la rupture est incomplète, soit parce que la perforation est si petite qu'elle ne permet au sang de s'épancher dans le péricarde qu'avec une extrême lenteur. Nous n'avons trouvé que trois cas de ce genre dont le plus instructif est celui de ce Galcoti noble dont parle Gobats qui, après un violent accès de colère, fut pris tout à coup d'une vive douleur dans la région précordiale, d'orthopnée, avec agitation, crainte de la mort, disposition à la syncope et un pouls fréquent et vibrant, mais sans force; dans les cas de ce genre, le mode d'invasion et la connaissance des causes immédiates dont nous porter à ranger la maladie parmi les cas d'anévrisme faux par rupture.

Dans le plus grand nombre des cas cependant la maladie paraît avoir eu une origine très insidieuse et n'avoir déterminé de symptômes que très graduellement; c'est ce que l'on doit attendre des cas d'anévrisme vrai; on doit même observer que cette différence dans le mode d'invasion dans les deux formes de la maladie est favorable à l'opinion que nous avons déjà émise, en nous appuyant uniquement sur les résultats anatomiques, que l'anévrisme vrai du cœur est beaucoup plus fréquent que l'anévrisme faux.

Dans cinq cas, il est dit d'une manière générale que les sujets avaient offert les symptômes d'une maladie du cœur; dans vingt-trois cas où ces symptômes ont été donnés avec détail dans l'ordre de fréquence dans lequel ils ont été observés, on trouve la dyspnée qui, dans les cas les plus graves, se changeait en orthopnée, une douleur précordiale très légère dans quelques cas, mais généralement accompagnée d'un sentiment de pesanteur, des infiltrations séreuses plus ou moins abondantes, des palpitations, de l'anxiété, la crainte de la mort et enfin la syncope ou une disposition seulement à cet accident. On trouve encore quelques autres symptômes, mais qui ne sont que rarement indiqués, tels que la toux, le battement des artères carotides, le pouls veineux, la lividité de la face, les hémorragies nasale et pulmonaire.

La durée de la maladie, si on en juge d'après la durée des symptômes, n'a été clairement indiquée que dans quatorze cas. Dans un cas, celui du noble dont nous avons déjà parlé, le malade ne paraît avoir survécu que dix jours au développement de la lésion; dans les autres cas, la durée de la maladie paraît avoir varié de trois à quatre mois à quinze ans.

MODE DE TERMINAISON. Nous avons trouvé indiquée dans vingt-quatre cas la manière dont la mort est arrivée; dans douze elle fut subite; produite dans trois par la syncope; dans huit par une hémorragie interne. Dans six de ces derniers, l'hémorragie avait dépendu de la rupture du sac anévrismal dans le péricarde; dans un de la rupture du sac dans la plèvre, et dans le dernier de la rupture du ventricule aux environs du sac. Dans quatre cas, les malades paraissent être morts d'apoplexie et dans trois d'asphyxie.

Comme l'anévrisme du cœur a rarement été observé, dégagé de toute complication, il est nécessairement très difficile de distinguer les symptômes généraux qui lui appartiennent spécialement s'il en est. Quoique les symptômes qu'ont offerts les cas recueillis jusqu'ici ne puissent être regardés comme pathognomoniques, cependant il serait difficile de nier qu'ils se rattachassent réellement à la lésion principale. La présence de la dilatation des parois du cœur compliquée, comme il arrive souvent, de dégénérescences fibreuses ou d'autres altérations des tissus qui les forment doit nécessairement gêner la contraction de cet organe et prolonger le séjour du sang dans les cavités, produisant ainsi des symptômes d'oppression dans l'arrière circulation; de la dyspnée, des congestions veineuses, des hémorragies passives et de l'hydropisie. Dans quelques cas cependant où le cœur conserve une grande vigueur, et où ses parois n'ont éprouvé aucun autre changement anatomique, il est probable que ce retard peut être contrebalancé par l'énergie qui résulte du léger degré d'hypertrophie qu'éprouvent les parois du ventricule et que les symptômes d'un obstacle à la circulation ne se développent qu'à une époque plus éloignée du début. D'un autre côté, il est facile de concevoir encore que si les fibres musculaires du ventricule sont privées d'une partie de leur énergie ordinaire par une dilatation générale de l'organe,

les symptômes peuvent apparaître avec plus de rapidité et de gravité.

Outre les symptômes généraux dont nous venons de parler, il y a encore une espèce de sensation comme d'angoisse dont se sont plaints un bon nombre de sujets et qui pourrait jusqu'à un certain point établir une distinction entre l'anévrisme du cœur et la dilatation simple avec ou sans hypertrophie: ces mêmes symptômes sont encore observés dans deux autres maladies du cœur bien connues, savoir: l'angine de poitrine et l'altération des valvules, surtout dans les cas où l'ossification est très étendue; mais lors même qu'on m'accorderait ce que je n'avais vu que d'une manière très hypothétique, que cette douleur et ces sensations pénibles dépendraient d'une seule et même cause, c'est-à-dire de l'action sur les nerfs cardiaques des tissus indurés ou ossifiés, il n'en serait pas moins vrai que, dans l'état actuel de la science, le diagnostic de l'anévrisme du cœur serait encore environné de profondes ténèbres; il est même probable qu'on n'arrivera à obtenir un diagnostic assuré de cette maladie qu'à l'aide de l'auscultation ou de la percussion; mais les signes physiques fournis par ces deux sources du diagnostic ont été observés jusqu'ici dans un si petit nombre de cas, ils ont fourni des résultats si peu importans, qu'il serait inutile d'insister ici sur ce point.

Le pronostic doit être, dans l'état actuel de nos connaissances sur cette maladie, extrêmement grave et même plus fâcheux que celui de l'anévrisme artériel interne qui paraît avoir une tendance plus prononcée à la guérison spontanée que l'anévrisme du cœur.

La fréquence des morts subites dans les cas d'anévrisme du cœur est encore un point très important du pronostic à porter sur cette affection.

Le traitement de cette maladie ne paraît soumis à aucune indication spéciale. La médication la plus avantageuse qu'on pût conseiller serait probablement une judicieuse combinaison du traitement qui convient dans les cas de dilatation du cœur et de celui qu'on emploie dans les cas d'anévrisme de l'aorte, dans le but d'obtenir l'oblitération du sac. Nous voyons que dans cinq cas où les résultats de la médication ont été notés, le traitement antiphlogistique a été suivi de soulagement. Il n'est probablement pas de maladie du cœur où l'on dût éviter avec plus de soin l'emploi des stimulans d'aucune espèce ou moraux ou physiques.

ANÉVRISME DES OREILLETTES.

Le nombre des cas de dilatation anévrismale de l'oreillette gauche qui ont été recueillis est beaucoup moins considérable que ceux où le ventricule gauche était le siége de la maladie. Il me semble, d'après les préparations que j'ai examinées et les cas que j'ai parcourus, que ces anévrismes offrent presque uniformément les caractères de l'anévrisme diffus et qu'ils comprennent généralement le sinus entier de l'oreillette.

Les parois dilatées de la cavité sont souvent épaissies et le siége de dégénérescences fibro-celluleuses; la membrane interne est opaque, rude, et dans quelques cas moins ossifiée; elle est ainsi recouverte de couches fibrineuses tout à fait semblables à celles qu'on trouve dans les anévrismes artériels. Dans tous les cas, la membrane interne paraît avoir été continue dans l'intérieur de la portion dilatée qui dès lors appartient vraiment aux anévrismes vrais. Quelquefois la dilatation est bornée à l'appendice auriculaire qui est fortement distendu par des concrétions lamelleuses.

Dans tous les cas que j'ai recueillis, soit que la dilatation occupât le sinus ou se trouvât bornée à l'appendice de l'oreillette et qui sont au nombre de neuf, j'ai toujours trouvé, outre l'altération principale, une contraction très prononcée de l'orifice mitral. De tous les cas que je connais, il n'en est qu'un qui ait offert les caractères de l'anévrisme qu'on pourrait appeler latéral ou en forme de poche. Dans ce cas il y avait une poche de la grosseur d'une noix, qui pendait à la base du ventricule gauche, contenant des concrétions fibrineuses fermes, et du sang à demi-liquide, et qui communiquait avec la cavité de l'oreillette par un pédicule canaliculé d'un pouce de long. Le cas rapporté par Penada, que MM. Dezeimeris et Ollivier ont cité comme un exemple d'anévrisme de l'oreillette gauche, n'était, je crois, après l'avoir examiné et l'avoir rapproché de la gravure qui en a été donnée, qu'un cas de simple ulcération.

DILATATION ANÉVRISMALE DE L'APPENDICE AURICULAIRE GAUCHE; CONSTRICTION CONSIDÉRABLE DE L'ORIFICE MITRAL; ADHÉRENCES ET OSSIFICATIONS DU PÉRICARDE.

Obs. VIII. — J.-B., âgé de 54 ans, s'est plaint de palpitations et de toux, de dyspnée pendant 4 ans et demi. Le moindre exercice augmentait beaucoup la force de ces accidens, dont il ne pouvait être soulagé que par la saignée du bras. Il s'était entièrement adonné à la boisson. Quand M. Langstoff le vit, le pouls battait 93, était petit et constamment irrégulier; le facies exprimait une très grande anxiété; les lèvres étaient bleues, les pieds et les jambes œdémateux. Il mourut subitement cinq mois après.

Autopsie. L'abdomen contient de la sérosité; le foie est ferme et son enveloppe péritonéale épaissie; la rate est grosse et sa capsule épaissie, et même partiellement cartilagineuse. Il y a plus de quatre pintes de sérosité dans la plèvre droite, et plus de deux dans la gauche. Les poumons sont fortement œdémateux.

Le cœur était très volumineux et le péricarde adhérent dans toute son étendue; sur quelques points même on y trouvait de larges plaques osseuses. Les oreillettes étaient énormément distendues par un sang très noir. L'ouverture auriculo-ventriculaire droite était rétrécie, mais la gauche l'était encore bien plus, et les bords de la valvule mitrale étaient fortement épaissis. Il y avait un anévrisme dans l'appendice de l'oreillette gauche, qui était très dilatée et remplie de couches fibrineuses. Le ventricule gauche était très grand; les valvules sigmoïdes à l'état normal, et l'aorte petite.

Ce n'est pas seulement, cependant, dans les cas de rétrécissement de l'orifice mitral que l'oreillette gauche peut devenir le siége d'une dilatation anévrismale, ainsi que le prouve le cas suivant, communiqué par Dionis. Un soldat qui venait de déserter et était poursuivi se frappa fortement en fuyant le côté droit de la poitrine contre un arbre, et fut renversé de son cheval par le coup. Depuis cette époque, il fut sujet à une vive douleur, à des palpitations et à de la dyspnée, et une forte tumeur dans laquelle on distinguait des pulsations se forma graduellement sur le côté droit du sternum, et à la fin s'étendit de la clavicule à la cinquième côte; il mourut un an environ après l'accident. On trouva entre la fracture non consolidée des quatre premières côtes un empyème et un abcès dans le poumon; l'oreillette gauche du cœur énormément distendue produisait seule la tumeur qu'on sentait à l'extérieur. La plèvre (ou plutôt le péricarde) adhérait intimement à l'oreillette dilatée dont les parois avaient un pouce d'épaisseur, et offraient à l'intérieur la structure cartilagineuse. La tumeur était remplie de sang coagulé. L'aorte, les veines caves et l'artère, et les veines pulmonaires étaient à l'état normal. Il serait impossible de décider si la dilatation anévrismale de l'oreillette, qui, dans ce cas, avait été le résultat d'une violence externe, fut causée par la rupture imparfaite des parois de l'oreillette, ou si elle fut simplement la conséquence de l'inflammation de ces parois.

L'oreillette droite peut aussi devenir le siége d'un anévrisme; parmi les deux ou trois cas que l'on cite de cette maladie, le plus remarquable est probablement celui du capitaine de vaisseau dont parle Dionis; qui, après avoir fait de puissans efforts pour combattre un accès de violente colère, fut pris subitement de dyspnée, avec fortes palpitations et sensation d'un picotement dans la région du cœur. Il mourut douze ans après le premier développement de ces symptômes, ayant eu pendant longtemps des infiltrations séreuses, les extrémités froides, une forte disposition au sommeil, et sa mort ayant été précédée d'abondantes épistaxis. L'oreillette droite avait acquis la grosseur de la tête d'un enfant nouveau-né, et contenant une pinte et demie de sang à demi-coagulé. L'oreillette dilatée était tapissée par une substance osseuse semblable à une coquille d'œuf qui la maintenait distendue; le péricarde était fortement adhérent. Dionis attribue cette immense dilatation à la distension et à la rupture partielle de quelques fibres, qui furent causées par l'entrée subite d'une grande quantité de sang dans l'oreillette pendant l'accès de colère.

Dans le cas où l'oreillette gauche est compliquée de rétrécissement de l'orifice mitral, les symptômes principaux dépendent probablement de cette dernière altération, et il est probable que, dans l'état actuel de nos connaissances, on ne pourrait distinguer le rétrécissement de la dilatation simple de l'oreillette. Le diagnostic offrirait-il moins de difficultés dans les cas remarquables qui ont été le résultat d'une lésion externe ou interne, et dans lesquels les oreillettes ont acquis un volume si considérable? C'est à l'expérience, aidée de l'auscultation et de la percussion, à décider cette question.

ANÉVRISME DES VALVULES DU COEUR.

Les valvules du cœur offrent aussi dans quelques cas des dilatations qu'on peut regarder comme anévrismales. Morand et Laennec ont publié chacun un cas de dilatation partielle de la valvule mitrale, qui faisait saillie dans l'oreillette gauche sous la forme d'une petite poche. Dans ces deux cas, les valvules aortiques étaient le siége d'une vaste ossification, en sorte qu'il y avait un obstacle très prononcé au passage du sang dans l'aorte, et je crois que c'est réellement à cette circonstance qu'on doit attribuer la formation de ces dilatations qui, probablement, se seront faites dans les valvules plutôt que dans les autres parties des parois du ventricule, parce qu'elles offraient sans doute par une cause congéniale ou accidentelle moins de résistance qu'à l'ordinaire.

DILATATION ANÉVRISMALE DE LA PORTION DROITE DE LA VALVULE MITRALE, AVEC DES PERFORATIONS DU SAC.

Obs. IX. — Un soldat, âgé de 30 ans, dont on ignore les antécédens, présentait les symptômes d'une maladie du cœur, avec ascite et œdème. Le docteur Postelethwarle, qui était chirurgien du régiment auquel il appartenait, le trou-

vait souvent, au moment de sa visite, dans une singulière posture. Il était tout habillé sur son lit, les jambes pendantes d'un côté du lit et les mains de l'autre, posture qui, disait-il, rendait un peu moins pénible sa respiration laborieuse. Il mourut subitement, ainsi que l'avait annoncé le docteur P..., au fort Pitt, Chatam, en 1812. Son cœur, déposé au musée de l'hôpital St-Thomas et examiné avec soin, a offert l'altération suivante. Il y a sur la portion droite de la valvule un sac qui empiète considérablement sur la cloison inter-oriculaire, qui semble refoulée et faire partie du sac lui-même, circonstance qui a probablement dépendu de ce que le cordon tendineux auquel s'attache le bord de la valvule mitrale avait aussi cédé. Ce sac, qui présente trois petites ouvertures, était assez grand pour contenir une grosse noix. Il y a immédiatement au-dessus une ecchymose distincte dans le tissu de la cloison inter-auriculaire. La seule valvule aortique qui reste dans la préparation paraît avoir conservé l'état normal.

Les trois cas précédens sont les seuls où, à ma connaissance, on ait observé une dilatation anévrismale de la valvule mitrale. Les deux observations suivantes prouveront que cette lésion peut se rencontrer encore sur d'autres valvules du cœur.

CYANOSE; OUVERTURE CONGÉNIALE DE LA CLOISON INTERVENTRICULAIRE; QUATRE DILATATIONS ANÉVRISMALES (VARICES?) DE LA VALVULE TRICUSPIDE.

Obs. X. — Il y a, au musée du collége royal de chirurgie (n. 128, série des difformités) un cœur d'adulte qui présente à la partie supérieure du *septum* une communication entre les deux ventricules, et offre un bel exemple de quatre poches anévrismales dans la valvule tricuspide. L'ouverture de la cloison, qui pourrait admettre le pouce se trouve immédiatement au-dessous de l'aorte. Son bord inférieur est lisse et offre une forme semi-lunaire. En passant une sonde par cette ouverture dans la direction du ventricule droit, on pénètre dans une partie membraneuse, dont la capacité répond au volume d'une noix muscade, et dont la convexité est dirigée vers le centre du ventricule. Cette partie, qui paraît d'organisation fibreuse, est formée, ou par la portion de la valvule tricuspide qui est en rapport à la cloison, ou par la portion membraneuse de la cloison qui est distendue sous forme de poche, et est recouverte par une partie de la valvule tricuspid adhérente. La partie inférieure de la poche présente deux ou trois perforations. Si, au lieu de diriger la sonde en avant, on la pousse en bas et un peu à gauche, elle pénètre dans le ventricule par une étroite ouverture entre les deux portions de la valvule. A droite de cette ouverture, on voit une seconde poche, de la même étendue que la première, mais d'une structure plus délicate, et évidemment formée par la dilatation de la portion antérieure de la valvule. En arrière de cette dernière poche, on en trouve encore deux autres petites ayant la même direction, et le volume environ d'un petit pois.

La valvule mitrale offre un léger épaississement, et la tricuspide un épaississement beaucoup plus prononcé sur son bord libre. L'endocarde offre un peu d'opacité autour de l'ouverture de la cloison qui est plus marquée à droite qu'à gauche; les origines de l'aorte et de l'artère pulmonaire n'offrent rien d'anormal.

Jusqu'ici j'ai le regret de n'avoir pu me procurer d'autres renseignemens sur cette pièce vraiment curieuse, sinon qu'elle a été prise sur « un jeune homme bleu », par M. Laurent Healey, par qui elle fut déposée au musée.

DILATATION ANÉVRISMALE DE L'UNE DES DEUX VALVULES DE L'AORTE, LA TROISIÈME MANQUAIT PAR UN VICE DE CONFORMATION CONGÉNIAL; HYPERTROPHIE EXCENTRIQUE DU VENTRICULE GAUCHE DU CŒUR; REINS GRANULEUX; PÉRICARDITE SUBAIGUË.

Obs. XI. — Th. Glandon, âgé de 30 ans, est admis, le 12 juillet 1835, à l'hôpital de Middlesex, dans le service du docteur Watson. Il a depuis cinq semaines une infiltration des jambes, et depuis trois semaines elle a gagné les mains et la face. Il se plaint de palpitations et d'essoufflement, surtout lorsqu'il se livre à quelque mouvement; il est obligé d'avoir la tête très élevée au lit, rêves fréquens; pouls 100, fort et intermittent; diarrhée; urine rare, acide et albumineuse.

Cet homme menait une vie régulière; un an auparavant il avait gardé le lit pendant six semaines pour un rhumatisme fébrile. A cette époque, il éprouva de la dyspnée pour la première fois. Sa santé se rétablit cependant complètement; mais depuis quatre à cinq ans il a été sujet à des palpitations, à de la dyspnée et à des douleurs dans les reins.

Auscultation le 17 juillet. On entend un bruit anormal à chaque battement du cœur, et au moment de la systole on distingue un bruit de soufflet dur et rauque, sensible, surtout près de la partie moyenne du sternum, à deux pouces et demi au-dessus des mamelons.

Le 28, la dyspnée augmente subitement et avec force, et ne permet que quelques inspirations à de longs intervalles; le malade conservait à peine sa sensibilité; ses paroles étaient incohérentes; mais ces symptômes furent promptement dissipés par des applications froides faites sur la tête rasée, et par l'application d'un vésicatoire à la nuque du col, avec quelques doses de tartre émétique.

Le 30, le bruit qui accompagne la diastole du cœur est plus fort. Le malade se plaint d'un peu de douleur sur la région précordiale, et pour laquelle douze sangsues sont appliquées. Les purgatifs, la digitale, quelques autres diurétiques et le mercure porté jusqu'à la salivation ne déterminent aucune amélioration.

Le 8 septembre, les bruits du cœur offrent une espèce d'écoulement et sont au nombre de trois, dont deux paraissent appartenir à la systole.

Le malade meurt le 25.

Les bruits pathologiques qu'on entendait à l'époque de son entrée à chaque battement du cœur avaient cessé de se faire entendre pendant le dernier mois.

Autopsie. Veines superficielles très saillantes; anasarque général; sérosité abondante dans l'abdomen, les deux plèvres et le péricarde. Celle que contient ce dernier est trouble et rougeâtre, et ressemble à du pus peu épais coloré par du sang. Il n'y avait pas d'adhérences; mais une tache blanche au sommet du cœur, inégale, paraissant due à un dépôt de lymphe, et correspondant à une tache semblable sur l'autre feuillet du péricarde.

Le volume du cœur est considérable; le ventricule droit un peu plus épais qu'à l'état normal. Le gauche également moins dilaté en même temps. Les valvules sont saines ou à peu près, à l'exception de celles de l'aorte. Elles ne sont qu'au nombre de deux et sont épaisses, charnues, et offrent des rugosités sur leur face ventriculaire. Les bords de l'une sont lisses; ceux de l'autre déchiquetés, et offrent un dépôt de matière osseuse à leur point d'attache. On remarque sur la face ventriculaire de la valvule, dont le bord est libre, une petite partie saillante, capable de renfermer un grain de plomb (*swan shot*), et ayant une petite ouverture ronde à la face aortique de la valvule. Elle présentait en outre deux petites fentes à la partie la plus inférieure, et était évidemment le résultat de la dilatation de la valvule elle-même. Les deux valvules se rencontraient assez exactement par leurs bords pour qu'elles ne permissent que difficilement le retour du sang dans le ventricule. Le sang était fluide; l'aorte petite et sa membrane externe, comme celle du cœur, colorée d'un rouge foncé. Les reins étaient d'un pâle verdâtre, ressemblant au vert antique, et leur partie corticale d'un blanc verdâtre. M. Kiernan, qui a injecté l'un de ces reins, n'a pu, par ce moyen, y découvrir aucune altération anatomique.

La formation de la dilatation anévrismale de la valvule aortique doit avoir été bien facilitée par l'absence congéniale de la troisième de ces valvules, les deux qui existaient ayant dû offrir moins de résistance à la pression qu'exerçait sur elles, pendant la diastole du cœur, le poids de la colonne du sang contenu dans l'aorte. Une préparation que possède le musée de l'hôpital Guy vient à l'appui de cette assertion. Cette préparation (n° 1727) est un autre exemple de la même absence congéniale de l'une des trois valvules aortiques, dans l'une desquelles on observe une large perforation, avec un rebord irrégulier, parsemé d'excroissances osseuses, et qui probablement avait été le résultat d'une déchirure.

Il paraît assez naturel d'attribuer l'origine et le développement des anévrismes des valvules du cœur à une dilatation continuellement croissante et qui n'a point été précédée de rupture ou d'ulcération, en sorte qu'ils offriraient tous les caractères de l'anévrisme vrai.

Il est possible cependant que la dilatation anévrismale ait été précédée, dans quelques cas, de la destruction de l'une des lames de l'endocarde enveloppant la valvule malade. Alors la dilatation devrait être rangée parmi les cas d'anévrisme faux.

Les mouvemens continuels dont sont sans cesse agitées les valvules du cœur sont évidemment défavorables à la formation des caillots dans les parties anévrismatiques qui se développent à leur surface, et, en effet, il ne paraît pas qu'on y ait encore observé de caillots dans les cas recueillis.

Je crois avoir à peine besoin d'indiquer ici qu'une lésion de cette nature doit nécessairement agir, d'une manière plus ou moins prononcée, comme un obstacle à la sortie du sang de la cavité placée immédiatement derrière la valvule qui est le siége de cette altération et que, si le sac anévrismal est perforé par l'effet soit d'une déchirure, soit d'une ulcération, le sang refluera de la cavité placée en avant de cette valvule. Il en résulte donc que le diagnostic des valvules de l'anévrisme se confondra pour la pratique avec celui des maladies des valvules, qui gênent le cours du sang ou facilitent la régurgitation. Mais je ne puis espérer de rien ajouter à ce que possède déjà la science sur ce sujet et surtout à ce qu'en ont dit les docteurs Hope et Williams dans leurs importans ouvrages sur les maladies du cœur (1).

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. RUST'S MAGAZIN FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE.

Les cahiers des 49e, 50e, 51e, 52e et le 1er du 53e volume contiennent

(1) L'auteur a placé à la suite de ce mémoire un appendice dans lequel il fait connaître les sources de 74 cas d'anévrismes du cœur, sur lesquels reposent les précédentes recherches. Nous ne croyons pas devoir reproduire ici ce long travail, de pure érudition, dont la connaissance, indispensable pour tous ceux qui s'occupent d'une manière spéciale de l'étude des maladies du cœur, ne serait que d'un médiocre intérêt pour la plupart des praticiens.

les articles suivans : 1° *Rapport sur deux cas douteux de maladies mentales;* par le docteur Andræ; 2° *Sur le spasme de la glotte chez les enfans;* par le docteur Kyll. (C'est une bonne monographie sur l'asthme thymique); 3° *De l'efficacité des eaux de Salzbourg observée sur moi-même;* par le docteur Lehenheim; 4° *Fungus médullaire du testicule compliqué d'hydrocèle et de hernie inguinale congénitale;* par le docteur Léonhard; 5° *L'isle Thermia et ses eaux minérales;* par le docteur Gœdechen (avec une carte); 6° *Sur les blessures mortelles au point de vue médico-légal;* par le docteur Koch; 7° *Guérison d'une péricardite aiguë;* par le docteur Lange; 8° *Rapport annuel de l'hôpital de la Charité à Berlin;* par le docteur Hilsenberg. (C'est un résumé de tous les cas qui se sont présentés dans cet hôpital pendant 1834; entre autres faits remarquables, on y trouve l'histoire d'une amputation de la jambe dans l'articulation du genou, suivie de succès; on a en soin de conserver la rotule); 9° *Sur l'emploi de la solution du carbonate de potasse dans l'empoisonnement de l'acide sulfurique;* par le docteur Ebers. (L'auteur cite plusieurs succès, même dans des cas où la magnésie paraissait avoir été inefficace); 10° *Observation d'une grossesse tubaire, suivie de quelques remarques sur les conceptions intra-utérines;* par le docteur Malin; 11° *Dissertation sur les épileptiques qui, d'après Platner, se livreraient à des actes de violence moralement excusables par la maladie;* par le docteur Brach; 12° *Remarques de médecine pratique;* par le docteur Dorfmüller (rien de saillant); 13° *Sur la ponction et l'extirpation des ovaires dégénérées;* par le docteur Dohlhoff. (L'auteur cite avec une franchise bien louable plusieurs cas d'hydropisie d'ovaires dans lesquels la ponction et l'extirpation lui ont échoné); 14° *Rapport médico-légal sur un aliéné;* par le docteur Erpenbeck; 15° *Sur l'origine de la plique polonaise;* par le docteur Gumpert; 16° *Considérations physiologico-pathologiques sur l'inflammation;* par le docteur Cruze (article de théorie); 17° *Sur l'inflammation de l'articulation coxo-fémorale;* par le docteur Sachs (rien d'inconnu); 18° *Sur l'épidémie de coqueluche de* 1836; par le docteur Mehlhose; 19° *Observations pratiques;* par le docteur Reder (rien de saillant); 20° *Rapport sur le choléra qui a régné en* 1836 *et* 1837 *dans le cercle de Liegnitz;* par le docteur Schlegel. (Ce travail contient un grand nombre d'observations qui militent pour la contagion); 21° *Deux cas de ligature de l'artère carotide primitive droite;* par le docteur Dohlhoff; 22° *Deux cas de fièvre typhoïde;* par le docteur Seidler; 23° *Observation d'un cancer aquatique qui a été arrêté dans sa marche par l'emploi externe de l'acide sulfurique concentré;* par le docteur Bieske; 24° *Observation d'une inflammation de l'appendice cæcale;* par le même. (Mort le quatrième jour; le cæcum était très rouge; l'appendice cæcale gangreneuse; celle-ci contenait une concrétion dure, renfermant un grain de raisin); 25° *Cas de cécité;* par le docteur Steinhausen; 26° *Sur la conservation des parties animales d'après la méthode de Gannal;* par le docteur Otto. (De nouvelles expériences confirment l'efficacité de cette méthode); 27° *Rapport annuel* (1836-1837) *de la Charité à Berlin;* par le docteur Bartels (rien de saillant); 28° *De l'emploi du plomb et de l'opium contre les inflammations du poumon et autres affections semblables;* par le docteur Ritscher. (Nous adressons à ce mémoire absolument les mêmes reproches faits antérieurement à un travail analogue (GAZ. MÉD., p. 710. 1837); l'absence complète de tous les signes physiques et l'emploi simultané de ces médicamens avec d'autres plus ou moins énergiques ne nous permettent pas de juger de l'action réelle de cette médication); 29° *Observation d'une guérison spontanée d'une hydrocéphale aiguë avec des réflexions sur les remèdes antihydropiques;* par le même; 30° *Sur la trépanation;* par le docteur Bieske (rien de nouveau); 31°. *Sur l'iode;* par le docteur Asmus. (Dans ce mémoire de 76 pages l'auteur énumère les différentes affections contre lesquelles l'iode a été employé); 32° *La thridace mérite-t-elle une place dans la matière médicale?* par le docteur Fischer. (Évidemment oui, car elle a une action propre, différente des autres narcotiques); 33° *Sur le tétanos;* par le docteur Hancke. (Le point de départ des phénomènes de cette maladie est, d'après l'auteur, le système nerveux ganglionaire); 34° *Que doit-on entendre par nouveau-né?* par le docteur Steinitz; 35° *Observation de chiloplastie;* par le docteur Jekel. (Cette opération fut entreprise pour un rétrécissement de la bouche survenu à la suite de l'ablation d'une tumeur érectile à la lèvre supérieure.)

DEUX CAS DE LIGATURE DE L'ARTÈRE CAROTIDE PRIMITIVE DROITE, SUIVIS D'HÉMIPLÉGIE DU CÔTÉ GAUCHE; par le docteur DOHLHOFF.

La première opération qui fait le sujet de cet article a été pratiquée pour un cas de fongus médullaire qui s'était développé dans le voisinage du palais, et dont l'opérateur s'était proposé d'enrayer les progrès après avoir en inutilement recours à l'excision partielle et à la cautérisation. La seconde ligature a été faite pour un anévrisme de l'artère innominée d'après la méthode de Brasdore. Dans les deux cas, la mort s'en est suivie au bout de peu de jours et a été précédée de symptômes de paralysie de tout le côté opposé à celui sur lequel on avait pratiqué l'opération. Dans le premier sujet, on a trouvé à l'autopsie un ramollissement du cerveau à droite et une forte injection de ce même organe, aussi bien à droite qu'à gauche. Rien de particulier n'a été observé à l'autopsie du second sujet.

OBSERVATION D'UNE GUÉRISON SPONTANÉE D'UNE HYDRENCÉPHALE AIGUE AVEC DES RÉFLEXIONS SUR LES REMÈDES ANTIHYDROPIQUES; par le docteur RITSCHER.

L'observation suivante nous offre un des exemples extrêmement rares de guérison d'une hydrencéphale aiguë avec épanchement; il prouve de nouveau quelles sont les ressources immenses de la nature dans les cas les plus désespérés. Le plus grand effort de l'art doit consister à imiter sa marche; pourtant remarquons qu'en général les hydropisies, suite d'exanthèmes, sont les moins funestes.

OBS. — Un garçon, âgé de quinze mois, après avoir très bien passé, sans aucun traitement, une scarlatine miliaire aiguë, qui était alors fréquente, fut pris, quinze jours après la disparition de l'exanthème, de symptômes qui dénoièrent à la première visite du médecin la présence d'un épanchement avec compression du cerveau : face pâle, pupilles dilatées et fixes. Conjonctive de l'œil droit injectée, cornées mates, stupeur complète depuis trois jours, cris perçans et répétés, convulsions de la moitié droite du corps. L'occiput renversé en arrière, tout à fait enfoncé dans les oreillers. Ces symptômes ont été précédés par des vomissemens et une constipation, suivie d'une forte diarrhée qui dure encore. Pouls petit, fréquent et irrégulier.

Comme les parens de l'enfant ne voulaient employer aucun moyen médical, le médecin en s'éloignant conseilla contre la sécheresse de la langue et de la bouche de l'eau et du thé de sureau. Quel ne fut pas son étonnement lorsque le lendemain matin les parens tout joyeux vinrent lui annoncer que le thé avait fait miracle. En effet, l'enfant était pour ainsi dire complètement guéri, non par l'expulsion de vers, comme on pourrait le supposer, mais par suite d'une diaphorèse si abondante qu'un grand lit en était complètement trempé du haut en bas.

DE LA RACINE DE SÉNÉGA COMME DIURÉTIQUE; par le docteur BLUFF.

M. Bluff, encouragé par une guérison rapportée par le docteur Kliemstein, a employé avec le plus grand succès la racine de Sénéga (une demi-once sur six onces de colature) dans de forts œdèmes de pieds, suite de fièvres intermittentes; plus tard il l'a donné avec le même avantage dans les cas où ces deux maladies étaient réunies, à prendre toutes les heures deux grains de sulfate de chinine et un demi-scrupule de racine de Sénéga; enfin, il a étendu l'usage de ce moyen aux ascites. Dans un cas d'hydropisie très prononcée, suite d'une hématite chronique, où presque tous les diurétiques vantés avaient été employés avec peu ou point d'effet, il donna dix grains de poudre de racine de Sénéga par heure; après six poudres, l'action diurétique se manifesta; et au bout de quarante-huit heures, toute la masse d'eau avait disparu, le malade avait pris en tout dix poudres. Pour traitement consécutif, on donna le quinquina avec le calamus, et malgré la persistance de l'engorgement du foie, l'hydropisie n'est pas revenue depuis à peu près quatre mois; la digestion est bonne, et la malade prend de l'embonpoint (1).

II. HUFELAND'S JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE.

Les cahiers de juillet, d'août et de septembre contiennent les articles suivans : 1° *Sur la physiologie de la circulation;* par le docteur Kreysig (article écrit avec chaleur et la profonde conviction d'un vieillard pour prouver qu'il y a dans l'économie animale autre chose qu'un arrangement d'organes, et qu'il faut voir dans les maladies plus que des lésions organiques); 2° *Sur l'état sanitaire de l'Europe;* par le docteur Heyfelder; 3° *Extrait du journal intitulé La Peste;* publié par le docteur Bulard; 4° *Sur les illusions des organes des sens;* par le docteur Fleischmann; 5° *Observation d'une invagination intestinale;* par le docteur Vogel, de Riellingen (le malade traité par des lavemens de belladone et de tabac et par le mercure métallique, a rendu un morceau d'intestin long de 22 pouces; guérison); 6° *Quelques observations critiques sur la phrénologie;* par le docteur Günther; 7° *Observations pratiques;* par le docteur Jeitteles, de Prague; 8° *Sur la constitution médicale de la ville de Fulda pendant l'année* 1837; par le docteur Schneider; 9° *Sur l'emploi*

(1) Cet article appartient à des cahiers précédens.

des frictions mercurielles comme moyen anti-phlogistique; par le docteur de Basedow (dans ce mémoire, l'auteur rapporte un grand nombre de pneumonies, d'hépatites, de péritonites et d'autres inflammations où les frictions mercurielles à haute dose ont été employées avec un très grand succès, après avoir fait usage auparavant des saignées); 10° *Sur le lazaret de Marseille;* par le docteur Boudin, communiqué par le docteur Lehmann; 11° *Deux cas d'ouverture spontanée de l'ombilic;* par le docteur Quincke.

SUR LES ILLUSIONS DES ORGANES DES SENS; par le docteur FLEISCHMANN jeune, prosecteur à Erlangen.

OBS. — Au mois de février 1837, N. St de Buch fit une chute sur la glace, d'où il fut porté sans connaissance à la maison. Revenu à lui il sentit une légère douleur à la région orbitaire (sur laquelle il était tombé) et avait des illusions toutes particulières de la vue, de l'ouïe et du goût. A la partie douloureuse, on vit apparaître une tumeur qui disparut au bout de quelques jours sans aucun traitement; de sorte que le malade, sauf ses illusions des sens, était complètement guéri et capable de vaquer à ses occupations (le quatrième jour.)

Après avoir été traité sans succès par la méthode anti-phlogistique par plusieurs médecins, il vint consulter, le 29 juillet 1837, M. Fleischmann; il est à remarquer que le malade n'a jamais pu supporter les fomentations froides sur la tête qui sans lui occasionner de douleurs le mettent dans une espèce de rage.

Le malade, très robuste, alors âgé de 37 ans, était dans l'état suivant :

Les yeux ouverts, des objets quoique distincts lui paraissaient à une distance bien plus éloignée qu'ils ne l'étaient en réalité, en sorte qu'il lui arrivait de tomber dans des fossés ou de heurter contre des pierres qu'il croyait loin de lui. Un objet placé à la distance de douze pouces lui paraissait être éloigné de six pieds, et à quarante pas un homme lui semblait être à une demi-lieue de distance. Les couleurs, la forme des objets et toutes leurs autres qualités n'étaient pas changées pour lui. L'illusion ne portait que sur la distance. Il est curieux que l'œil gauche étant fermé, les objets se présentent dans leur véritable éloignement et le malade pouvait marcher, lire comme avant sa chute; en ouvrant l'œil gauche en même temps que le droit, tous les objets semblent s'éloigner subitement, et s'il continue à regarder avec les deux yeux tous les objets lui paraissent doubles, et s'il regarde plus longtemps encore la tête lui tourne; il voit des vers, des traits; le bourdonnement des oreilles augmente; il devient comme ivre; les jambes lui fléchissent, et il finit par tomber. En fermant l'œil gauche, tous ces inconvéniens disparaissent et la vue devient parfaite. S'il ferme l'œil droit, le gauche étant ouvert, il voit les objets éloignés, mais beaucoup moins que s'il regarde avec les deux yeux. Cette anomalie de la vision le force d'avoir constamment un bandeau sur l'œil gauche. Rien d'anormal n'est observé dans ses yeux, si ce n'est que l'œil gauche louche un peu en dehors et que sa pupille est un peu plus dilatée que celle du côté droit. L'ouïe a aussi été dérangée à la suite de cette chute; elle est plus dure et est accompagnée d'un bourdonnement continuel qui ne change pas lorsqu'il bouche l'une ou l'autre oreille. Le goût est complètement annulé; il ne reconnaît aucune saveur; et tout ce qu'il mange lui paraît être de la terre; il ne satisfait le besoin de manger ou de boire que pour entretenir son existence. La langue est complètement mobile, et les autres sensations y sont conservées. L'olfaction et le toucher ne sont nullement dérangés. Plus le temps est clair et beau, moins le malade est incommodé; l'inverse a lieu lorsque le ciel se couvre : alors la tête est prise, le malade se trouve abattu, faible, comme dans un état d'ivresse; il voit des vers et des stries claires; et éprouve une démangeaison dans les angles des yeux, comme s'il y avait du sel, l'œil droit seul ou les deux yeux étant ouverts. En faisant un faux pas ou en se grattant la tête, celle-ci lui paraissait vide à droite.

L'état du malade est resté absolument le même depuis sa chute; et sauf ses illusions, il est très bien portant. La digestion est excellente, le pouls normal. Le malade, qui auparavant n'a jamais été indisposé, a des enfans sains. Différentes lunettes portées devant ses yeux n'ont changé nullement son état.

Le 29 juillet, on essaya le galvanisme en appliquant un pôle sur le rameau frontal et un autre sur la branche du maxillaire supérieur de la cinquième paire; la pile dont on s'est servi était composée de 50 couples pesant chacun une once et demie. Cette expérience n'eut aucun effet, et il en fut de même lorsqu'on plaça pendant quelque temps un pôle sur la langue. L'expérience fut répétée sans plus de succès, le 5 et le 13 août.

Le 3 septembre, on s'est servi d'une pile de 100 couples.

Le lendemain, en se réveillant, le malade avait un goût salin particulier surtout très prononcé sur la moitié gauche de la langue, goût qui ne l'a pas encore quitté jusqu'aujourd'hui; devenu également fort sur les deux côtés de la langue, il est plus prononcé depuis le 22. Dans l'intervalle, le malade a pris la brione blanche qui a été suspendue à cause de nombreuses selles et d'un malaise général.

Comme l'état total restait absolument le même, le malade n'est plus venu consulter M. Fleischmann.

Cette anomalie si extraordinaire de voir les objets à une distance plus éloignée qu'ils ne le sont réellement est attribuée par l'auteur au loucher de l'œil gauche : « Par là, dit-il, les pupilles des deux yeux étant plus rapprochées l'une de l'autre, l'angle que forment les yeux avec l'objet sur lequel ils sont fixés est rendu plus petit; et il est nécessaire pour bien juger les distances que les deux yeux agissent simultanément; car on ne peut juger de la distance et des dimensions que par l'angle que forment les deux yeux dirigés vers un objet. » M. Fleischmann croit que le même effet existe au commencement chez tous ceux qui louchent; mais disparaît par la suite, en ce qu'ils ne se servent plus que d'un œil; mais comme presque tous louchent dès leur enfance, et que plus tard ils ne se rappellent plus cette anomalie qui jusqu'aujourd'hui n'a pas été examinée, il est tout naturel que cette illusion particulière de la vision nous soit restée inconnue jusqu'aujourd'hui. Il nous paraît que l'auteur n'a pas une idée nette de ce qu'on appelle angle visuel; en effet, d'après lui, cet angle serait formé par l'ouverture qui existe entre deux lignes partant de chacune des deux pupilles, et se rencontrant sur l'objet; tandis que c'est précisément l'inverse; les deux côtés de l'angle visuel partent de deux points pris dans l'espace, et se rencontrent au centre de la pupille; il y a angle visuel pour un seul œil; le borgne en fait usage comme celui qui a deux yeux; pourtant nous devons dire que dans un autre endroit de son mémoire, l'auteur dit « que lorsque son malade se bande un œil, il juge bien les objets en regardant avec l'autre, à l'aide de l'angle que les objets forment dans la pupille de l'œil découvert. »

Une observation qui a beaucoup d'analogie avec celle de Fleischmann est celle rapportée dans le EDINBURGH PHILOSOPHICAL JOURNAL, III, 1820, p. 59 :

« Lorsque John Gillies se trouvait en société, ou occupé de manière que l'attention n'était guère soutenue, alors les objets qui se trouvaient dans son axe visuel paraissaient s'éloigner et diminuer en proportion. Cet état augmentait chaque fois graduellement jusqu'à un certain degré, et revenait de même graduellement jusqu'à l'état normal. La durée était de quelques minutes jusqu'à sept à huit heures. Dans son maximum, les objets lui paraissaient six à huit fois plus éloignés. La clarté de la vision n'était pas diminuée, en ayant égard à l'éloignement apparent. »

Pour revenir à notre cas, on conçoit facilement que les illusions étaient plus fortes lorsque le temps était couvert et sombre; car alors les objets moins éclairés sont moins distincts, et par là paraissent plus éloignés que sous un ciel clair. Par le loucher de l'œil gauche, on peut facilement expliquer la diplopie; car l'impression d'un *seul* objet est *double*.

Il est remarquable que, quoique l'œil droit soit affecté de chrupsie, et que les parties droites de l'ouïe et du goût soient aussi bien malades que celles du côté gauche de ces mêmes organes, l'œil droit a néanmoins conservé assez de prépondérance pour voir juste lorsque l'œil gauche est couvert d'un bandeau. Quant à l'explication à donner sur les causes qui ont produit cette altération subite des sensations, l'auteur croit les trouver dans une contusion d'une portion des nerfs trijumeaux, ou dans une partie du cerveau, d'où le nerf tire son origine; il appuie cette assertion, tant sur les expériences faites sur des animaux, que sur des cas de maladies observées par les auteurs.

CAS REMARQUABLE DE GUÉRISON D'UNE OBÉSITÉ PAR L'EAU D'ADELHAID ET LES BAINS D'ISCHLER; par le docteur JEITTELES.

OBS. — Un homme âgé de 47 ans, boucher, de constitution lymphatique héréditaire, de petite stature, avait employé beaucoup de moyens contre son obésité. Au mois de mars 1837, M. Jeitteles fut consulté; alors le malade pesait 357 livres; les moindres mouvemens étaient pénibles; l'oppression de poitrine était si forte qu'il avait l'aspect d'un homme étranglé; le foie était très tuméfié; les seins étaient si gros que chacun avait dix pouces de diamètre; une matière blanchâtre suintait des mamelons; la transpiration avait une odeur ammoniacale; l'appétit était vorace et le malade dormait peu. Traitement : diète sévère, abstinence de tout aliment animal, puis méthode de Peschier : 8 grains de tartre stibié dans quatre onces d'eau distillée; plus tard 12, et enfin 16 gr. par jour. Le malade supporta bien le tartre stibié; l'asthme devint moindre, mais l'obésité ne diminua pas. On eut recours à l'eau d'Adelhaid, dont le malade ne prit au commencement que deux petits verres; la dose fut augmentée jusqu'à une demi-bouteille. Dans les excrémens, on trouva beaucoup de matières de nature graisseuse, ainsi que dans les urines, qui étaient copieuses. Après l'usage de 32 bouteilles, prises dans un espace de cinq mois, le malade ne pesait plus que 113 livres; ses mouvemens étaient plus faciles : mais comme la peau était devenue pendante, flasque et sans énergie, on supprima l'eau d'Adelhaid pour faire usage des bains d'Ischler. Ceux-ci, joints à l'exercice qu'on fit faire au malade en le faisant labourer la terre et monter à cheval, le débarrassèrent complètement de son infirmité.

REMARQUES SUR L'AVORTEMENT SUITE DE PLÉTHORE ABDOMINALE; par le même.

L'auteur consulté en peu de temps par cinq femmes qui ont avorté à plusieurs reprises au cinquième et sixième mois, presque toujours à la même époque, et le traitement le plus rationnel pendant la grossesse étant resté sans effet, a remarqué qu'elles étaient sujettes à un état hémorroïdal de l'utérus, pour nous servir de l'expression de Wigand et Balling. Les symptômes constans de cette disposition maladive sont les suivans : chaleur fugace; céphalalgie intense; disposition aux syncopes; vertiges; vomituritions; pouls très fréquent; couleur veineuse de la face; vaisseaux sanguins saillans; affections du foie; pression; pesanteur et tension de l'utérus; chaleur prononcée de cet organe; souvent hémorragies périodiques par l'utérus ou le rectum; constipations opiniâtres alternant avec

la diarrhée; boutons hémorroïdaux aux parties génitales externes, dans le vagin, à l'anus, aux extrémités inférieures. La disposition à l'avortement devient surtout grande lorsque le placenta est adhérent à la portion inférieure de l'utérus; car plus la varicosité de cet organe est prononcée, moins les parois sont résistantes.

Lorsque cet état hémorroïdal de l'utérus existe, l'avortement devient d'autant plus fréquent qu'il y a des phénomènes extérieurs qui peuvent contribuer à augmenter la pléthore abdominale, et c'est ainsi qu'on conçoit aussi que les avortemens deviennent même épidémiques. L'auteur a observé que lorsque cet état hémorroïdal existe, tout traitement entrepris pendant la grossesse reste sans effet; mais qu'on peut tout espérer lorsque celui-ci est fait avant la grossesse; à cet effet, M. Jeitteles a employé avec le plus grand succès les eaux de Marienbad pour des femmes qui avaient avorté à plusieurs reprises.

DEUX CAS D'OUVERTURE SPONTANÉE DE L'OMBILIC; par le docteur QUINCKE

Nous ne donnons que la seconde observation, qui nous a paru assez rare; nous ne voyons dans la première qu'un abcès critique qui s'est formé dans les environs de l'ombilic.

OBS. — Un garçon paysan, âgé de 14 ans, toujours bien portant, sauf une fièvre intermittente dont il fut affecté il y a deux ans, ressentit au commencement de mars 1833 une douleur et une tuméfaction dans les hypochondres. Des sangsues furent appliquées sans soulagement. Le bas-ventre et les pieds devinrent toujours plus gros, en sorte que le malade ne pouvait plus quitter le lit; la digestion était assez bonne; l'urine parcimonieuse. Il reste sans traitement jusqu'au commencement de juin, où tout à coup l'ombilic, déjà très proéminent, s'ouvrit; au grand soulagement du malade, il s'écoula à peu près dix quartes d'eau, et la tuméfaction avait disparu. Ce n'est que le 3 juillet qu'il vint consulter M. Quincke; celui-ci trouva le malade un peu maigre, jaune, le pouls régulier, mais faible. Depuis l'écoulement spontané de l'eau, qui a eu lieu il y a quatre semaines, le malade se trouvait assez bien pour sortir. L'ombilic, encore toujours ouvert, laissait suinter un peu de sérosité. La digestion était bonne et les sécrétions urinaires normales. Il ne se plaignait que de quelques douleurs dans les hypochondres qui étaient gonflés et très sensibles à la pression. L'ombilic surtout, ouvert dans l'angle gauche, n'était pas dégénéré; en pressant sur les parois du bas-ventre, on fit écouler à peu près une petite cuillerée de sérosité rougeâtre par l'ouverture. Une sonde introduite pénétra facilement à gauche et un peu en haut (vers la rate), de 4-5 pouces, et on la fit jouer de haut en bas, sans douleur, dans un espace d'un demi-pouce, et autant vers la cavité du bas-ventre; mais alors elle trouva une résistance; on aurait pu introduire encore plus loin la sonde, mais elle occasionnait des douleurs. La cavité paraissait se trouver entre le péritoine et la couche du tissu cellulaire des parois du bas-ventre. L'œdème des pieds avait complètement disparu; il existait quelques taches brunâtres irrégulières aux jambes, sur lesquelles la peau se détachait très facilement; cette maladie a eu probablement pour cause un engorgement de la rate et du foie, suite de la fièvre intermittente. Des sangsues furent appliquées à l'hypochondre gauche, et on donna à l'extérieur du petit lait, de l'acétate de potasse et du pissenlit. La sécrétion diminua peu à peu; l'ombilic se ferma, et le malade se rétablit complètement, et prit plus tard l'état de forgeron.

III. MONATSSCHRIFT FÜR MEDICIN, AUGENHEILKUNDE UND CHIRURGIE, par le docteur AMMON.

Les cahiers de novembre et de décembre contiennent: 1° *Observations médico-chirurgicales*, par le docteur Pauli; 2° *Quelques autopsies d'aliénés*, par le docteur Weigel (rien de saillant); 3° *Remarques sur les paralysies rhumatismales de la face*, par le docteur Kyll; 4° *Larves d'insectes dans le canal digestif de l'homme*, par le docteur Koch. L'auteur rapporte plusieurs observations où des individus en ont rendu par des vomissemens. 5° *Mélanges et aphorismes.*

OBSERVATIONS MÉDICO-CHIRURGICALES; par le docteur PAULI.

Parmi les faits que l'auteur nous donne, nous ne rapporterons que les suivans, comme les plus intéressans.

PUPILLE DOUBLE.

OBS. — Fr. Bide, âgé de 30 ans, laboureur, fut, à l'âge de 18 ans, blessé avec un rateau à l'œil gauche; une inflammation très intense s'en suivit; pourtant la vue n'a jamais été dérangée. Au mois de juin 1838, il fut rencontré par M. Pauli, qui fut frappé de voir sur cet homme une configuration extraordinaire de l'iris; à côté de la pupille naturelle, il s'en trouvait une autre ovale, placée près du bord externe de l'iris. En instillant quelques gouttes de belladone dans l'œil, il vit, au bout de deux heures, les deux pupilles également dilatées. Celle formée par le décollement de l'iris à sa circonférence externe n'était plus alors séparée de la pupille normale que par un pont très étroit. Bide voit encore mieux avec l'œil qui a été blessé qu'avec l'œil droit, en ce qu'il peut regarder plus aisément de côté que par derrière. Cet exemple n'est pas unique dans la science; on en trouve un pareil dans l'ouvrage de Beck sur l'ophthalmologie, 2e édit., 1832, p. 546; Baretta, OSSERVAZIONI PRATICHE SULLE PRINCIPALI MALATTIE DEGLI OCCHI, Milano, 1818, vol. II.

M. Pauli croit trouver dans ce cas très remarquable une nouvelle preuve de l'existence de fibres musculaires dans l'iris, opinion qui est aujourd'hui partagée par un grand nombre d'auteurs.

CHUTE DE L'UTÉRUS.

M. Pauli, après avoir exposé les différentes méthodes proposées pour contenir l'utérus précipité hors de sa position normale, se prononce en faveur du procédé de Marshall Hall. Dans un cas, il a complètement réussi; dans un autre, où il s'y est pris absolument de la même manière, et où il a excisé des portions elliptiques de trois pouces et demi de longueur du vagin, et dont il a réuni les bords de solution de continuité à l'aide de quatre points de suture, l'utérus s'est de nouveau prolapsé peu de temps après; dans ce cas alors il a pris le parti de recourir au cautère actuel pour faire des traînées de feu d'un pouce et demi de long sur trois lignes de large sur les deux côtés du vagin. Cette dernière opération a parfaitement réussi. Remarquons cependant que l'espace de temps qui s'est passé depuis l'opération n'est pas encore assez long pour qu'on puisse compter sur un succès parfait, surtout dans ce dernier cas.

REMARQUES SUR LES PARALYSIES RHUMATISMALES DE LA FACE; par le docteur KYLL.

Il est très important pour le traitement de ne pas confondre la paralysie rhumatismale de la face avec celle qui dépend d'une affection cérébrale; l'erreur est d'autant plus facile et dangereuse quand une de ces maladies s'observe sur des vieillards. Parmi les trois observations que l'auteur cite, ce n'est que dans la deuxième que la paralysie a été le plus manifeste; la troisième est une amaurose rhumatismale.

OBS. — Une femme de 74 ans, souffrant depuis de longues années de bourdonnemens d'oreilles, fut atteinte, le lendemain d'un refroidissement à l'église, d'une paralysie de tout le côté gauche de la face. La paupière inférieure, ainsi que l'angle gauche de la bouche, étaient abaissés, la mastication gênée; la salive s'écoulait par torrent de la bouche à moitié ouverte. La malade se plaignait d'un sentiment de froid et de douleurs déchirantes passagères dans les parties paralysées; ces dernières s'étendaient jusqu'à l'oreille gauche et le cuir chevelu. Toutes les autres fonctions physiques et intellectuelles étaient intactes. (Vésicatoires sur l'apophyse styloïde, des sachets d'herbes et de camphre; au soir, une poudre de Dower avec camphre; température égale.) Au bout de quelque temps, il se forma une blépharophthalmie douloureuse. On lava l'œil avec de l'eau tiède; celle-ci disparut au bout de huit jours; la paralysie diminua sensiblement. Guérison complète au bout de trois semaines.

D'après M. Kyll, la paralysie rhumatismale se distingue par les caractères suivans:

1° Son début est subit; 2° les malades éprouvent un sentiment de froid dans les parties paralysées, inappréciable au médecin; 3° la paralysie rhumatismale n'attaque qu'un muscle de la face, tandis que celle suite d'apoplexie est plus étendue; c'est ainsi qu'avec les paralysies de la paupière il existe toujours, dans ce dernier cas, une paralysie des muscles moteurs de la face; 4° il y a absence complète de symptômes cérébraux; 5° des douleurs déchirantes, intermittentes, environnent les parties paralysées et augmentent par la pression; 6° l'état général du malade est très bon. Cette paralysie est plus fréquente à gauche qu'à droite.

Les articles suivans appartiennent aux cahiers précédens du même journal:

OBSERVATIONS DE PATHOLOGIE OCULAIRE; par le docteur PAULI.

CHANGEMENT REMARQUABLE AUX YEUX A LA SUITE D'UNE HYDROPHTHALMIE.

OBS. — La femme du percepteur Freyserg, de Godramstein, âgée de 50 ans, mère de quatre enfans plus ou moins scrofuleux, toujours bien portante, très robuste, blonde, de tempérament sanguin, fut atteinte, au mois d'août 1834, de la dyssenterie, alors régnante; mais déjà au bout de huit jours elle était rétablie. Six semaines après, la menstruation manqua. Comme elle soupçonnait un commencement de grossesse et qu'au reste elle se portait bien, elle n'y fit guère attention. Pourtant, à la fin d'octobre, elle se plaignait d'une certaine oppression de poitrine, d'une toux intense, sèche, de battemens de cœur et d'un abattement général; urine parcimonieuse et très rouge, léger œdème des pieds, appétit bon, sommeil naturel; vers le soir, pouls un peu accéléré; chaleur mordante aux mains, amaigrissement. Cette femme avait beaucoup de chagrins et de soucis par la maladie d'une de ses filles. Dans cet état de choses, les yeux surtout éprouvèrent un changement remarquable; de bleus, de bien formés et de doux qu'ils étaient, ils augmentèrent peu à peu de volume, et le regard devint fixe, sérieux et effrayant; les paupières pouvaient à peine couvrir les globes de l'œil. Pas d'inflammation, ni douleur, ni rougeur. Iris de couleur naturelle, pas tout à fait insensible à la lumière, quoique la pupille se dilatât et se resserrât lentement; elle était pourtant plus dilatée qu'à l'état normal, mais nullement angulaire, ni ovale. La cornée était dans toute son étendue, poussée régulièrement en avant, mais, au reste, naturelle et nullement adhérente à l'iris. La sclérotique dans le voisinage de la cornée paraissait bleuâtre, moins brillante, un peu striée, comme du gros de Naples. Toutes les parties de l'œil

étaient en général uniformément agrandies. En écartant fortement les paupières. on trouvait la partie postérieure du globe de l'œil ni plus petite ni plus grande. L'humeur aqueuse, ainsi que l'humeur vitreuse et le cristallin étaient complétement clairs et transparens. Les bulbes étaient dures et tendues au toucher. La malade, sans avoir des douleurs, se plaignait d'une tension passagère ou d'une sensation qui lui faisait paraître les orbites trop petites ou trop grandes pour les globes de l'œil. Il existait une myopie assez prononcée, et, dans le lointain, plusieurs objets paraissaient à la malade effacés, plus grands, quelquefois doubles. Cette anomalie de la vue se perdit peu à peu. Tel était l'état de la malade à la fin de l'année 1834. En ayant égard aux symptômes du côté de la poitrine indiqués ci-dessus, qui étaient dans un rapport de causalité avec l'hydrophthalmie, on prescrivit la digitale, dont l'emploi fut couronné d'un plein succès; car, déjà au bout de quatre semaines, la malade était complétement guérie; les forces, l'embonpoint, le coloris frais de la figure et la menstruation étaient revenus. Quoique sa vue soit normale et bonne, elle a conservé un regard sauvage et les yeux sont encore jusqu'aujourd'hui dans le même état que nous avons décrit plus haut. La santé, en général, ne laisse rien à désirer.

Devons-nous attribuer l'hydropisie des yeux à la guérison trop prompte de la dyssenterie, comme l'auteur le pense? Nous n'osons pas nous prononcer d'une manière affirmative à ce sujet. La digitale, qui a eu un succès si marqué dans les symptômes de la poitrine, est restée absolument sans effet sur l'hydrophthalmie, ainsi que beaucoup d'autres moyens locaux que M. Pauli a employés. La ponction, proposée par l'auteur, a été rejetée par la malade, parce que toute anomalie de la vision avait disparu.

CÉCITÉ CONGÉNITALE CHEZ NEUF ENFANS D'UNE MÊME FAMILLE.

Obs. — Radolph Median et sa femme, tous deux âgés de 50 et quelques années, ayant toujours joui d'une excellente santé, ont eu neuf enfans qui sont nés aveugles. Les aïeux de ces malheureux avaient tous une bonne vue, autant qu'on peut se rappeler, si ce n'est que le grand père du côté de la mère est devenu aveugle à un âge avancé; il a été impossible d'apprendre quelque chose de positif sur la cause et la nature de la cécité de ce dernier. Le père Médian a des cheveux noirs, la mère est blonde; cinq enfans, qui ont les cheveux foncés et l'iris brun, sont affectés d'une amaurose vraie; les quatre autres, qui ont les cheveux blonds et l'iris bleu, également amaurotiques à un plus faible degré, ont une cataracte lactée. Trois de ces aveugles sont des filles, dont deux blondes et une brune; des six garçons, deux sont blonds; les autres ont des cheveux presque noirs. Tous les neufs sont, au reste, très bien portans et nullement scrofuleux. Deux de ces filles sont régulièrement menstruées depuis l'âge de 15 ans.

Les faits de cette espèce, bien que rares, ne sont pas inconnus. Plusieurs observateurs, tels que Ware, Adams, Wardrop, Travers, M. Roux, M. Maunoir jeune, etc., en ont cité des exemples.

FONGUS HÉMATODE ÉNORME DE L'ŒIL, OU PLUTÔT DE LA PAUPIÈRE SUPÉRIEURE.

Obs. — Bernhardt Heilbach était né le 16 juillet 1819, à Billingheim, de parens sains et robustes. A sa naissance, on remarqua une petite tumeur dure, fixe à l'angle externe de la paupière supérieure gauche, du volume d'une lentille. La paupière, un peu plus rouge que le reste de la peau, pendait sur le globe de l'œil, mais se releva pourtant après quelques jours; la tumeur qui était restée avait pris, après neuf mois, la grandeur d'un œuf de canard. Vers la troisième année elle couvrait presque complétement l'œil, peu à peu elle s'étendit sous la peau en tout sens. A neuf ans elle occupait toute la moitié de la face et de la tête, et refoulait en haut l'oreille de ce même côté, et deux ans plus tard elle pendait déjà par-dessus la figure, ce qui engagea le petit malade d'adapter à son bonnet un sac pour la soutenir. La partie cartilagineuse du nez fut poussée vers l'autre côté; par là la bouche était un peu de travers, et la tumeur, s'étant accrue, avait gagné la cavité de la bouche. A onze ans, de l'angle gauche de la bouche jusqu'au pavillon de l'oreille, elle avait neuf pouces et demi, et onze pouces et demi du sommet de la tête jusqu'à l'angle de la mâchoire inférieure. Cette tumeur est maintenant élastique, molle, inégale, fortement bosselée, en apparence fluctuante; on peut facilement la comprimer, et souvent, en y posant la main, on remarque une pulsation qui, en comprimant les artères correspondantes, diminue un peu, mais ne disparaît pas complétement. La peau qui se trouve au-dessus est mobile, de couleur naturelle, souvent traversée par de fortes veines. Des mouvemens violens et des efforts augmentent le volume. Aujourd'hui le malade est âgé de 15 ans. Le fongus a, depuis l'angle de la bouche jusqu'au pavillon de l'oreille, douze pouces un quart, et, depuis le sommet de la tête jusqu'à l'angle de la mâchoire inférieure, quinze pouces trois quarts. A chaque changement de temps, le malade ressent des douleurs déchirantes ou pongitives dans la tumeur. En se frottant il y produit une hémorragie parenchymateuse plus ou moins forte. Sur la surface dénudée il se forme une épiderme mince et donne lieu à une exsudation d'une humeur séreuse. Heilbach se porte, au reste, très bien et toutes les fonctions, sans exception, sont dans un état naturel. Les capacités physiques et intellectuelles sont même très développées pour son âge.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans sa discussion très érudite pour prouver que la maladie est un fongus hématode et non médullaire. L'auteur a employé, pendant peu de temps, la compression, qui était trop douloureuse. Chelius, qui a été consulté, il y a quelques années, avait ordonné sans succès l'emploi de l'iode à l'extérieur et à l'intérieur. Le savant professeur d'Heidelberg, ainsi que de Walther, avaient proposé plus tard de faire la ligature de la carotide, pour pouvoir opérer l'extirpation, ce qui a été refusé par les parens. Cet enfant a été présenté à l'assemblée des naturalistes et des médecins qui a eu lieu à Bonn en automne 1835. Aucun des médecins présens n'a osé se prononcer d'une manière absolue pour l'extirpation.

IV. JOURNAL DER CHIRURGIE UND AUGEN-HEILKUNDE, par GRAEFE et WALTHER.

Les 2e, 3e et 4e cahiers du 26e volume et le 1er du 27e contiennent les articles originaux suivans: 1° *Aphorismes sur le choléra;* par M. de Walther; 2° *Revue clinique;* par le professeur Balling (rien de saillant); 3° *Description d'un instrument pour tirer du sang chez les cholériques;* par le docteur Reichenbergen. (Ce n'est autre chose qu'une ventouse qu'on applique sur la veine incisée); 4° *De l'influence des agens atmosphériques sur la formation des miasmes et de la contagion;* par le docteur Steinheim; 5° *Sur la cure radicale des hernies;* par M. de Walther; 6° *L'urtication et l'électro-puncture contre le choléra;* par le docteur Emmerich; 7° *Manque total de menstruation;* par le docteur Krüger-Hansen; 8° *Cinq observations de commotion cérébrale;* par le docteur Cadermann. (L'auteur se loue des compresses froides sur la tête, d'une infusion d'arnica avec nitre et sel amer à l'intérieur); 9° *Description de la pince de Koch pour la torsion des vaisseaux;* par le docteur Ed. Graefe. (C'est une pince montée sur un manche prismatique sur lequel elle est susceptible de tourner parallèlement à son axe); 10° *Quelques mots sur l'efficacité de l'eau de Binelli pour arrêter les hémorrhagies parenchymateuses et traumatiques;* par le même; 11° *De l'emploi médicinal du savon dit espagnol;* par le même; 12° *Observation d'un abcès dans la glande thyroïde;* par le docteur Wetzlar; 13° *Sur des moxas faciles à employer;* par de Graefe; 14° *Sur l'action médicamenteuse de l'iode;* par le docteur Hancke; 15° *Remarques sur la grenouillette;* par le docteur Kyll (rien d'inconnu); 16° *Observation d'un anus recto-vésical;* par le docteur Koch; 17° *Observation d'un sarcome médullaire;* par le même; 18° *Empoisonnement par le chromate de potasse;* par le docteur Schindler; 19° *Sur les eaux de Pyrmont;* par le docteur Steinmetz; 20° *Description de la pince de Graefe pour l'extraction de pierres volumineuses de la vessie lors de l'opération de la taille;* par le docteur Hollstein. (Cette pince ressemble à un forceps de moyenne grandeur; ses cuillères sont fenêtrées, garnies de fortes dentelures; la jonction des branches se fait par encochure; à l'extrémité de leurs membres se trouve une vis de pression à l'aide de laquelle on peut écraser les pierres, et cela d'autant plus facilement que l'instrument est massif); 21° *Sur le traitement des fausses articulations;* par le même. (Trois cas de guérison par l'emploi d'un séton qu'on passe à travers la nouvelle masse cartilagineuse); 22° *Description d'un appareil pour faciliter l'écriture aux aveugles;* par le docteur Weinkauf; 23° *Sur la trépanation après les plaies de tête;* par de Walther et Schleiss de Lowenfeld; 24° *De l'air et de l'eau et de leurs rapports entre eux;* par le docteur J.-A. Walther; 25° *Sur la possibilité de lier l'artère abdominale;* par le docteur Pirogoff (article non achevé); 26° *Extirpation partielle de la peau du scrotum;* par le docteur Hollstein.

SUR LA CURE RADICALE DES HERNIES; par M. DE WALTHER.

Dans ce mémoire, ce chirurgien allemand fait connaître les recherches de M. Belmas qu'il a appris à connaître à Paris; il remarque que déjà, depuis longtemps, il avait des idées analogues sur la possibilité de la guérison des hernies (Gaz. méd., p. 651, 1837). En parlant des instrumens et des procédés de M. Belmas, il propose de les simplifier et même de remplacer le cylindre de gélatine par une injection de sang en prenant toutefois pour cette opération les mêmes précautions que pour la transfusion.

MANQUE TOTAL DE MENSTRUATION; par le docteur KRUGER-HANSEN.

Le spirituel mais quelquefois trop original auteur commence par citer le cas d'une femme bien constituée, ayant toujours joui d'une excellente santé, n'ayant jamais eu le moindre écoulement sanguin par le vagin; et qui, adonnée aux plaisirs de l'amour, n'a jamais montré le moindre vestige de conception; puis il rejette tous les médicamens dits emménagogues, et lance surtout l'anathème contre les saignées; car, d'après lui, il existe toujours plutôt un défaut qu'une plénitude de sang dans les cas où les menstrues ne coulent pas. Cette assertion est évidemment beaucoup trop générale; il n'y a pas de praticien qui n'ait vu les bons effets des saignées locales, là surtout où la menstruation a été supprimée subitement pour une cause quelconque; mais l'auteur a raison lorsqu'il s'élève contre ces

moyens dans les cas d'aménorrhées chez les femmes chlorotiques; là il dit avoir employé avec beaucoup de succès des pilules de camphre uni au fer.

DE L'EMPLOI MÉDICINAL DU SAVON DIT ESPAGNOL (SPAAR-SEISE); par le docteur ED. GRAEFE.

L'auteur dit l'avoir trouvé efficace contre la gale récente ou ancienne, les dartres, les affections rhumatismales et arthritiques, soit en frottant les parties malades avec un morceau de savon, soit en les couvrant d'un cataplasme fait de cette même substance.

SUR DES MOXAS FACILES A EMPLOYER; par DE GRAEFE.

Ces moxas consistent dans des pains à cacheter qu'on trempe dans un mélange de trois parties d'essence de térébenthine et une partie d'éther sulfurique; on a soin avant d'appliquer cette matière inflammable sur la peau de bien essuyer le superflu du liquide. Lorsqu'on emploie des morceaux de pain à cacheter auxquels on donne une forme arbitraire, on fait bien d'y pratiquer quelques trous, afin de rendre la combustion plus uniforme. Ces moxas s'enflamment très facilement, ne décrépitent point, n'ont pas besoin d'être maintenus en ignition moyennant des soufflets et se consument avec assez de promptitude pour ne pas causer de fortes inquiétudes aux malades.

SUR L'ACTION MÉDICAMENTEUSE DE L'IODE; par le docteur HANCKE, de Posen.

En 1820, l'auteur a eu occasion de traiter dans un espace de trois mois plus de trois cents individus affectés de goître et voyant disparaître en même temps d'autres affections anciennes du système glandulaire et lymphatique, il a poursuivi depuis ce temps ces recherches dont il ne nous donne qu'aujourd'hui, après dix-huit ans, le résultat. L'iode dont l'action est si incisive ne doit pas être employé là où l'organisme est trop affaissé soit par une maladie ou par l'âge; car ce médicament qui agit si profondément sur le corps exige une certaine force vitale pour résister à l'action résolutive qu'il exerce sur le système lymphatique et glandulaire. L'expérience a montré à l'auteur que la teinture d'iode à l'extérieur, là où ce médicament est indiqué, est le plus efficace, ou bien à l'intérieur l'iode seul et surtout en le combinant avec l'hydriodate de potasse.

Nous rapportons ici quelques observations où ce précieux médicament a trouvé son emploi; la première, extrêmement remarquable et heureuse, est une maladie du foie. Peu de médecins n'auraient pas désespéré de l'état de la femme qui en fait le sujet.

OBS. I. — Madame de Thorn, âgée de 40 ans, malade depuis trois mois, en 1829, d'une fièvre gastrique avec des phénomènes bilieux, fut traitée jusqu'alors sans succès. M. Hancke qui fut appelé trouva la malade amaigrie, couchée comme un cadavre dans son lit. Il apprit par le mari que la femme avait toujours été bien portante, et que la maladie avait commencé par les symptômes suivans :

Fièvre, langue chargée, vomituritions, sentiment d'oppression dans la région de l'estomac et du foie, soif très forte, céphalalgie brûlante, abattement général. Malgré tous les médicamens, la douleur dans la région du foie était devenue plus forte et s'étendait sur l'estomac, sur une partie du bas-ventre, vers l'épaule et la cuisse droites; il s'y joignit de violentes vomituritions, surtout lorsque la malade avalait la moindre chose; elle rendait par jour deux pintes de mucus bilieux par le rectum. La malade était devenue si faible qu'elle ne pouvait plus parler, et tout mouvement pour la faire changer de position était impossible; elle tombait vers le bas de son lit comme un corps mort.

M. Hancke en examinant de plus près la malade dit l'avoir trouvée dans un état de maigreur, tel qu'il n'en a jamais vu dans le cours de sa longue pratique :

Pouls 126; respiration anxieuse; yeux enfoncés; regard hagard; muscles des yeux et des bras dans des mouvemens spasmodiques; soif grande, insatiable à cause de vomissemens continuels; ouie affaiblie; le bas-ventre et surtout les régions du foie et de l'estomac étaient tuméfiés et très douloureux au toucher. Le foie et le pancréas paraissaient être très grands. Comme la malade vomissait tout ce qu'elle prenait on lui donna des lavemens d'un faible bouillon, et on lui fit tenir dans la bouche de l'eau de Seltz et du vin du Rhin et plus tard du Champagne pour modérer la soif; les vomissemens diminuèrent; puis on ordonna trois petits lavemens de graine de lin avec vingt gouttes de teinture d'iode chacun. Du papier gris imbibé de cette même substance, et couvert de taffetas ciré fut appliqué sur la région du foie, et trois fois par jour on lava tout le corps avec du vin du Rhin chaud.

Déjà, après quarante huit heures, les vomissemens qui avaient duré des mois entiers cessèrent, et l'organisme si affaibli commença à se remonter.

Ce traitement fut continué si ce n'est qu'on ajouta dix gouttes de teinture d'iode de plus à chaque lavement, et dans celui de bouillon on mit une petite cuiller de vin du Rhin et trois de Champagne. La malade, qui commença faiblement à répondre aux questions, se loua beaucoup de ces lavemens.

Au bout de huit jours de traitement, on put déjà faire avaler à la malade, sans produire des vomissemens, quelques cuillerées de léger bouillon, suivi d'un peu de Champagne, et même quelques jours plus tard un peu de viande de pigeon. Les lavemens nutritifs furent supprimés; par contre ceux d'iode, dont la dose fut encore augmentée de dix gouttes chacun, furent continués.

Déjà le troisième jour du traitement, les selles muqueuses avaient diminué; les douleurs du bas-ventre étaient moins fortes; les régions du foie et de l'estomac moins sensibles; l'amélioration se manifeste de jour en jour, en sorte que déjà le treizième jour les selles n'étaient plus involontaires. Dans cet état de choses, on se permit de donner l'iode à l'intérieur : iode, 3 gr.; hydriod. de potasse, 1 scrupule; eau de cannelle simple, de cerise noire, de chaque, 3 onces; ajoutez eau d'amandes amères, 2 dragmes; mucilage de graine de lin, 2 onces; sucre blanc, une demi-once M. D. S. à prendre par jour quatre cuillerées à café. Comme la malade supporta bien cette potion, on ne donna que deux lavemens d'iode, et plus tard on les supprima. Les applications externes de l'iode produisant de fortes douleurs furent supprimées le quatorzième jour; mais les selles muqueuses devenant plus abondantes, on les reprit de nouveau, mais seulement deux fois par jour.

A la potion, qui fut continuée jusqu'au vingtième jour, on ajouta un grain d'iode et dix grains d'hydriodate de potasse, et autant le vingtième. Comme les douleurs dans la région du foie étaient devenues trop vives, et que les selles étaient convenablement mêlées de bile, on supprima complètement l'emploi externe de l'iode. L'état général de la malade était très satisfaisant : plus de fièvre, un peu d'appétit, pas de vomissemens, couleur de la peau plus animée, soif modérée, légère transpiration pendant la nuit, selles de consistance naturelle, foie presque de grandeur normale, encore un peu douloureux à la pression, maigreur bien moins prononcée. La malade qui quitta le lit était obligée à apprendre à marcher comme un enfant, tellement les articulations étaient devenues raides par sa longue maladie.

Le trente-sixième jour, on mit un grain d'iode et dix grains d'hydriodate de potasse de moins dans la potion, et autant le quarante quatrième; celle ci fut supprimée le cinquantième. Les douleurs du foie avaient complètement disparu, même à une forte pression. On fit prendre encore pendant quelque temps à la malade des médicamens amers, et tous les jours un bain d'absinthe. Toutes les fonctions physiques et morales sont devenues normales. La convalescente se promena tous les jours en voiture, et dans la neuvième semaine, après la première dose d'iode, elle était complètement guérie. Pendant tout ce traitement, elle ne s'est jamais plainte de la poitrine. Depuis ce temps, il y a maintenant neuf ans, elle est restée complètement bien portante.

Malgré l'état de marasme de la malade, et malgré l'âge de 40 ans, maximum où, d'après l'auteur, l'iode peut être employé avec avantage, le succès dans ce cas est presque miraculeux; nous ne devons pas moins admirer dans cette observation la conduite sage et la perspicacité du bon praticien. Très souvent M. Hancke a employé avec succès l'iode contre les tumeurs lymphatiques et les suppurations dans le tissu cellulaire; entre autres faits, nous ne rapportons en raccourci que le suivant :

OBS. II. — Madame M., âgée de 25 ans, atteinte dans sa jeunesse d'engorgemens scrofuleux des glandes inguinales, du cou et de l'aisselle, était toujours bien portante; elle se maria à l'âge de 22 ans. Trois ans plus tard, elle eut, quelques semaines après ses couches, un abcès fluctuant à la cuisse droite, qui, résistant pendant des mois entiers à tout traitement médical, s'ouvrit quelques pouces au-dessus du genou et donna issue à un pus au commencement albumineux, rougeâtre, et plus tard ichoreux; comme la malade était déjà très épuisée, on craignit pour sa vie. C'est dans cet état que M. Hancke fut consulté. La cavité purulente se trouva sous le *fascia lata*, et avait neuf pouces de longueur. Pour diminuer cette forte suppuration, M. Hancke prescrivit à l'intérieur : iode. 2 gr.; hydriodate de potasse, 1 scrupule; eau de menthe poivrée, 2 onces; mucilage de graine de lin, 2 onces; sucre blanc, une demie-once M. S. à prendre trois cuillerées à bouche par jour, et fit faire trois fois par jour les injections suivantes : iode, 1 gr.; hydriodate de potasse, 10 gr.; eau distillée, 12 onces. Déjà, au bout de quatre jours d'emploi de ces moyens, la suppuration avait diminué; l'état général était plus satisfaisant; la fièvre moindre, et la malade pouvait dormir la nuit pendant quelques heures.

Au dixième jour de traitement, la suppuration avait presque complètement cessé, ainsi que la fièvre. Comme la malade se trouvait encore très faible, on lui fit en outre prendre quelques cuillerées d'une décoction de quinquina et de colombo. La diète était tonique. L'abcès était complètement fermé le quarantième jour. Le traitement fut achevé par des bains toniques, la femme devenue tout à fait bien portante accoucha plus tard sans la moindre suite fâcheuse.

Chez les sujets affectés de tumeurs aiguës ou chroniques des articulations qui sont évidemment de nature scrofuleuse, l'iode à l'intérieur et à l'extérieur, qu'on fait bien d'associer à des vomitifs, est encore très efficace; l'auteur l'a encore employé contre les éruptions dartreuses chroniques, et contre le prurigo du périnée, de l'anus et de la vulve, dont la tenacité, comme on sait, fait souvent le désespoir des malades et du médecin, il est évident que pour cette dernière affection il faut se servir d'une solution très étendue, par exemple, iode, 15 gr.; hydriodate de potasse, 2 scrupules; eau dist., 5-20 onces; esprit de vin rectifié. M. Hancke l'a encore trouvé efficace contre ces fistules sinueuses d'ulcères chroniques, surtout du tissu cellulaire, qui résistent souvent pendant fort longtemps au traitement le plus rationnel; puis, en général, là où il existe une activité exaltée des systèmes glandulaire et lymphatique; enfin, l'auteur a eu occasion de l'employer un très grand nombre de fois contre l'ophthalmie égyptienne, et il l'a trouvé plus efficace que tous les autres moyens employés contre cette maladie si rebelle; la formule était la suivante : iode, 2 gr.; hydriodate de potasse, 12 gr.; eau simple, 1 once M. à appliquer au moyen d'un pinceau deux à trois fois par jour sous les paupières. On peut sans crainte augmenter la dose; l'œil le supporte très bien; il ne provoque pas d'inflammation, et la douleur qu'il produit cesse bientôt.

OBSERVATION D'UN ANUS RECTO-VÉSICAL; par le docteur KOCH.

OBS. — Chez un enfant du sexe masculin, bien développé et porté à terme, on découvrit bientôt après la naissance (le 31 octobre 1836) une absence complète de l'anus. L'urine qui coulait par les voies naturelles était trouble et avait une mauvaise odeur; l'enfant, très agité, vomissait souvent. Il n'existait aucune fluctuation ou élévation à la place ordinaire de l'anus; au contraire, le périnée était uniformément ferme et était traversé dans toute sa longueur par un prolongement du raphé boursoufflé. On fit une incision à la place ordinaire de l'anus, et on entra avec le bistouri en traversant un tissu cellulaire très dur à une profondeur d'un pouce et demi. L'hémorragie n'était pas abondante. M. Koch, ne trouvant pas l'intestin, coucha l'enfant sur le dos et introduisit une sonde par l'urètre dans la vessie, puis incisa par la plaie qui existait déjà au périnée le col de la vessie comme pour la taille. Il introduisit le doigt autant que l'espace le permettait sans trouver l'intestin. Après avoir placé une éponge dans la plaie, on présenta l'enfant, très épuisé au sein de la mère. Il mourut quelques heures après.

A l'autopsie, on trouva que le rectum, au lieu de descendre derrière la vessie pour former l'ouverture anale normale, était adhérent par un tissu cellulaire ferme au côté gauche de la vessie. Le bout le plus inférieur de l'intestin, semblable à la formation du cœcum, se terminait par un cul de sac qui montrait à gauche une petite ouverture ovale : celle-ci conduisait dans un canal étroit qui lui-même s'ouvrait dans la vessie.

L'auteur, qui a commencé à faire une incision pour aller à la recherche de l'intestin, ne l'ayant pas trouvé, a profité de cette première opération pour inciser le col de la vessie; il remarque que l'enfant étant trop épuisé, il n'a pas osé entreprendre une autre opération. Quant à nous, nous aurions préféré le voir établir un anus artificiel; car, comme M. Velpeau le remarque avec justesse : « l'opération qui cherche à créer une large issue commune aux urines et aux matières fécales, quand l'intestin s'abouche avec la poche urinaire, est un remède, sinon aussi dangereux, du moins aussi dégoûtant que le mal. » (MÉDECINE OPÉRATOIRE, t. III, p. 980.)

SUR LA TRÉPANATION APRÈS LES PLAIES DE TÊTE; par PH. DE WALTHER et SCHLEISS DE LOWENFELD.

Déjà antérieurement les auteurs ont publié un travail sur cette matière, où ils sont arrivés à la conclusion que le traitement antiphlogistique est toujours nécessaire et le plus souvent suffisant dans les plaies de tête, et que les indications du trépan sont le plus souvent douteuses; et enfin que cette opération est rarement salutaire. Aujourd'hui, ces chirurgiens si distingués nous donnent le résumé de 270 observations de plaies de tête qui ont été recueillies à la clinique de Munich, depuis mai 1830 à octobre 1836. D'après ces observations, une pratique sur une plus grande échelle aurait confirmé ce qu'ils ont avancé il y a quelques années; c'est-à-dire que le traitement antiphlogistique est toujours indiqué et toujours utile, quels que soient les signes de lésions cérébrales qui se manifestent.

Pour les auteurs, il est difficile de distinguer les symptômes de commotion d'avec ceux de compression et d'inflammation du cerveau, et quand même ces distinctions seraient faciles, il faudrait encore recourir au traitement antiphlogistique dans la commotion comme dans les autres cas. Cette proposition nous paraît beaucoup trop générale; car, d'après tous les auteurs classiques, les symptômes de commotion sont bien distincts de ceux de compression; ensuite, il n'est pas vrai que la commotion soit toujours suivie de compression et d'accidens inflammatoires; et, enfin, pendant la durée courte à la vérité des symptômes de commotion, il faut s'abstenir d'un traitement antiphlogistique; pourtant, quand on réfléchit que ces observations ont été recueillies dans un hôpital, où les malades ne sont apportés qu'après un espace de temps quelquefois très long après l'accident, on comprend pourquoi ces chirurgiens ont si rarement observé les symptômes de commotion, et l'on comprend aussi comment le traitement antiphlogistique a été chaque fois indiqué à l'égard de sujets assez gravement blessés pour être transportés à l'hôpital avec ou sans perte de connaissance. Cependant, indépendamment du traitement antiphlogistique qu'ils croient applicable à toutes les plaies de tête graves, MM. de Walther et Schleiss admettent qu'il y a des cas dans lesquels l'indication du trépan peut être immédiate, et d'autres où on peut le prévoir et ajourner; mais ces cas sont les plus rares.

Parmi les 270 cas de plaies de tête, il n'y a eu que dix de morts; ainsi 1 sur 26, et ceux qui ont guéri ne sont pas restés affectés de maladies consécutives. Tous les blessés ont été traités dans le principe par des émissions sanguines générale et locale; des saignées ont été appliquées en permanence dans plusieurs cas, et la saignée générale a été répétée. Lorsque des signes de méningite et de cérébrite se sont manifestés on a eu recours aux fomentations froides sur la tête. Les sels neutres, le calomel, le tartre stibié, habituellement en lavage, quelquefois à haute dose, ont été trouvés efficaces; par contre, la digitale n'a été suivie d'aucun effet avantageux; on n'eut recours aux cataplasmes que dans les cas où les plaies externes étaient en suppuration; les vésicatoires, les sétons n'ont été employés que dans les cas où la maladie paraissait se prolonger. Le traitement local a été simple et rationnel. Jamais on n'a dénudé le crâne pour découvrir des fractures ou des fissures supposées; dans aucun cas le trépan n'a été employé dans l'intention de donner issue à des caillots de sang, et cependant dans le nombre il y en a eu qui ont fourni des signes manifestes d'extravasations sous-crâniennes; mais celles-ci ont toujours été résorbées sous l'influence du traitement antiphlogistique. Les auteurs font suivre les considérations générales par un grand nombre d'observations. Parmi les individus guéris, nous n'en voyons que très peu présentant les symptômes de compression, et encore ces symptômes ne sont-ils pas indiqués. Sur les 270 cas, MM. de Walther et Schleiss n'ont pratiqué qu'une fois la trépanation pour lever des fragmens de l'os frontal enfoncés dans la substance du cerveau. L'individu est mort. Sur les neuf autres individus qui ont succombé, l'un a péri par marasme sénile; un autre de sphacèle des extrémités inférieures; un troisième par compression de la moëlle épinière, et le quatrième par déchirure du poumon. Des cinq autres, deux ont eu le cerveau déchiré et les trois restans la base du crâne fracturé; ainsi on peut dire qu'aucun des neuf n'aurait été sauvé par le trépan.

Effectivement, après avoir parcouru ces observations, nous trouvons que réellement le trépan n'a été indiqué dans aucun cas; mais ces observations sont loin de nous présenter des modèles de tous les cas de plaies de tête et dans lesquels l'indication du trépan est évidente, comme, au reste, MM. de Walther et Schleiss semblent en convenir.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 21 JANVIER.

RECHERCHES SUR LES NERFS DU GOUT.

MM. Jules Guyot et Cazalis font connaître les résultats des expériences qu'ils ont entreprises pour déterminer le rôle des trois nerfs hyppoglosse, lingual et glosso-pharyngien, relativement à l'exercice du goût et à la perception des saveurs.

On sait que le sens du goût réside presque exclusivement dans la base de la langue, sa pointe, ses bords et une petite partie du voile du palais immédiatement au-dessus de la luette. La base de la langue perçoit mieux les saveurs que la pointe, la pointe mieux que les bords, les bords mieux que le voile du palais. La base de la langue connaît des saveurs que la pointe n'apprécie point, et réciproquement la pointe de la langue trouvant une certaine saveur (acide, par exemple) à un corps composé, la base peut lui trouver une saveur tout opposée.

A quels nerfs attribuer l'existence de ces faits? Quatre seulement se distribuent aux organes gustateurs : l'hypoglosse, le lingual, le glosso-pharyngien et les branches palatines du ganglion de Meckel; leurs propriétés peuvent donc être solidaires. Cette supposition, déjà faite, a donné lieu à des recherches expérimentales, dont quelques-unes sont dues à M. Magendie. Une de celles-ci est la section de la cinquième paire, dont une conséquence est la destruction du goût. On connaît aussi les recherches faites en Italie par M. Panizza, et en Angleterre, par M. Alcok, sur les propriétés spéciales du nerf hyppoglosse, celles du nerf lingual et celles du glosso-pharyngien. Ces deux physiologistes n'étant pas arrivés aux mêmes conclusions, il était nécessaire de répéter leurs expériences : c'est ce qu'ont fait MM. Guyot et Cazalis. Leurs observations dans le plus grand nombre des cas s'accordent parfaitement avec celles de M. Alcok. Voici, au reste, ce qu'ils ont trouvé :

1° Que le glosso-pharyngien, mis à découvert à la sortie du crâne en arrière de l'hyppoglosse, dont il est séparé par la carotide, est extrêmement sensible lorsqu'on le tiraille, qu'on le pique ou qu'on le coupe; qu'il entraîne alors des mouvemens convulsifs de la base de la langue et du pharynx; que sa section entraîne une grande altération dans la déglutition; qu'elle n'abolit point le sens tout entier; qu'elle permet à certaines saveurs très mauvaises de passer inaperçues, tandis que d'autres, même beaucoup moins déplaisantes, sont très bien distinguées;

2° Que le lingual est aussi très sensible à la piqûre, aux tiraillemens, etc., mais sans qu'il en résulte de mouvemens convulsifs; que sa section entraîne l'abolition de la sensibilité tactile de la langue et de ses facultés gustatives dans ses trois quarts antérieurs; mais que si l'on pince ou cautérise la base, la sensibilité s'y manifeste, et des efforts de régurgitation sont produits;

3° Que l'hyppoglosse est peu sensible aux pincemens et tiraillemens; mais que ces actes entraînent des mouvemens convulsifs de la langue, que la section de ces nerfs paralyse entièrement les trois quarts antérieurs de la langue en y laissant persister le goût et la sensibilité.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 22 JANVIER.

ZOOSPERMES.

La correspondance comprend une lettre de M. le docteur Bayard qui réclame

la priorité sur M. Devergie de la découverte des zoospermes sur des linges tachés de liqueur séminale depuis un temps plus ou moins long (de quelques jours à un an). On se rappelle que lorsque M. Devergie fit sa communication à l'Académie (20 novembre) il n'a parlé que des animalcules spermatiques qu'il avait observés dans le mucus urétral et répandu à la surface du gland. M. Bayard est allé plus loin, il a fait sécher des linges tachés de sperme, et les a soumis à l'inspection microscopique à des époques variables; il s'est assuré de l'existence des zoospermes malgré l'ancienneté de ces taches. C'est sur ce dernier point que porte la réclamation de M. Bayard : un paquet cacheté qu'il a déposé à l'Académie le 4 décembre dernier assure ses droits de priorité.

M. Chevallier : Je saisirai l'occasion de cette lettre pour annoncer à l'Académie que m'occupant de recherches analogues à celles dont vient de parler M. Bayard, j'ai trouvé sur des taches spermatiques anciennes non seulement des zoospermes, mais encore des acarus en très grand nombre (on rit). C'est une simple communication dont je désire qu'il soit fait mention au procès-verbal.

LUXATIONS CONGÉNIALES DU FÉMUR.

M. Pravaz obtient un tour de faveur pour lire une note sur un nouveau cas de luxation congéniale du fémur qu'il est parvenu à réduire et qui est en voie de guérison. Il s'agit d'une petite fille de dix à onze ans qu'il traite depuis un an. La tête fémorale était portée en haut et en arrière. Après plusieurs mois de préparation, la tête de l'os a pu être ramenée vers la cavité cotyloïde, mais la luxation s'est bientôt reproduite plusieurs fois. Avec de la persévérance cependant et des moyens contentifs appropriés, l'auteur est parvenu à l'y maintenir, et aujourd'hui, quatrième mois de la dernière réduction, le membre parait rester d'une manière durable dans ses rapports normaux avec le pelvis. (Commission.)

Pendant cette lecture, l'Académie procède à la nomination d'une commission pour statuer s'il y a lieu à remplacer trois des derniers membres décédés par une nouvelle élection.

Le résultat de ce scrutin sera proclamé dans la prochaine séance.

TOURNIS CHEZ L'HOMME.

L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur le rapport de M. Bouillaud.

M. Castel : Dans la dernière séance, j'avais avancé d'après Morgagni que plusieurs maladies cérébrales ont de la connexité entre elles et que le système des localisation encéphaliques se trouve en défaut tant en pathologie qu'en physiologie. M. le rapporteur m'a accusé de confondre l'épilepsie avec l'apoplexie; cette accusation n'est point fondée, car je n'ai pas dit cela; peut-être me suis-je mal exprimé. J'ai dit seulement que le vertige chez l'homme était l'équivalent du tournis chez les animaux, et que sa terminaison ordinaire était l'apoplexie. Je maintiens encore aujourd'hui cette manière de voir, et j'ajoute que souvent le vertige se convertit en convulsions avant d'arriver à la terminaison que je viens d'indiquer.

Un autre point sur lequel je tiens à répondre est relatif à la valeur des vivisections en physiologie. Je partage jusqu'à un certain point l'opinion de M. Gerdy à cet égard; je pense comme lui que ces sortes d'expériences conduisent souvent à des résultats illusoires ou fautifs; mais je ne saurais m'empêcher de leur accorder une certaine valeur lorsqu'elles sont bien faites et bien comprises. Je dis *bien comprises*, car c'est là ce qui rend leurs résultats fort souvent précaires, ainsi que vous en avez un exemple dans celles de Bichat et de Legallois. Haller lui-même s'en est laissé imposer dans ses expériences sur la sensibilité. La plupart des expérimentateurs ont confondu les différens attributs du système nerveux, la sensibilité naturelle avec l'action des différens moyens stimulans qu'ils ont mis en usage; de là des conclusions sans fondement. D'un autre côté, il n'est pas exact de conclure des animaux à l'homme, car leur organisation n'est pas la même. Le cerveau des animaux est moins volumineux que celui de l'homme; l'origine des nerfs est plus près de la surface de l'encéphale chez les premiers que chez le dernier : en conséquence si vous en coupez une ou plusieurs couches vous ne pouvez pas dire que l'effet en sera le même chez l'homme. D'un autre côté, personne n'ignore que chez les animaux supérieurs toute la vie est concentrée dans l'encéphale, tandis que dans les inférieurs elle l'est dans les ganglions : la sensibilité par conséquent est fort variable à mesure qu'on passe de l'homme aux animaux.

M. Gerdy : J'ai soutenu dans la dernière séance que les vivisections n'ont donné en physiologie que des résultats contradictoires ou d'une nature différente de ceux qu'on chercherait; elles n'ont en rien éclairci l'histoire de l'intelligence ou des fonctions du cerveau. J'en dirai autant de celles qui ont pour but les fonctions de la moëlle épinière. On sait par exemple aujourd'hui que les résultats annoncés par C. Bell, soutenus par MM. Magendie et Bellingieri, sont tout à fait faux, et que les travaux de ces expérimentateurs à l'égard des nerfs de l'épine constituent plutôt la poésie de la science que la véritable connaissance des fonctions des nerfs en question. C'était sans doute à cela que M. Bouillaud a voulu faire allusion par sa phrase d'*admirables progrès* des modernes. Il me sera pourtant facile de prouver que ces progrès ne sont ni admirables ni réels; je n'ai qu'à lire quelques pages de ma physiologie où tout cela se trouve apprécié à sa juste valeur. (M. Gerdy tire un gros rouleau de papiers imprimés de sa poche.) — Plusieurs voix : c'est inutile de lire, citez seulement les faits.

M. Gerdy : Eh bien! je citerai les faits pour ne pas abuser des momens de l'Académie. Ces faits sont assez nombreux : ils se rapportent, les uns à des ramollissemens des bandelettes antérieures ou postérieures de la moëlle, les autres à des divisions complètes de cet organe. Dans les premiers faits, on voit des sujets privés du sentiment, conservant tous leurs mouvemens, malgré que le mal eût pour siége la partie antérieure de la moëlle; ou bien, privés de leurs mouvemens et conservant leur sensibilité, malgré que l'altération siégeât à la partie postérieure; Ces faits démontrent donc précisément le contraire des assertions de MM. C. Bell, Magendie et Bellingieri. Dans les autres, on voit la moëlle complètement divisée, sans que les parties sous-jacentes aient perdu leur sensibilité ni leur motilité naturelles. Quelque incompréhensibles que ces observations puissent paraître, elles n'existent pas moins.

Ainsi, vous le voyez, la méthode expérimentale, ou des vivisections, ne conduit à aucun résultat sur la constance duquel on puisse compter. Il n'en est pas de même de la méthode d'observation, je veux dire basée sur les faits pathologiques; c'est celle qui a été suivie dès la plus haute antiquité et à qui on doit la physiologie tout entière. Je ne veux pas dire par là que la méthode des vivisections appartienne aux modernes, car les anciens l'avaient également mise en usage. Personne n'ignore, par exemple, que Galien a fait une foule d'expériences sur le système artériel, sur les nerfs, entre autres sur les nerfs laryngiens; que Rufus d'Ephèse et plusieurs autres en firent également. Je m'élève contre les expériences en physiologie, mais je suis loin d'en contester l'utilité en physique et en chimie. Archimède, Galilée, Torricelli, ne sont arrivés à leurs découvertes qu'à l'aide de l'expérimentation directe. Mais en physiologie la chose est bien différente. Lisez les mémoires de M. Magendie, ceux de Bellingieri, de Fodéra, de Calmeil, vous trouverez des contradictions à chaque pas, qui vous empêchent de tirer aucune conclusion rigoureuse. Lisez, d'un autre côté, les masses énormes de faits pathologiques consignés dans le livre de Burdach, vous verrez les expérimentateurs écrasés sous le poids de l'observation pathologique. Où est-il donc *l'admirable progrès* que M. Bouillaud attribue aux vivisecteurs de nos jours?

M. Ferrus : M. Castel vient de dire que le système des localisations cérébrales n'avait pas de fondement et que des lésions ayant des siéges différens dans l'encéphale s'offraient souvent avec le même appareil de symptômes. Je dois m'élever contre cette assertion, car elle n'est pas exacte. L'observation nous apprend tous les jours dans les hôpitaux que la symptomatologie des maladies en question varie constamment, selon le siége, de manière qu'on peut le plus souvent en prédire le lieu de la lésion avec assez d'exactitude, d'après la forme des phénomènes morbides. D'un autre côté, je ne pense pas qu'il soit exact de dire, avec M. Castel, que la terminaison des vertiges soit la convulsion ou l'apoplexie. Quant à la doctrine de C. Bell et de M. Magendie sur les fonctions des nerfs postérieurs et antérieurs de la moëlle épinière, je ne pense pas qu'il soit possible d'en contester raisonnablement l'exactitude, puisque l'observation pathologique vient tous les jours la confirmer, contrairement à ce que vient de dire M. Gerdy.

M. Rochoux : Il y a deux manières d'arriver à la découverte d'une vérité quelconque : *à priori*; c'est une sorte de divination, le plus souvent fautive; *a posteriori*; c'est-à-dire par la méthode expérimentale. Cette dernière est la seule bonne, la seule à qui on doit les plus grandes découvertes. Mais par méthode expérimentale, on ne doit pas entendre seulement les expériences matérielles ou les vivisections, ainsi que vient de l'établir M. Gerdy : tout moyen qui peut éclairer l'intelligence et conduire à la découverte d'une vérité fait partie de la méthode expérimentale. L'observation des faits, de quelque nature qu'ils soient, entre dans les élémens de cette méthode. Je ne vois pas, par conséquent, que les récriminations de M. Gerdy contre la méthode expérimentale aient le moindre fondement. Si Harvey n'eût pas fait d'expériences aurait-il découvert la circulation du sang? On pourrait citer une infinité d'exemples analogues en anatomie, en physiologie et dans toutes les sciences.

M. Londe : M. Gerdy nous a dit qu'il y avait des cas dans lesquels la moëlle épinière avait été complètement divisée sans que les parties sous-jacentes eussent perdu leur sensibilité et leur mouvement. Je demande à M. Gerdy où se trouvent consignés ces faits si extraordinaires.

M. Gerdy : Je vais en reproduire les extraits tels que je les ai consignés dans mon ouvrage. Le premier de ces faits appartient à Desault : il se trouve consigné dans son journal. Il s'agit d'un homme qui avait reçu une balle vers la dixième vertèbre lombaire; la moëlle épinière en avait été complètement divisée, ainsi que Desault l'a constaté par la dissection du cadavre qu'il fit publiquement lui-même. L'individu avait conservé la sensibilité et le mouvement des parties sous-jacentes. Desault en fut étonné lui-même, et Dupuytren, qui discutait la valeur de ce fait dans ses cours, n'était pas moins surpris de ces circonstances; mais il croyait que la division de la moëlle avait eu lieu après l'origine des autres nerfs lombaires.

Le second fait a été observé par M. Roux : la dissection en a été faite en présence de M. Magendie. La rupture de la moëlle était complète, et M. Magendie a été tellement déconcerté par ces conditions qu'il s'est demandé si la sensibilité était transmise aux parties sous-jacentes par les membranes de la moëlle ou par les fluides rachidiens.

Le troisième fait est rapporté par M. Ollivier d'Angers. Il a été observé en 1820 chez un enfant scrofuleux qui est mort dans le marasme. La moëlle était complètement divisée vers la région lombaire et les parties sous-jacentes n'avaient pas perdu leurs facultés sensitive et motrice.

Plusieurs voix : Assez, assez : il est inutile de reproduire des faits connus.

M. Blandin : Je ne puis pas partager l'opinion de M. Gerdy relativement à la doctrine de C. Bell et M. Magendie sur les fonctions des nerfs de la moëlle épinière. A mon avis, cette doctrine est non seulement exacte pour les racines des nerfs de la moëlle, mais encore pour celles des nerfs de la cinquième paire. Comme les nerfs de la moëlle, en effet, la cinquième paire a deux ordres de racines, les postérieures ou ganglionnaires qui se destinent exclusivement au sentiment de plusieurs tissus; aucun des filets de ces racines ne se rend à des tissus musculaires (première branche et maxillaire supérieure). Le contraire a lieu pour les filets qui émanent des racines antérieures. Ces derniers cependant président à la fois au mouvement et au sentiment. D'un autre côté, les faits pathologiques confirment tous les jours la doctrine en question. J'ai extirpé une tumeur existant à la région sous-orbitaire; la peau qui reçoit les filets des racines postérieures est restée insensible. J'ai soigné à l'Hôtel-Dieu un homme atteint du mal de Pott; il avait la paralysie des membres inférieurs sans perte du sentiment de ces parties. A l'autopsie, j'ai trouvé un abcès à la partie antérieure du canal rachidien. Je rappellerai enfin que j'ai démontré il y a longtemps que les racines postérieures ou ganglionnaires de la moëlle sont plus volumineuses dans la partie de cet organe qui donne naissance aux nerfs des membres tho-

racines, que dans la partie inférieure d'où émanent les nerfs des membres abdominaux. Dans cette dernière partie ce sont au contraire les racines antérieures qui sont plus volumineuses. Cette observation s'accorde parfaitement avec la doctrine de C. Bell et de M. Magendie, car les racines postérieures qui président au sentiment sont plus prononcées là où la sensibilité est exquise (le toucher); le contraire pour les racines antérieures qui se destinent au mouvement.

En conséquence, je crois que la doctrine de C. Bell et de M. Magendie est une vérité acquise à la science et que les objections de M. Gerdy sont loin de l'atteindre sérieusement.

M. Bouillaud répond aux objections de MM. Gerdy et Castel.

Le rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés.

Séance levée à cinq heures.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

COMPTE-RENDU CLINIQUE POUR LES ANNÉES SCOLAIRES 1835-1836 ET 1836-1837; par le docteur CH.-JAC. SACHERO, professeur de clinique médicale à l'université royale de Turin. — 350 pages in-8°. Turin, 1838. (En italien.)

Il serait impossible de présenter ici l'analyse et même de donner une notion exacte d'un travail du genre de celui du professeur Sachero; pour cela il faudrait le suivre minutieusement dans l'historique de tous les faits qu'il rapporte et dans les réflexions dont il les fait suivre. Tout ce que nous pouvons faire ici, c'est d'indiquer le but que l'auteur s'est proposé en publiant ce travail et le plan qu'il a adopté dans la classification des faits nombreux qu'il avait à sa disposition. Préserver de l'oubli les faits recueillis par les élèves de l'année scolaire, et dont plusieurs ont une certaine valeur, puis les commenter et les classer de manière à ce qu'ils puissent à la fois servir de modèle et rappeler les différentes classes de l'ordre nosologique, tel était l'objet que se proposait l'auteur. Pour nous, nous trouvons à cette publication un autre avantage, celui d'offrir un recueil de faits bien observés et fidèlement rapportés, mais recueillis dans des circonstances différentes de celles où sont recueillis les faits à l'aide desquels nous défendons ou combattons journellement les théories en vogue.

Il est bien vrai que les observations contenues dans ce recueil ne sont point assez nombreuses pour qu'il soit possible d'étudier une maladie sous toutes ses formes et sous tous ses points de vue; mais elles peuvent fournir des documens importans sur certaines questions controversées. Ainsi, bien qu'il n'y ait qu'une seule observation de fièvre typhoïde caractérisée, non seulement par les symptômes ordinaires pendant la vie, mais encore par les lésions propres aux glandes intestinales, M. Sachero nous apprend qu'à l'hôpital de Turin on observe presque constamment (*quasi sempre*) cette altération dans les cas analogues. Voilà donc encore un témoignage qui nous prouve que la fièvre typhoïde se présente en Italie avec les mêmes phénomènes qu'à Paris, comme nous l'avons vu déjà pour l'Allemagne, l'Angleterre et l'Amérique du nord.

Ce fait seul pour faire comprendre la valeur que peut offrir le compte-rendu clinique du professeur Sachero à ceux qui sauront y puiser, et qui, sans s'exagérer l'importance des faits qui y sont contenus, sauront cependant mettre à profit les observations intéressantes qu'il contient.

ÉLÉMENS DE MÉDECINE PRATIQUE, du docteur J.-B. CHIESA, professeur de thérapeutique spéciale à l'athénée royal de Turin; publiés par son fils VINCENTIUS-DOM. CHIESA.—Turin, 1837, 2 vol. (En latin.)

Le docteur Vincent Chiesa a fait acte de piété filiale en recueillant et publiant les travaux épars que son père avait réunis dans une foule de dissertations et que la mort l'avait empêché de réunir sous forme didactique. Une latinité pure, un cadre en rapport avec l'état des sciences médicales, à l'époque où l'auteur professait à Turin avec une rare distinction, caractérisent cette publication, qui comprend, dans le premier volume, les fièvres et les inflammations, et dans le second les exanthèmes, les profluves et l'helmintologie. Nous ne pouvons qu'applaudir au zèle du docteur Chiesa pour la mémoire de son père, et regrettons de ne pouvoir faire une analyse raisonnée de ce travail où nous aurions à signaler une foule de préceptes qui rappellent l'habile praticien et une connaissance assez étendue des travaux qui avaient été publiés jusqu'à cette époque.

RAPPORT SUR L'ÉPIDÉMIE DE GRIPPE QUI A RÉGNÉ A STRASBOURG PENDANT LES MOIS DE JANVIER, FÉVRIER ET MARS 1837; par le docteur REBOULLET.—Paris, 1838, 50 pages in-8°. Chez Levrault, rue de La Harpe, n° 81.

L'un des sujets les importans qui puissent occuper l'attention des médecins observateurs c'est, sans aucun doute, la marche de ces grandes épidémies qui partant de l'Orient, font le tour du globe, s'arrêtent sur les contrées placées dans les positions les plus différentes, et qu'il est dès-lors impossible d'attribuer à des causes locales. La grippe, et celle surtout qui régna en 1837 sur l'Europe, et on pourrait dire sur le monde entier, est du nombre de ces maladies, et a dû fixer l'attention de nombreux observateurs; mais sur quelque point qu'elle ait été observée, elle n'a offert qu'un très petit nombre de variétés dans ses formes. A Strasbourg, elle a présenté les mêmes symptômes qu'à Paris ou à Londres. M. Reboullet nous apprend, il est vrai, qu'on n'a pas trouvé chez les personnes qui y sont succombé les pseudo-membranes dont plusieurs observateurs de la capitale ont signalé la présence dans les dernières ramifications bronchiques; lésion décrite, comme on sait, par Lobstein, dans un certain nombre de pneumonies ordinaires, et qui avait porté ce pathologiste à regarder la pneumonie comme un *croup des radicules bronchiques*; mais il s'en faut aussi que cette lésion ait été constamment observée à Paris sur les cadavres de ceux qui avaient été frappés par la grippe.

Quelques tableaux sur la mortalité à Strasbourg pendant la durée de la grippe, et sur les observations météorologiques pendant le même temps, terminent le travail de M. Reboullet, qui nous paraît être l'une des bonnes descriptions que l'on a données de cette dernière épidémie.

APERÇU D'UNE NOUVELLE DOCTRINE MÉDICALE, D'APRÈS LES PHÉNOMÈNES CHIMIQUES ET PHYSIQUES DE LA VIE; par le docteur WANNER, de By. — 100 pages in-8°. Paris, 1837. Chez Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine.

Nous ne savons pas jusqu'à quel point on peut appeler « nouvelle » une doctrine qui attribue à l'électricité tous les phénomènes de la vie; mais aucun auteur jusqu'ici n'avait fait d'une manière aussi explicite et aussi générale l'application de cette théorie au mécanisme de la vie. Si toute assertion était une vérité; s'il suffisait, pour établir une doctrine, que les divers compartimens dont elle se compose se trouvassent d'un rapport exact, la doctrine qu'expose M. Wanner, de By, dans cette brochure, pourrait passer pour vraie; mais pour qu'une doctrine soit douée de quelque vitalité, elle doit offrir d'autres conditions, et ne reposer que sur des faits incontestables. Or, peut-on croire qu'il en soit ainsi de la doctrine dont nous parlons, quand on ignore complètement quelle est l'influence de l'électricité, non-seulement sur chacun des organes et sur les fonctions qu'ils accomplissent, mais même sur l'économie tout entière; quand on ignore même le rôle que joue le fluide électrique, s'il existe un fluide électrique, sur l'organisation, considérée d'une manière générale. Or, s'il y a de l'électricité en manifestation chez tous les êtres organisés vivans chez lesquels il y a un mouvement continuel de molécules de nature différente, la même chose ne s'observe-t-elle pas dans le règne inorganique. Avant donc de faire un système où l'on fasse jouer à l'électricité un rôle important dans le règne organique, on doit chercher à mieux la connaître, et à obtenir sur son influence chez les êtres organisés des notions plus exactes que toutes celles que nous avons jusqu'à ce moment.

Nous convenons avec M. Wanner, de By, de l'importance du sujet dont il s'est occupé; nous convenons qu'il a tracé avec habileté le tableau d'une doctrine médicale qui reposerait uniquement sur les phénomènes électriques connus; mais nous devons le dire aussi, elle repose sur des bases sans solidité, et qui elles-mêmes auraient besoin d'être mieux soutenues qu'elles ne le sont réellement.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 5. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 2 FÉVRIER 1839.

Gazette Médicale DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies), parait tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LES RAPPORTS QUI EXISTENT ENTRE LE RAMOLLISSEMENT CÉRÉBRAL ET LES SYMPTÔMES QU'ON LUI ATTRIBUE; lu à la Société médicale des internes, par M. MAX. DURAND FARDEL, interne de la Salpétrière.

L'histoire du ramollissement du cerveau comprend presque toute l'histoire de la pathologie de cet organe. Prenez en effet ses lésions traumatiques, ses diverses formes d'hémorrhagie, son inflammation, soit à son début, soit à sa dernière période, et avec les transformations qu'elle a subies, et partout vous trouvez dans le ramollissement un élément important, souvent essentiel de la maladie.

Le mot de ramollissement exprimant une manière d'être commune à plusieurs états morbides, fort différens, des centres nerveux, est donc mauvais dans ce sens qu'il réunit des choses dissemblables, et établit une confusion nuisible aux progrès de la science. Il faut le dire, s'il a été conservé jusqu'ici, ce n'est pas qu'on ait méconnu ce vice qui lui est attaché; mais c'est faute de pouvoir distinguer exactement ce qu'il confond; c'est impuissance de marquer du doigt ces différences que l'on entrevoit, mais qui échappent aux efforts que l'on fait pour les saisir.

Ce progrès est un des plus intéressans de ceux que réclame la pathologie moderne. On y arrivera, je pense, à l'aide de travaux opiniâtres et surtout consciencieux; mais on se tromperait peut-être si l'on voulait leur donner un caractère d'exactitude mathématique dont la pathologie des centres nerveux ne me paraît guères susceptible. Quelques vérités capitales surgiront sans doute de loin en loin, comme des jalons indiquant la ligne droite qu'il faut suivre; mais dans leurs intervalles il faudra s'aider seulement du coup-d'œil; c'est-à-dire que, livré aux ressources de l'imagination, on n'arrivera qu'à l'aide d'un esprit sûr et hardi à la fois, mais non pas probablement sans quelques écarts.

Les travaux de MM. Rostan et Andral sur le ramollissement cérébral, tout en avançant le diagnostic de cette maladie, ont peu servi cependant à éclairer les points principaux de son histoire. Cela tient à ce que ces savans professeurs, et ce dernier surtout, ont fixé leur attention bien plus sur des formes symptomatiques dont ils se sont peut-être exagéré l'importance, que sur leur cause essentielle, sur l'élément organique auquel elles doivent leur existence. Les symptômes, en effet, ne constituent pas la maladie, comme le prétendent la plupart des auteurs anglais; ils ne sont que l'expression de la maladie; ils sont à l'organisme ce qu'est le son aux corps qui le produisent, ce qu'est la lumière aux corps incandescens.

Feuilleton.

LE DAGUERROTYPE.

Tout le monde a entendu parler de la découverte de M. Daguerre. On sait que cet habile artiste est parvenu à trouver un procédé pour fixer d'une manière durable les images fugitives des objets qui viennent se peindre au fond de l'instrument d'optique appelé chambre noire. On sait aussi que ce procédé, très facile à concevoir, tant il est simple, consiste en un enduit noir ayant la propriété d'être si rapidement et si facilement modifié par l'action de la lumière, que les rayons lumineux partis des objets y produisent, suivant leur degré d'intensité, des altérations ou pertes de substances plus ou moins profondes, de sorte que la surface, d'abord uniformément noire, se charge bientôt de points plus ou moins clairs, et de toutes les nuances possibles depuis un blanc éclatant jusqu'au noir opaque. La réunion de toutes ces teintes n'est autre chose que le calque des rayons émanés de l'objet, et par conséquent l'image de l'objet lui-même. Ce procédé a beaucoup de rapport avec celui de la gravure à la *manière noire*. Seulement ici c'est la nature même qui est à la fois l'instrument et l'ouvrier. Elle opère avec une précision et une vérité infaillibles. Il y a deux secrets dans le daguerrotype : la nature de ce vernis ou enduit, si prodigieusement sensible à la lumière, et la manière de conserver et rendre permanentes des impressions dont la ténuité, la délicatesse et la rapidité semblent n'avoir rien de matériel. C'est dans la réalisation de cette double condition que consiste l'invention de M. Daguerre.

Les physiciens et les chimistes n'ont pas hésité à reconnaître et à dire que cette invention serait probablement le début d'une ère nouvelle dans la photologie. Les paysagistes, les architectes, les militaires, ont accueilli avec enthousiasme et reconnaissance un procédé qui leur permet d'emporter de toutes pièces dans leur carton, et dans quelques minutes, une magnifique campagne, une cathédrale, une forteresse, le tout dessiné et ombré suivant les règles les plus certaines de la perspective et de la géométrie, et sans avoir à craindre le moindre oubli ou erreur de détail. Mais parmi les applications utiles ou de pur agrément dont le procédé Daguerre est susceptible, il n'y en a aucune d'aussi importante et d'aussi féconde que celle relative aux sciences naturelles, et en particulier à la phytotomie, à la zoologie, et aux différentes branches de l'anatomie humaine. Ces dernières sciences, plus spécialement médicales, sont, en effet, en grande partie descriptives. Si leur but philosophique supérieur et dernier est la découverte de la signification métaphysique des formes et des mouvemens, toujours est-il que l'accomplissement de ce but suppose préalablement la connaissance purement matérielle des êtres organisés. Cette connaissance descriptive préliminaire est déjà si difficile à acquérir, tant la nature est abondante, fine et variée, qu'après trois mille ans de travaux anatomiques sur le corps humain, il est encore possible d'y faire de temps en temps des découvertes. Mais si cette connaissance est difficile à acquérir, elle est plus difficile encore à transmettre. Les langues sont des instrumens fort insuffisans. La

Cependant, cette question difficile et complexe de la nature du ramollissement cérébral, que la plupart des écrivains semblent aborder avec hésitation (1), et dans laquelle, au contraire, d'autres, comme MM. Lallemand et Bouillaud, ont porté peut-être un esprit trop exclusif, il faut tâcher de la préparer en éclaircissant autant que possible l'obscurité qui règne sur presque tous les points de l'histoire de cette maladie, soit qu'on la considère en elle-même ou qu'on étudie ses rapports avec ses causes, ses symptômes, les altérations concomitantes, etc. C'est cette pensée d'élucidation qui doit présider à toutes les recherches sur les maladies cérébrales. Leur histoire a moins besoin de théories nouvelles, que d'une interprétation fidèle des phénomènes qui les constituent ; phénomènes que nous observons tous les jours, et dont cependant nous avons tant de peine à nous rendre compte.

Je veux étudier dans ce travail la nature des liens qui unissent le ramollissement cérébral aux symptômes qu'il paraît déterminer, et chercher s'il est possible de découvrir entre eux ces relations intimes, constantes, dont la connaissance facilite tellement l'intelligence des maladies.

M. Rostan avait paru dès le principe simplifier cette question, en nous montrant une succession de phénomènes toujours semblables, dessinant de loin, en quelque sorte, aux yeux de l'observateur, l'altération qui leur avait donné naissance. Mais depuis, de nombreuses observations sont venues démontrer qu'il y avait au contraire dans la séméiologie peu de points aussi obscurs que ceux qui se rattachaient au ramollissement cérébral, maladie si capricieuse dans ses formes symptomatiques, que, tandis que les uns la regardaient comme essentiellement chronique, les autres croyaient lui reconnaître le plus souvent au moins un caractère d'acuité.

Il est certain que le ramollissement du cerveau est tantôt aigu, tantôt chronique. Ces deux formes si importantes à bien distinguer, ne sont pas dans tous les cas aussi faciles à reconnaître qu'on pourrait le croire, et les symptômes qui sembleraient devoir faciliter cette distinction ne font souvent que l'obscurcir.

En effet, un ramollissement peut survenir d'une façon aiguë chez une personne sujette depuis longtemps à ces accidens de congestion cérébrale qui annoncent souvent le développement d'un ramollissement chronique, mais dont souvent aussi on ne trouve pas la raison sur le cadavre.

On voit que si on s'en rapportait uniquement aux symptômes, on ferait remonter à une époque éloignée une altération qui ne date peut-être que de quelques jours. Du reste, ce ramollisement aigu, dans beaucoup de cas au moins, se présente sous une apparence qu'il est facile de distinguer avec un peu d'attention. En effet, si l'on rencontre un ramollissement léger, sans diffluence, d'une rougeur plus ou moins vive, occupant la superficie des circonvolutions ou des parois ventriculaires, on ne sera guères porté à lui attribuer une origine ancienne.

Dans quelques cas encore, on trouve un ramollissement aigu enté sur un ramollissement chronique; on ne les distinguera l'un de l'autre que par une étude attentive des formes anatomiques; car ce n'est pas celle des symptômes qui pourra éclairer la difficulté. Dans ces cas, il est vrai, des accidens aigus sont venus ordinairement s'ajouter d'une façon bien tranchée aux symptômes anciens, et il semble que rien ne doive être plus facile que de faire la part des deux altérations anatomiques chroniques. Mais si l'on songe que dans la plupart des ramollissemens chroniques, la vie se termine par des accidens aigus tout à fait semblables à ceux auxquels je viens de faire allusion, et pour l'explication desquels on ne trouve après la mort rien de particulier, on n'osera plus dès-lors s'appuyer uniquement sur des signes aussi peu certains, pour interpréter les résultats de l'anatomie pathologique.

Il arrive donc fort souvent que chez des personnes qui ont succombé à des accidens apoplectiformes aigus on ne trouve autre chose qu'un ramollissement chronique; c'est-à-dire tout à fait semblable à ceux que l'on rencontre chez d'anciens hémiplégiques, chez d'anciens aliénés, et dont la nature alors ne saurait être douteuse. En même temps la forme de ces ramollissemens, le degré d'atrophie, ou au moins de désorganisation complète des parties qui en sont le siège, leur infiltration par un liquide blanchâtre et trouble, bien différent du pus, et que MM. Cruveilhier et Dechambre ont décrit sous le nom de *lait de chaux*, les points partiels d'induration qui les avoisinent souvent, tout semble attester leur origine éloignée.

C'est dans ces cas cependant que l'erreur est facile, que souvent sans doute elle a été commise. Un malade tombe frappé d'apoplexie; il meurt au bout d'un ou plusieurs jours. On rencontre un ramollissement qui paraît ancien, et aucune autre altération pour expliquer les accidens aigus. Si l'on interroge les antécédens, on trouve ordinairement des prodrômes plus ou moins tranchés; alors il est permis de penser que l'altération était réellement ancienne, et que c'est une circonstance dont la nature est inconnue encore qui a donné lieu aux accidens récens.

Mais, dans d'autres cas, les renseignemens seront complètement ou presque complètement négatifs. Qu'en conclura-t-on? Que de ces deux altérations tout à fait semblables, l'une existe depuis plusieurs années; que l'autre s'est formée en quelques heures? Non, sans doute : la cause de l'incertitude où l'on est, de l'erreur où l'on peut tomber, il faut la chercher dans les symptômes, et non point dans la lésion anatomique. Que l'on me permette de développer en peu de mots cette dernière proposition.

Deux altérations parfaitement semblables sont nécessairement de même nature, sœurs par leur cause, leur marche, aussi bien que par leur apparence anatomique. Le principe qui les a fait naître ne peut qu'être à peu près le même; pour revêtir un aspect aussi semblable, elles ont dû suivre la même voie; et s'il arrive que deux altérations semblables aient une origine un peu différente, les transformations qu'elles ont peu à peu subies les ont assez rapprochées pour qu'on ne puisse aucunement tenir compte, dans leur appréciation actuelle, des dissemblances qu'elles ont pu présenter à leur naissance.

(1) Parmi les auteurs qui ont écrit sur le ramollissement cérébral, les uns ont cru devoir toujours le considérer comme le produit d'une encéphalite (Rochoux, Moulin, Patissier, Foville, etc.); les autres, en plus grand nombre, et M. Rostan, le premier, ont pensé que quelquefois inflammatoire, il était souvent de nature différente; simple altération sénile (Rostan, Delaberge et Monneret); résultat d'une maladie des artères (Carswell); analogue à la gangrène (Abercrombie), au cancer (Récamier); aux affections scorbutiques (Rostan). Mais il faut remarquer qu'en admettant ce principe général, ils n'ont pas essayé d'en faire l'application, et nous ont rarement montré comment ils concevaient l'analyse et le classement de chaque fait en particulier. Cette réserve leur était commandée sans doute par la difficulté du sujet : aussi n'est-ce pas un reproche que je prétends leur adresser; c'est seulement un fait que je constate, une lacune que j'indique.

meilleure description anatomique ne présente jamais à l'esprit qu'une image confuse et si défectueuse qu'elle ne saurait, dans l'immense majorité des cas, donner toute seule une idée tant soit peu approchante de la vérité. Il n'y a que les formes géométriques qui soient susceptibles d'une description adequate et parfaite, et encore doit-on dire que ce sont moins des descriptions que des définitions, au moyen desquelles on peut, *à priori*, construire l'objet. Mais dans le vaste théâtre de la nature, aucune forme ne se prête à ces déterminations fixes. Il n'y a pas d'organe si simple qui ne présente infiniment plus de variétés et de complications qu'une montre; et qui pourrait se flatter de représenter fidèlement à l'imagination par la parole l'intérieur d'une montre! Quelle dépense de mots et de géométrie ne faudrait-il pas (et probablement en pure perte) pour faire bien comprendre la différence d'une feuille de chêne et d'une feuille de lierre, quant à leur figure extérieure seulement? Un simple trait résout immédiatement la difficulté. Aussi, l'insuffisance du discours a été de tout temps sentie par les naturalistes. Tous ont reconnu la nécessité de transmettre à l'œil ce qui avait été reçu par l'œil. Aristote, qui avait un instinct scientifique si sûr, dessina lui-même un grand nombre des objets d'histoire naturelle qu'il décrit; et il est probable qu'avant lui on se servit quelquefois aussi de cet adjuvant indispensable, quoiqu'on lui en attribue volontiers la première idée. Tout porte à croire que l'usage s'en conserva dans toute l'antiquité, quoique aucun de ces monumens ne nous soit parvenu. Galien se moque en un endroit de ces faux savans qui « sans avoir vu une plante, même en songe, en donnent des figures chimériques; semblables en cela à ces crieurs publics, qui donnent le signalement d'un esclave fugitif qu'ils n'ont jamais vu, et l'esclave en question est à côté d'eux, sans que personne le reconnaisse. » (DE FACULT. SIMPL. MED., lib. VI.) Cette plaisanterie, applicable aux mauvais dessins, l'est, dans tous les cas, aux plus excellentes descriptions. Ce n'est pourtant qu'avec la gravure, inventée dans le quinzième siècle, que commence proprement l'iconologie scientifique. Les premières planches anatomiques gravées ne remontent guères plus loin qu'à l'allemand Jean Ketam (1491), et Jac. Peilick (1499), de Leipsig. Les premiers essais furent fort imparfaits; mais les progrès furent rapides, et un demi-siècle après parut l'ouvrage le plus célèbre en ce genre : l'anatomie de Vesale (1542). Depuis Vesale, le dessin fut un accompagnement obligé de tous les livres d'anatomie, et son emploi se répandit dans toutes les publications scientifiques: il est aujourd'hui d'un usage universel. C'est en grande partie à ce puissant moyen de communication que les sciences naturelles ont acquis dans ce siècle tant de popularité, et tant de rapidité et de sûreté dans leur marche.

L'immense utilité des représentations graphiques, polychrômes ou monochrômes n'est pas contestable; cependant quelques esprits paradoxaux l'ont niée. Riolan et Sylvius firent la guerre aux planches anatomiques, parce qu'ils supposèrent que les anciens n'en avaient pas fait usage. Sylvius trouve cette méthode *rem superstitiosam et obscurissimum et plane inutilem*. Mais il y a aussi des autorités plus graves contre ce mode de transmission. Ainsi, par exemple, Desault n'aimait pas les dessins anatomiques, et Bichat (ANAT. DESCRIP., art. V) en parle avec assez de dédain. Cette opinion chez de pareils hommes était sans doute fondée sur quelques raisons au moins plausibles. La principale de ces raisons est sans doute que le dessin est toujours excessivement menteur si on le compare à la nature, parce qu'il ne donne jamais qu'un point de vue de l'objet, et qu'une foule de détails lui échappent nécessairement. Ce reproche

Il n'en est pas de même des symptômes.

Je crois que l'on peut établir qn'en général, surtout dans la pathologie cérébrale, les symptômes résultent moins de l'altération locale, visible, prise matériellement, que de circonstances tont à fait inconnues, existant au-dehors d'elle, et qui, je le crains, seront longtemps un mystère. Une foule de faits le démontrent. Personne ne doute que le corps strié n'ait les mêmes fonctions chez tons les snjets. Eh bien! que trois individns soient frappés d'une hémorrhagie circonscrite dans cet organe; un aura une paralysie du bras; un autre de la jambe; un troisième une hémiplégie complète (Rochoux), et ce ne sera peut-être pas celui chez lequel l'hémorrhagie aura le plus d'étendue. Vous rencontrez chez plusieurs sujets une altération toute semblable de la superficie du cerveau; par exemple, cette atrophie partielle de quelqnes circonvolutions, avec coloration janne, légère indnration, texture membraniforme; chez un d'enx, il y avait démence; chez un autre hémiplégie; chez un autre, enfin, à peine quelque trouble appréciable des fonctions cérébrales. Cette altération locale n'est donc elle-même presque pour rien dans la physionomie des symptômes. Sans avoir recours ici à une ontologie contre laquelle nons n'entendrions plus s'élever une voix célèbre, ne peut-on pas admettre qu'an moyen d'une sorte de sympathie, si l'on veut, cette altération agit sur les parties qui l'avoisinent, et les modifie de diverses façons? Il semble que du point malade partent des rayons qui se portent tantôt dans un sens, tantôt dans un autre, et donnent ainsi des physionomies très différentes à la même altération. Que l'on ne me reproche pas ce mot de *sympathie*. Vague comme le fait auquel il se rapporte, il est aussi l'expression d'une idée qui ressort naturellement de l'étude de la physiologie et de la pathologie des centres nerveux, et qne M. Andral a rendue en disant « qn'il existe entre toutes les parties du système nerveux une solidarité merveilleeuse qui les unit et les ramène à l'unité d'action. » (CLIN. MÉD., t. V, p. 381.) N'est-ce pas dire qu'il est presque impossible d'établir d'une façon absolue la localisation des fonctions ni des maladies du système nerveux; non pas que chaque point n'ait des fonctions spéciales, et que sa lésion ne doive entraîner des troubles particuliers; mais c'est que les relations étroites qui unissent ensemble ces points divers ne permettent pas d'isoler dans l'observation ce qui appartient à chacun d'eux, et de distinguer avec précision le point de départ de la fonction ou du symptôme que l'on cherche à localiser.

Je crois donc que s'il ne faut pas refuser les lumières que peut nous fournir l'étude des symptômes, il fant être sobre d'inductions à leur égard, et craindre de leur accorder une confiance qu'ils ne méritent pas. Ces considérations, du reste, qui s'adressent spécialement à la symptomatologie cérébrale, ne sauraient s'appliquer sans restriction aux maladies des autres organes.

Il est encore deux ordres de faits sur lesquels je m'appuie pour refuser aux symptômes, dans le ramollissement cérébral, l'importance que l'on pourrait être tenté de leur attribuer.

A. Les premiers sont des cas où des symptômes apoplectiques bien tranchés, c'est-à-dire tout à fait semblables à ceux qui terminent souvent la vie de sujets affectés de ramollissement, se sont montrés, sans qu'il fût possible de les rattacher à aucune lésion organique appréciable.

B. Les antres sont ceux où l'on a trouvé un ramollissement du cervean chez des individns qui n'avaient présenté pendant leur vie aucun phénomène capable d'en faire soupçonner l'existence.

Je vais étudier successivement ces deux classes de faits.

A. Il n'est pas rare de voir succomber à des attaques apoplectiformes bien caractérisées, des individus à l'antopsie desquels on cherche en vain une altération qui rende un compte satisfaisant des accidens qui les ont emportés. Quelquefois ces symptômes cérébraux, chose remarqnable, paraissent être sympathiques d'une phlegmasie viscérale très aiguë, qu'ils masquent complètement. C'est même une forme de la pneumonie des vieillards qn'il importe de connaître, et il ne sera peut-être pas sans intérêt de rapprocher ces phénomènes apoplectiques de la pneumonie des vieillards, des symptômes ataxiques de la fièvre typhoïde chez les adultes, des convulsions des enfans atteints d'affections vermineuses, etc., et de montrer qu'ainsi chaque âge nous présente un groupe particulier de phénomènes cérébraux indépendant de toute lésion anatomique appréciable.

Plusieurs personnes pensent qu'on peut toujours rattacher à la congestion cérébrale ces accidens auxquels les premiers anatomo-pathologistes avaient donné le nom d'apoplexie nerveuse. Cette supposition, qui a l'avantage de remplacer une inconnue par un fait, peut être soutenue dans beauconp de cas, avec quelque apparence de raison, mais souvent aussi ne paraît guères admissible.

La congestion dans le cerveau se présente sous deux formes: elle est caractérisée, tantôt par la plénitude et la rougeur des vaisseaux, tantôt par l'augmentation de la quantité normale de sérosité contenue dans le crâne avec pâleur des tissus. La première forme paraît se rapporter spécialement à une augmentation de la circulation artérielle; la seconde à un engorgement du système veineux, consécutif souvent à la précédente. La présence d'une certaine quantité de sérosité dans le crâne peut donc suffire pour indiquer l'existence d'une congestion cérébrale. Mais comment apprécier la valeur de ce phénomène lorsque l'on sait que chez les gens âgés surtont (ceux chez qui l'on fait en général ce genre d'observations) la quantité de sérosité physiologique présente les plns graodes variétés; et qu'ainsi chez les nns, la pie-mère pent être infiltrée dans l'épaisseur de plusieurs lignes, sans que le cerveau en soit aucunement gêné, parce que cette infiltration lente et consécutive au retrait progressif de cet organe n'exerce sur lui ancune compression; taudis que chez les autres au contraire, dont le cervean volumineux remplit le crâne, l'épanchement d'une petite quantité de sérosité détermine des symptômes de compression grave. J'ai cru reconnaître, il est vrai, que chez les sujets chez qui la sérosité existait depuis longtemps, les circonvolutions étaient arrondies, comme à l'état normal, et écartées par la sérosité sans que leur forme parût autrement altérée; que si au contraire la sérosité s'était épanchée rapidement, bien qu'en moindre qnantité, elle aplatissait souvent les circonvolutions, et les rapprochait au lien de les écarter. Ce signe serait précieux s'il était toujours sanctionné par l'expérience; il m'a constamment paru jusqu'ici en rapport avec les phénomènes observés pendant la vie: mais il a besoin de faits plus nombreux encore pour acquérir un degré snffisant de certitude.

Il est certain qu'à la suite des apoplexies dites nerveuses, il est très ordinaire de tronver un certain degré de congestion sanguine nu sérense, à laquelle il est pent-être permis d'attribner quelque part dans leur production; et nul doute que dans beaucoup de cas on n'ait négligé de tenir compte de ces circonstances, propres à échapper à des yeux peu habitués à ce genre d'observation.

Mais il faut dire que dans quelques cas rares on ne trouve rien dans

---

est vrai, mais il ne porte juste que dans certaines limites. Il est vrai qne le dessin ne saurait dans aucun cas tenir lieu de la nature, car la nature s'adresse aux cinq sens; mais il peut rendre assez rigoureusement tout ce que fournit le sens de la vue, et cela seul lui donne une valeur inappréciable. Enfin une partie du reproche tombe, non sur le procédé en lui-même, mais sur son application plus ou moins habile. L'utilité des représentations graphiques sera sans donte tonjours proportionnée aux moyens d'exécution, et notre siècle paraît destiné à arriver sur ce point à un degré de perfection dont il est impossible d'assigner les limites, et dont le Daguerrotype est un des exemples les plus remarquables.

On connait les ingénieuses inventions par lesquelles les modernes ont tenté de remplacer, dans l'imitation de la nature, le génie de l'artiste et ses procédés secrets et incommunicables, par des moyens mécaniques à la portée de tous et d'un effet certain. Nous pouvons citer les Panorama et Diorama, la machine à graver de M. Collas, et sa méthode de réduction pour tous les ouvrages de sculture, les procédés expéditifs imaginés pour décalquer d'anciennes gravures ou manuscrits et en retirer des centaines de copies ou fac-simile identiques, les diagraphes et pentographes de M. Gavard avec lesquels on peut tont dessiner presque sans étodes préalables.

Le Daguerrotype est une invention d'un genre analogue, qnoique d'un ordre supérieur. Il réalise pour la représentation de la lumière et de l'ombre, ce qne fait le moulage pour la reproduction des solides; c'est, dans les deux cas, une sorte de calqne dans lequel tous les points de l'original s'appliqnent immédiatement à la matière disposée pour en recevoir l'empreinte, comme le cachet sur la cire. On ne saurait dès lors imaginer nne copie plus exacte.

Dans tont ceci, nons admettons la réalité de tont ce qui a été publié au sujet des peintures monochromes obtenues par le Daguerrotype, et, dans cette hypothèse, nous n'hésitons pas à considérer cette invention comme extrêmement avantageuse aux sciences naturelles et, en particulier, aux sciences médicales. Elle résout complètement les difficultés et inconvéniens inhérens à toute imitation de la nature par les lignes et les couleurs dans les procédés ordinaires. Dans les représentations anatomiques surtout ces difficultés et inconvéniens viennent d'une double source, de l'anatomiste et de l'artiste. Chacun de ces collaborateurs a ses préjugés, ses préoccupations, et, quelle que soit leur impartialité et leur amour de la vérité, ils ne peuvent s'en dépouiller entièrement. L'un ne montre et ne désigne que certains détails, auxquels il veut qu'on sacrifie tout le reste; l'autre tend, sans cesse, de son côté, à exagérer dans un sens ou dans un autre par des motifs de goût ou des habitudes de main, et, dans ces deux cas, la fidélité de l'image en souffre. C'est surtout dans la reproduction des faits anormaux, et que l'observation n'a rencontrés qu'une fois, que la fidélité de la reproduction se fait le plus regretter dans les ouvrages anciens. C'est là surtout que l'imagination des médecins et des dessinateurs s'est donné carrière, et leurs prétendues copies de la nature portent la marque non équivoque des préjugés superstitieux ou des vues systématiques de leur époque. Qui ne s'étonnerait, par exemple, de trouver dans la compilation de Licetus, tant de prétendus monstres à figures d'animaux? Il est évident que, dans ces reproductions, les artistes, mal dirigés par l'anatomiste, ont obéi à l'idée générale reçue alors sur la cause de la monstruosité, et exagéré à plaisir certaines ressemblances fortuites, négligeant tout le reste. Il est arrivé de là que toutes ces observations sont devenues inutiles pour la science. De nos jours, on est,

la cavité du crâne qui puisse permettre même de supposer l'existence d'une congestion. Dira-t-on que dans ces cas la congestion a existé dans le principe, mais qu'elle a disparu à la fin de la vie, ou après la mort ? Dans un ouvrage récemment publié, M. Gendrin a soutenu cette hypothèse : « Les altérations de la congestion cérébrale, dit-il, ont été facilement méconnues. Ensuite elles peuvent facilement disparaître après la mort. Il se fait toujours un certain degré d'absorption de la sérosité; et ne voit-on pas les rougeurs inflammatoires de la peau, de la bouche, des conjonctives..... disparaître après la mort ? » (TRAITÉ PHILOSOPHIQUE DE MÉDECINE PRATIQUE, t. I, p. 491.) Cet auteur me paraît s'être mépris sur l'analogie qu'il admet entre les altérations de ces diverses surfaces dont les unes sont soumises à la pression atmosphérique et les autres complètement soustraites à cette influence. M. Scoutetten a reconnu par des expériences faites sur des animaux, que sur quelque surface que l'on développât de l'inflammation, on voyait les traces de cette dernière disparaître après la mort, si on la laissait exposée à la pression atmosphérique, persister au contraire dans les circonstances opposées. (ARCH. GÉN. DE MÉD., t. III, p. 497.) La disparition de la congestion cérébrale après la mort paraît d'autant plus, je ne dirai pas impossible, mais au moins difficile à admettre, que, d'après les recherches du docteur Kellie de Leith (TRANS. DE LA SOCIÉTÉ MÉD. D'ÉDIMBOURG, t. I), la pression de l'atmosphère qui s'exerce sur toute la surface du corps, et non pas sur les organes contenus dans le crâne, suffit souvent pour déterminer, après la mort, une congestion encéphalique, et doit surtout s'opposer à la disparition d'une semblable congestion. Quant à l'absorption de la sérosité, on a entendu parler des recherches de M. Nathalis Guillot sur ce sujet curieux et qui a besoin d'études nouvelles.

Il faut donc convenir qu'il y a une certaine modification des fonctions cérébrales qui simule parfaitement une apoplexie proprement dite, et qui tantôt sympathique d'une altération locale des centres nerveux eux-mêmes, ou d'une maladie éloignée, tantôt résultat probable d'un certain degré de congestion sanguine de l'encéphale, reste quelquefois totalement inconnue dans sa nature à moins qu'on ne trouve moyen de l'expliquer par l'anémie du cerveau avec M. le professeur Andral, par l'absorption de la sérosité des ventricules avec M. Nathalis Guillot ou par quelqu'autre hypothèse ingénieuse, mais sans doute contestable. Et de ce fait on doit naturellement conclure, que lorsqu'à la suite d'accidens apoplectiques aigus, on ne trouve à l'autopsie qu'un ramollissement d'apparence chronique, il faut se garder d'établir comme nécessaire, entre l'altération anatomique et l'appareil symptomatique, un rapport qui n'existe peut-être pas, et demeurer dans un doute philosophique sur la cause des accidens mortels, plutôt que de leur chercher une interprétation que la réflexion et d'autres faits viendraient bientôt démentir.

B. On trouve quelquefois des ramollissemens considérables dans le cerveau de sujets chez lesquels on n'avait observé pendant la vie aucun symptôme propre à faire soupçonner l'existence d'une altération cérébrale. Ces faits rares se rencontreraient plus souvent sans doute si l'on avait le soin d'examiner attentivement le cerveau de tous les sujets morts de maladies étrangères à cet organe. On ne saurait croire combien d'altérations diverses on rencontre dans le cerveau de vieillards, chez lesquels on n'avait observé durant la vie aucun phénomène qu'on pût rapporter à cet organe, si ce n'est peut-être ces troubles fonctionnels plus ou moins prononcés, qui accompagnent toujours un âge avancé, et qu'il n'est pas possible de rattacher à une altération précise du système nerveux.

Si, par une circonstance étrangère à ces ramollissemens eux-mêmes, on avait observé avant la mort ces symptômes apoplectiformes que produit soit une forte congestion cérébrale, soit cette altération inconnue qui ne laisse point sur le cadavre de traces de son existence, on n'eût pas manqué sans doute d'attribuer ces symptômes au ramollissement, seul capable dans ce cas d'expliquer la mort et les phénomènes qui l'avaient précédée; alors l'absence de symptômes précurseurs aurait rendu l'erreur plus grande encore, et l'on se serait cru obligé de noter comme exemple de ramollissement aigu, un cas où la maladie avait au contraire suivi une marche essentiellement chronique. Sans doute plus d'un fait de ce genre s'est présenté à l'observation; il n'y a aucune raison de le nier.

Loin de moi cependant la pensée d'isoler à ce point les manifestations symptomatiques des altérations organiques, que je me refuse à voir entre elles ces relations de cause à effet qui les unissent si étroitement dans la plupart des cas. Mais toutes les fois que la pathologie cérébrale me présentera de ces contradictions que je sais bien n'être qu'apparentes, car la nature n'enfreint jamais les lois qu'elle s'est posées, toutes les fois que je verrai fonder l'interprétation des faits sur des phénomènes dont la valeur est impossible à apprécier avec précision, je serai en droit d'en appeler à ces prétendues exceptions qui ne sont pas, comme on l'a dit, de simples curiosités, mais qui sont une expression particulière de la vérité, dont il est d'autant plus important de tenir compte pour rectifier nos idées qu'elle se présente plus rarement à nous.

Je vais rapporter une série d'observations qui me paraissent de nature à appuyer fortement la manière de voir que je viens de développer. Elles nous montreront des altérations semblables s'accompagnant de symptômes tantôt lents et successifs, tantôt subits et de courte durée, se montrant quelquefois même sans symptômes; et d'un autre côté, elles nous feront voir qu'un même groupe de symptômes peut se montrer à la suite d'altérations chroniques, comme d'altérations aiguës, et même indépendamment de toute altération visible. Il a dû suffire du rapprochement de ces faits qui ont été peut-être étudiés trop isolément jusqu'ici pour faire naître les réflexions qui précèdent.

A. OBSERVATIONS OÙ, D'APRÈS LA MARCHE DES ACCIDENS, L'ANCIENNETÉ DU RAMOLLISSEMENT EST ÉVIDENTE.

HÉMIPLÉGIE INCOMPLÈTE DEPUIS SEPT ANS; INTÉGRITÉ DE LA PAROLE ET DE L'INTELLIGENCE; MORT D'ÉPUISEMENT PAR SUITE D'UN CANCER DE L'UTÉRUS. RAMOLLISSEMENT CONSIDÉRABLE D'UN LOBE ANTÉRIEUR DU CERVEAU, SANS CHANGEMENT DE COULEUR.

OBS. I. — La nommée D'outremont, âgée de 31 ans, rapporte qu'il y a sept ans, elle a été prise d'hémiplégie gauche subite, sans perte de connaissance. Elle bavait et parlait avec peine au commencement, mais cela s'est dissipé promptement; maintenant elle prononce distinctement. L'intelligence et la mémoire paraissent intactes. La langue est droite et se meut librement. L'hémiplégie d'abord complète a un peu diminué; la malade a pu marcher en boitant; elle a pu faire quelque usage de son bras paralysé. Depuis plusieurs mois, la marche est devenue impossible; et dès cette époque l'urine a commencé à couler involontairement. Il y a de légers mouvemens du bras et de la jambe gauches; la sensibilité y est un peu diminuée.

Cette femme était affectée en même temps d'un cancer d'utérus avancé. Elle tomba dans un affaissement profond, et mourut, sans présenter de nouveaux symptômes du côté du cerveau, dans le mois de mai 1838.

---

sans doute, beaucoup plus exact, on sait et on veut mieux copier. Mais il n'en est pas moins vrai qu'il existe très peu de planches irréprochables sous ce rapport. Aussi combien peu des innombrables faits d'anatomie pathologique décrits ou figurés par les auteurs sont-ils propres à servir de base à de nouvelles inductions ! Ils n'ont guère servi et pu servir qu'à celui qui les a observés : aujourd'hui ils ne nous apprennent plus rien, car ils ne nous montrent que ce qu'un homme y a vu autrefois, et c'est bien peu. L'invention d'un procédé qui ne laisse aucune chance à ces erreurs de l'esprit ou de la main est donc un fait de la plus haute importance. Il serait superflu de perdre le temps à démontrer une chose si simple. Nous ajouterons que la promptitude de l'opération offre aussi une inappréciable ressource pour la copie des parties organiques, qui perdent avec tant de rapidité leur consistance et leurs formes. Elle permettra de fixer instantanément des coupes et des positions aussi nombreuses que variées.

N'oublions pas non plus que l'observateur n'a rien à craindre ici des fantaisies de l'artiste. Le Daguerrotype n'aura ni préjugés, ni mauvaise volonté, ni impatience. Il rendra ce qu'on lui présentera avec une régularité et une précision imperturbables. Si le grand Vesale l'avait eu à sa disposition, il n'aurait pas éprouvé, dans le cours de son long travail, les cruelles angoisses que lui occasionaient les caprices des artistes, et qui lui faisaient envier le sort des sujets qu'il leur donnait à dessiner.

Nous finirons par une observation fort ancienne, mais dont l'application est ici bien remarquable. L'auteur de cette admirable découverte n'est pas un savant, c'est un artiste. Il n'est pas arrivé là par des raisonnemens fondés sur les vérités déjà acquises à la science, mais par des essais empiriques commencés et soutenus par le désir de faire des fac-simile de la nature, et de perfectionner la chambre noire. Toutes les inventions citées plus haut ont été faites aussi par des hommes illetrés et privés de toute direction scientifique. Au reste, la boussole, la poudre à canon, l'imprimerie, les lunettes et la vapeur ont été trouvées de la même manière.

— La mort vient d'enlever à la fleur de l'âge M. le docteur de la Berge, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, l'un des rédacteurs des ARCHIVES DE MÉDECINE et du COMPENDIUM DE MÉDECINE PRATIQUE. M. de la Berge était une des espérances de la médecine de Paris.

— Le docteur Blache, médecin de l'hôpital Cochin, vient d'être nommé médecin du Comte de Paris.

— Le 25 février prochain aura lieu le grand concours pour l'admission aux places d'élèves en pharmacie dans les hospices et hôpitaux civils de la capitale. On remarque avec plaisir que les étrangers sont conviés à ce concours comme les nationaux, et sans plus de conditions à remplir.

— Les examens des officiers de santé auront lieu à partir du 1er avril prochain.

Autopsie. Les os du crâne sont assez épais; l'arachnoïde contient une assez grande quantité de sérosité. La pie-mère n'offre rien à noter. Rien à l'extérieur du cerveau.

On trouve dans le lobe antérieur droit un ramollissement de l'étendue d'un gros œuf de pigeon. Ce ramollissement est limité en dehors et en avant par la substance corticale, en arrière par le corps strié. La partie ramollie n'offre aucun changement de couleur, si ce n'est qu'à son centre elle paraît d'un blanc plus mat que la substance saine. Cette partie centrale est en même temps d'une mollesse extrême, presque réduite en bouillie; le pourtour du ramollissement se fond dans quelques points avec la substance saine; dans d'autres il s'arrête brusquement. Peu de sérosité dans les ventricules latéraux.

Engouement des poumons; cancer de l'utérus; atrophie de la vésicule du fiel.

HÉMIPLÉGIE ANCIENNE AVEC CONTRACTURE; AFFAIBLISSEMENT GRADUEL DES FACULTÉS; RAMOLLISSEMENT BLANC DE LA SUBSTANCE MÉDULLAIRE; CICATRICES DES CIRCONVOLUTIONS.

Obs. II. — La nommée Aubert, portière, âgée de 77 ans, est entrée à la Salpêtrière en 1834 avec une paralysie du bras gauche; elle parlait et marchait assez bien; on n'a pas d'autres renseignemens. Depuis huit mois, elle ne marche plus; son intelligence toujours peu développée s'affaiblit de plus en plus. Depuis six semaines, elle ne retient plus ses urines.

A son entrée à l'infirmerie, le 31 juillet 1838, nous la trouvâmes dans l'état suivant :

Figure exprimant la stupidité, intelligence profondément altérée; paralysie complète du bras gauche, sans diminution de la sensibilité; fortement contracturé, il était toujours fléchi sur la poitrine; un peu de roideur et immobilité presque aussi complète de la jambe gauche. Elle répondait quelques mots aux questions qu'on lui faisait, mais bientôt elle cessa tout à fait de parler. Une large escarre se forma au siége; la langue se sécha, la circulation s'affaiblit; elle succomba le 16 septembre. La respiration était restée libre jusqu'à la fin.

Autopsie. Le crâne est très lourd et d'une épaisseur assez grande; la dure-mère lui est intimement adhérente. La pie-mère est infiltrée de beaucoup de sérosité. Le cerveau est d'un petit volume; à la partie moyenne et interne de la convexité de l'hémisphère droit, immédiatement au-dessous des circonvolutions, on trouve un espace capable de loger un petit œuf de poule, occupé par un tissu celluleux lâche, infiltré d'un liquide blanchâtre. Ses parois, très blanches, molles dans une certaine étendue, n'ont pas deux lignes d'épaisseur du côté de la convexité et de la grande scissure interlobaire. A la partie postérieure de ce ramollissement, au fond d'une anfractuosité, la substance corticale est jaune et ramollie; une altération semblable se montre au fond de deux anfractuosités voisines, avec intégrité des circonvolutions qui les séparent. Sur une des circonvolutions du lobe postérieur on trouve une petite cicatrice jaunâtre. L'autre hémisphère est sain. Peu de sérosité dans les ventricules.

HÉMIPLÉGIE GAUCHE SUBITE; PLUS TARD, CONTRACTURE. MORT AU BOUT DE SIX MOIS. DESTRUCTION D'UNE PARTIE DE L'HÉMISPHÈRE DROIT PAR UN RAMOLLISSEMENT JAUNATRE A L'EXTÉRIEUR; BLANC A L'INTÉRIEUR.

Obs. III. — Une femme de 65 ans a été prise, au mois de janvier 1838, d'une attaque d'apoplexie. Il y a eu perte de connaissance, hémiplégie complète à gauche. Plus tard, la malade assura que son attaque n'avait été précédée d'aucun prodrôme récent ou éloigné; il paraîtrait seulement qu'au moment de l'attaque elle a éprouvé une vive douleur dans les muscles.

L'intelligence et la parole se rétablirent. L'hémiplégie demeura toujours complète; seulement six semaines après l'attaque, à peu près, il survint de la contracture dans les membres paralysés. Ce phénomène se reproduisit souvent, accompagné de signes de congestion cérébrale. Il fallut pratiquer des saignées locales et générales. La malade s'éteignit lentement, et mourut le 9 juin. Un mois avant la mort, on avait constaté de la matité du côté gauche de la poitrine.

Autopsie. Après l'incision de la dure-mère, il s'écoule quelques cuillerées d'un liquide trouble, grisâtre, qui paraissait contenu dans la cavité de l'arachnoïde.

L'hémisphère droit présente un volume beaucoup plus petit que l'autre, ce qui est dû à la destruction de toute sa partie externe. En effet, les circonvolutions de cette région sont à peu près détruites, remplacées par une substance d'un jaune vif, très molle, sans forme distincte. La substance blanche, qui est au-dessous extrêmement molle, presqu'en bouillie dans toute la moitié externe de l'hémisphère, présente dans quelques points une couleur grisâtre, comme si elle était mêlée de pus; dans d'autres une teinte blanche éclatante. Le corps strié de ce côté est d'un très petit volume, comme atrophié, jaunâtre à l'extérieur, au dedans mou et d'un gris sale. Les ventricules sont très dilatés, surtout le droit; ils contiennent un liquide trouble, grisâtre, abondant, semblable à celui que contenait l'arachnoïde.

Pneumonie générale du poumon gauche; points en suppuration.

Que les ramollissemens que je viens de décrire soient ou non le résultat de la transformation d'hémorrhagies cérébrales, il nous suffit de constater l'ancienneté de la maladie, dont la marche chronique me paraît celle que suit habituellement le ramollissement cérébral chez les vieillards, bien que les symptômes ne soient pas, dans tous les cas, dans un rapport aussi évident avec une semblable forme que dans ceux que nous venons de rapporter. Quoique l'absence de renseignemens précis rende fort difficile l'appréciation de la nature de la maladie à son début, je crois pouvoir présenter les considérations suivantes sur ce sujet.

Dans les deux premières observations, l'absence de coloration de la partie ramollie rend difficile de croire qu'il y ait jamais eu là de sang épanché. Lors même qu'un ramollissement consécutif vient à envelopper un foyer apoplectique, il est toujours un résidu du caillot qui, sous forme de kyste ou de cicatrice, résiste au travail désorganisateur qui l'environne. Au moins je ne sache pas qu'on ait jamais admis le fait contraire, qui me semblerait en opposition avec l'observation de tous les jours.

Dans la troisième observation, qui paraît avoir présenté la marche du ramollissement consécutif à une hémorrhagie cérébrale, faut-il admettre que la coloration jaune des circonvolutions soit la trace d'une apoplexie capillaire, cette forme d'infiltration hémorrhagique presque spéciale à la substance grise, et que M. Diday a bien décrite dans la Gaz. Méd. du 22 avril 1837?

J'ai remarqué que le ramollissement chronique donnait à peu près constamment à la substance corticale cette coloration jaune, même toutes les fois que la substance médullaire sous-jacente présentait un ramollissement blanc ou seulement grisâtre. J'ai même eu occasion dernièrement d'observer le passage du ramollissement de la substance corticale à cette altération jaunâtre toute particulière, qui pourrait bien n'en être qu'un mode de cicatrisation.

Le fait suivant, presque semblable à notre observation 3e, me paraît d'autant plus intéressant qu'il est un nouvel exemple de la difficulté de l'appréciation des symptômes dans les maladies cérébrales.

Obs. — Lemoine, âgée de 87 ans, était depuis longtemps à l'infirmerie de la Salpêtrière pour une affection de cœur grave, et qui paraissait devoir bientôt terminer ses jours. On ne remarqua jamais chez elle le moindre indice d'une affection cérébrale.

Le 12 mai 1838, elle perdit tout à coup connaissance, frappée d'hémiplégie gauche complète, sans raideur. Elle ne recouvra l'intelligence et la parole que fort incomplètement. Six semaines après l'attaque, il survint de la contracture et des douleurs très vives dans les membres paralysés. Ces phénomènes persistèrent jusqu'à la mort, qui arriva dans un coma profond, six mois après l'attaque. Pendant tout ce temps, elle ne se plaignit ni de palpitations, ni d'étouffemens. On avait cru pouvoir diagnostiquer avec assurance une hémorrhagie cérébrale suivie de ramollissement. On trouva toute la partie supérieure de l'hémisphère droit transformée en un tissu celluleux, lâche, infiltré d'une matière blanchâtre, grumeleuse, coulante (lait de chaux). Au-dessus, les circonvolutions étaient réduites en une substance informe, mollasse, jaune, et dans quelques points légèrement verdâtre, intimement adhérente à la pie-mère. Le corps strié droit présentait la même altération.

B. OBSERVATIONS DE RAMOLLISSEMENT CHRONIQUE, OÙ IL Y A EU DES PRODROMES QUI POUVAIENT APPELER L'ATTENTION VERS LE CERVEAU, MAIS QUI N'ÉTAIENT PAS DE NATURE A FAIRE SOUPÇONNER L'EXISTENCE D'UNE DÉSORGANISATION DE CET ORGANE.

PARAPLÉGIE ANCIENNE. CÉPHALALGIE DEPUIS LONGTEMPS; COMA SUBIT AVEC HÉMIPLÉGIE DROITE; MORT AU BOUT DE 17 HEURES. RAMOLLISSEMENT BLANC DE L'HÉMISPHÈRE DROIT; APOPLEXIE CAPILLAIRE A GAUCHE; RAMOLLISSEMENT DE LA MOELLE.

Obs. IV. — Catherine Jacob, âgée de 47 ans, était, depuis dix ans, affectée d'une paraplégie presque complète, survenue à la suite d'une chûte sur le siége. Les membres supérieurs étaient parfaitement libres, l'intelligence intacte. Cette femme souffrait beaucoup de la tête.

Le 2 juin, elle se plaignit d'une céphalalgie plus vive qu'à l'ordinaire. Le lendemain matin, elle tomba subitement dans un coma profond, avec hémiplégie et anesthésie complètes du côté droit, sans raideur. A la suite de l'application de vingt sangsues au col, il survint beaucoup d'agitation, des efforts pour crier; on m'assura qu'il y eut alors des mouvemens des deux bras. Le soir, résolution et insensibilité générales. Mort 17 heures après le début des derniers accidens.

Autopsie 32 heures après la mort.

Il s'écoule de l'arachnoïde quelques cuillerées de sérosité sanguinolente. Le feuillet pariétal de cette membrane est tapissé, dans toute son étendue, par une lame mince, d'un rouge vif, demi-transparente, d'une certaine consistance et nullement adhérente. Pas de sérosité dans la pie-mère. On trouve dans l'hémisphère gauche, au-dessous de la portion réfléchie du ventricule, un point assez étendu, de couleur lie de vin, un peu ramolli (apoplexie capillaire), occupant la substance blanche de la paroi inférieure du ventricule, et la substance grise des circonvolutions voisines. La substance médullaire du lobe postérieur de l'hémisphère *droit* présente un ramollissement étendu, *très prononcé, mais tout à fait blanc*. Ramollissement de la portion cervicale de la moelle.

ÉTOURDISSEMENS, AFFAIBLISSEMENT DES FACULTÉS DEPUIS DEUX ANS; COMA SUBIT, AVEC HÉMIPLÉGIE GAUCHE. RAMOLLISSEMENT CHRONIQUE DU LOBE POSTÉRIEUR DROIT. HÉMORRHAGIE EN DEHORS DU CORPS STRIÉ.

Obs. V. — Une femme, âgée de 69 ans, était, depuis deux ans, plongée dans le chagrin, par suite de la mort de son mari. Depuis cette époque, elle avait de temps en temps des étourdissemens, des faiblesses de jambes, et tombait sans perdre connaissance; sa mémoire et son intelligence s'affaiblissaient

sensiblement. Cependant elle était encore en état de servir deux reposantes.

Le 23 juillet 1838, elle tomba tout-à-coup sans connaissance, frappée d'hémiplégie gauche complète. Elle vécut encore huit jours, plongée dans un coma profond, et présentant toujours une résolution complète, sans roideur aucune du côté gauche.

On trouva à l'autopsie les circonvolutions du lobe postérieur droit tout-à-fait déformées, jaunes, très molles, intimement adhérentes à la pie-mère; au-dessous, un ramollissement blanc considérable, s'étendant presque jusqu'au ventricule, et allant rejoindre en-dehors une hémorrhagie assez étendue, qui s'était faite entre le corps strié demeuré intact et les circonvolutions de l'*insula*. La couche optique participait un peu à l'altération hémorrhagique.

Je ne pense pas qu'il soit difficile de faire, dans ces deux cas, la part de l'altération aiguë, qui, sous forme d'hémorrhagie, a donné lieu aux accidens d'apoplexie qui ont terminé la vie, et de l'altération chronique qui n'avait, il est vrai, annoncé sa présence que par des symptômes peu prononcés. Cette distinction est, du reste, facilitée par les observations précédentes, qui ont démontré, avec la plus grande évidence, la nature chronique de ramollissemens tout-à-fait semblables. Les faits de ce genre, et ils se rencontrent fréquemment, font voir que chez les vieillards, des symptômes, en apparence peu importans, représentent souvent des altérations beaucoup plus graves qu'on ne saurait le supposer.

C. OBSERVATIONS OU, A LA SUITE D'ACCIDENS APOPLECTIFORMES BIEN TRANCHÉS, ON N'A TROUVÉ QU'UN RAMOLLISSEMENT CHRONIQUE.

DEPUIS PLUSIEURS MOIS, CÉPHALALGIE, FOURMILLEMENS DANS LES MEMBRES; COMA SUBIT AVEC HÉMIPLÉGIE GAUCHE; MORT LE TROISIÈME JOUR; RAMOLLISSEMENT CHRONIQUE DE L'HÉMISPHÈRE DROIT.

OBS. VI. Une femme de 76 ans se plaignait de céphalalgie, d'engourdissemens et de fourmillemens dans les membres. Elle avait eu une fois dans cet espace de temps une hémiplégie qui ne dura qu'un jour. Tout-à-coup, perte de connaissance, hémiplégie gauche complète du mouvement, anesthésie incomplète; déviation de la face à droite; stertor. Mort au bout de trois jours dans le même état.

AUTOPSIE. Rien de remarquable dans les méninges.

On trouve à la partie moyenne de la convexité de l'hémisphère gauche un ramollissement de la substance grise, occupant à peu près deux circonvolutions, et s'étendant dans la profondeur de deux lignes dans la substance blanche. Un autre ramollissement occupait la corne sphénoïdale de l'hémisphère droit, se continuait à travers la substance médullaire, jusqu'au corps strié, qui se trouvait presqu'entièrement détruit. Un filet d'eau, projeté sur ces ramollissemens, pénétrait profondément dans la substance cérébrale.

La couleur de la substance grise ramollie n'était pas changée; la substance blanche formait une sorte de détritus très mol et de couleur grisâtre. Assez grande quantité de sérosité dans les ventricules.

Rien du reste.

Les deux observations qui suivent sont empruntées à M. le professeur Andral.

OBS. VII. — Homme de 47 ans. Céphalalgie à gauche et faiblesse du côté droit depuis deux ans. Tout à coup perte de connaissance, coma, ronflement, conjonctives insensibles, face rouge, tuméfiée, bouche déviée à gauche, résolution et insensibilité générales. Pouls très petit et fréquent. La respiration s'embarrasse. Mort le troisième jour. Hémisphère gauche plus volumineux que le droit.

Circonvolutions consistantes, mais aplaties et fluctuantes; au-dessous d'elles substance blanche très molle, en bouillie grisâtre, jusqu'à la base. Aucun épanchement de sang; le ramollissement est traversé par des vaisseaux; rien aux méninges; peu de sérosité dans les ventricules. Poumons très engoués. (CLINIQUE MÉDICALE, t. V., obs. XIX.)

OBS. VIII. — Homme de 69 ans. Bonne santé. A la suite de l'inspiration de vapeurs de charbon, céphalalgie pendant un mois, d'abord générale et avec étourdissemens, puis fixée au pariétal gauche. Tout à coup perte de connaissance et de mouvement; membres flasques et résolus, insensibilité absolue, face rouge, violacée; lèvres gonflées et livides; stertor; pouls faible, irrégulier. Mort au bout de vingt heures. La partie moyenne de l'hémisphère gauche, le corps strié et la couche optique étaient transformés en une bouillie jaunâtre.

Rien d'ailleurs. (LOCO CIT., obs. XXI.)

Dans les observations suivantes, il nous sera possible de rattacher ces mêmes accidens apoplectiformes au développement d'un ramollissement aigu consécutif, distinct du ramollissement chronique et primitif.

D. OBSERVATIONS OU LA PRÉSENCE D'UN RAMOLLISSEMENT AIGU AJOUTÉ A UN RAMOLLISSEMENT CHRONIQUE EXPLIQUE LES SYMPTÔMES APOPLECTIFORMES OBSERVÉS A LA FIN DE LA VIE.

ATTAQUES LÉGÈRES DE PARALYSIE DEPUIS UN AN; AFFAIBLISSEMENT DES FACULTÉS; ASSOUPISSEMENT, PUIS COMA, RESOLUTION ET INSENSIBILITÉ GÉNÉRALES; MORT QUATRE JOURS APRÈS; RAMOLLISSEMENT CHRONIQUE DU LOBE POSTÉRIEUR GAUCHE; RAMOLLISSEMENT AIGU DE LA SURFACE DES CIRCONVOLUTIONS.

OBS. IX. — Suzanne Lharminot, âgée de 74 ans, était depuis un an sujette à des attaques légères; elle perdait tout à coup la connaissance, la parole; on la mettait sur son lit, et au bout de dix minutes, d'un quart d'heure, elle revenait à elle.

Depuis cet hiver, elle était comme en enfance: ses paroles étaient sans suite, et ne répondaient pas aux questions qu'on lui faisait; cependant elle se levait tous les jours et se promenait; elle mangeait elle-même.

Le 20 mars 1838, on la trouva profondément assoupie; les mouvemens étaient faibles et paresseux.

Le lendemain, coma complet; immobilité absolue, résolution et insensibilité générales, léger stertor, pouls à peu près normal. Mort quatre jours après.

AUTOPSIE. Aspect normal des méninges. Lorsqu'on enlève la pie-mère, elle entraîne avec elle la couche la plus superficielle d'un grand nombre de circonvolutions. Un courant d'eau projeté sur la superficie du cerveau montre, sur un grand nombre de circonvolutions de la convexité, un ramollissement superficiel, bien limité, d'une couleur rosée, avec un peu de pointillé rouge dans quelques points. Les circonvolutions du lobe postérieur gauche sont entièrement détruites, et réduites en une sorte de bouillie d'un jaune légèrement fauve; ce ramollissement a envahi presque toute l'épaisseur du lobe jusqu'au ventricule qui n'est séparé que par une lame mince de tissu sain.

Il est bien évident que ces deux altérations ne dataient pas de la même époque. Le ramollissement du lobe postérieur présentait au plus haut degré le caractère d'une désorganisation lente et profonde; quant au ramollissement rose et superficiel de la convexité du cerveau, un certain nombre de faits de ce genre me portent à penser, non seulement qu'il est moins ancien que l'autre, ce qui ne peut faire de doute pour personne, mais encore qu'il est contemporain des derniers accidens, qu'il s'est formé peu de jours avant la mort.

J'ai développé cette manière de voir dans un travail publié dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (février 1839), où j'ai cru devoir rattacher à l'inflammation ces ramollissemens rosés, étendus, de la surface du cerveau qui se présentent souvent sous la forme apoplectique, mais qui quelquefois aussi s'annoncent par des symptômes différens. Plusieurs fois dans le cours de l'année dernière, j'ai eu occasion de rencontrer ces ramollissemens aigus entés sur des ramollissemens chroniques, et dans tous les cas des accidens remarquables avaient immédiatement précédé la mort. Parmi ces faits, le suivant m'a paru un des plus frappans.

OBS. X. — Madame Beaufils, âgée de 62 ans, était affectée de démence depuis plusieurs années. Deux mois avant sa mort, elle tomba dans un état d'affaissement et d'imbécilité, qui paraissait être le premier degré de la paralysie générale des aliénés. Il n'y avait point précisément paralysie, mais les mouvemens étaient faibles et incertains. Un matin, elle fut prise de convulsions épileptiformes, très prononcées surtout à gauche, et qui se reproduisirent pendant toute la journée. Le lendemain, elle était dans un coma profond avec insensibilité générale et hémiplégie gauche complète. Elle mourut quarante-huit heures après le début de ces accidens.

AUTOPSIE. Tout le lobe postérieur de l'hémisphère droit était converti en une bouillie blanche à l'intérieur, d'un jaune fauve à la surface, qui n'avait plus la forme de circonvolutions, et qui adhérait intimement à la pie-mère. Au-devant de ce ramollissement, quelques circonvolutions de l'hémisphère droit étaient tuméfiées, roses, superficiellement ramollies et mollement adhérentes à la pie-mère (1). Il y avait une certaine quantité de sérosité limpide infiltrée dans la pie-mère; très peu dans les ventricules. (LOCO CIT.)

E. OBSERVATIONS OU, A LA SUITE D'ATTAQUES APOPLECTIFORMES, ON N'A TROUVÉ AUCUNE ALTÉRATION APPRÉCIABLE DANS LE CERVEAU.

OBS. XI. — Une femme, âgée de 78 ans, était depuis plusieurs mois à l'infirmerie de la Salpêtrière pour des douleurs abdominales dont il avait été impossible de préciser la nature. On n'avait jamais rien remarqué du côté du cerveau, dont les fonctions se faisaient même d'une manière remarquable pour cet âge.

Le 29 septembre au matin, elle se plaignit de souffrir du ventre plus qu'à l'ordinaire; apyrexie complète. Le soir, elle se trouvait beaucoup mieux. A minuit, la veilleuse de la salle voulant lui donner une tasse de bouillon, la trouva comme endormie, la respiration légèrement ronflante, et essaya vainement de la réveiller. L'élève de garde, appelé aussitôt, constata qu'elle était dans un coma profond, avec résolution générale, sans roideur.

Le lendemain matin, elle était encore dans un état d'immobilité et d'insensibilité complètes; les pupilles très contractées; le pouls à peine sensible; la respiration un peu râlante; la face était pâle. Elle mourut dans la journée.

On ne trouva à l'autopsie aucune altération appréciable de la pulpe cérébrale. La quantité de sérosité contenue dans l'arachnoïde, la pie-mère et les ventricules, l'injection des vaisseaux encéphaliques, se présentaient d'une façon tout à fait normale. La moëlle épinière parut dans le même état d'intégrité. Les poumons étaient engoués sans pneumonie. Par une coïncidence remarquable, on ne trouva dans l'abdomen, dont tous les viscères furent examinés avec soin,

(1) Il ne faut pas confondre cette altération avec celle que l'on rencontre souvent dans la paralysie générale des aliénés et que M. Calmeil a bien décrite sous le nom d'encéphalite chronique. La mollesse et la tuméfaction que présentait la substance corticale dans notre observation suffirait seule pour distinguer ces deux altérations.

aucune altération qui pût rendre compte des symptômes abdominaux observés pendant la vie.

J'ai observé, il y a peu de temps, avec mes collègues, MM. Ernest Bondet et Rogée, deux faits de ce genre, assez curieux.

Obs. — Une femme de 76 ans tomba tout à coup, dans la nuit du 17 novembre, dans un coma profond. Le lendemain matin, elle donnait quelques signes légers de connaissance; il y avait une résolution complète du bras gauche; la sensibilité était conservée partout; pupilles très étroites; respiration fort inégale, non stertoreuse.

Elle mourut douze heures environ après le début des accidens.

On ne trouva à l'autopsie aucune lésion dans les méninges ni dans le cerveau, si ce n'est une légère altération que M. E. Bondet a décrite ainsi : « Le corps strié gauche, à son extrémité postérieure, présente une coloration rougeâtre dans un espace de quatre lignes environ, avec un peu de ramollissement; de telle sorte qu'un filet d'eau réduit cette partie en une pulpe rosâtre. Pas d'induration, ni d'altération de couleur autour. »

Obs. — Une femme de 80 ans, affectée d'un catarrhe pulmonaire, avait depuis plus d'un an une hémiplégie gauche très incomplète.

Le 1er novembre, elle tomba tout à coup dans un coma complet avec contracture très forte du bras gauche; le bras droit résolu au moment de l'attaque, présenta ensuite de la contracture aussi et retomba dans la résolution deux heures avant la mort qui arriva la dixième heure après l'attaque.

On trouva à la partie moyenne de la convexité de l'hémisphère une coloration jaunâtre superficielle de deux anfractuosités, et des circonvolutions voisines, avec très légère induration, sans adhérences de la pie-mère, et sans aucune altération de la substance blanche qui est au-dessous. On ne put trouver aucune autre lésion du cerveau, de la moelle, ni de leurs membranes (1).

Je n'ai pas cru nécessaire de donner plus de détails sur l'examen de ces cerveaux; mais je puis affirmer qu'il a été fait par nous avec le soin le plus minutieux. Les considérations dans lesquelles je suis entré précédemment sur les *apoplexies sans lésions* me dispensent d'insister ici davantage sur ce sujet.

F. OBSERVATIONS DE RAMOLLISSEMENS CÉRÉBRAUX SANS SYMPTÔMES.

Obs. XII. — La femme Duran, âgée de 88 ans, entra à l'infirmerie de la Salpêtrière au mois de septembre 1838, avec un épanchement pleurétique énorme. Malgré un traitement assez actif, elle succomba huit jours après, sans avoir beaucoup souffert. Cette femme conserva jusqu'à la fin une intégrité remarquable des mouvemens et de l'intelligence; elle mourut sans agonie, assise sur son séant, appuyée sur ses genoux, comme elle se tenait habituellement. Une demi-heure avant, elle avait parlé fort distinctement.

Des renseignemens certains m'apprirent que cette femme, parfaitement conservée pour son âge, ne présentait aucune trace de lésion du cerveau. Elle avait passé dernièrement quelques jours dans le service de M. Prus, pour un lumbago. A part cela, elle n'était pas allée à l'infirmerie depuis plusieurs mois.

Autopsie. Légère infiltration séreuse de la pie-mère; injection normale de ses vaisseaux. A la partie inférieure et interne du lobe antérieur de l'hémisphère gauche, on vit plusieurs circonvolutions légèrement violacées, aplaties, très adhérentes à la pie-mère, fluctuantes. Une incision étant pratiquée sur ce point, on pénétra dans une cavité profonde, pleine d'une bouillie rougeâtre, coulante, et de laquelle s'échappa un liquide un peu rouge, épais et trouble comme s'il était mêlé de pus. Au milieu de ce ramollissement, plus large qu'un gros œuf de poule, et plus étendu profondément qu'à la superficie, on voyait un lacis considérable de petits vaisseaux rouges, manifestement dilatés, semblant représenter la trame vasculaire de la substance blanche. Ce ramollissement, partout d'un rouge brunâtre aussi foncé, assez exactement limité à son pourtour, avait complètement envahi le corps strié. Du côté de la cavité ventriculaire, à la place de la saillie de ce dernier, était un enfoncement mollasse, dont la superficie était violacée et très injectée; la substance du corps strié ne se reconnaissait en aucune manière, au milieu du détritus qui l'environnait. La couche optique était saine. Un peu de sérosité limpide dans les ventricules. La pie-mère n'était pas plus injectée au niveau de ce ramollissement qu'ailleurs.

Lors même que l'apparence de ce ramollissement ne montrerait pas avec évidence une désorganisation profonde et nécessairement chronique, l'absence complète de symptômes dans les derniers temps de la vie, ne pourrait laisser aucun doute sur ce point. En effet, si l'observation nous force d'admettre que des altérations très chroniques peuvent se développer sans déterminer de symptômes appréciables, elle nous a appris en même temps que ce fait ne s'observait presque jamais à propos d'altérations aiguës un peu étendues. Je ne crois pas que l'on puisse supposer que la maladie de la poitrine ait masqué dans ce cas les phénomènes cérébraux qui se seraient montrés si elle n'eût existé.

Quatre observations de ramollissement cérébral sans symptômes ont été rapportées par M. le professeur Andral; en voici l'analyse succincte. (Loco cit., t. v, p. 391 et suiv.)

Obs. I. — Vieillard de 81 ans. Mort dans l'adynamie sans symptômes cérébraux particuliers. L'hémisphère gauche est transformé à la base, dans l'étendue d'un œuf de poule, en une bouillie d'un blanc sale.

Obs. II. — Un homme, âgé de 47 ans, succomba à un cancer du foie et de l'estomac, sans avoir présenté de symptômes du côté du cerveau. Plusieurs points du cerveau présentaient un ramollissement blanc considérable; toute la substance blanche des deux couches optiques, quelques circonvolutions, le pourtour des cavités ancyroïdes, la base de l'hémisphère gauche.

Obs. III. — Un homme, âgé de 71 ans, mourut par suite d'une affection chronique de la poitrine et de l'abdomen. Aucune altération des fonctions cérébrales. Ramollissement blanc de la voûte, du lobe postérieur de l'hémisphère gauche et du lobe moyen de l'hémisphère droit.

Obs. IV. — Il y a vingt ans, blessure à la tête; aucun trouble des fonctions cérébrales; mort de phthisie à l'âge de 55 ans. Sur le pariétal gauche perte de substance de l'os, dans l'étendue d'une pièce de 5 fr. Au-dessous cinq circonvolutions remplacées par une sorte de fluide gélatineux.

M. Andral a encore rapporté dans le tome v de sa Clinique un fait que l'on peut rapprocher de ceux-ci. C'est celui d'une femme de 40 ans, morte d'un cancer utérin, sans avoir offert du côté des centres nerveux aucun désordre fonctionnel appréciable. On trouva dans les hémisphères cérébraux trois masses cancéreuses du volume d'une noisette chacune.

En résumant les faits auxquels nous avons fait allusion dans le cours de ce travail, et ceux que nous avons rapportés, nous trouvons que le ramollissement cérébral chronique peut se montrer dans les circonstances suivantes :

1° Les sujets chez lesquels on le rencontre avaient présenté durant un temps plus ou moins long des symptômes chroniques, tantôt graves et persistans, et annonçant une désorganisation profonde, tantôt fugaces et trop légers pour faire soupçonner une altération organique. Il n'existe pas de rapport constant entre la forme et l'étendue de la lésion anatomique, et la forme et la gravité des symptômes.

2° On trouve encore le ramollissement chronique chez des sujets qui ont succombé à des accidens apoplectiformes aigus, sans avoir présenté de prodrômes appréciables, ou après s'être montrés longtemps sous l'influence d'une affection cérébrale.

3° Enfin on l'a rencontré chez des individus qui n'avaient présenté, au moins dans les derniers temps de leur vie, aucun symptôme cérébral.

4° Les malades affectés de ramollissement cérébral chronique meurent quelquefois dans l'adynamie, ou par suite d'une maladie intercurrente.

5° Souvent aussi ils succombent à des attaques apoplectiformes aiguës, qui résultent dans certains cas d'une complication, comme d'une hémorrhagie, d'une congestion cérébrale, ou d'un ramollissement aigu; mais qui dans d'autres ne paraissent tenir à autre chose qu'au ramollissement chronique lui-même, que celui-ci ait été ou non précédé de symptômes chroniques particuliers.

6° Ces mêmes symptômes aigus que nous voyons liés, tantôt à une altération aiguë comme eux, tantôt à une altération chronique, se montrent quelquefois aussi sans aucune lésion visible.

Le rapprochement de ces faits peut faire juger de la justesse des inductions que j'ai cru pouvoir tirer de leur observation. Si je ne m'abuse sur leur valeur, ils sont peu favorables à ceux qui, ne voyant rien au-delà de la lésion que découvre leur scalpel, trouvent toujours entre elle et les symptômes qui l'accompagnent un nœud qu'ils ne savent pas délier; puisqu'ils nous montrent qu'il est impossible dans un grand nombre de cas d'établir un rapport certain entre les altérations cérébrales, et les symptômes qui paraissaient au premier abord s'y rattacher directement. Du reste, ce n'est pas un esprit de scepticisme qui a dicté ces résultats. Ce n'est pas nier la science, ce n'est pas l'obscurcir que de montrer toutes les inconnues dont elle se compose; c'est mettre sur la voie pour arriver à leur connaissance; c'est montrer une partie de ce but caché qui nous est proposé et que nous cherchons tous à atteindre.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

I. THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Le cahier du dernier trimestre de l'année 1838 contient les articles originaux suivans : 1° *De l'origine et du développement de la pulpe et des sacs dentaires chez l'homme*; par M. J. Goodsir; 2° *Des vertus thérapeutiques de l'acide hydrocyanique*; par M. N. Lonsdale; 3° *D'une disposition particulière de l'artère basilaire chez l'homme*; par M. J. Davy. Cette particularité consiste dans l'analogie que la struc-

(1) Cette altération était sans aucun doute ancienne; et toute légère qu'elle fût, ce n'est qu'à elle que l'on a pu rapporter l'ancienne hémiplégie.

ture de cette artère présente avec celle des veines; d'abord, par son origine et la finesse de ses parois; ensuite par des intersections transversales qui existent dans son intérieur; intersections qui rappellent la structure du sinus longitudinal de la dure-mère, et la disposition analogue de l'oreillette droite du cœur. L'auteur les a le plus souvent rencontrées en nombre variable de 1 à 6, près de la jonction des artères vertébrales, ou vers le commencement du cercle de Willis. 4° *Tumeur fibreuse de l'utérus terminée par la mort;* par M. Ingleby; 5° *Plusieurs cas de fièvre puerpérale;* par M. C. Sidey; 6° *Observations sur les causes des bruits de la respiration;* par M. R. Spittal; 7° *Remarques sur les effets de l'emprisonnement solitaire chez les soldats qui habitent les climats chauds;* par M. J.-G. Malcolmson; 8° *Cas d'empoisonnement par le sublimé corrosif;* par M. A. Wood; 9° *Relation concernant les malades traités à l'infirmerie de Dundee, depuis le 15 juin 1836 jusqu'au 12 juin 1837;* par M. Arrot.

RECHERCHES SUR L'ORIGINE ET LE DÉVELOPPEMENT DE LA PULPE ET DES SACS DENTAIRES CHEZ L'HOMME; par M. J. GOODSIR.

Ce mémoire, accompagné de planches, est divisé en trois sections; dans la première, l'auteur examine les arcades dentaires aux différens âges, depuis l'époque de six semaines de la conception jusqu'au moment de la naissance; et depuis cette période jusqu'à l'âge de six ans; dans la seconde, il traite de la pulpe et des sacs dentaires, depuis l'âge embryonnaire jusqu'à l'époque de la naissance de la dent de sagesse; la troisième section a pour titre : *De la division de la dentition aux différentes époques de la vie.* Dans cette dernière, l'auteur aborde différentes questions importantes; savoir, du développement tardif des incisives supérieures; des lois qui président au développement de la pulpe et des sacs dentaires à l'époque de l'apparition de chaque dent. Le mémoire se termine par les conclusions suivantes :

(DENTS DE LAIT.) 1° Les dents de lait se développent aux deux côtés de chaque mâchoire en trois catégories : une molaire, une canine, une incisive.

2° La dentition de chaque arcade procède d'arrière en avant : les molaires commencent avant les canines, et ces dernières avant les incisives.

3° La dentition de chacune de ces catégories a lieu dans un ordre opposé, savoir : les molaires antérieures apparaissent avant les postérieures; les incisives centrales avant les latérales.

4° Deux des phénomènes de la dentition obéissent aussi à cette loi inverse : les follicules qui commencent à se fermer sur la ligne médiane, et en procédant d'avant en arrière; et les alvéoles qui disparaissent dans la même direction.

5° La dentition commence à la mâchoire supérieure et continue à y faire des progrès jusqu'à l'époque la plus importante de son développement. Le premier germe dentaire est celui de la molaire antérieure de l'arcade supérieure. Vient ensuite celui de la molaire antérieure de l'arcade inférieure. J'ai expliqué précédemment, dit l'auteur, à quoi tient l'exception apparente de cette loi concernant l'incisive inférieure.

(DENTS PERMANENTES.) 6° Les germes des dents permanentes se montrent dans la direction de la ligne médiane d'avant en arrière, la molaire antérieure exceptée.

7° Les dents de lait sont produites (*originate or are developped*) par la membrane muqueuse.

8° Chaque pulpe et sac dentaire doit être considéré comme un organe formé par des papilles et des follicules unis ensemble, savoir, comme les bulbes des cheveux et des plumes.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'ACTION PHYSIOLOGIQUE, LES PROPRIÉTÉS VÉNÉNEUSES ET LES EFFETS THÉRAPEUTIQUES DE L'ACIDE HYDROCYANIQUE; par le docteur H. LONSDALE.

L'auteur de ce mémoire, qui occupe une partie considérable du volume, dit avoir été amené à s'occuper de l'étude de l'acide hydrocyanique par la contradiction qui existe entre les différentes opinions avancées sur la manière dont cet énergique poison arrête les fonctions vitales; il jugea dès lors nécessaire de se livrer à une suite d'expérimentations, qu'il pratiqua sur des animaux inférieurs, et desquelles il se reconnaît, on ne peut tirer de conclusions absolues sur ses effets sur l'homme. Ces expériences sont distribuées en trois classes : celles faites avec l'acide étendu ou l'acide médicinal d'Angleterre, qui contient 3 1/2 pour cent d'acide anhydre; celles faites avec l'acide contenant douze pour cent d'acide pur, et enfin celles avec l'acide anhydre.

1re SÉRIE. — EXPÉRIENCES FAITES AVEC L'ACIDE ÉTENDU. — Nous ne reproduirons pas ces expériences; mais nous nous bornerons à dire que l'auteur conclut de l'observation attentive des phénomènes observés chez les animaux, que l'acide étendu ou médicinal ne tue pas en arrêtant les mouvemens du cœur, ou, en d'autres termes, qu'il n'amène pas la mort par la voie de la syncope, mais qu'il doit agir sur les organes centraux du système nerveux, le cerveau et la moelle épinière; car cet acide paraît n'exercer aucune influence spéciale sur l'action du cœur, tandis que les mouvemens convulsifs, les vertiges, les spasmes tétaniques, la perte de la sensibilité et de la volonté indiquent bien que l'action de l'acide se porte primitivement sur l'appareil cérébro-spinal. La mort arrive dans ce cas, comme dans les affections comateuses, par le ralentissement et, à la fin, par la suspension de la respiration; et bien que la circulation continue pendant quelques minutes sans presqu'aucun trouble. Le sang veineux, ne traversant plus librement les poumons, s'accumule dans les cavités droites du cœur, et sa circulation est définitivement suspendue.

2e SÉRIE. — EXPÉRIENCES FAITES AVEC L'ACIDE À 12 POUR CENT. — Ces expériences ont confirmé les conclusions tirées de celles de la première série, ainsi que l'une d'elles que nous allons analyser en va donner la preuve. Une vieille chienne, à laquelle on fit avaler vingt gouttes d'acide hydrocyanique à douze pour cent mourut, dans l'espace d'une minute, et le cœur continua de battre régulièrement pendant trois minutes encore. Ayant ensuite facilité l'écoulement d'une partie du sang que contenait la veine cave, on vit, bien que quinze minutes se fussent écoulées depuis que la respiration avait cessé, se renouveler les contractions du cœur.

3e SÉRIE. — EXPÉRIENCES FAITES AVEC L'ACIDE ANHYDRE. — Dans les expériences de cette série, les mouvemens du cœur continuèrent moins longtemps et étaient plus faibles que dans celles faites avec l'acide étendu. Le poison agit, dans ce cas, avec une rapidité presqu'égale et sur le système cérébro-spinal et sur le cœur, dont la contractilité est détruite presqu'immédiatement. Plus même l'action du poison était rapide, plus la contractilité du cœur était diminuée. Ainsi, dans l'expérience connue, où, en injectant quelques gouttes d'acide hydrocyanique dans la trachée d'un animal, on le voit mourir dans le court espace de six à sept secondes, au plus, la contractilité du cœur était anéantie instantanément, et une ouverture faite à la veine-cave supérieure, tout en diminuant la distension dont elle était le siége, ne rétablissait point les mouvemens de l'organe central de la circulation.

L'une des questions les plus importantes qu'examine le docteur Lonsdale est celle de savoir si l'acide hydrocyanique peut, quand on en fait usage pendant longtemps, s'accumuler dans l'économie et ne produire des effets toxiques que quand il y serait en grande quantité. Un cas rapporté par M. le docteur Baumgartner, de Freiburgh, semblerait prouver que l'acide hydrocyanique posséderait cette propriété avec le mercure, le plomb, etc. Un homme, qui avait pris chaque jour, pendant deux mois, dix gouttes de l'acide d'Ittner (à 10 pour cent), sans en éprouver aucun effet vénéneux, fut trouvé un matin avec tous les symptômes d'un empoisonnement par cet acide. Le tétanos et le coma furent très prononcés; la saignée sembla diminuer les spasmes et enlever la tendance au délire; mais plus de trente heures s'étaient écoulées avant qu'il eût recouvré la vue. Ce fait est trop opposé à ce qu'on sait de l'action de l'acide hydrocyanique pour avoir une grande valeur, et il est facile de l'expliquer en supposant que le jour où le malade présenta ces symptômes graves il avait pris une quantité d'acide plus considérable qu'à l'ordinaire.

La grande volatilité de l'acide hydrocyanique semble, du reste, à l'auteur une propriété incompatible avec l'accumulation de cet acide dans l'économie.

Trois questions médico-légales sont traitées ici par l'auteur, et sont relatives, l'une au temps qui s'écoule depuis le moment où l'acide a été pris jusqu'à celui où apparaissent des symptômes graves, une autre au temps qui peut s'écouler jusqu'à la mort, et la troisième à l'uniformité des symptômes que détermine chez l'homme une dose vénéneuse d'acide prussique. Mais un seul point de cette partie de son travail nous paraît offrir quelque intérêt, c'est celui où il rapporte les expériences qu'il a faites dans le but de s'assurer de la durée de l'odeur propre à l'acide prussique après la mort. Il plaça plusieurs animaux qui avaient été empoisonnés par l'acide dans une chambre à 50 degrés Fahrenheit pendant dix-sept heures de jour et en fit enterrer d'autres dans un jardin, à six pouces au-dessous de la surface du sol, et parait disposé à admettre, d'après les résultats de ces expériences, qui ont été au nombre de quinze et ont été constatées au moins par trois individus dans chaque cas, que cette odeur peut se conserver jusqu'au huitième ou neuvième jour après la mort, lors même que la vie ne s'est éteinte que huit minutes après l'ingestion du poison.

L'étude du traitement à employer dans les cas d'empoisonnement par l'acide hydrocyanique fournit à l'auteur l'occasion d'entrer dans quelques développemens utiles et de mettre à profit les conclusions tirées des ré-

sultats de ces expériences, et que nous avons fait connaître ci-dessus. L'ammoniaque est l'antidote le plus généralement recommandé. Les auteurs sont presqu'unanimes sur ce point. Mais quand on se rappelle que l'ammoniaque est un poison actif et qu'il détermine l'inflammation de la membrane pituitaire et des bronches, et même la mort, on est amené à se demander si, dans quelques cas, l'antidote n'est pas plus redoutable que le poison. L'auteur pense, avec le docteur Herbet, que l'ammoniaque cesse d'être utile après les premières doses, et qu'on ne peut en attendre quelque service que pendant la première période, celle des convulsions.

M. Lansdale n'a pas beaucoup plus de confiance dans les autres antidotes qui ont été recommandés par plusieurs écrivains, tels que le chlore et les affusions froides; il attache une bien plus grande importance à l'emploi de la saignée qui seule peut faire diminuer la distension continuellement croissante du côté droit du cœur par le sang veineux et même renouveler les contractions du ventricule gauche si déjà elles avaient complètement cessé. Dans les cas où la quantité d'acide prise n'aura pas été assez considérable pour faire cesser instantanément la contracture du cœur, on devra donc recourir à la saignée et surtout à l'ouverture de la jugulaire. L'expérience suivante ne peut laisser de doute sur l'utilité de ce moyen. Après avoir passé une ligature autour de la veine jugulaire gauche d'un chien, âgé de cinq mois, et maigre, on lui fit avaler dix gouttes d'acide prussique (à quatre et demi pour cent); au bout de treize secondes il fut pris de violentes convulsions, et deux secondes plus tard présentait une rigidité tétanique de tout le corps avec expulsion de l'urine. Comme ces deux symptômes sont ordinairement le précurseur d'une mort immédiate, la veine jugulaire fut alors ouverte largement et le sang jaillit avec force, et ne fut arrêté que quand deux onces eurent coulé. Comme la ligature avait été serrée avant l'ouverture de la veine, le sang ne pouvait venir que des gros troncs veineux qui arrivent directement au côté droit du cœur. Après la saignée, on sentit quelques contractions plus distinctes du cœur, et la respiration recommença; au bout de trois minutes, la respiration avait repris une partie de son activité et la sensibilité commençait à revenir; après dix minutes, l'animal était dans un état semblable à l'ivresse; après vingt minutes il marchait dans la chambre, et au bout d'une demi-heure il était entièrement revenu et hors de danger.

Cette expérience démontre à la fois et l'utilité de la saignée dans le traitement de l'empoisonnement par l'acide hydrocyanique et que son action ne dépend pas du dégorgement qu'elle opère sur les vaisseaux de l'encéphale, mais bien de la diminution qu'elle détermine dans la distension des cavités droites du cœur.

Nous laissons de côté les deux dernières questions dont s'occupe l'auteur de ce mémoire, parce qu'il ne les a éclairées par aucun fait nouveau, par aucune considération nouvelle, et qu'il s'est borné à rapporter les faits recueillis et les opinions avancées par ceux qui l'ont précédé dans cette étude. Ces deux questions sont relatives aux propriétés thérapeutiques de l'acide hydrocyanique et à la manière dont il agit comme poison. Quant à cette dernière question, son opinion est que bien que l'acide hydrocyanique soit absorbé et pénètre dans la grande circulation, cependant sa première action, celle qui tue dans les cas les plus prompts, s'exerce sur les extrémités des nerfs, et de là sur tout l'appareil du système nerveux.

L'auteur dit que ses confrères lui ont rapporté avoir observé des cas semblables pendant le printems de 1837, et cite un cas où une malade qui donnait des soins à un sujet affecté d'un érysipèle du genou aurait introduit dans l'hôpital la fièvre puerpérale, qui y aurait fait ensuite plusieurs victimes. Il conclut de ces faits que ces deux maladies, l'érysipèle et la fièvre puerpérale, se donnent mutuellement naissance dans quelques circonstances, et que la fièvre puerpérale n'est qu'une inflammation érysipélateuse du péritoine qui tapisse le petit bassin, et s'étend à mesure que la maladie fait de nouveaux progrès à toute la cavité abdominale et au corps de l'utérus. Il est démontré aujourd'hui par une foule d'observations qu'aux époques où l'érysipèle règne d'une manière épidémique, la fièvre puerpérale devient également plus fréquente; les années 1825, 1826 et 1838 offrent surtout de nombreux faits à l'appui de cette assertion.

M. Sidey s'attache surtout à établir une distinction tranchée entre ce qu'il appelle l'inflammation franche et aiguë ordinaire du péritoine et de l'utérus, de la fièvre puerpérale, qui n'est pour lui qu'une inflammation érysipélateuse des mêmes organes; car il croit qu'on a souvent confondu ces deux maladies, qu'il regarde comme très différentes, et attribue à cette confusion l'incertitude qui a régné jusqu'ici sur les caractères de l'affection puerpérale, sur les lésions anatomiques qu'elle laisse, et sur le traitement qui lui convient, parce qu'on lui a souvent attribué ce qui n'appartenait qu'à une inflammation simple et ordinaire du péritoine ou de l'utérus. Dans cette dernière affection, la douleur est fortement augmentée par la pression. L'utérus, lorsqu'il est malade, est dur, ferme et augmenté de volume. Dans la fièvre puerpérale, l'utérus est augmenté de volume; mais il est mou et semble, sous la main, flasque et sans force contractile. La malade se plaint plutôt de chaleur et d'un sentiment de brûlure que d'une douleur aiguë. Cette dernière est même quelquefois si légère que la malade en parle à peine. Les lésions anatomiques diffèrent également dans ces deux états morbides. Dans l'inflammation simple, il y a ordinairement une sécrétion d'une matière purulente et des fausses membranes plus ou moins abondante. A la suite de la fièvre puerpérale, la matière de l'épanchement est généralement claire ou à peine teinte, sans ou presque sans fausses membranes entre les intestins, le péritoine et l'utérus qui, le plus souvent, sont pâles et rarement injectés.

Nous ne nous arrêterons pas sur le traitement recommandé par l'auteur qui avoue que c'est à peine s'il l'a vu réussir dans un seul des cas où il l'a employé.

TUMEUR FIBREUSE DE L'UTÉRUS OCCASIONNANT LA MORT TROIS MOIS APRÈS L'ACCOUCHEMENT; par M. INGLEBY, professeur d'obstétrique à Birmingham.

OBS. — Madame P. s'était toujours bien portée jusqu'au 22 novembre dernier, époque de son quatrième accouchement. L'extraction du placenta a été suivie d'une légère hémorragie qui a causé des évanouissemens et beaucoup de faiblesse. Le lendemain et le surlendemain, la femme a des vomissemens et se trouve mal; elle a éprouvé depuis l'accouchement une sorte de tenesme et de besoin d'expulser quelque chose de la matrice, ce qui lui fait dire qu'elle a un second enfant; pourtant le volume de l'utérus ne paraît pas plus gros que dans l'état naturel.

Le troisième jour, le pouls devient fréquent (126 à 130), abdomen douloureux à la pression et tuméfié; les symptômes de tenesme continuent, mal aux reins; respiration accélérée; visage très pâle; soif ardente; dévoiement fort fatigant; langue chargée; lochies très parcimonieuses; petites hémorragies de temps en temps; pas de sécrétion aux mamelles; délire de temps en temps; affaiblissement progressif. Mort le vingt-unième jour après les couches.

NECROPSIE. Intestins et viscères abdominaux exsangues; pas d'épanchement dans le sac péritonéal. L'utérus est à peine plus gros qu'il ne l'est ordinairement à cette époque de l'accouchement; son col est presque fermé. La cavité est remplie par une tumeur du volume d'une orange, attachée à la surface postérieure du fond par une large base; mais ne s'étend pas jusqu'aux trompes de Fallope. La surface antérieure et externe de cette tumeur est molle, irrégulière et comme entamée; elle a des caillots sanguins dans ses intestins; cette dernière condition s'étend à un tiers de sa masse; le reste est fermé, et évidemment de nature fibreuse blanche; à mesure qu'on approche de la partie ramollie sa substance est pénétrée de sang, qui évidemment lui a été fourni par les vaisseaux utérins hypertrophiés durant la gestation. La dissection de la circonférence de la tumeur fait voir qu'elle est pourvue d'un kyste. La surface irrégulière de la masse offre de la lymphe plastique sur quelques points, et des bouches vasculaires béantes près de la substance de l'utérus. La muqueuse utérine présente par ci, par là des ulcération très manifestes, de la largeur d'un pois chacune, de forme circulaires; ces ulcérations ne dépassent pas l'épaisseur de la muqueuse.

« On voit dans cette observation, dit l'auteur, un exemple remarquable des changemens que peut subir la substance d'une tumeur fibreuse, sous l'influence de la grossesse. L'existence de cette tumeur n'avait point été soupçonnée jusqu'à la mort, et il est probable qu'elle serait restée longtemps ignorée à cause de son petit volume, primitif, sans le travail de la gestation qui a dû la faire croître et dégénérer. D'après l'état des parties, on peut présumer que le siége propre de la tumeur était dans le tissu sous-muqueux; l'hypérémie utérine a dû concourir à la faire déborder dans les directions que nous venons d'indiquer, de manière à remplir enfin la cavité de la matrice. Le placenta avait dû la couvrir inévitablement, circonstance qui explique les entamures et les caillots sanguins qu'elle offrait à sa surface. La pression du placenta d'un côté, celle de la tumeur de l'autre, nous rendent raison des ulcérations que l'utérus présentait à sa face interne, par absorption partielle de la muqueuse. La lymphe plastique, à la surface de la tumeur, prouve évidemment qu'elle avait été le siége d'un travail inflammatoire après l'accouchement; de là la fièvre et les autres symptômes que la femme a présentés. C'est là une nouvelle preuve des dangers de la grossesse, alors qu'une tumeur fibreuse existe dans le tissu de la matrice. Quelque petites et inorganiques qu'on les suppose, le travail gestateur leur imprime une activité funeste, et si elles ne provoquent pas l'avortement, elles déterminent après les couches des accidens funestes (hémorragies, inflammations). »

Dans un intéressant travail sur ce sujet, publié dernièrement par le docteur Ashwell (GAZ. MÉD., 1837), ce praticien recommande l'accouchement artificiel prématuré; mais comment peut on savoir d'avance que la matrice contient des tumeurs, alors que celles-ci n'ont qu'un petit volume? Nous venons de voir effectivement qu'aucun symptôme chez cette femme n'avait trahi la présence de pareilles végétations. Si la femme eût avorté spontanément, on n'aurait pu reconnaître non plus la présence

de la tumeur. D'un autre côté, qui nous assure qu'il ne soit plus utile d'abandonner les choses à elles-mêmes, vu la possibilité de faire fondre la tumeur par le travail de ramollissement qu'elle subit sous l'influence de la grossesse ? Voici un fait qui vient à l'appui de cette dernière manière de voir.

Il y a dix-huit mois, j'ai été appelé pour la femme d'un habile médecin, laquelle se trouvait dans ce cas : elle était au cinquième mois de sa septième grossesse. Depuis deux mois, elle avait éprouvé des malaises à la matrice, surtout après avoir fait de l'exercice. Le sixième accouchement avait été accompagné d'accidens, principalement d'hémorrhagies et de l'expulsion de caillots couleur chocolat. Ces symptômes out continué pendant les premières semaines de la dernière grossesse ; ils se sont accompagnés d'un sentiment de brûlure et de battemens dans l'utérus, au dos, à la face externe des cuisses et quelquefois aussi d'impossibilité de se servir de ces membres. En l'examinant par le vagin et par l'hypogastre, j'ai reconnu la présence d'une tumeur du volume du poing, occupant le côté gauche et la couche péritonéale de l'utérus, s'étendant sur la partie latérale et antérieure du col. La tumeur était si douloureuse lorsque la malade allait à la garderobe ou marchait, qu'elle a été obligée de garder le lit depuis l'époque indiquée jusqu'au neuvième mois. Elle a été soumise à un traitement antiphlogistique. La tumeur n'a pas fait de progrès, l'accouchement s'est accompli sans hémorragie, et, deux mois plus tard, la tumeur avait presque complètement disparu ; il ne reste à sa place qu'une petite inégalité tuberculeuse ; les lochies ont été régulières et la femme a guéri. J'ai depuis lors prescrit au mari de cette dame de lire le mémoire de M. Ashwell et de s'habituer à être sage. Je dirai enfin, contrairement à l'opinion du praticien de Londres, qu'une fois la grossesse déclarée, il y a d'autres avantages à la faire aller jusqu'à terme; la tumeur, se développant, peut devenir accessible et permettre de l'attaquer soit avec la ligature soit avec le histouri.

OBSERVATION SUR LES RAPPORTS QUI EXISTENT ENTRE LA PÉRITONITE PUERPÉRALE ET QUELQUES AUTRES AFFECTIONS INFLAMMATOIRES QU'ON OBSERVE SOUVENT EN MÊME TEMPS; par le docteur SIDEY.

Pendant que l'auteur suivait avec beaucoup d'attention les progrès de plusieurs cas de fièvre puerpérale, au mois d'avril dernier, il fut vivement frappé de l'observation que, dans plusieurs cas, les personnes qui avaient donné des soins aux malades atteints de cette affection, ou celles qui avaient eu d'autres rapports avec elles ne tardaient pas elles-mêmes à être frappées d'une affection inflammatoire, et le plus souvent d'une inflammation érysipélateuse de la peau, de la muqueuse de l'arrière-gorge ou du péritoine. Nous allons extraire de son mémoire les groupes de maladies qui se sont rencontrées dans cette circonstance, laissant de côté les détails dans lesquels il entre à l'occasion de chaque observation.

GROUPE I. — Madame C. mourut le septième jour après son accouchement d'une péritonite puerpérale qui avait suivi une marche rapide et se termina le sixième jour.

1° Le quatrième jour de sa maladie, Mlle L., sa servante, d'une faible constitution, fut prise des symptômes d'une fièvre inflammatoire bilieuse avec tension abdominale et forte oppression. Puis, une inflammation érysipélateuse apparut sur la mamelle et l'épaule du côté droit, et se termina par une infiltration purulente dans l'aisselle. De nouveaux accidens survinrent encore, et après deux mois de maladie cette jeune fille succomba ayant un double épanchement dans la poitrine et le péritoine.

2° Le mari de Madame C. fut pris quatre jours après la mort de sa femme d'une violente fièvre inflammatoire avec une très vive inflammation de la gorge. Les antiphlogistiques furent employés avec énergie ainsi que les astringens; pendant quelques jours l'issue de la maladie fut incertaine, mais M. C. finit cependant par guérir.

GROUPE II. — Madame M. accouchée de son septième enfant, le 19 avril, après un travail un peu long, fut prise le troisième jour des symptômes d'une péritonite puerpérale à laquelle elle succomba au bout de six jours de maladie.

1° La belle sœur de Madame M. qui lui avait donné des soins pendant sa maladie fut prise le quatrième après sa mort des symptômes d'une fièvre avec forte irritation du côté de l'abdomen dont elle mourut au bout de huit jours.

2° Une autre belle-sœur de Madame M., non mariée, éprouve en même temps une angine érysipélateuse avec forte fièvre, qui persiste pendant plusieurs jours, et dont cependant elle finit par guérir.

3° La belle-mère de Madame M., qui resta constamment auprès d'elle, fut prise de fièvre vive avec une inflammation érysipélateuse de la face et de la tête, à la suite de laquelle elle resta dans une grande débilité.

4° Un fils de Madame M., âgé de cinq ans, eut aussi une inflammation érysipélateuse de la face avec fièvre.

5° Sa fille, âgée de sept ans, fut prise aussi de fièvre avec mal à la gorge qui était d'un rouge vif.

GROUPE III. — Madame J., accouchée de son second enfant le 22 avril, offrait le troisième jour après sa couche les symptômes d'une péritonite puerpérale, à laquelle elle succomba le cinquième jour de la maladie.

1° L'enfant de Madame J., huit jours après sa naissance, fut pris d'un érysipèle à l'ombilic qui s'étendait à toute la moitié inférieure du corps, et qui l'enleva en peu de jours.

3° Le docteur Imlach, qui avait assisté à l'ouverture des troisième et quatrième cas éprouve, quatre jours après, une fièvre considérable, puis une vive inflammation érysipélateuse de la gorge qui cède à plusieurs applications de sangsues, mais le laisse dans une grande débilité.

GROUPE IV. — Madame H. mit au monde d'abord au huitième mois de sa grossesse un enfant mort, et ensuite à la fin du neuvième mois, un autre vivant et très fort le 21 avril.

Le 22, elle offrit les premiers symptômes d'une fièvre puerpérale, à laquelle elle succomba le 28. Et l'enfant dont elle était accouchée mourut quelques jours après ayant eu une forte oppression et une tympanite abdominale.

GROUPE V. — Madame C. fut prise, le second jour de son accouchement, des premiers symptômes d'une fièvre puerpérale à laquelle elle échappa avec peine. Son enfant, huit jours après sa naissance, offrait une forte oppression avec tympanite abdominale, des vomissemens et des gémissemens continuels qui augmentèrent pendant trente-six heures, au bout desquelles il mourut.

A son autopsie, on trouva les altérations propres à la péritonite aiguë.

EXPÉRIENCES ET OBSERVATIONS SUR LA CAUSE DES BRUITS DE LA RESPIRATION; par M. R. SPITTAL.

L'auteur se propose d'examiner dans ce travail les deux seules théories émises jusqu'ici pour l'explication de la formation des bruits qui se produisent pendant l'acte de la respiration dans les organes respiratoires : celle de Laennec, qui pensait que chacun des bruits perçus par l'auscultation était produit dans les points du thorax ou de la trachée correspondant à ceux où l'oreille et le stethoscope sont appliqués; et celle émise, il y a quelques années, par M. Beau, qui pense que tous ces différens bruits ne sont qu'une modification des bruits guttural ou labial qui, répétés dans les diverses parties de l'arbre respiratoire, s'y modifient sous les formes sous lesquelles nous les connaissons. La première de ces deux théories est encore généralement adoptée; car les expériences sur lesquelles repose celle de M. Beau ne paraissent pas suffisantes pour la démontrer; tout ce qu'il nous paraît possible d'en induire, c'est que les bruits produits dans les différens points de l'appareil respiratoire sont peut-être influencés par le bruit ordinairement plus fort, plus retentissant, qui est produit près de l'extrémité supérieure du canal aérien. M. Spittal, dans le travail que nous avons en ce moment sous les yeux, rapporte quelques expériences qu'il croit venir à l'appui de l'opinion de M. Beau, et qui nous paraissent avoir peu de valeur. Elles démontrent bien que dans les tuyaux formés de substances organiques le bruit produit à une extrémité peut être perçu sur tous les points de leur longueur, lors même que l'autre extrémité n'est pas perméable. Mais ce qu'il fallait démontrer avant tout, et ce que n'ont fait à notre avis ni M. Beau, ni M. Spittal, c'est qu'aucun bruit ne serait produit sur les autres points du canal respiratoire. Or, il semblera impossible d'arriver à cette démonstration quand on se rappellera la disposition des bronches, les nombreuses arrêtes qui les séparent et les différences de calibre qu'on y observe. Au reste, le passage suivant, extrait du travail de M. Spittal, fera connaître suffisamment la portée qu'il donne à ses expériences, que nous ne pourrions rapporter sans dépasser les bornes d'une simple analyse.

« De toutes ces expériences il me semble raisonnable de conclure que le bruit perçu dans le canal supérieur de la respiration, et que M. Beau a appelé guttural, exerce une certaine influence sur les bruits de la respiration. Je ne prétends pas qu'elles démontrent que ce bruit soit la seule source de tous les bruits de la respiration, bien que je sois disposé à l'admettre pour quelques-uns d'entre eux. »

II. THE MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

Le dernier cahier de l'année dernière est presqu'entièrement consacré à l'analyse d'ouvrages imprimés; les seuls articles originaux sont : 1° *Cas d'ankylose des cinq vertèbres cervicales supérieures et luxation de la cinquième sur la sixième sans fracture*, par M. Stephen S. Stanley, chirurgien à l'hôpital Haslar; 2° *Faits cliniques recueillis à l'hôpital de Cambridge*, par M. Bond, médecin de cet hôpital.

CAS D'ANKYLOSE DES CINQ VERTÈBRES CERVICALES SUPÉRIEURES ET LUXATION DE LA CINQUIÈME SUR LA SIXIÈME SANS FRACTURE; par M. STEPHEN S. STANLEY, chirurgien à l'hôpital Haslar.

OBS. — George Weldam, âgé de 37 ans, marin, perdit l'équilibre et tomba, le 20 juillet 1838 ; il se frappa à la tête et au dos. Il sentit immédiatement une douleur intense à la partie postérieure du cou et entre les épaules ; ses bras se sont engourdis ; son visage devint pâle, le pouls fréquent. On lui prescrit cinq grains de carbonate d'ammoniaque dans une once de mixture de camphre. Le lendemain, il est pis, ses jambes sont aussi engourdies que les bras. La douleur aux reins est plus intense, le malade ne peut se retourner ni se mouvoir

dans aucun sens. On le reçoit à l'hôpital. L'intelligence est nette; pas de plaie ni de fracture apparente; pouls faible, accéléré et oppressé; pupilles normales. Le malade ne se plaint d'autre chose que de douleur au cou et aux épaules. La respiration est normale. M. Stephen prescrit le cathétérisme, lavement purgatif, potion de séné. Le soir, garderobe abondante, pouls fréquent et petit, expectoration fréquente et difficile, mucus écumeux, dyspnée. On répète le cathétérisme et le purgatif.

Le lendemain, il paraît un peu mieux, mais le soir la respiration devient laborieuse.

Le malade est mort cinquante-cinq heures après l'accident.

AUTOPSIE. A la partie postérieure du dos, on trouve une ecchymose considérable, s'étendant depuis l'occiput à la sixième ou septième vertèbre dorsale. Cette ecchymose comprend tous les tissus depuis la peau jusqu'à la colonne vertébrale. Du sang coagulé existe en grande quantité depuis la première vertèbre cervicale à la seconde dorsale. Un grand nombre de fibres musculaires de cette région sont rompues et ramollies. En continuant la dissection, on découvre un déplacement en arrière de la cinquième vertèbre cervicale sur la sixième. On éponge exactement tout le sang; on enlève les chairs et l'on observe avec précision l'état des parties; le petit doigt peut aisément poser dans le canal rachidien; le corps de la cinquième vertèbre comprime fortement la moelle; il reste sur les lames et l'apophyse épineuse de la sixième. On scie la portion correspondante de la colonne, et l'on s'assure positivement que la luxation existe sans fracture. Les ligamens et le fibro-cartilage intervertébral sont tous rompus. Les parties ne sont retenues ensemble que par les artères vertébrales et la moelle avec ses membranes qui sont saines.

Le crâne est épais et très pesant; la partie la plus mince offre deux lignes et demie d'épaisseur; la plus épaisse, cinq et demi.

Le grand sinus longitudinal est gorgé de sang et assez large pour permettre le passage du doigt indicateur. La substance médullaire du cerveau est ramollie et très vasculaire. Le grand trou occipital est rempli de sang coagulé. On essaie de faire passer un bistouri du grand trou occipital dans le canal vertébral, mais on ne peut en venir à bout. On ôte la moelle allongée; on absterge le sang et l'on s'assure que le grand trou occipital est tellement rétréci qu'il ne permet pas le passage du petit doigt. On dissèque minutieusement les parties, et l'on s'assure que le rétrécissement est produit par une hypertrophie considérable de l'apophyse odontoïde de l'axis, laquelle s'étend en haut vers la base du crâne, et en arrière vers la moelle allongée. Cette dernière partie est petite et aplatie.

En continuant la dissection, on trouve que les cinq premières vertèbres cervicales sont complètement ankylosées. On ne trouve pas le moindre vestige de l'appareil ligamenteux, si l'on en excepte les ligamens capsulaires et occipito-atloïdiens. Ces ligamens et les membranes synoviales sont fort épaissis et presque cartilagineux, les mouvemens de la tête sur la colonne sont fort bornés. Les ligamens de la première et seconde vertèbres sont effacés; le ligament transverse a disparu. Les os eux-mêmes sont blancs, très compactes. Les conditions les plus remarquables de la pièce sont la luxation de la cinquième vertèbre et le déplacement de l'atlas qui est poussé en avant et en haut au côté droit, de manière que l'apophyse odontoïde se trouve déplacée en arrière et occupe le milieu de la cavité de la première vertèbre. Une espèce de pont osseux, de la longueur d'un demi-pouce, de quatre lignes de large, existe entre l'atlas et l'axis, s'étendant de l'apophyse odontoïde à l'atlas dans une direction horizontale. L'axis est également poussé en avant par la troisième vertèbre, mais pas au même degré que la précédente. Mesurée en avant, la pièce entière ne présente que trois pouces et demi de longueur, depuis le bord supérieur de l'atlas jusqu'au bord inférieur de la cinquième vertèbre. Le diamètre antéro-postérieur du grand trou de l'atlas est d'un pouce et quatre lignes; le transverse, d'un pouce et deux lignes. L'apophyse odontoïde, au lieu de se terminer en pointe, présente supérieurement une forme ovoïde, irrégulière, ayant transversalement un demi-pouce de largeur; d'avant en arrière, un pouce; sa hauteur est de trois quarts de pouce; sa distance de l'arc postérieur de l'atlas, quatre lignes.

S'étant informé des antécédens de ce malade, M. Stanley a appris, par le chirurgien du vaisseau où il servait, qu'il avait été depuis longtemps sujet à la rigidité du cou (stiff neck) et s'était plaint très souvent de douleurs rhumatismales dans la même région et de maux de gorge. Cela ne l'avait pas empêché cependant de faire son service en mer très activement et il n'avait jamais été à l'infirmerie. Il ne pouvait pas mouvoir sa tête latéralement et tournait tout son corps quand il voulait regarder de côté. Deux circonstances surtout placent l'observation précédente au nombre des cas rares; l'oblitération du grand trou occipital par hypertrophie de l'apophyse odontoïde et la luxation sans fracture de la cinquième vertèbre cervicale. On a déjà rencontré plusieurs fois le rétrécissement du trou occipital, mais jamais à un degré aussi considérable et pas par la même cause (Lobstein, ANAT. PATH.). Ce qui doit paraître étonnant, c'est qu'une compression aussi considérable de la moelle allongée n'ait pas produit des accidens jusqu'à l'époque où une chute accidentelle sur l'occiput a fléchi violemment la tête en avant et déterminé l'écrasement de la moelle allongée et l'épanchement apoplectique à la base du crâne. La luxation traumatique de la cinquième vertèbre, sans fracture, n'est pas moins digne de remarque. On sait que beaucoup de chirurgiens n'admettent pas ces sortes de déplacemens sans lésion de la substance osseuse. Sans entrer pour le moment dans la discussion de cette question, nous nous contenterons d'enregistrer le fait à côté des autres analogues que la science possède.

III. GUY'S HOSPITAL REPORTS.

Le cahier d'octobre de l'année dernière contient les articles originaux suivans: 1° *Observations sur la surdité congénitale;* par M. E. Cock; 2° *Des variations du pouls dans les changemens de position du corps*, par M. W. Guy; 3° *Remarques sur l'intersusception chez les enfans;* par M. J. Gorham; 4° *Faits de jurisprudence médicale;* par M. A. Taylor; 5° *Considérations sur les hernies étranglées;* par M. W. King; 6° *Examen chimique de la liqueur de l'amnios;* par M. G. Rées; 7° *Mémoire sur les tumeurs de la rate;* par M. Bright; 8° *Remarques physiologiques sur les muscles de l'œil;* par M. Bransley Cooper. Plusieurs de ces articles ayant déjà été reproduits par la GAZETTE MÉDICALE, nous ne nous arrêterons dans cette revue que sur ceux dont nous n'avons pas encore rendu compte.

DE L'EFFET PRODUIT SUR LE POULS PAR LE CHANGEMENT DE POSTURE; par le docteur GUY.

Ce mémoire, dont la première partie se trouvait dans le numéro précédent, a pour objet d'étudier quelle est l'influence du changement de position sur la fréquence du pouls dans les différentes conditions de sexe, d'âge, et aux différentes heures de la journée.

Nous allons faire connaître d'abord par le tableau suivant le résultat des expériences relatives à la différence de sexe et à la fois de posture et qui ont été faites sur 100 hommes et 50 femmes.

Age.	Assis.	Debout.	Couché.
Hommes de 20 à 50 ans,	79,90	70,05	66,62.
Femmes de 18 à 50 ans,	89,26	81,98	80,24
Différence.	10,36	11,93	13,62

La différence qu'indique ce tableau entre le pouls de l'homme et celui de la femme est trop considérable pour qu'on puisse l'expliquer, soit par la légère disproportion qui se trouvait entre l'âge ou bien le nombre des expériences qui ont fourni ces moyennes. Le pouls de la femme adulte surpasse donc le pouls de l'homme du même âge moyen, de 10 à 14 battemens par minute. Dans la position debout, il est plus fréquent d'environ 1/8; dans la position assise, environ d'1/6, et dans la position horizontale de plus de 1/5. En outre, l'effet produit par le changement de position sur la fréquence du pouls est plus considérable chez l'homme que chez la femme.

Voici maintenant le résultat de vingt-cinq expériences faites sur des jeunes gens de 11 à 15 ans; et celui d'un nombre égal d'expériences faites sur des adultes de 21 à 30 ans.

Age.	Debout.	Assis.	Couché.	Différence.
De 11 à 15,	93	85	81	8 4 12
De 21 à 30,	82	73	70	9 3 12

Chez les femmes, la disproportion entre les âges énoncés ci-dessus est encore plus forte, ainsi que le montre le tableau suivant, qui repose sur un nombre égal de jeunes filles et de femmes adultes.

Age.	Debout.	Assis.	Couché.	Différence.
De 11 à 15,	96	91	90	5 1 6
De 21 à 30,	91	83	80	8 3 11

L'effet du changement de position sur la fréquence du pouls est donc moins prononcé dans la jeunesse qu'à l'âge adulte.

Les expériences faites par l'auteur sur la fréquence comparative du pouls le matin et le soir confirment les résultats obtenus par le docteur Knox, et que nous avons fait connaître ailleurs. (V. GAZ. MÉD., 1837, p. 391.) Cette différence est de 11 battemens.

CAS ET OBSERVATIONS DE MÉDECINE LÉGALE; par M. ALFRED TAYLOR.

Trois observations sont rapportées sous ce titre; nous ne les indiquerons que d'une manière très sommaire.

1° CAS D'EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE OXALIQUE. Ces sortes d'empoisonnemens sont, comme on sait, assez fréquens en Angleterre, et celui-ci ne diffère pas notablement de ceux qui ont été recueillis jusqu'ici: la mort arriva un quart d'heure ou vingt minutes au plus après l'injection du poison, et pendant les cinq ou six premières minutes le malade ne ressentit pas ces violentes douleurs dont parlent les auteurs comme apparaissant

aussitôt après l'ingestion de l'acide. Mais peut-être cette différence pourrait-elle être expliquée par une autre circonstance; c'est que le sujet venait de déjeûner comme d'habitude quand il prit le poison.

2° RUPTURE TRAUMATIQUE DU DIAPHRAGME, GUÉRISON, MORT NEUF MOIS APRÈS PAR UNE AUTRE MALADIE.

Obs. — L., âgé de 40 ans, marin, d'une bonne constitution, fut admis, le 7 mars 1838. Six mois auparavant, il était tombé sur le pont du navire d'une grande hauteur et s'était fracturé plusieurs côtes et la partie inférieure de la jambe. Des esquilles étaient sorties de cette dernière partie, que la gangrène avait envahie à l'époque de son entrée. On jugea donc l'amputation de la jambe indispensable et elle fut pratiquée; mais le malade s'affaiblit graduellement et succomba le 14 juin.

Avant la mort, on avait plusieurs fois ausculté la poitrine et on n'avait rien trouvé de très remarquable; le bruit respiratoire s'entendait peu au sommet des deux poumons, et la percussion était sonore partout, excepté à la partie inférieure du poumon gauche.

A l'autopsie, on trouva le cœur un peu à droite de la ligne médiane. Le poumon gauche, qui était très contracté, se trouvait porté en haut et en arrière. Son lobe supérieur était grêle et crépitant, le moyen pâle et complétement hépatisé; l'inférieur, d'un rouge foncé, était comprimé par la cause suivante: les deux tiers, et même peut-être la moitié de ce côté du thorax étaient remplis par l'estomac distendu et une grande partie de l'arc du colon. Ces organes avaient pénétré dans le thorax par une ouverture qu'offrait le diaphragme et étaient recouverts d'un mésenthère très mince. L'ouverture, qui avait deux pouces et demi d'étendue, se trouvait dans la partie musculaire du diaphragme, en avant et un peu à gauche du trou œsophagien. Les bords de l'ouverture, sur lesquels le mésenthère était adhérent dans un ou deux endroits, étaient opaques, jaunâtres, fermes et lisses. Le cardia était tout juste dans l'ouverture et le pilore un peu en arrière. Quatre côtes avaient été fracturées et trois paraissaient l'avoir été à une époque très ancienne.

Le malade avait dit, en effet, que, longtemps auparavant, il avait eu déjà plusieurs côtes fracturées à gauche.

Ce cas est intéressant sous ce point de vue surtout que le malade a vécu très longtemps après la déchirure du diaphragme et qu'il n'a offert aucun des phénomènes qu'on regarde comme les signes de cet accident; car, pendant sa vie, il paraissait jouir d'une bonne santé et pouvoir se livrer à des travaux qu'on croyait incompatibles avec une telle altération.

3° CAS OU LE TROU DE BOTAL N'ÉTAIT PAS OBLITÉRÉ. Ces cas ne sont pas rares et confirment seulement une vérité bien connue, savoir que la vie, après la naissance, n'est pas incompatible avec cet état. Il n'est pas facile de connaître la cause de cette condition anormale; mais il semble en résulter comme démontré que chez quelques individus l'aération d'une partie seulement du sang suffit pour entretenir l'existence.

CONSIDÉRATIONS SUR LES HERNIES ÉTRANGLÉES; par M. KING.

Ce travail a cette proposition pour base: « la plupart des hernies qui s'étranglent ont existé un grand nombre d'années avant d'éprouver l'accident de l'étranglement. » L'auteur démontre à l'aide de tableaux statistiques très bien faits que sur cent cas de hernie étranglée on en trouve à peine une récente; chez les autres la tumeur est ancienne; cette ancienneté est, terme moyen, vingt ans, avant de s'étrangler. Cela a constamment lieu soit que la tumeur ait été préalablement réductible ou irréductible, contenue par un bandage ou non contenue. M. King se demande la raison de ce fait: c'est que, dit-il, après une si longue existence la tumeur subit naturellement des changemens, le col du sac se rétrécit, les viscères herniés eux-mêmes et la constitution entière éprouvent des altérations particulières. Cette considération explique pourquoi l'étranglement herniaire se rencontre presque toujours après l'âge de vingt ans ou plutôt dans l'âge avancé que chez les jeunes gens. M. King trouve pour terme moyen l'âge de quarante à soixante l'époque la plus fréquente de l'étranglement. Cela ne veut point dire comme on le conçoit que quelques hernies ne puissent s'étrangler dans l'enfance, ni que quelques autres ne puissent éprouver des accidens graves aussitôt formées. Dans ces derniers cas, l'étranglement a lieu par l'étroitesse naturelle de l'anneau: il n'en est plus de même après que la tumeur a existé pendant quelque temps. Ainsi plus une hernie devient vieille, plus elle est prédisposée à s'étrangler, et plus l'étranglement est dangereux, car l'accident se prépare petit à petit, et l'anneau est solidement rétréci, etc.

Dans la hernie récente étranglée, comme les viscères étaient préalablement sains, malgré que l'inflammation soit beaucoup plus violente que dans les hernies anciennes, l'accident est moins fâcheux; car, dans cette dernière, non seulement les viscères sont plus ou moins altérés, l'organisme entier se trouve affaibli et moins propre à soutenir la réaction. Aussi à peine étranglés dans les hernies anciennes, les viscères se gangrènent très souvent. M. King pense que la cause la plus fréquente de l'étranglement dans les hernies anciennes est le rétrécissement du col; l'étranglement inflammatoire est pour lui assez rare. Il a observé que chez les sujets atteints de hernies anciennes, les fonctions du cœur, des artères et des organes glandulaires (reins, foie) se dérangent plus ou moins, avant que l'étranglement se déclare.

Quant à la cause de la mort dans les hernies étranglées, M. King s'est assuré, par quarante autopsies qui lui sont propres, qu'elle consiste dans l'inflammation du péritoine. « Lorsque le malade n'est pas mort de péritonite, dit l'auteur, je n'ai pu reconnaître de quoi il était mort. » Dans le tableau cependant qu'il présente des quarante cas qui lui sont propres, on trouve un cas de mort par hémorragie interne. Dans les accidens qui se continuent après le débridement, c'est donc moins à l'absence des selles ou à la continuation des vomissemens qu'il faut faire attention, qu'à la péritonite sourde ou apparente, qui est la cause de la continuation de ces symptômes et de la mort. La péritonite, dans ces cas, tue, dit l'auteur, comme une brûlure très étendue ou un poison corrosif: il a observé que cette phlogose s'accompagne ordinairement de symptômes d'obstruction bronchique et pulmonaire et de distension du côté droit du cœur.

Les sujets atteints de hernies anciennes souffrent assez souvent d'affections au foie et aux reins; ils sont, selon M. King, très prédisposés aux érysipèles, aux inflammations viscérales après les moindres opérations; beaucoup de maladies deviennent facilement graves chez eux; cela tient aux modifications fâcheuses qu'a subies l'organisme sous l'influence de la hernie.

Relativement au taxis, M. King le regarde comme très dangereux après le début de l'étranglement, quel que soit, d'ailleurs, le menagement de la manœuvre. Pour lui un quart des morts de hernie étranglée sont occasionnées par le simple taxis. Dans le tableau des quarante cas dont nous venons de parler, on en compte huit dont la mort a été causée par le taxis. Dans deux de ces cas, la réduction a eu lieu en bloc, l'étranglement a persisté, et les malades sont morts. Dans un troisième, l'intestin a été crevé pendant la réduction. Dans un quatrième et un cinquième on a réduit un intestin déjà gangrené, etc.

Le meilleur remède qui convient avant l'opération est incontestablement la saignée. Le tabac, les purgatifs, l'opium, le calomel, n'ont pas une action aussi certaine aux yeux de M. King. L'évacuation sanguine n'est jamais nuisible, elle est toujours utile. Il termine cet intéressant travail en mettant en évidence les graves dangers de la temporisation de l'opération.

EXAMEN CHIMIQUE DU LIQUIDE DE L'AMNIOS; par M. le docteur REES.

Ce liquide a fourni jusqu'ici les résultats les plus variés aux différens chimistes qui se sont occupés de son analyse. M. Rees publie ici quatre analyses de ce liquide pris à sept mois, ou sept mois et demi, et de l'examen de ces différentes analyses il ressort que l'amnios offre de bien grandes variétés dans sa constitution proportionnelle chez les différens individus, et à la même époque de la gestation; ce qui prouve que probablement, comme toutes les sécrétions de l'économie, il est influencé par le tempérament et la constitution de la mère. La gravité spécifique du fluide n'a cependant pas varié d'une manière notable et seulement de 1007 à 1008, 6. Nous allons donner ici deux de ces analyses, celles qui nous paraîtront offrir les résultats les plus opposés.

1re ANALYSE.

Liquide fortement alcalin. pes. spécif. 1008,6

sur 1000 parties.

Eau 983,4

Albumine, traces d'une matière grasse 5,9

Albuminate de soude / Chlorure de sodium 0,1

Matière animale extractive, soluble dans l'eau et l'alcool, urée, chlorure de sodium 4,6

Traces de sulfate alcalin.

2e ANALYSE.

Liquide fortement alcalin. pes. spécif. 986,8

sur 1000 parties.

Eau 986,8

Albumine, traces de matière grasse 2,4

Extrait aqueux. Sels 4,2 — Matière organique, ou albumine fournie par l'albuminate de soude 2,0 = 6,2

Extrait alcooliq. Sels 3,0 — Matière organique, ou acide lactique et urée 1,6 = 4,6

OBSERVATIONS SUR LES TUMEURS ABDOMINALES, ET SPÉCIALEMENT SUR LES AFFECTIONS DE LA RATE, AVEC QUELQUES REMARQUES SUR LA PATHOLOGIE GÉNÉRALE DE CE VISCÈRE; par le docteur BRIGHT.

Les maladies de la rate sont encore enveloppées de tant d'obscurité que leur diagnostic est plus difficile que celui de la plupart des affections des autres organes. Les symptômes spéciaux qui leur appartiennent sont bien peu nombreux. N'ayant aucune connaissance de la fonction dont est chargée la rate, nous sommes déjà par cela seul privés de toute information fournie par la physiologie. L'expérience seule nous a appris qu'assez souvent certaines altérations de la rate sont accompagnées d'une coloration particulière des tégumens se rapprochant de celle de l'anémie, et d'une expression de souffrance; nous savons encore, sans pouvoir en apprécier la cause, que ces lésions sont fréquemment compliquées d'une tendance à l'hémorragie; mais tout cela est mal défini, et n'appartient pas assez exclusivement aux maladies de la rate, pour fournir les élémens d'un diagnostic certain; on est donc obligé de s'en rapporter aux symptômes locaux, qui sont la douleur, la sensibilité à la pression, et la présence d'une tumeur. La douleur est rarement aiguë et difficile à localiser, en raison des nombreux organes qui se trouvent dans le voisinage; il en est de même de la sensibilité à la pression, qui ne devient caractéristique que lorsqu'il y a en même temps une tumeur. En effet, la présence d'une tumeur est le seul signe important, et qui permet rarement des erreurs graves. C'est aussi le seul signe dont s'occupe l'auteur, qui rapporte les seuls cas où il pourrait induire en erreur. Nous ne le suivrons pas dans cette discussion, ni même dans l'énumération des 27 maladies différentes, soit de la rate, soit de son enveloppe, et encore moins dans l'exposé des 28 cas, qu'il rapporte avec tous les développemens convenables, comme autant d'exemples de ces différentes altérations; nous n'y trouverions rien de neuf, au moins qui soit très important. Le mérite de ce mémoire, qui occupe près de 50 pages, est plutôt dans le nombre et la variété des faits, que dans des inductions nouvelles et inattendues; nous excepterons cependant quelques bonnes données sur les hémorragies qui s'opèrent quelquefois à l'intérieur de la rate. Cependant, nous devons dire encore que cette question n'est pas traitée ici dans toute son extension; il n'est pas question, par exemple, de ces hémorragies, de ces ruptures de la rate, qui arrivent dans les fièvres intermittentes et pernicieuses, et dont Bailly, de Blois, nous a conservé de si remarquables exemples. Le docteur Bright se borne à rapporter les faits qu'il a observés lui-même.

Nous terminerons par quelques réflexions générales que l'auteur lui-même a présentées à la fin de son mémoire : « Si nous examinons, dit-il, tous les cas que j'ai rapportés, nous reconnaîtrons que dans le plus grand nombre, la rate n'était pas le seul organe malade, et n'a pu devenir l'objet d'un traitement spécial. Dans d'autres, nous voyons que les altérations du tissu sont si réellement accidentelles qu'elles ne peuvent être facilement distinguées du petit nombre de celles qui ne sont pas comprises dans ces deux catégories; les trois principales seront donc la congestion de la rate, sans inflammation, son induration et sa rupture. On peut donc établir d'une manière générale que la rate est fortement influencée par le trouble de la plupart des autres organes, et dès-lors que le traitement doit dépendre, dans ces cas, du rétablissement de leurs fonctions. Car il est évident que tout ce qui agit d'une manière active sur la circulation doit avoir une influence sur la rate, dont la fonction doit, d'après sa structure et la grande quantité de sang qu'elle reçoit, se rattacher à l'hématose ou à la circulation. Il est encore bon de faire remarquer que cet organe est peu susceptible d'être influencé par les causes morbides, et qu'il leur résiste avec une grande énergie. La rate paraît surtout sympathiser avec la peau et souffrir des suppressions de transpiration, et de l'action du froid et de l'humidité sur les tégumens. Elle est encore disposée à être influencée par certains états de l'atmosphère qui agissent comme un poison sur le système, comme on le voit dans les contrées marécageuses. Il paraît aussi que les troubles fonctionnels du foie, des reins et du système absorbant réagissent aussi sur la rate, et qu'elle souffre encore dans les troubles graves de la circulation, où le sang est distribué d'une manière irrégulière, comme dans les maladies du cœur et des artères.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 28 JANVIER.

L'Académie procède, par voie de scrutin, à une élection ayant pour objet de remplir la place laissée vacante dans la section d'économie rurale, par le décès de M. Huzard.

Au premier tour de scrutin, M. Boussingault obtient 40 suffrages, M. Payen 11, M. Gasparin 1; il y a, en outre, deux billets blancs.

M. Boussingault, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages, est déclaré élu. Sa nomination sera soumise à l'approbation du roi.

SUR LA NON CONTAGION DE LA PESTE.

EXTRAIT D'UNE LETTRE DE M. LE DOCTEUR CLOT-BEY, ADRESSÉE A M. CHERVIN.

Caire, 30 novembre 1838.

Monsieur et très-honoré confrère,

.... Il me tient à cœur que la vérité, que la cause de l'humanité que vous défendez avec tant de zèle et de talent, finisse enfin par triompher. Mes lettres, il est vrai, ne vous sont pas d'un grand secours; je ne vous donne pas de faits sur la peste, je n'aborde pas même théoriquement la question; ma maladie et mes absences ne m'ont pas donné le temps de mettre la dernière main à mon travail, qui, j'espère, ne tardera pas à être achevé. Du reste, je ne suis pas fâché d'avoir tardé si longtemps, car j'ai pu recueillir de nouveaux matériaux, et mon voyage en Syrie m'en a fourni de très importans. D'un autre côté, j'ai pu voir les opinions publiées par quelques personnes, et je vous affirme que j'ai, de plus en plus, des motifs de me déclarer contre les absurdes théories que quelques hommes encroûtés ou de mauvaise foi soutiennent.

J'ai regretté souvent que vous ne vous soyez pas trouvé ici pendant la dernière épidémie. Je fais des vœux pour que l'Égypte soit préservée à jamais de ce fléau; mais si la peste, comme cela est à craindre, venait à s'y montrer, je vous engagerais alors à venir vous joindre à nous, quoique les expériences faites sur les lieux, sous une influence météorologique, aient bien peu de valeur. Je pense, comme vous, que c'est hors des localités où la maladie se déclare qu'il faudrait expérimenter; mais pourra-t-on jamais obtenir cela tant qu'on sera livré à l'arbitraire des administrations sanitaires, où il n'y a que des hommes stationnaires, entichés des vieilles doctrines, et que le seul nom de peste fait trembler?

Il se passe, dans ce moment, quelque chose de fort intéressant dans le comité de santé d'Alexandrie, formé par les consuls des différentes puissances. L'un d'eux, M. Thorbon, consul anglais, vient d'adresser un mémoire à ses collègues, qui est aussi bien pensé que bien écrit, dans lequel il prouve que depuis sept ans que les quarantaines sont établies en Égypte elles n'ont produit aucun résultat avantageux, et qu'au contraire il en est résulté des maux très graves. Les convictions de M. Thorbon sont si profondes, qu'il déclare qu'il se retirera de la commission si elle continue à marcher d'après les anciens errемens. Ce magistrat, âgé de près de 60 ans, aussi recommandable par ses qualités personnelles que par son savoir, est d'un caractère calme; il habite le Levant depuis 30 ans, et l'on ne peut, par conséquent, l'accuser de légèreté ni d'ignorance. Ce mémoire a été envoyé par la commission au conseil-général de santé du Caire, qui s'est adjoint six collaborateurs, qui, comme nous, ont vu la peste, afin de répondre aux questions qui sont traitées dans cet important travail.

J'ai beaucoup vu ici le docteur Bowring, connu par ses travaux en économie politique et les missions importantes dont il a été chargé par le gouvernement anglais. Le docteur Bowring a fait aussi des recherches sur la peste, et s'est convaincu de plus en plus de ce qu'ont de barbare, d'inutile, de vexatoire et de fiscal, les institutions sanitaires telles qu'elles sont établies. Il s'est fortement prononcé sur ce point dans les réunions populaires dans lesquelles il s'est trouvé en Angleterre; et surtout dans l'assemblée générale de New-Castle, tenue le 19 août dernier, présidée par le duc de Northumberland, et à laquelle assistaient une foule de savans.

Ainsi, mon cher confrère, nous avons la satisfaction de voir diminuer chaque jour le nombre des contagionistes, et j'espère que l'époque n'est pas très éloignée où nous verrons, sinon supprimer les quarantaines, du moins réformer ce qu'elles ont de plus absurde.

Veuillez bien agréer, etc.

CLOT-BEY.

ÉLÉPHANT FOSSILE DE L'HÔPITAL NECKER.

Nous avons annoncé, il y a quelques mois, qu'on avait découvert, dans un terrain dépendant de l'hôpital Necker, diverses parties d'un squelette de Mammouth (*elephas primigenius*), et que l'Académie avait chargé une commission de faire continuer sur ce point des fouilles qui semblaient promettre d'autres débris. M. Flourens, au nom de cette commission, annonce que de nouveaux os ont été découverts, mais n'ont pu être retirés que par fragmens. On a reconnu sur place un omoplate, un fémur, un tibia et un péroné, les os du tarse et du métatarse et trois autres fragmens. Il est hors de doute qu'il y avait là, non pas quelques os isolés et qu'on aurait pu supposer apportés de loin, mais un squelette complet, dont on aurait pu vraisemblablement retrouver toutes les parties, s'il y avait eu à le faire un intérêt suffisant.

GLOBULES DU SANG DANS L'ÉLÉPHANT.

Un éléphant qui se trouvait à Potsdam, étant devenu furieux, comme il arrive assez souvent à ces animaux à l'époque du rut, on se vit obligé de le tuer, ce qui fut exécuté au moyen de l'acide prussique. Le muséum d'histoire naturelle de Berlin acquit le cadavre, et ce fut pour M. le professeur Schultz une occasion de faire sur le sang de ce pachyderme des observations microscopiques. Il trouva que les vésicules y présentent entre elles des différences beaucoup plus grandes que celles qui s'observent dans le sang des mammifères

observés jusqu'ici. M. Schultz attribue ces différences à la présence simultanée de vésicules jeunes, adultes et vieilles, c'est-à-dire de corpuscules parvenus à diverses périodes de l'espèce d'accroissement qu'il leur suppose.

C'est, dit l'auteur, principalement par la grande quantité des vésicules jeunes avec des membranes peu ou point colorées que le sang de l'éléphant diffère de celui des autres mammifères. Parmi ces corpuscules, les uns lui ont paru globuleux, d'autres aplatis et d'autres encore pliés singulièrement, comme ceux des têtards de grenouille et de salamandre; il annonce aussi l'existence d'autres globules, les uns semi-lunaires et les autres elliptiques. Il regarde ces particularités de forme comme démontrant une transition entre les corpuscules du chyle et ceux du sang.

STRUCTURE INTIME DES OS.

M. Breschet fait, en son nom et celui de M. Serres, un rapport sur un mémoire de M. Gerdy concernant ce sujet.

Le rapporteur commence par tracer l'histoire des différentes recherches relatives à la structure des parties osseuses, et rappelant les discussions élevées en Italie entre Scarpa et Médici, ainsi que les travaux de Retzius, de Deutsh, de Purkinje, de Muller, de Miescher, etc., il en conclut que tout n'est pas encore connu sur la structure des os; puis il s'occupe de déterminer ce qu'a ajouté M. Gerdy aux notions résultant des recherches de ces devanciers. Les résultats auxquels pourrait être arrivé M. Gerdy peuvent être résumés dans les sept propositions suivantes :

1° L'apparence fibreuse du tissu compacte des os considérés dans l'état sain est due à des sillons vasculaires.

2° Ces sillons sont longitudinaux dans les os longs, rayonnés et divergens dans certains os plats.

3° Le tissu compacte est composé de canalicules vasculaires adhérens les uns aux autres, et divisés comme les sillons qui viennent y aboutir.

4° Le tissu spongieux des auteurs est composé d'un tissu canaliculaire, d'un tissu réticulaire et d'un tissu celluleux.

5° Le tissu caniculaire loge des vaisseaux dans une foule de canalicules à peu près parallèles et longitudinaux dans les os longs.

6° Le tissu réticulaire est formé de filets autour desquels les vaisseaux s'anastomosent.

7° Enfin le tissu celluleux assez diversifié dans sa disposition suit cependant certaines lois générales.

(*La suite au prochain numéro.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 29 JANVIER.

BLESSURE DES NERFS DE LA CINQUIÈME PAIRE.

M. Boulet communique, à l'occasion du procès-verbal, l'observation suivante. Je partage entièrement, dit-il, les considérations que vous a présentées M. Blandin dans la dernière séance, en faveur des idées de C. Bell, de M. Magendie et de Bellingieri, touchant les fonctions des nerfs de la moëlle et de la cinquième paire. A l'appui de cette manière de voir, je demande la permission de vous rapporter un fait que j'ai observé moi-même.

Obs.—Un cheval est effrayé un soir par la présence d'une lanterne; il veut se sauver et tombe en se frappant à la joue; il se fait une plaie profonde dans cette région; la branche correspondante du nerf facial est divisée; les lèvres et le naseau du même côté restent paralysés et pendans; l'animal ne peut prendre d'alimens ni boire de ce côté; mais ces parties conservent parfaitement le sentiment; car en les piquant avec la pointe d'un scalpel, l'animal témoigne une très vive douleur. Il y avait donc dans ce cas paralysie du mouvement et non du sentiment.

Cet état n'a point changé depuis plusieurs années que la lésion existe.

M. Gerdy : J'ai été seul dans la dernière séance à parler contre le système de C. Bell. On aurait tort si l'on voulait juger de la valeur des opinions émises d'après le nombre des membres qui les ont soutenues. Je m'engage à démontrer quand on voudra que les faits qu'on a avancés en faveur de ce système n'ont pas plus de fondement que le système lui-même. (Ordre du jour.)

M. Chervin se plaint de la négligence que mettent les rédacteurs du bulletin de l'Académie dans la correction des épreuves. Dans le dernier numéro, dit-il, on a inséré le rapport que j'ai fait dernièrement avec M. Rochoux, concernant la fièvre jaune. On y trouve tant de fautes d'impression, de changemens et d'omissions, que les pensées de la commission sont en quelque sorte dénaturées. C'est une négligence grave de la part de M. le rédacteur, qu'il serait fâcheux pour les intérêts scientifiques de l'Académie de voir continuer.

M. Bousquet : Je n'ai pas envoyé les épreuves à M. Chervin, attendu que le rapport avait été publié dans plusieurs journaux, auxquels j'ai cru pouvoir l'emprunter. S'il y a des fautes, elles existaient, je présume, dans le journal que j'ai copié, j'en suis fâché.

M. Chervin : Oui, on sait que le bulletin prend une partie de ses comptes-rendus dans les journaux, en les modifiant cependant un peu pour ne pas avoir l'air de les copier; mais ce qu'il y a de plus étonnant, c'est que les journaux de médecine ont reproduit mon rapport avec une grande exactitude, tandis que le bulletin l'a défiguré d'une manière étrange. (Ordre du jour.)

SUR L'EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX; PAR M. ORFILA.

M. Orfila lit un mémoire sur l'empoisonnement par l'acide arsénieux. Ce travail d'une haute importance pour la médecine légale a été écouté avec une religieuse attention. Indépendamment des résultats nouveaux dont nous sommes heureux de pouvoir donner le résumé, l'auteur a présenté une foule de développemens du plus grand intérêt relatifs aux nombreuses expériences qu'il a tentées et dont tous les détails ont été exposés verbalement avec la lucidité et la précision qui caractérisent l'habile professeur.

Il résulte de mes expériences dit M. Orfila :

1° Que l'acide arsénieux introduit dans l'estomac ou appliqué dans le tissu cellulaire sous-cutané des chiens vivans est absorbé, qu'il se mêle au sang et qu'il est porté dans tous les organes de l'économie animale, comme je l'avais établi dès l'année 1812, en me fondant uniquement sur des considérations physiologiques.

2° Que lorsqu'il est mis en poudre fine sur le tissu cellulaire sous-cutané des chiens, il n'y en a guère qu'un grain et demi à deux grains d'absorbés, quelle que soit la proportion employée; et que cette faible dose suffit pour occasionner la mort, puisqu'il est impossible d'attribuer celle-ci à l'irritation locale, habituellement fort légère, que détermine ce poison.

3° Qu'il s'en absorbe davantage, sans que l'on puisse en préciser la quantité, lorsqu'il a été introduit dans le canal digestif, après avoir été dissous dans l'eau, ou quand l'acide solide, par son contact prolongé avec les sucs de l'estomac et des intestins, a fini par se dissoudre en totalité ou en partie.

4° Qu'il n'est pas douteux, d'après les cas d'empoisonnement observés jusqu'ici, qu'il n'agisse de même chez l'homme; toutefois il est à présumer que la portion absorbée et nécessaire pour déterminer la mort devra être plus considérable que celle qui est exigée pour tuer les chiens.

5° Qu'il est possible à l'aide de certains procédés chimiques de retirer l'arsénic métallique de la portion d'acide arsénieux qui a été absorbée.

6° Qu'il devient *indispensable* de recourir à cette extraction, lorsqu'on n'a pas trouvé le poison dans le canal digestif ou sur les autres parties sur lesquelles il avait été immédiatement appliqué, ou dans la matière des vomissemens; car en se bornant, comme on l'a fait jusqu'à ce jour, à rechercher l'acide arsénieux dans les matières provenant de l'estomac et des intestins, on court risque de ne pas le découvrir, soit parce qu'il n'en restera plus dans le canal digestif, soit parce que les matières vomies auront été soustraites, tandis que l'on pourra toujours obtenir le métal de la portion qui aura été absorbée.

7° Qu'un rapport médico-légal devra être déclaré incomplet et insuffisant, par le seul fait que, dans le cas indiqué, on aura omis de rechercher l'acide arsénieux dans les parties où il se trouve après avoir été absorbé.

8° Que l'on peut *à la rigueur* déceler ce poison en traitant convenablement un certain nombre de muscles ou *un seul* des viscères de l'économie animale, préalablement desséchés, surtout lorsque ce viscère est très vasculaire; mais qu'il est préférable d'agir sur le cadavre entier ou du moins sur la moitié, la proportion d'acide absorbé étant ordinairement trop faible pour qu'on puisse espérer de mettre son existence hors de doute en ne soumettant aux opérations chimiques qu'un seul viscère ou une partie peu considérable des muscles et des os.

9° Que l'on décèle encore ce poison dans le sang provenant d'une saignée faite au malade, pourvu que l'on agisse sur quelques onces de ce liquide, et qu'il importe dès lors de ne pas négliger ce nouveau moyen d'exploration chez un individu qui aurait été saigné, et que l'on soupçonnerait avoir été empoisonné par l'acide arsénieux.

10° Que la saignée est indiquée dans le traitement de l'empoisonnement par cet acide, non seulement parce qu'elle agit comme antiphlogistique, mais encore parce qu'elle nous offre un moyen de retirer du torrent de la circulation une partie du poison absorbé.

11° Que le meilleur procédé à suivre pour l'extraction de l'arsénic contenu dans la faible portion d'acide arsénieux qui a été absorbée, consiste à faire bouillir tout le cadavre dans l'eau distillée pendant six heures, à précipiter le bouillon par l'acide sulfhydrique, à retirer l'arsenic du sulfure qui se dépose, à mêler le liquide décanté et filtré avec de l'azotate de potasse solide (nitre), à évaporer le mélange jusqu'à siccité, à réduire le produit en cendres que l'on traite d'abord par l'eau, puis par l'acide sulfurique concentré, et que l'on introduit ensuite dans l'appareil de Marsh, modifié comme je l'ai indiqué.

12° Qu'il y aurait un inconvénient réel à ne pas précipiter la liqueur par l'acide sulfhydrique et à la mélanger de prime abord avec le nitrate de potasse, parce que l'on perd toujours, quoi qu'on fasse, une portion d'acide arsénieux pendant que l'on brûle la matière avec le nitre. La perte sera évidemment beaucoup moins sensible, si l'on commence par enlever à la liqueur suspecte tout ce que l'acide sulfhydrique peut en précipiter, et que l'on traite seulement par le nitre le liquide surnageant le précipité.

13° Que l'on perd peu d'arsenic, en brûlant la matière organique après l'avoir intimement mêlée au nitre dissous, tandis qu'on en obtient beaucoup moins, si le mélange de la matière animale et du sel a été fait dans un mortier. Si la combustion a été opérée d'après le procédé de Rapp, la perte est encore plus sensible.

14° Que l'on peut, sans inconvénient, faire bouillir le cadavre coupé par morceaux dans de grandes chaudières de fonte ou de cuivre parfaitement décapées, et se servir d'une bassine de fer bien propre ou d'un grand creuset de Hesse, pour opérer la décomposition de la matière animale par le nitre.

15° Que dans les localités où, faute d'ustensiles, les experts ne croiraient pas devoir entreprendre toutes les recherches dont je parle, il sera toujours possible, et il devient indispensable de faire bouillir le cadavre dans une grande chaudière de fonte ou de cuivre, pendant six heures, avec de l'eau distillée et dix à douze grains de potasse à l'alcool solide et d'évaporer le bouillon jusqu'à siccité, après l'avoir fait passer à travers un linge fin, pendant qu'il était encore tiède. Le produit solide pourra, sans inconvénient, être soumis plus tard, dans des laboratoires suffisamment pourvus d'instrumens, aux expériences chimiques indiquées.

16° Que de tous les procédés proposés jusqu'ici pour découvrir l'acide arsénieux *dans les liquides vomis ou dans les matières contenues dans le canal digestif*, celui que j'ai décrit me paraît le meilleur; qu'il est infiniment supérieur à celui que l'on suit maintenant, et qu'il doit être adopté, si l'on ne veut pas perdre une portion d'arsénic, toutes les fois qu'on ne trouvera pas le poison à l'état solide, soit dans le canal digestif, soit dans les produits du vomissement.

17° Que la présence de l'acide arsénieux dans les parties d'un cadavre humain avec lesquelles il n'avait pas été mis en contact, si elle a été constatée en faisant bouillir, pendant six heures, avec de l'eau distillée sans addition d'acide, le cadavre coupé par morceaux, prouve d'une manière incontestable que le poison a été pris pendant la vie, puisque les corps des individus qui n'ont pas été soumis à l'influence de ce poison, et qui ont été *traités de la même manière*, ne fournissent aucune trace d'arsenic.

18° Que lors même qu'il serait ultérieurement démontré qu'il existe naturellement dans une partie quelconque du corps de l'homme un composé arsénical, ce composé n'étant pas soluble dans l'eau distillée bouillante, ainsi que le prouvent les expériences précédentes, l'assertion que je viens d'émettre n'en conserverait pas moins toute sa force; il suffirait, en effet, pour dissoudre et décéler le poison qui aurait été absorbé, de traiter le cadavre par l'eau bouillante, tandis que le composé arsénical, dont je suppose pour un moment l'existence, ne serait pas dissous par ce liquide.

Telles sont, Messieurs, dit en terminant M. Orfila, les conséquences à déduire d'un travail auquel j'attache d'autant plus d'importance qu'il ouvre une voie nouvelle à la médecine légale. Il faut le reconnaître : jusqu'à présent les experts, en ne soumettant à leurs investigations que les parties du corps dans lesquelles avait été déposée la substance vénéneuse, n'ont abordé que la moitié de la question; en négligeant de chercher la partie du poison qui peut avoir été absorbée, ils n'ont pas mis à profit un moyen d'exploration, d'autant plus précieux qu'il sera quelquefois le seul capable de faire découvrir l'empoisonnement; aussi, et je n'hésite pas à le dire, a-t-il dû arriver souvent que l'on ait déclaré à tort qu'un individu n'était pas mort empoisonné, parce que l'on s'était borné à analyser les liquides vomis, le canal digestif ou les matières qu'il renfermait. Désormais le crime sera poursuivi avec succès jusque dans son dernier refuge, car n'en doutez pas, plusieurs des poisons qui agissent par absorption seront décélés dans les divers tissus de l'économie animale. Des recherches tentées dans ce but et fondées sur le travail dont je viens de vous donner lecture ne tarderont pas à résoudre, pour d'autres poisons, ce grand problème de médecine légale. Vous prévoyez probablement déjà qu'elles pourront éclairer aussi certains points de physiologie et de thérapeutique.

REMÈDES SECRETS.

M. Planche fait plusieurs rapports sur des remèdes secrets adressés à l'Académie par la voie de M. le ministre du commerce. Aucun de ces remèdes n'a paru mériter la faveur du décret du 18 août 1810.

INTRODUCTION DE L'AIR DANS DES VEINES.

M. Bouley jeune communique l'observation suivante :

Obs. — Le 21 de ce mois, j'ai été appelé à Montrouge pour visiter plusieurs chevaux malades dans l'établissement de M. ... Le premier de ces animaux est une jument grise qui offre tous les symptômes d'une pneumonie. Je la saigne moi-même de la jugulaire; en attendant que le sang coule, je confie la bête et le vase à un maréchal, et je passe à la visite des autres malades; j'ai prescrit qu'on laissât sortir six livres de sang, ce qui a été fait exactement. Aussitôt après la saignée, on m'appelle; je cours, je trouve la bête par terre, agitant ses membres, et elle a expiré en ma présence dans l'espace de sept à huit minutes. Le sang avait été parfaitement arrêté. J'ai demandé à l'homme qui réglait la saignée s'il avait entendu un bruit quelconque au moment de boucher la veine; malheureusement il était un peu sourd et d'une intelligence très bornée.

Le lendemain, 22 heures après la mort, j'en ai fait l'autopsie, aidé par mon fils, élève interne des hôpitaux. Nous avons commencé par disséquer la veine jugulaire, qui avait servi pour la saignée; elle contenait beaucoup de sang écumeux, des bulles d'air s'échappaient de son intérieur. Les cavités pleurales contiennent un peu de sérosité sanguinolente. Le poumon est fortement enflammé, hépatisé sur un côté. Ce viscère n'est point emphysémateux. Le cœur est rempli de caillots entourés de sang fort écumeux; cette dernière condition, cependant, est plus prononcée dans les cavités droites. L'artère pulmonaire, la veine-cave inférieure, la veine-porte, les veines mésentériques et les vaisseaux intra-craniens, sont soigneusement disséqués et ouverts; ils sont remplis de sang écumeux et de bulles d'air libres qu'on peut aisément déplacer avec les doigts.

Ces circonstances me forcent à regarder la mort de cette jument comme le résultat de l'introduction de l'air dans les veines. En rapprochant ce fait de celui que j'ai rapporté lors de la discussion lumineuse qui a eu lieu l'année dernière dans cette enceinte, je me crois assez fondé pour recommander comme une mesure de prudence, aux vétérinaires, de boucher soigneusement la plaie de la veine au moment d'arrêter la saignée du cou chez les gros animaux domestiques.

M. Amussat : Le fait que vient de rapporter M. Bouley est de la plus haute importance; il confirme nos expériences et les propositions que j'ai établies dans mon travail. On voit que même la saignée de la veine jugulaire peut donner lieu à l'accident formidable dont il s'agit; cela n'avait pas encore été signalé. La discussion qui a eu lieu l'année dernière devant l'Académie a éveillé l'attention des chirurgiens et des vétérinaires, et je ne serais pas étonné que les faits de cette nature se multipliassent désormais. On voit, par conséquent, combien il importe, dans certaines opérations chirurgicales et dans les plaies du cou, de prendre les mesures de précaution que j'ai proposées.

M. Barthélemy : L'observation que vient de rapporter M. Bouley est intéressante sous plusieurs points de vue. Elle prouve d'abord que l'introduction de l'air dans les veines peut avoir lieu au-delà des limites du sommet de la poitrine, ainsi que je l'avais dit dans la discussion sur ce sujet. Elle prouve ensuite que lorsque le poumon est malade, l'introduction de l'air dans les veines constitue un accident beaucoup plus grave que lorsque cet organe est sain; c'est aussi ce que j'avais alors avancé, et je pense que la jument dont a parlé M. Bouley n'est morte aussi subitement que parce que son poumon était malade. Elle prouve enfin que la mort, dans ces cas, n'est pas due à la dilatation mécanique du cœur par l'action expansive de l'air dans cet organe; car on n'a trouvé que peu d'air dans ce viscère. C'est encore là un autre point sur lequel j'avais beaucoup insisté.

M. Ségalas : Quand de l'air est injecté dans le système veineux d'un animal vivant, ce fluide se porte principalement vers les gros vaisseaux intérieurs, de manière qu'on peut faire disparaître les accidens en ouvrant la veine cave supérieure, qui donne issue à une partie de sang écumeux. Je me suis assuré de ce fait dans des expériences que j'ai faites autrefois dans mes cours de physiologie. Cette observation infirme un peu ce que vient de dire notre honorable confrère M. Barthélemy.

M. Rochoux : J'appuie l'opinion que vient d'émettre M. Barthélemy sur l'influence fâcheuse de la maladie du poumon dans l'accident dont vient de nous entretenir M. Bouley.

Je connais un fait chez l'homme qui confirme cette manière de voir. Un phthisique se trouvait à une période peu avancée de sa maladie. On lui a ordonné un large vésicatoire sur la poitrine; l'énorme vessie a été enlevée le lendemain; on l'a pansé : l'impression de ce pansement froid a été tellement vive sur lui qu'il a éprouvé une sorte de spasme général, de resserrement violent à la poitrine, et il a succombé comme asphyxié en moins de deux minutes.

M. Gerdy : Le fait de M. Bouley est sans doute intéressant; mais on ne peut tirer rigoureusement aucune conclusion générale. Il faut attendre de nouveaux faits. En attendant, je ne vois pas que les craintes que vient de manifester M. Amussat dans certaines opérations sanglantes soient fondées.

M. Bouillaud parle dans le sens de MM. Barthélemy et Rochoux.

EXTIRPATION DU PREMIER OS MÉTACARPIEN.

M. Blandin présente un malade auquel il a pratiqué l'extirpation du métacarpien du pouce sans léser les tendons extenseurs : l'opéré se sert aujourd'hui parfaitement de son doigt. M. Blandin rappelle un second cas de guérison pareille qui lui est propre.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DES MALADIES DES FEMMES, ET DE L'HYGIÈNE SPÉCIALE DE LEUR SEXE, orné de planches représentant un grand nombre de dessins; par le docteur Colombat (de l'Isère). — 2 vol. in-8. Paris, 1838; chez Labé, successeur de Déville-Cavellin, rue de l'Ecole-de-Médecine, 10.

Ce traité, destiné à présenter à la fois la physiologie, l'anatomie chirurgicale, la pathologie, la thérapeutique, la médecine opératoire, et l'hygiène de la femme, et surtout de ses organes génito-urinaires, offrait un si vaste cadre que l'auteur a dû adopter de nombreuses divisions entre des sujets si différens, et qui pourtant se touchent tous, et devaient être étudiés presque en même temps. Il a donc divisé son travail en trois parties distinctes : l'une consacrée à la physiologie et à l'anatomie de la femme; la seconde à la pathologie; la troisième à son hygiène.

De ces trois parties, la plus importante, celle au moins qui a reçu le plus de développement dans l'ouvrage de M. Colombat, c'est la seconde; c'est là, en effet, que se trouvent quelques-unes des questions les plus graves que la pathologie ait fait naître chez les modernes. Ce n'est pas cependant que les deux autres parties disparaissent entièrement devant celle consacrée à la pathologie. La première surtout, bien qu'elle occupe à peine une centaine de pages dans le premier volume, offre quelques détails intéressans sur les changemens physiques, moraux et physiologiques qui s'opèrent chez la femme aux différentes époques de la vie, sur la menstruation, sur le sang menstruel, sur la gestation et les variétés de conformation que présentent chez la femme les organes génito-urinaires, suivant l'âge, le climat et la constitution; et, enfin, sur les sympathies de la matrice. Les dispositions d'anatomie chirurgicale qu'il est indispensable de connaître pour éclairer le diagnostic, et simplifier certaines opérations, terminent la première partie avec quelques développemens sur l'exploration des organes sexuels, au moyen du toucher et du speculum.

La seconde partie, consacrée spécialement à la pathologie des maladies propres aux femmes, est divisée en six sections où sont traitées à part 1° les lésions de forme; 2° les lésions de situation; 3° les lésions physiques; 4° les lésions vitales; 5° les lésions de fonctions; 6° les lésions relatives à la production.

Nous nous arrêterons peu sur la première section qui comprend cependant quelques questions importantes; ainsi, celles qui se rattachent à l'imperforation du vagin et où l'auteur a proposé un moyen qu'il regarde comme nouveau de remédier à l'étroitesse du vagin, et donné la description d'un couteau à lame convexe pour séparer les parois vaginales lorsqu'elles ont été agglutinées accidentellement. Nous passons rapidement

à la seconde, où sont traitées des questions d'une grande importance et qui se présentent à chaque instant dans la pratique, celles relatives aux lésions de situation des organes génito-urinaires de la femme et spécialement de la matrice. L'auteur y décrit attentivement les causes et les symptômes des maladies qui résultent de ces déplacemens, énumère tous les moyens employés pour les combattre et fait ressortir avec sagacité leur insuffisance dans beaucoup de cas ou même les inconvéniens graves qu'ils entraînent dans d'autres.

La quatrième section, qui à elle seule formerait un volume, comprend sous le titre, que nous regardons comme peu exact, de *Lésions vitales*, toutes les phlegmasies superficielles et profondes, les dégénérescences, les excroissances, les transformations et toutes les productions morbides de la vulve, du vagin, de l'utérus, des trompes, des ovaires et des mamelles. C'est ici que nous trouvons les engorgemens de matrice de différente nature avec ou sans induration, la métrite chronique simple, l'engorgement squirrheux, l'induration tuberculeuse, maladies qui, si nous en croyons M. Colombat, dépendraient d'une seule et même cause, l'inflammation chronique, et ne différeraient entre elles sous le rapport de l'étiologie que par des circonstances en apparence fort peu importantes, telles que les différences de constitutions, le séjour dans un lieu obscur, une profession sédentaire, la durée de la maladie, etc. Cette opinion qui, au reste, est celle de beaucoup de praticiens, parmi lesquels il en est d'un grand mérite, et qui serait bien plus consolante pour l'humanité, puisque dans cette hypothèse, avec le secours de l'art, il serait possible, même dans l'état actuel de nos connaissances, sinon d'obtenir la guérison des engorgemens squirrheux les plus prononcés, au moins de les empêcher pris à leur début d'arriver au point où ils sont presque incurables, cette opinion est combattue par un grand nombre de praticiens d'un égal mérite et nous semble encore bien éloignée de la vérité. Toutefois, comme dans l'hypothèse opposée, c'est-à-dire dans celle qui considère ces altérations comme dépendant de causes entièrement spéciales, et comme étant d'une nature également spéciale, les moyens curatifs sont toujours à peu près les mêmes; on ne doit pas, même dans les cas où dès le commencement on croirait avoir affaire à une affection réellement squirrheuse, négliger les moyens propres à combattre les engorgemens simples. Nous regrettons que l'auteur n'ait pas insisté à cette occasion et d'une manière convenable sur le séjour au lit qui, dans plusieurs cas, aidé des moyens hygiéniques, a suffi pour dissiper seul des engorgemens déjà très volumineux et très durs et offrant même quelques caractères douteux.

Le traitement chirurgical des maladies de matrice a reçu tous les développemens qu'on pourrait désirer. Les procédés propres à l'auteur y sont exposés avec clarté et précision, et les procédés avec les méthodes proposées ou employées par les autres chirurgiens n'y sont pas oubliés. Un seul point n'a pas reçu, il nous semble, toute l'attention qu'il méritait: c'est l'indication des conditions dans lesquelles le chirurgien peut opérer, amputer, par exemple, le col de la matrice, et de celles dans lesquelles il doit s'abstenir de cette opération grave. Ce point est, nous avons dit, l'un des plus importans dans la question; car, si nous en croyons des on dit, dont plusieurs paraissent appuyés de faits probans, bien des fois on aurait amputé le col de la matrice dans des cas où cette opération n'était nullement indiquée, et ailleurs on aurait pratiqué la même opération dans une foule de cas où on ne pouvait en attendre aucun effet avantageux pour la malade. Au reste, nous devons convenir que, sur cette question, la science a encore beaucoup à faire pour acquérir le degré de certitude positive auquel la chirurgie est arrivée sur tant d'autres points.

La cinquième section comprend, sous le titre de *Lésion des fonctions*, une foule de maladies, la plupart propres à la femme, et dont plusieurs dépendent évidemment d'un trouble fonctionnel, mais dont d'autres aussi paraissent se rattacher d'une manière moins intime à cet ordre de causes. L'aménorrhée, la métrorrhagie, dépendent certainement de troubles continuels; mais la chlorose, l'hystérie, la nymphomanie, l'hystétalgie, dépendent-elles du même ordre de cas? Il serait facile de l'énoncer, mais non de le démontrer. L'auteur termine son travail par quelques considérations sur l'hygiène de la femme aux divers âges qui composent son existence. Si, dans cet ouvrage, nous avons trouvé peu de considérations profondes sur les questions importantes qui y sont signalées; si, malgré un grand nombre de citations et une érudition qui semble manifeste, on peut pourtant reprocher à l'auteur de n'avoir pas toujours remonté aux sources originales lorsqu'il lui était facile de le faire, son ouvrage offre cependant un bon résumé de l'état de la science sur la pathologie des maladies des femmes. On y trouve l'indication et la description de nombreux procédés propres à l'auteur et souvent ingénieux. Quant au style, il est clair et semé, suivant l'occasion, de figures ou de réminiscences poétiques, qui ne dépareraient pas un ouvrage purement littéraire, et que la nature du sujet semble peut-être pouvoir excuser dans un travail purement scientifique.

VARIÉTÉS.

— On écrit de Lyon, 26 janvier:

« Dans sa dernière séance, le conseil municipal, après avoir entendu la lecture d'un très bon et très lumineux rapport de M. Chinard, a voté la construction d'un bâtiment monumental pour l'École-de-Médecine de Lyon. »

— Six chirurgiens de l'hôpital militaire de Metz ont reçu l'ordre de partir immédiatement pour être attachés aux ambulances de l'armée de Belgique; ils ont dû recevoir double indemnité de route.

— M. le docteur CHERVIN nous adresse la lettre suivante:

Paris, le 30 janvier.

Monsieur,

En réclamant hier, devant l'Académie de médecine, contre la manière inexacte dont le rapport que j'eus l'honneur de lui lire le 4 décembre dernier, a été publié dans le BULLETIN, j'ai eu pour but de faire voir à mes honorables collègues que je suis étranger aux erreurs que contient ce rapport, puisqu'elles ne se trouvent point dans mon manuscrit et que je n'ai point vu les épreuves.

J'ai voulu prouver, en outre, que le BULLETIN est loin de présenter l'*exactitude* et la *fidélité* dont M. le secrétaire annuel nous a tant parlé dans l'*inqualifiable* rapport qu'il nous fit, au nom du conseil, dans le comité secret du 18 décembre dernier. Quant à moi, je savais depuis longtemps à quoi m'en tenir sur ce recueil *non autorisé*, mais j'ai saisi cette occasion pour signaler à l'Académie avec quelle négligence un ouvrage qui porte son nom est parfois rédigé.

M. Bousquet, qui paraît être le rédacteur effectif du BULLETIN, a voulu s'excuser en disant que mon rapport avait été publié dans plusieurs journaux, et que c'est pour cette raison qu'il ne m'a pas envoyé d'épreuve, attendu qu'il a fait ses corrections d'après ces mêmes journaux. M. le secrétaire du conseil n'est pas heureux dans ses justifications (1). Mon rapport n'a été publié que dans la GAZETTE MÉDICALE, et l'on ne trouve dans cette feuille *aucune des inexactitudes* qui font le sujet de ma réclamation; d'où il suit évidemment que les erreurs dont je me plains sont dues à M. Bousquet, et qu'il y a eu en même temps injustice et maladresse de sa part à vouloir les mettre sur le compte des journalistes.

Je dirai, en outre, que je n'ai communiqué à la GAZETTE MÉDICALE que le brouillon de mon rapport, et que c'est M. le rédacteur qui a corrigé lui-même les épreuves; d'où l'on peut conclure que les choses se font avec *un peu* plus de soin dans les bureaux de la GAZETTE MÉDICALE que dans ceux du BULLETIN.

M. Bousquet a dit plusieurs fois qu'en raison de ce que j'avais communiqué mon rapport aux journalistes, il n'aurait pas dû l'insérer dans le BULLETIN. Notre collègue croit-il, par hasard, que les membres de l'Académie sont liés par les actes illégaux de son conseil d'administration? Pense-t-il que chacun d'eux soit dans l'obligation de favoriser le *monopole anti-scientifique* que ce conseil a jugé à propos d'établir en faveur de son BULLETIN? Si telle est sa pensée, il est certainement dans une grande erreur; quant à moi, qui m'occupe de science et non de commerce, sans avoir égard aux arrangemens mercantiles que le conseil d'administration a faits avec son libraire, je disposerai des rapports que je ferai à l'Académie de la manière que je croirai la plus propre à servir la science sans que rien au monde puisse m'en empêcher. La libéralité des membres de ce corps savant doit atténuer, autant que possible, les fâcheux effets de la mesure *anti-scientifique* que son conseil a prise *arbitrairement* contre la presse.

Du reste, si M. Bousquet pense que mes rapports puissent nuire au succès du BULLETIN, de quelque manière que ce soit, il peut très bien ne pas les insérer dans ce recueil, sans s'exposer pour cela à aucune réclamation de ma part. Je désire seulement que lorsqu'il jugera convenable de les publier, il veuille bien prendre la peine d'en corriger les épreuves, ou de me les envoyer pour que je me charge de ce soin.

Agréez, etc.

CHERVIN, D. M. P.

— M. le docteur Aubenas nous prie d'insérer la déclaration suivante:

Partageant l'opinion de ceux de nos confrères qui pensent qu'un médecin se déshonore en tenant secrète une composition qu'il croit utile, je viens vous prier de vouloir bien faire insérer dans votre journal que je suis entièrement étranger à la composition et à la vente des sirops qu'on annonce dans les journaux sous un nom semblable au mien.

Agréez, etc.

AUBENAS, D. M.,
chev. de la Légion-d'Honneur.

(1) Voyez celle qu'il a fait insérer dans la GAZETTE MÉDICALE du 4 août dernier et la note qui la suit.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 6. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 9 FÉVRIER 1839.

Gazette Médicale
DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

REVUE GÉNÉRALE.

SUR LES DERNIERS TRAVAUX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — TRANSMISSION DE LA MORVE AIGUE A L'HOMME.

Nous avons gardé depuis assez longtemps le silence sur les travaux de l'Académie de médecine, non que ceux-ci n'aient eu de l'importance et leur part d'intérêt; mais depuis les discussions générales sur la revaccination, sur la transmission de la morve à l'homme et sur la formation du pied-bot congénital, il s'est présenté peu de questions auxquelles on ait eu lieu de donner les développemens d'une discussion académique. Le renouvellement du bureau et des élections ont absorbé une partie de l'attention de l'Académie pendant les deux mois qui viennent de s'écouler. Des rapports officiels, des lectures et des communications, plus ou moins importantes, ont rempli le reste de ses séances. Il ne faudrait pas, toutefois, par ce silence, préjuger de la valeur des travaux de l'Académie; leur importance ne saurait toujours se mesurer au bruit et au degré de retentissement que leur donnent la discussion et les commentaires de la presse. Il est des travaux peu susceptibles d'analyse, et dont l'importance se juge par la valeur intrinsèque du fait même qu'ils consacrent. Tel est le caractère de quelques unes des communications qui ont été faites à l'Académie dans le cours du dernier trimestre. De ce nombre sont les expériences communiquées par MM. Hervy et Devergie sur la présence des sels de cuivre et de plomb dans les tissus de l'économie animale, et par M. Orfila sur les moyens de reconnaître l'époque de l'ingestion des sels de plomb, et les caractères propres à faire distinguer la présence de ces sels à une époque déjà éloignée de leur injection et alors qu'il n'en existe plus aucune trace dans les matières vomies ou contenues dans l'estomac; enfin, la communication récente de M. Orfila, sur de nouveaux moyens de reconnaître les quantités les plus minimes des préparations arsénicales dans l'économie, lors même que cette substance, introduite dans le torrent circulatoire, ne laisse plus aucune trace dans les voies digestives. Ce sont là des faits que le temps et l'expérience pourront seuls juger en dernier ressort. Les discussions et l'analyse ne pourraient rien immédiatement pour leur éclaircissement; le plus sage parti est de se borner à les enregistrer jusqu'à plus ample informé. Quelques questions se sont offertes qui semblaient ouvrir le champ à la discussion: le traitement moral de la folie; l'influence du régime pénitentiaire par isolement, sur le développement de l'aliénation mentale; questions du plus vif intérêt, auxquelles on semble n'avoir pas osé toucher, et qui sont passées presque inaperçues. En revanche, on a donné un ample développement à une de ces questions incidentes qui se présentent à tout propos, et qui ramènent périodiquement, avec les mêmes faits, les mêmes hommes et les mêmes argumens; le tout sans profit pour la science, sans qu'il en soit jeté plus de lumière sur des questions sans cesse renaissantes, et toujours indécises (je veux parler de l'expérimentation physiologique) à l'occasion d'un rapport sur un mémoire relatif au tournis chez l'homme; quelques mots tendant à exalter les progrès dus à la physiologie expérimentale, suffirent pour soulever de la part de quelques membres une

Feuilleton.

SUR LE PROCHAIN RAPPORT DE LA COMMISSION ANNUELLE DES MÉDECINS DES HOPITAUX.

C'est une juste et utile pensée que celle qui a dicté l'article 18 des réglemens de 1830 sur le service des hôpitaux et hospices civils de Paris. En instituant tous les ans des assemblées générales où les représentans des différentes branches du service sanitaire de ces établissemens apportent les résultats de leur expérience, et dressent en commun des projets d'amélioration, le ministre de l'intérieur a voulu maintenir à notre art la part d'influence qui lui revient dans les questions administratives dont l'indigence et la maladie sont les tristes élémens. Cette intervention indirecte des hommes de l'art, appelés à formuler dans un rapport annuel les *desiderata* de l'humanité et les légitimes exigences de la responsabilité médicale, n'est pas seulement un hommage rendu à l'autorité de la science; elle est aussi la récompense, la meilleure récompense des services qu'elle rend tous les jours dans ces nombreux asiles où la misère vient abriter ses souffrances. Les fonctions des médecins dans les hôpitaux de Paris sont si médiocrement rétribuées, qu'on ne saurait à ce prix se tenir quitte à leur égard. L'administration n'a pas de meilleure manière de compléter leur rémunération que de multiplier les témoignages de la confiance que doivent lui inspirer leur zèle, leurs talens, leurs qualités morales; en invoquant leurs lumières spéciales, en les admettant dans ses délibérations, elle leur décerne la récompense la plus flatteuse qu'ils puissent ambitionner, puisque cette manifestation rejaillit en conséquences heureuses sur la situation des malades. L'autorité ministérielle, qui a fondé les assemblées générales des médecins, a cru sans doute acquitter son tribut aux droits de la compétence scientifique; c'est à l'administration des hospices à ajouter encore à cette intention, et à faire sortir d'un statut réglementaire tout un système de récompense et d'émulation. Loin que ces réunions annuelles des gens de l'art doivent lui susciter quelque ombrage, elle a sujet d'y puiser confiance et satisfaction: plus sa gestion est sévère et ses intentions honorables, plus elle doit désirer un contrôle multiple; celui que les médecins sont appelés à exercer ne saurait d'ailleurs s'étendre au-delà des questions qui se rattachent le plus directement au bien-être des malades et à l'indépendance de leurs fonctions spéciales.

La commission nommée par l'assemblée générale des médecins, chirurgiens et pharmaciens, qui a eu lieu le 23 janvier 1838, se composait de MM. Duméril, président, Roux, Ferrus, Guéneau de Mussy, Moreau, Mialhe, Prus, rapporteur. Le projet du rapport élaboré par cette commission est, dit-on, sur le point de paraître; si nous sommes bien informés, ce travail embrasse un grand nombre de questions, dont la plupart concernent les détails du service médical, et dont quelques-unes pénètrent dans les attributions administratives. Les alimens, les boissons, les vêtemens, les bains, etc., ont successivement fixé la

vive npposition. Dn tonrnis plns ne fnt questinn. Placée snr-le-champ de l'expérimentation physiologique, la discussion se résolnt en faits et argumens sans nombre pour ou contre la méthode expérimentale. Tout y fut dit, y fut prévu, excepté les limites précises dans lesquelles l'expérimentation pent conduire à des conclusions logiqnes, à des résultats positifs.

Or, à propos d'experimentation, voici un fait dans leqnel elle est appelée à confi mer les prévisions de l'observation directe:

Un bomme en communication journalière avec des chevanx morveux est atteint d'une maladie dont la marche et les symptômes offrent la plus grande analogie avec la morve aiguë des chevaux, et succnmbe en peu de jours. Dn mncus et dn pns pris dans les fosses nasales, dans les pnstules et les abcès, sont inocnlés sur diverses parties des membranes muqueuses d'un âne. Si ce dernier contracte la morve, l'expérimentation confirme les prévisions de la théorie, et donne an fait nbservé un nouveau degré de certitude. Tel est le cas qui vient d'être présenté à l'Académie de médecine. La lecture d'un nouveau fait de morve aiguë chez l'bomme, nbservé par M. Andral, à la Charité, avec tontes les circonstances et tous les caractères des faits précédens, a donné lieu à unc nonvelle discussion qui, qnoique plus courte que les précédentes, n'en a pas moins reproduit à peu près la même opposition et les mêmes argumens à l'appui. Ce fait vient se jnindre aux précédens, et légitimer les conséquences qu'on en a déduites. Toutefois, de même que toute question dont la solution ne peut encorc être cnnsidérée comme cnmplète, la question de la morve doune lieu chaque fois qu'elle se reprnduit à quelqnes considérations nouvelles. Ainsi, M. Castel retronve les divers symptômes décrits par M. Andral dans d'autres affectinns, telles que la variole, l'érysipèle gangreneux, certaines diathèses purulentes, sans que rien caractérise en eux une maladie *sui generis*. Selon M. Bouilland, les maladies anciennement décrites sons différens nnms, et qui nnt de l'analogie avec celle-ci, pourraient bien avoir eu la même cause et la même origine, alors que l'attention des médecins n'étant pas fixée sur ce sujet, on avait entièrement méconnu les circonstances de cette transmission. Quoi qu'il en soit, dans ce fait comme dans celui de M. Rayer, de M. Breschet, et autres, comme dans tous les faits dont l'histoire a été pnbliée; causes, symptômes, marche, lésions, circonstances individuelles, tont concourt à faire reconnaître une cause spéciale, une affection spéciale sans analogue chez l'homme et semblable à l'affectinn morvense des chevaux; tout concourt enfin à rallier tous ces faits en un groupe commun auquel on doit assigner nne cause identique. L'opposition que quelques membres spécialement éclairés persistent à faire avec une constance digne d'une meilleure canse ne peut sérieusement arrêter; l'objection de la dissemblance de certains symptômes est sans valeur dans l'espèce. Dans l'affection décrite par M. Andral, cnmme dans toute les affections qui ne sont point le résultat d'unc lésion organique lncale, il n'y point de symptômes à proprement parler pathognomoniques. La détermination de l'affection résulte de l'ensemble des symptômes et de leur marche, et non de chacun ou de l'un d'enx en particulier. D'ailleurs, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, et comme l'a dit depuis M. Andral, l'affectinn nbservée chez le snjet en question et la maladie décrite sons le nom de morve chez le cheval, sont aussi semblables que pnissent l'être deux affections dans deux nrganismes anssi différens. Du reste, ces faits, tout empreints qu'ils soient des caractères d'nne presque certitude, ne permettent encore de rien conclure quant à la transmissibilité de la morve du cheval à l'hnmme par contagion, dans l'état ordinaire des choses. Si l'nn songe au nnmbre et à la fréquence des rapports des bommes avec des chevaux morveux, ces faits sont en trop petit nombre pour ne dcvoir pas être considérés comme ayant des conditions en quelque sorte individnelles. La seule conclusinn légitime de ces faits est celle-ci: la transmission de la morve des chevanx à l'bomme est possible. Ce qui reste à déterminer, ce sont les conditions dans lesqnelles cette transmission peut avoir lieu. Unc circonstance nous a frappé dans tous les faits dont l'histoire a été recueilie, c'est que, dans le plns grand nombre, les individns atteints de mnrve étaient, soit par des excès babituels, soit par des maladies antécédentes, soit par nne manvaise nonrriture et une babitation malsaine, dans des conditions qui permettaient de supposer chez eux une constitution détériorée et plus apte par conséquent à subir l'influence délétère des miasmes ou dn contagium des animaux morveux. D'antres faits probablement éclairernnt ces doutes nn mettront sur la voie de nouvelles conditions qn'il serait de la plus hante importance de déterminer.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR L'ÉTAT DU SANG DANS LES DIFFÉRENTES MALADIES; par M. le docteur A. RACIBORSKI, chef de clinique à l'hôpital de la Charité.

A l'époque nù les altérations des hnmeurs jnuaient le rôle principa eu pathologie et en thérapeutiqne, on parlait beancoup des altérations dn sang; mais le plus sonvent l'imagination des auteurs allait au-devant de l'observation et donnait pour certain ce qui était encore un prnblème. Cependant, si des médecins de l'école galénique, dans la fongue de leur imagination, et dans leur euthousiasme pour les idées de cette école, sont descendus dans d'immeuses ténèbres où l'observation n'a plus rien à recueillir. Il en est tonjours résulté nn aperçu que l'esprit des modernes a sn retronver dans les ruines de l'ancien hnmorisme, et l'n sonmis à la sanction de l'observation et de l'expérience. C'est l'insuffisance dn solidisme des siècles passés qui a forcé les modernes à revenir sur les opinions de l'ancien humnrisme, pour se reudre compte de la nature des maladies, et qui a conduit Bichat à regarder tout solidisme on humnrisme exclusifs comme un *non-sens pathologique* (1).

Depuis cette époque, on a cessé de regarder comme hérétiques ceux qui admettaient des altérations des liquides, et on a avoué après l'examen sévère des faits « qu'à la suite de toute altération des solides, il doit y avnir altératinn dn sang, de même qu'à la suite de tonte modification dn sang, il doit y avnir mndification des solides (2). »

Cet aveu, qui n'est que l'indnction logique des faits physiologiques, et surtout des phénomènes de la nutrition, fait snpposer le double mode

(1) ANAT. GÉNÉR.

(2) PRECIS D'ANAT. PATHOL.; par M. Andral.

---

sollicitnde de la commission; elle signale des faits qui devront exciter à un haut degré l'attention du conseil-général des hospices. Quand le rapport aura été publié, nous aurons occasion d'y insister, comme aussi de discnter les améliorations proposées par la commission. Aucnne partie dn mécanisme administratif des hôpitaux n'a échappé aux sévères investigations des auteurs du rapport; nons ne voulons pas nous arrêter aujourd'hui aux détails hygiéniques et d'économie intérieure; ce n'est pas que nous n'attachions une certaine gravité à des abus réels ou à des négligences funestes que les médecins des hôpitaux ont unanimement reconnus : comment ne pas gémir sur les déplorables effets dn système de chauffage établi dans nn grand nombre d'hôpitaux, notamment à Bicêtre, où la tisane gelait par les grands froids de l'hiver dernier, sur les appuis des fenêtres et sur les planches des lits éloignés des fenêtres ? On n'apprendra pas avec indifférence que l'insuffisance du régime alimentaire imposé aux vieillards des deux sexes que reçoit Bicêtre est une des causes les plus actives de la mortalité qui frappe cette classe d'indigens, fait qui ressort des documens statistiques communiqués à la commission. Si nos renseignemens nous permettaient d'analyser dès aujourd'hui tons les faits contenus dans son rapport, nous reconnaitrions encore la justesse de ses réclamations au snjet du coucher qui est loin de remplir les conditions réglementaires, tant pour la nature et les dimensions des lits que pour les fournitures qui le composent. Ce que nous avons appris sur les critiques qui sont consignées dans le rapport à l'article Habitation nous fait regarder cette partie du travail comme l'une des plus judicieuses et des mieux présentées. Les membres de la commission se seraient livrés à d'intéressans rapprochemens entre le nombre des lits contenus dans les hôpitaux de Paris et le mouvement de la population; des données statistiqnes sur les progressions du cbiffre de la population parisienne, sur l'augmentation des différentes classes d'indigens, sur le nombre de journées de malades traités dans les hôpitaux, impriment à cette partie du mémoire que nous attendons, un caractère d'autant plus sévère qu'elle est basée sur l'autorité des chiffres. On le voit, nous aurons ample matière à critique et à réflexion, quand l'élucubration importante qui va être soumise au conseil général des hospices aura reçu une entière publicité.

Il est pourtant une question que le rapport doit soulever, dit-on, avec une certaine énergie et qui doit intéresser tous nos lecteurs; car elle ne concerne pas seulement les institutions nosocomiales de Paris, mais elle embrasse tout le côté social de notre profession. Il nous tarde d'en parler, et si nos informations ne sont pas entachées d'inexactitude, nous pourrons mettre par anticipation nos lecteurs au courant des griefs et des réclamations personnelles des médecins des hôpitaux. Le rapport qui les exprime se divise naturellement en deux grandes sections : les hommes et les choses. Les choses, c'est toute l'économie hospitalière; les hommes se groupent sur plusieurs échelons hiérarchiques; laissons les infirmiers, les sœurs, les surveillans, les élèves; ayons, comme les membres de la commission, quelque hâte d'en venir aux médecins. Leurs plaintes sont nombreuses; en les réduisant par l'analyse, on peut les rattacher aux deux points suivans : 1° la commission s'élève avec force contre les mesures comminatoires que l'administration a fait adopter contre les hommes de l'art; 2° elle résume tous les abus signalés dans les sections précédentes de son travail, elle résume tous les griefs dans une sorte de procès de tendance intenté à l'administration; la tendance qu'elle dénonce, c'est une défiance précautionneuse contre les empiètemens des médecins; c'est une préoccupation ja-

d'invasion dans les maladies, par le sang et par les solides; la maladie ayant débuté par un de ces élémens de l'organisme envahit l'autre par une sorte de retentissement, ou plutôt par cette loi inviolable de réciprocité d'action et de réaction qui constitue la condition *sine qua non* de la vie, de la santé et de la maladie. Ainsi, dans une maladie quelconque, tant soit peu prononcée, l'organe qui paraît être affecté n'est pas le seul malade, l'économie entière se ressent du trouble de l'une de ses parties.

Ceux qui prétendent que les maladies débutent le plus souvent par les solides sont encore en plus grand nombre aujourd'hui; mais parmi eux il n'y en a que très peu qui veuilleut expliquer tout ce qui se passe dans une maladie par des lésions plus ou moins combinées des organes. La doctrine pyréthologique, qui regardait toutes les fièvres essentielles d'autrefois comme une *gastro-entérite*, a été déjà à sa naissance attaquée avec plus ou moins de succès par les médecins de la nouvelle époque, et nous avons vu un des professeurs les plus distingués de notre école reconnaître dans la fièvre typhoïde un élément putride consistant dans une lésion générale du sang qu'il a cru devoir ajouter à l'entérite, regardée par Broussais, son maître, comme le synonyme de cette affection. D'un autre côté, il n'y a presque plus de médecins qui nient l'existence des maladies primitivement générales; les histoires du scorbut, des fièvres éruptives, du choléra, de la morve, enfin, dont on a eu récemment l'occasion d'observer des exemples chez l'homme, suffiraient pour convertir ceux qui, après tant de faits, auraient encore du courage à persister dans l'erreur, si les expériences directes, donnant lieu à ces altérations primitivement générales, ne leur ouvraient la voie à une conviction contraire.

En somme, il est démontré aujourd'hui que, soit primitivement, soit secondairement, le sang peut devenir malade; quelques-unes de ses altérations, facilement appréciables, sont autant de nouveaux symptômes que l'on a généralement négligés jusqu'à présent; et pourtant nous prions de croire qu'il ne s'agit pas ici seulement d'un symptôme de plus, pouvant jeter du jour sur le diagnostic d'une maladie; il s'agit de l'existence d'une véritable complication qui peut être grave. Peu nous importe si un pneumonique rende ou non des crachats rouillés: nous ne le traiterons pas différemment, lorsqu'une fois nous aurons reconnu chez lui la pneumonie; mais il n'en est pas de même de l'état du sang qui peut varier, l'étendue de l'affection pulmonaire tout en restant la même; chaque saignée peut fournir de nouvelles indications, selon que l'examen attentif y trouve ou non quelque complication importante.

Il suffit, selon nous, de connaître la possibilité de ces différentes complications du côté du sang, pour être en même temps convaincu de l'importance de leur étude. Il nous reste seulement à prouver jusqu'à quel point ces différens états du sang peuvent être l'objet de la séméiologie; c'est le problème que nous nous proposons de résoudre. Dès à présent, nous pouvons déclarer qu'il y a des états du sang tellement constans dans certaines maladies, que non-seulement ils peuvent fournir de nouvelles indications pour la thérapeutique; mais en même temps servir à éclairer le diagnostic dans les cas douteux.

Il n'est pas dans notre intention de nous occuper des altérations chimiques du sang. Malgré les progrès récens de la chimie organique, le flambeau de cette science n'a pas encore jeté de rayons assez forts sur l'analyse du sang à l'état normal, pour qu'on puisse espérer de parler bientôt chimiquement de ses altérations dans les maladies. Parmi les altérations physiques, je me réserve de parler de celles qui sont les plus appréciables, et qu'on rencontre sur le sang tiré par la veine et par les ventouses scarifiées.

La plupart des auteurs qui se sont occupés de ce sujet n'ont examiné ordinairement que le sang tiré par la phlébotomie, et n'y envisageaient qu'un seul caractère, savoir la *couënne inflammatoire* : c'était un *criterium* d'après lequel on jugeait de la nature des maladies et des indications à prendre. Nous verrons par la suite que la couënne est un caractère infidèle, et que si on voulait classer les maladies d'après un tel système, il mériterait à peu près les mêmes reproches qu'on a faits à celui de Tournefort en botanique. En effet, des maladies très différentes peuvent offrir également de la couënne, tandis qu'elle peut ou non se présenter dans des affections tout à fait identiques. Nous avons cherché d'autres caractères plus constans, et nous croyons les avoir trouvés dans la force d'attraction qui s'exerce entre les molécules du sang.

A l'état normal, les globules du sang n'ont qu'un faible degré d'attraction pendant la vie, de manière que les effets de cette force sont assez facilement détruits par les effets d'une autre force qui met continuellement ce liquide en mouvement; mais une fois que le sang abandonnant l'économie cesse d'être sous l'influence des lois vitales, il obéit à une loi intérieure qui rapproche ses globules les uns des autres, et transforme le liquide, en apparence homogène, en deux parties bien distinctes l'une de l'autre : le *sérum* et le *caillot*. Le caillot est donc composé à l'état normal des globules de fibrine, qui se sont rapprochés les uns des autres, en entraînant avec eux leur enveloppe rouge de matière colorante et une certaine quantité de sérosité dont ils se sont emparés dans leur mouvement attractif. Ce qui vient d'être dit nous explique pourquoi le sang tiré de la veine d'une personne bien portante offre toujours peu de sérosité libre, pourquoi le caillot de la saignée présente dans cette circonstance un volume proportionnellement plus considérable et une consistance tellement modérée qu'il est rare de le voir supporter son poids on résister à une pression médiocre du doigt.

L'inflammation modifie tous ces caractères en augmentant la *force d'attraction* entre les molécules du sang: les globules fibrineux qui, dans un caillot normal se tenaient encore à une certaine distance, séparés par de la sérosité et enveloppés de matière colorante, s'attirent avec beaucoup de force, abandonnent les parois du vase dans lequel le sang a été reçu, se dépouillent de leur matière colorante qui, spécifiquement plus pesante, va occuper la place la plus inférieure, et expriment la sérosité qui, devenue plus claire, augmente la quantité du sérum libre entourant le caillot de toute part comme une île.

Il résulte de là que la couche la plus élevée du caillot est composée de fibrine privée de matière colorante, et à laquelle on a donné le nom de *couënne*. Elle est forte et résistante dans les inflammations franches et intenses, et plus on s'éloigne d'elle en examinant le caillot de haut en bas, plus le nombre des molécules fibrineuses diminue, et celui des molécules cruoriques augmente, de manière que tout à fait en bas on ne rencontre plus qu'une sorte de gelée noirâtre que l'on détache facilement de la couënne sus-jacente, et que la moindre pression des doigts écrase comme de la gelée de groseilles. L'augmentation de l'attraction entre les molécules du sang doit nécessairement influer sur le volume du caillot, qui est dans cette circonstance réellement plus petit qu'à l'état normal,

---

louse qui, sous prétexte d'écarter du domaine administratif proprement dit le contrôle des médecins, le paralyse, l'annulle ou le frappe de stérilité là où ce contrôle a sa place légitime et devrait se produire avec une immédiate efficacité. Les armes que l'administration s'est données contre les chefs du service médical, c'est le pouvoir de les déplacer d'un hôpital dans un autre, c'est de plus le pouvoir de les destituer. Destituer n'est pas le mot; la destitution avait été rendue impossible par l'art. 33 du réglement Chaptal qui avait déclaré les places des médecins *non sujettes à mutation*; néanmoins ce même article interprété par un arrêté du ministre de l'intérieur, en date du 16 mars 1816, attribue au préfet la faculté de suspendre, et au ministre, celle de destituer, sur l'avis du conseil général. A coup sûr, de pareilles dispositions légales devaient suffire à l'administration; le droit de proposer une destitution rarement refusée lui était une suffisante garantie contre les fautes des hommes de l'art. Mais voici venir le réglement de 1830 (art. 26) qui fixe à cinq ans la durée du service des médecins et des chirurgiens, institue l'élection par le conseil comme mode de nomination, et les déclare rééligibles en certaines conditions d'âge. Ne dirait-on pas que cette modification réglementaire est tout en faveur des médecins, qu'elle semble soustraire aux chances d'une destitution? Erreur. Qu'on y regarde de près, et l'on apercevra sans peine qu'une non réélection n'est autre chose qu'une destitution, destitution prononcée, non plus par le ministre et sur l'avis motivé du conseil, mais par celui-ci et sans enquête préalable. Personne ne reconnait plus volontiers que nous les graves devoirs qui pèsent sur l'administration; nous comprenons que le sentiment d'une vaste et multiple responsabilité a dû la porter à s'entourer de garanties, à consolider ses moyens d'exécution; mais la faculté de destituer sans enquête un médecin ne reste pas moins une énormité, alors surtout que l'on sait que le conseil ne s'éclaire le plus ordinairement sur la marche du service médical que par l'intermédiaire des administrateurs particuliers de chaque hospice; or si ces informations ne peuvent jamais être suspectes de malveillance ou de mauvaise foi, on ne saurait les déclarer complètes; la destitution prononcée en de telles circonstances est un arrêt sans procès, un arrêt sans appel ! Elle est une menace incessamment suspendue sur la tête de tous les médecins des hôpitaux, et n'en dût-elle jamais frapper aucun, elle ne constitue pas moins une triste atteinte à la dignité de notre profession. On ne peut approuver davantage la latitude que s'est donnée le conseil de déplacer à volonté les médecins d'un établissement dans un autre : le premier inconvénient de ces migrations retombe sur les malades eux-mêmes; ceux-ci peuvent se trouver ainsi privés subitement des soins d'un praticien qui possédait leur confiance; qui ne sait d'ailleurs que chaque hôpital a sa physionomie clinique? Si les affections qui peuplent les salles de la Charité se retrouvent à l'Hôtel-Dieu, il existe cependant des nuances de petites localités, des influences circonscrites à tel hospice et qui se répètent à différentes époques; il existe un ensemble de conditions propres à chaque établissement et dont la connaissance lentement acquise devient pour le praticien un élément d'appréciation clinique. Voilà donc nos confrères des hôpitaux obligés, s'il plait à qui de droit, d'étudier de nouvelles localités nosocomiales, sauf à perdre par une seconde mutation le fruit d'une expérience commencée. Et puis les considérations tirées de la position sociale des médecins, de leurs intérêts privés, de leurs habitudes, de leurs études, ne méritent-elles pas quelque respect, et quand on connait les conséquences d'une longue stabilité dans un quartier de la capitale, ne sait-on pas qu'une migration forcée peut

plus ou moins rétracté, nageant au milieu d'une sérosité claire et abondante.

Lorsque, par une cause quelconque, la séparation des molécules fibrineuses de celles de la matière colorante a été empêchée, lorsque la couënne ne peut plus se former, le caillot n'en subit pas moins d'autres modifications que lui imprime toujours la même loi, savoir : l'augmentation de la force d'attraction entre les molécules du sang; son volume diminue alors comme dans le cas précédent, la sérosité exprimée de ses interstices augmente la quantité du sérum libre; mais la fibrine ne s'étant pas portée en proportion plus considérable à la surface du caillot se répartit uniformément dans toute son épaisseur. Il résulte de cette modification que le caillot n'offre plus alors la couche inférieure molle et noire que nous avons vue dans le cas précédent; mais qu'il est partout d'une bonne consistance, glutineux, se laissant soulever en totalité, même secouer sans qu'aucune portion s'en détache.

Entre ces deux degrés extrêmes, le sang inflammatoire en présente beaucoup d'autres intermédiaires; mais tous confirment la loi générale que nous avons établie sur l'augmentation de la force d'attraction entre les molécules fibrineuses; toutes les formes que le sang de la saignée peut prendre alors sont le résultat de cette loi, et l'épaisseur et la résistance de la couënne sont toujours en raison inverse de la consistance du caillot sous-jacent : ainsi, lorsque dans une pneumonie où le rhumatisme articulaire aigu, nous ne voyons qu'une couënne mince à la surface du caillot, nous pouvons nous attendre à ne pas le trouver mou comme dans le cas précédent; en effet, une portion de fibrine qui devait s'ajouter à la couënne est restée dans le caillot, et lui donne plus de consistance et de glutinosité.

Quelquefois le caillot, sans être couvert de couënne, offre la surface d'un rouge rutilant; généralement on attribue cet aspect au contact de l'air, explication puérile qui ne tient pas compte de la teinte noire que présentent tant d'autres caillots, tout en se trouvant dans les mêmes circonstances. Cet aspect particulier du sang tient à ce que la fibrine s'y trouve en quantité plus considérable près de la surface du caillot que partout ailleurs; ainsi, quoique ne pouvant pas se dépouiller complètement de la matière colorante, la fibrine n'obéit pas moins, dans ce cas à la double force, celle de la pesanteur qui la porte vers la surface, et celle de l'attraction augmentée entre ses molécules qui donne de la fermeté à la couche la plus élevée du caillot.

Le sang des vaisseaux capillaires présente également dans les inflammations franches des caractères particuliers, aussi constans que ceux dont nous venons de parler, et imprimés toujours par la même loi. Souvent il suffit de jeter un coup-d'œil sur le sang tiré par les ventouses pour reconnaître sa nature inflammatoire; on la distinguera facilement d'après l'aspect des rondelles qui sont alors bien formées, rouges, fermes, et nagent dans une sérosité claire et abondante; lorsqu'on les soulève on apprécie encore mieux leur fermeté, et on ne les voit pas tacher les doigts avec la matière colorante. Si l'inflammation est plus intense, les petits caillots se réunissent en un seul dont l'aspect peut le faire prendre quelquefois pour celui d'une saignée; en effet, cette masse ainsi composée se laisse souvent soulever sans aucune rupture, ou si elle se sépare en deux ou trois portions, chacune d'elles conserve toujours la fermeté particulière à cette espèce du sang. Enfin, il y a des cas où les caillots des ventouses se couvrent d'une couënne plus ou moins étendue; c'est M. Bouillaud qui a le premier fixé son attention sur cette particularité; nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas de ce genre dans le service de ce savant professeur; mais nous n'avons jamais vu la couënne occuper toute la surface des caillots, elle était toujours partielle.

L'état du sang, tel que nous venons de le décrire, se rencontre dans les inflammations tant soit peu intenses de tous nos organes; cependant les pleuro-pneumonies et le rhumatisme articulaire sont les affections dans lesquelles cet état est le plus prononcé; c'est là qu'on peut le mieux étudier les caractères que nous lui avons assignés.

Depuis que nous remplissons les fonctions de chef de clinique à l'hôpital de la Charité, nous avons reçu 30 pleuro-pneumonies dans le service; sur ce nombre, 4 ont succombé; mais un de ces malades était en même temps tuberculeux. Parmi ces 30 malades, il n'y en a pas en un seul chez lequel les caractères du sang que nous venons de décrire eussent manqué. Chez trois de ces malades, la pleuro-pneumonie était accompagnée dès le commencement de stupeur et d'une grande prostration des forces, et cependant le sang a présenté les mêmes caractères que chez ceux qui ne présentaient aucun symptôme semblable, de manière que nous pouvons dire en règle générale que dans ces maladies, n'importe quelle soit leur expression (bilieuses, typhoïdes, adynamiques, etc.), le sang offre toujours les signes irrévocables de l'augmentation de la force d'attraction entre les molécules fibrineuses. Cette règle s'est trouvée confirmée, même dans les cas où l'on pouvait mieux s'attendre à la trouver en défaut : dernièrement encore, nous avons reçu dans le service un malade atteint de fièvre typhoïde; son sang a présenté les caractères que l'on rencontre ordinairement dans cette affection; le malade allait mieux, on avait déjà suspendu les émissions sanguines, lorsque l'invasion de la toux et d'une grande gêne de la respiration fit soupçonner une affection des organes respiratoires; l'examen attentif de la poitrine permit facilement de reconnaître une pneumonie; on résolut de revenir sur l'emploi des émissions sanguines, et dès la première saignée le sang a fourni des signes incontestables de l'inflammation aussi prononcés que dans une inflammation primitive.

Les mêmes caractères se sont encore retrouvés sur le sang des quatre malades atteints de pleurésie aiguë.

Sur neuf cas de bronchite plus ou moins intense où l'on a jugé à propos de recourir aux émissions sanguines, le sang a offert encore des signes de l'inflammation; ils étaient plus ou moins prononcés selon l'intensité de la maladie. Dans une bronchite capillaire étendue, avec une fièvre assez forte, le sang ne différait pas de celui de la pleuro-pneumonie. Les bronchites moins intenses donnaient un caillot moins rétracté, couvert d'une couënne moins épaisse, ou n'en offraient que des traces, et la consistance du caillot était moindre.

Sur dix-neuf cas de rhumatisme articulaire aigu, nous avons rencontré chez dix-sept personnes les signes de l'inflammation du sang portée à un haut degré; trois fois nous avons remarqué de la couënne sur les rondelles des ventouses, dont la fermeté était d'ailleurs ordinairement au moins aussi prononcée que dans la pleuro-pneumonie. Les deux malades chez qui le sang n'a offert que des caillots sans couënne et de consistance moyenne, au lieu d'infirmer la loi, la confirment encore davantage; chez tous les deux, en effet, le rhumatisme était très léger au moment de leur arrivée à l'hôpital, et il y avait très peu de fièvre; or un mouvement fébrile assez fort et un certain degré d'intensité dans la maladie sont néces-

---

devenir une ruine? Sur ces deux points, nous sommes en accord complet avec les membres de la commission; que les observations qu'ils présentent sur ce sujet soient empreintes d'énergie et de dignité; l'énergie et la dignité ont place en pareille discussion; mais d'aigreur, point; les meilleures causes perdent à être plaidées sur un ton de semi-hostilité chagrine. Le corps médical ressemble un peu aux gens qui ont longtemps subi le joug d'une autorité oppressive et qui ont au cœur une amère abondance de rancune et une vive appétence de représailles. Nous regretterions que le rapport de la commission se colorât en une teinte trop prononcée de ces sentimens de juste amour-propre et de dignité blessés, que tendraient à justifier quelques mesures de l'administration. Il ne serait pas moins regrettable que, sous l'influence dominante de cette disposition d'esprit, la commission se fût exagéré quelques abus, quelques incuries de détail que dans de vastes établissemens et dans des services compliqués la plus vigilante sollicitude des administrateurs ne saurait toujours empêcher; c'est dans les hôpitaux qu'il y a lieu souvent de choisir entre deux maux, de se rappeler la fatale insuffisance des plus nobles efforts et des volontés les plus fermes. Est-ce donc là seulement que les imperfections se montrent :

Quæ humana parùm cavit natura.

Après avoir signalé les vices de leur propre situation, les médecins des hôpitaux s'élèvent, dit-on, par l'organe de leur commission, contre l'influence générale qui règne dans ces établissemens et qui met obstacle à un état meilleur, influence d'ordre extérieur, d'apparente régularité, de comptabilité rigoureuse, de discipline administrative, mais qui, loin de favoriser la mission philanthropique des médecins, décourage leurs efforts, oppose à leurs demandes des fins de non recevoir, se retranche derrière le manque de fonds, quoique avec les 13 à 14 millions que coûtent annuellement les hospices de Paris on puisse, d'après le rapport, atteindre à de meilleurs résultats. La principale cause des abus qui se commettent et des difficultés que rencontre la mission des médecins leur paraît résider dans un déplacement d'attributions. Les membres du conseil-général, chargés par le réglement Chaptal de régler et de diriger tous les détails concernant l'emploi des fonds, et généralement tout ce qui intéresse le service, se déchargent en grande partie de ces soins sur les administrateurs; ceux-ci, ordonnant, dirigeant, surveillant, liquidant toutes les dépenses, sont, avant tout, des hommes de finance; leur souci, à eux, c'est de mettre leur responsabilité à couvert; restreindre les dépenses, réduire le prix de la journée de malade, voilà leur but; les prescriptions du conseil-général sont strictement observées, l'ordre et la régularité du service maintenus, la comptabilité est inattaquable dans son ensemble et dans ses principes; mais qu'y a-t-il de commun entre cet esprit exclusivement administratif qui règne en maître dans les hôpitaux, entre cette préoccupation étroite du détail de comptabilité et la mission consolatrice, affectueuse, dévouée des hommes de l'art? Comment concilier les exigences sans cesse renaissantes d'une charité savante et soucieuse de tout ce qui peut agir sur le malade, avec la raideur des prescriptions administratives et l'autocratie des chiffres?.. Pour l'administrateur, les malades sont un être collectif qui doit fonctionner dans certaines limites de dépenses et dans d'inflexibles conditions d'extérieur; pour le médecin, cet être se décompose en individualités qui souffrent, en autant de vies à conserver : voilà deux influences opposées en présence; l'une essentiellement positive et

saires ponr que le sang présente les caractères de l'inflammation. Ainsi il nous est arrivé plus d'une fois de ne trouver à la fin dn rhumatisme que de faibles traces de l'inflammation du sang chez des individus qui l'ont présentée au plus haut degré, lorsque le rhumatisme était dans toute son intensité. D'un autre côté, il n'est pas indispensable que l'affection occnpe un grand nombre d'articulations pour donner lieu à l'inflammation du sang; nous avons eu l'occasion de voir nne fois des signes très prononcés de cette inflammation chez une malade, chez laqnelle le rhumatisme s'est horné à nn seul genou; mais la maladie était très intense, et malgré le traitement énergique, on n'a pas pu empêcher l'ankylose.

Si nous passous maintenant à l'examen des affections dans lesquelles l'inflammation est ordinairement moins prononcée que dans celles que nous venous d'étudier jusqu'à présent, nous verrons que le sang présente également une diminution proportionnelle dans l'expression de ses caractères. Sur quatre malades atteints d'érysipèle de la face, un seul nous a offert le caillot rétracté couvert d'une forte couënne, ayant la face inférieure noire et molle comme de la gelée de groseille; le sang de deux autres malades a présenté à peine quelques vestiges de couënne, et sur celui du dernier, il n'y en avait pas même de trace; les caillots de toutes ces saignées, excepté celle du premier malade, étaient peu ou point rétractés; leur consistance hien médiocre; quelques-nns supportaient encore leur poids; d'autres se rompaient facilement tout en offrant une cassure nette.

Il en est à pen près de même des inflammations de la gorge : sur cinq malades atteints d'angine gutturale, nous n'en avons eu qu'nn avec une inflammation hien intense; chez celni-ci le sang était un fidèle interprète de la maladie et a présenté les signes de l'inflammation hien prononcés; chez quatre antres dont l'affection a été légère, les caillots étaient peu rétractés, sans couënne et de consistance médiocre.

On voit d'après ce qui précède que les inflammations des organes prodnisent toujours dans le sang nne modification générale qui s'y présente constamment, seulement à de différens degrés, selon l'intensité de l'inflammation.

Plusieurs médecins se sont occupés de cet état général du sang; M. Piorry lui a consacré un très bon travail, et l'a désigné sous le nom d'*hémite* ou d'inflammation du sang (1). Cette dénomination nous paraît hien convenable, mais nous ne voulons nous en servir que comme d'un terme de convention dont nous supposons la valeur hien connue; ainsi, au lieu d'être aussi restreints dans notre définition que le médecin distingué que nous venons de citer, qui ne regarde comme inflammatoire *que le sang dont le caillot se couvre d'une couche pseudo-membraneuse plus ou moins épaisse* (2), nous prétendons de donner bien plus d'étendne à notre manière de voir et la rendre plus conforme à l'observation (qu'il sera facile de faire désormais), en appliquant ce mot *hémite*, non seulement au sang couënneux, mais en nous en servant toutes les fois que les molécules de ce liquide offriront une augmentation plus ou moins grande dans la force d'agrégation qui les maintient plus rapprochées que dans l'état normal. La couënne elle-même reste en grande partie au moins sous l'influence de cette force; sa présence n'est pas indispensable pour reconnaître l'inflammation du sang; nous pouvons faire ce diagnostic même d'après l'examen du sang fourni par les ventouses scarifiées, par lesquelles on obtient rarement de la conënne, même dans les cas les plus favorables au développement de cette production morbide : et comme un naturaliste qui connaît bien les lois d'évolution organique reconnaît d'après l'aspect d'un seul os la famille de l'animal anquel cet os appartient, de même nous reconnaîtrons le sang inflammatoire d'après l'examen d'un petit morceau de caillot, n'importe la face par laqnelle il nous sera présenté. Ceux qni n'ont d'antre guide que la couënne pour reconnaître l'état inflammatoire du sang, confondent souvent les états opposés de ce liquide, et dans heaucoup de cas ils en méconnaîtront le véritable état inflammatoire. L'on pourra éviter facilement toutes ces méprises en se fondant sur la force d'agrégation que les inflammations augmentent constamment dans les molécules du sang; cette force peut même être tellement développée dans les inflammations violentes, que même pendant la vie elle prend le dessns sur la force antagoniste et donne lieu aux concrétions fibrineuses dans les cavités du cœnr; sonvent nous sommes parvenus à les diagnostiqner par l'ohscurité des hrnits du cœnr survenue rapidement dans le cours d'nne maladie. M. Bonillaud regarde même ces concrétions comme l'effet à peu près constant d'une pleuro-pnenmonie intense, surtout lorsqn'elle occupe le poumon voisin du cœur. Nons avons eu souvent l'occasion de nous convaincre de la justesse de cette ohservation : à mesnre que par des saignées répétées on diminnait la plasticité du sang, les hruits dn cœur reprenaient leur timbre ordinaire; si, au contraire, on n'a pas pn empêcher la terminaison funeste, l'examen dn cadavre confirmait tonjonrs le diagnostic fait pendant la vie.

(1) Traité de médecine pratique, art. *hémite*.
(2) Loco citato, page 3.

Les opinions des autenrs sont encore partagées an sujet de l'ordre dans lequel se suivent l'inflammation dn sang et celle des organes : « Après avoir examiné soigneusement les différens symptômes de la pleurésie, dit Sydenham, je crois qu'elle n'est autre chose qn'nne fièvre provenant d'une inflammation particulière du sang, et par laquelle la nature dépose la matière morhifique sur la plèvre et quelqnefois sur les poumons (1). » Telle est encore l'opinion de plusieurs médecins contemporains, non seulement sur la nature de la pleuro-pnenmonie, mais aussi sur celle du rhnmatisme articnlaire et de la plnpart des inflammations. D'antres médecins font, au contraire, toujours précéder l'inflammation du sang par la phlogose des organes. Sans admettre ancune de ces opinions d'une manière exclusive, nous pensons qne toutes les deux penvent tronver leur application dans la pratiqne; nous croyons cependant que l'inflammation du sang se développe plus commnnément sous l'influence des inflammations des organes, que celles-ci sous l'influence de l'inflammation du sang.

Nous arrivons actuellement à nn antre ordre de maladies dans lesquelles le sang offre des altérations différentes de celles dont nous venons de parler jusqu'à présent. Nous allons commencer notre examen par les affections connues ordinairement sons le nom de fièvres typhoïdes. Cet examen ne peut pas manqner de nous offrir de l'intérêt, car le sang est un élément si important dans notre économie, que les maladies tant soit peu graves ne penvent pas durer long-temps sans imprimer à ce fluide des caractères importans qui doivent différer, comme diffèrent entre eux leurs principaux symptômes. Or, s'il était possible de bien étudier ces

(1) Médecine pratique, chapitre *Pleurésie*.

matérielle jusqu'au calcul des fractions de centimes; l'autre appuyée sur la science et la charité, rayonnant du cœur et de la tête; de là collision, ou plutôt triomphe de l'nne aux dépens de l'autre : les modérer toutes deux et les satisfaire dans une égale mesure, tel doit être le but de l'administration supérieure.

Le mal signalé, comment se refuser le plaisir d'en montrer le remède? Nous croyons savoir que la commission n'a pas hésité à le poursnivre sur le propre terrain des questions essentiellement administratives; elle est allée jusqu'à s'occuper des marchés dont relève l'approvisionnement des hôpitaux, etc. Elle a rédigé une série de propositions qu'elle se propose de livrer à la controverse d'une commission composée de membres du conseil municipal, du conseil-général des hospices, d'administrateurs et de médecins. Elle insiste sur la nécessité de travailler à la diminution du paupérisme hospitalier.

Nous promettons de reprendre ce sujet, et nous éleverons la question préalable de l'intervention administrative des médecins : il convient, ce nous semble, de fixer les idées sur les relations du médecin avec l'administration; s'il y a des droits à réclamer qui nous sont déniés, nous les réclamerons avec force; s'il y a des vérités à dire au corps médical, nous oublierons que nous en faisons partie pour les articuler de meilleure grâce et avec plus de fermeté.

— L'Académie des sciences a, dans sa dernière séance, procédé par voie de scrutin à la nomination d'un correspondant pour une des places vacantes dans la section d'anatomie et de zoologie. La liste présentée par la section portait les noms de MM. Oken, Carus, Muller, Owan Baër, Ratke, Delle Chiaje et Valentin.

Au premier tour de scrutin, sur 48 votans (majorité, 25), M. Owen a obtenu 18 suffrages; M. Muller, 17; M. Oken, 13.

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité absolue, on a procédé à un second tour de scrutin; le nombre des votans n'était plus que de 47. M. Owen a obtenu cette fois 24 suffrages; M. Muller, 17; M. Oken, 6.

M. Owen, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages, a été déclaré réélu.

— Il s'agit en ce moment de fonder un hospice sur les terrains situés derrière la nouvelle église de St-Vincent-de-Paul. La dépense serait couverte en partie par un legs de 500,000 fr. fait à l'administration des hospices. Le conseil-général des hospices s'est occupé mercredi dernier de ce projet, sur la proposition qui lui a été adressée par M. le préfet de la Seine.

— Par décision ministérielle du 28 janvier dernier, M. Le Molt (Félix) a été nommé médecin-inspecteur des eaux thermales de Bourbonne-les-Bains, en remplacement de M. Renard (Athanase), démissionnaire.

---

caractères, on pourrait peut-être y trouver la pierre de touche sur laquelle nous irions essayer nos opinions sur la nature des maladies. D'un autre côté, sous le rapport du diagnostic, ces caractères (en les supposant constans) vaudraient plus que beaucoup d'autres sur lesquels on se fonde généralement aujourd'hui, tels que la fièvre avec prostration des forces, les sudaminas, etc., etc., qui, selon nous, sont aussi loin de constituer les caractères de la fièvre typhoïde que les morsures des chenilles sont loin de constituer les caractères d'une plante.

Nous avons conservé des notes détaillées sur l'état du sang tiré dans la fièvre typhoïde, 111 fois par la phlébotomie, et 68 fois par les ventouses scarifiées. Sur ces 111 saignées, il y en avait 46 dans lesquelles les caillots n'ont présenté aucune couënne ou seulement quelques petites taches couënneuses molles et demi transparentes. Tous ces caillots étaient en même temps plus ou moins noirs, et plus ou moins mous, offrant pourtant les différens degrés de consistance; les uns pouvant encore supporter la moitié de leur poids, les autres se coupant à la pression du doigt nécessaire pour les soulever. La sérosité qui entourait le caillot se trouvait toujours en petite quantité, et sans être trouble; elle n'a jamais été aussi limpide que dans les saignées pratiquées dans les phlegmasies franches. Les ventouses scarifiées, appliquées 32 fois chez les mêmes malades, ont fourni des rondelles noires et molles formant un magma analogue à du *raisiné mal pris* ou une sorte de bouillie suspendue dans une sérosité plus ou moins rougie par la matière colorante du sang, quelquefois presque noire. Toutes ces saignées, tant générales que locales, appartiennent aux 21 malades chez qui il n'y avait pas une seule saignée qui eût offert la couënne complète.

Chez 11 autres malades atteints de fièvre typhoïde simple, sans complications, les saignées ont fourni quelques caillots couverts de couënne; ainsi, sur 27 saignées, il y en eut 18 qui ont présenté de la couënne; mais, dans presque tous ces cas, elle était mince, demi transparente, analogue à de la graisse figée, et lorsqu'elle avait une demi-ligne ou une ligne d'épaisseur, elle était alors infiltrée, comme œdématiée, et se rompait facilement lorsqu'on essayait de soulever le caillot. Chose remarquable, malgré la présence de cette espèce de couënne, en quelque sorte avortée, qui aurait pu faire croire à un changement important dans l'état du sang, les rondelles des ventouses conservaient toujours inaltérable le cachet de la fièvre typhoïde; elles étaient presque toujours mollasses, mal formées, déchiquetées, en bouillie; quelques-unes prenaient seulement un peu de forme et de consistance après plusieurs évacuations sanguines, et cet état coïncidait toujours avec une amélioration bien marquée dans l'état-général des malades.

Enfin, nous arrivons à l'examen du sang des malades, chez qui, outre les symptômes ordinaires de la fièvre typhoïde, il y avait des signes d'inflammation plus ou moins prononcés des organes respiratoires, de la gorge, du cerveau, etc. Sur douze malades atteints de bronchite en même temps que de fièvre typhoïde, il y en avait cinq chez qui le sang n'a offert aucune couënne ou seulement quelques petites plaques molles et demi-transparentes, en même temps que les caillots étaient mous et se déchiraient à la moindre pression. Dans tous les cas, l'affection des organes respiratoires était très légère et occupait ordinairement une étendue peu considérable. Chez sept autres malades, on a pratiqué 24 saignées, et, sur ce nombre, il y en avait 17 avec une couënne générale et 7 sans couënne. Excepté les quatre malades dont nous allons parler tout-à-l'heure, toutes les saignées pratiquées chez trois autres malades ont offert une couënne grisâtre, molle, ordinairement demi-transparente, et qui se rompait à une faible pression, pouvant tout au plus supporter la moitié, rarement les deux tiers du poids du caillot. Les quatre malades qui font l'exception méritent d'être examinés avec plus de détails. Un d'eux a été atteint d'une bronchite générale très intense; il fut saigné trois fois et les deux premières saignées ont fourni des caillots couverts d'une couënne ayant à peu près une ligne et demie d'épaisseur, supportant bien leur poids; dans la troisième saignée, le caillot a été sans couënne et assez mou; mais aussi l'inflammation des organes respiratoires avait déjà beaucoup perdu de son intensité.

Le deuxième malade n'a offert à son entrée qu'un peu de bronchite, avec les symptômes de fièvre typhoïde bien prononcée; il fut saigné d'abord deux fois dans les deux premiers jours, et les deux saignées ont fourni des caillots mous, sans couënne et faciles à déchirer. Le troisième jour, on a trouvé beaucoup de gêne dans la respiration. Ayant examiné la poitrine, on a reconnu l'existence d'une pneumonie. On lui fit trois nouvelles saignées, et on appliqua deux fois des ventouses scarifiées sur le côté malade. Les deux premières saignées présentèrent une couënne générale, supportant le poids du caillot; dans la troisième saignée, le caillot était sans couënne, mais glutineux et supportant très bien son poids.

Le troisième malade, qui n'a présenté d'abord qu'un peu de bronchite, avec la fièvre typhoïde, a donné le premier jour du sang sans couënne et d'une consistance médiocre. Le deuxième jour, on a constaté les signes de la pneumonie, et les deux saignées qui furent pratiquées depuis ont fourni des caillots avec une couënne, comme chez le malade précédent.

Enfin, chez le quatrième malade, atteint de fièvre typhoïde, avec une bronchite et un point pleurétique, on a pratiqué trois saignées; les caillots des deux premières n'ont pas offert de couënne; mais ils étaient glutineux et d'une très bonne consistance. Le caillot de la troisième saignée était également glutineux en même temps qu'il présenta un peu de couënne sur les bords.

Le sang tiré par les ventouses scarifiées a fourni, à peu de chose près, les mêmes caractères (typhoïdes) chez les malades de cette dernière catégorie que chez les malades précédens; ainsi, quoique les caillots fussent couverts de couënne, les rondelles des ventouses n'étaient pas moins molles, mal formées, et la sérosité du sang était rougie par la matière colorante; nous exceptons pourtant de cette catégorie les quatre malades dont nous avons parlé en dernier lieu. En même temps que les caillots présentaient chez ces malades de véritables signes de l'inflammation, les mêmes caractères s'imprimaient aussi sur les rondelles des ventouses et sur leur sérosité.

Quatre de nos malades atteints de fièvre typhoïde ont eu en même temps l'angine tonsillaire plus ou moins forte. Chez trois d'entre eux, le sang n'a pas été sensiblement modifié par l'affection de la gorge, quoiqu'une fois elle fût assez prononcée. Chez le troisième malade, on a pratiqué deux saignées, et chacune d'elles a fourni un caillot couvert de couënne mince et se déchirant facilement lorsqu'on essayait de soulever le caillot. Les ventouses ont fourni chez ce malade du sang d'une consistance médiocre.

Un malade a présenté avec la fièvre typhoïde les symptômes d'une colite assez intense, et les trois saignées qui lui furent successivement pratiquées ont présenté des caillots couverts de couënne, dont une a été assez forte pour supporter le poids du caillot; les deux autres se rompaient facilement, Le sang des ventouses a conservé, à peu de chose près, les caractères ordinaires de la fièvre typhoïde.

Deux malades ont eu avec la fièvre typhoïde un léger gonflement du testicule. Les caillots des saignées qui leur furent pratiquées avaient la consistance un peu au-dessus de celle que l'on rencontre ordinairement dans les fièvres typhoïdes simples, mais il n'y avait point de couënne.

Enfin un malade est entré à l'hôpital avec les symptômes de la fièvre typhoïde; la saignée pratiquée le jour de son arrivée a offert un caillot couvert d'une couënne mince, faible et demi-transparente; l'autre saignée pratiquée le lendemain a donné une couënne un peu plus épaisse et plus forte: le même jour, il est survenu un délire furieux avec des mouvemens spasmodiques des muscles; on a été obligé de recourir au gilet de force, et on s'est hâté d'attaquer avec les moyens convenables la méningite dont on a reconnu l'invasion, et à laquelle on peut rapporter l'état couënneux du sang.

Il résulte de ce que nous venons de dire que le sang tiré dans la fièvre typhoïde soit par la phlébotomie, soit au moyen des ventouses, présente des caractères particuliers qui ne se trouvent jamais dans les inflammations franches d'une certaine intensité. Les caillots sont ordinairement noirâtres, sans couënne, entourés d'une petite quantité de sérosité, tantôt un peu trouble, tantôt claire, mais n'offrant jamais la limpidité du sérum de la pneumonie ou du rhumatisme articulaire; en même temps ils sont mous, plus ou moins faciles à couper avec les doigts ou à rompre lorsqu'on les soulève. Dans des cas assez rares où les caillots offrent à leur surface de la couënne, cette production morbide ne constitue qu'un mince voile à travers lequel un bon observateur saura toujours distinguer les véritables caractères de la fièvre typhoïde. En effet, cette croûte à laquelle on ne donne pas alors moins le nom d'inflammatoire, est mince, demi-transparente et se déchire avec beaucoup de facilité ensemble avec le caillot qui conserve les mêmes caractères que nous avons déjà étudiés dans les caillots sans couënne.

Ces caractères ne sont modifiés d'une manière notable que par des inflammations intenses: ainsi toutes les fois que dans une fièvre typhoïde bien dessinée on trouvera la couënne ferme, épaisse et supportant le poids du caillot qui sera rétracté, mou et entouré d'une sérosité proportionnellement abondante et claire, on pourra affirmer que le malade est en même temps atteint d'une inflammation, et ce sera le plus souvent une pneumonie ou une bronchite intense (1).

(1) Il y a une grande différence entre la consistance du caillot sous-jacent à la couënne dans une pleuro-pneumonie et celui de la fièvre typhoïde; dans le premier cas, le sang est extrêmement mou et forme à peine une sorte de gelée; car la plus grande portion de fibrine dont dépend sa consistance s'est portée à la surface pour constituer la couënne; dans la fièvre typhoïde au contraire la fibrine est partout uniformément répartie, et la mollesse du caillot tient seulement au peu de densité occasionée par la diminution de la force d'attraction

En même temps que les inflammations modifient les caractères du sang typhoïde dans le sang de la saignée, elles les effacent également en partie dans les rondelles des ventouses, en les rendant plus glutineuses, plus fermes et mieux formées. Cependant, si les inflammations ne sont que peu intenses et occupent peu d'étendue, il n'y aura que le sang de la saignée qui sera un peu modifié, au moins en apparence, par la présence d'une couche couenneuse à la surface; le sang tiré par les ventouses scarifiées portera toujours le cachet de la fièvre typhoïde, les rondelles seront alors comme dans le cas où l'affection est simple, molles en bouillie, nageant au milieu d'une sérosité rougie par la matière colorante du sang, et se précipitant avec la plus grande facilité par l'agitation du vase.

Si nous réfléchissons sur les caractères du sang dans les maladies qui furent jusqu'à présent l'objet de notre examen, nous serons frappés de deux caractères culminans qui les séparent en deux groupes différens. Les maladies du premier groupe se distinguent par l'augmentation de la force d'attraction entre les molécules du sang, et c'est à elle que nous devons la fermeté des rondelles des ventouses, et leur réunion en une seule masse rouge et glutineuse dans la pneumonie, le rhumatisme articulaire, etc., etc.; c'est de cette force que dépend la rétraction plus ou moins considérable des caillots, leur fermeté et l'aspect glutineux ou la présence d'une couenne épaisse, forte et supportant le poids du caillot; enfin la limpidité parfaite du sérum du sang que l'on rencontre dans les mêmes maladies.

Les maladies du second groupe se distinguent au contraire par la diminution de la force d'agrégation entre les molécules du sang; ainsi nous n'y verrons plus des caillots bien rétractés; une grande partie de globules fibrineux resteront en dissolution dans le sérum et l'empêcheront par là de devenir aussi clair et aussi limpide que celui du groupe précédent; sa quantité sera également toujours inférieure, car elle est subordonnée à la force d'attraction avec laquelle les molécules du sang s'approchent les unes des autres et expriment la sérosité contenue entre leurs aréoles; enfin nous ne verrons jamais dans ce groupe ces couennes épaisses qui se laissent soulever en entraînant avec elles le caillot sans aucune rupture.

La question à la résolution de laquelle on attacherait beaucoup d'importance serait de savoir si la lésion du sang, dont nous avons démontré l'existence dans la fièvre typhoïde, y est primitive ou secondaire. Chacune de ces opinions compte aujourd'hui ses partisans; il faut avouer que l'examen du sang pourrait singulièrement éclairer cette question encore douteuse pour beaucoup de médecins; mais il faudrait pour cela des circonstances plus favorables que celles au milieu desquelles nous avons recueilli nos observations. Malheureusement la nature de cette maladie est telle que le plus souvent les malades ne se croient atteints d'abord que d'une indisposition dont ils espèrent voir la fin à chaque instant, et ils ne demandent les conseils du médecin qu'après avoir vu échouer leurs espérances; ceci s'applique surtout aux malades qui vont chercher des secours dans les hôpitaux, et qui ne se décident ordinairement à cela que lorsqu'ils ne peuvent plus poursuivre leurs travaux. Cette tâche pourrait être très honorablement remplie par les médecins en réputation, comme praticiens attachés aux grands établissemens publics, tels que les colléges, les pensionnats, etc.

Nous ne pouvons nous empêcher de faire sentir, en terminant cet article, le singulier rapprochement qui existe entre les différens états du sang dont nous avons donné la description et l'état des muscles. L'affaiblissement de la contractilité musculaire est un symptôme dominant dans la fièvre typhoïde; les plus forts sont abattus dans cette maladie; leurs jambes fléchissent sous le poids du corps et refusent même souvent leur service; les malades ne se décident à entrer à l'hôpital que quand ils ne peuvent plus absolument vaquer à leurs occupations. Si nous interrogeons ces malheureux sur les moyens qu'ils ont employés pour s'y rendre, nous obtiendrons une réponse à peu près constante qu'ils y sont allés en voiture ou qu'ils y étaient apportés sur un brancard ou traînés par leurs parens ou amis. Ce symptôme ne se rencontre pas généralement dans les affections dans lesquelles nous avons noté l'augmentation de la force de l'attraction entre les molécules du sang. Il est très rare de voir des malades atteints de pneumonie ou de pleurésie être obligés de se mettre au lit dès le commencement, et ce qui est surtout très commun, c'est de les voir arriver à l'hôpital à pied et n'accusant point de faiblesse. Ne dirait-on pas que la fibre musculaire dont le sang n'est en quelque sorte que la dissolution (chair coulante de Borden) participe dans les fièvres typhoïdes à la résolution des molécules que nous avons déjà notée dans le sang chez ces malades? Cette supposition, que nous croyons capable de germer dans l'esprit philosophique de quelque observateur, pourrait être appuyée de plusieurs observations, et entre autres de celle dont on doit connaissance à Duhamel. Dans cette observation, un bœuf tué après avoir été *surmené* a offert une lésion toute particulière du sang; quelques gouttes de ce liquide tombées sur les mains et la joue de deux femmes ont donné lieu à l'inflammation gangréneuse de ces parties; le boucher qui a mis dans sa bouche pendant quelques instans le couteau dont il s'était servi pour tuer l'animal, a présenté quelques heures après du gonflement à la langue avec l'apparition de pustules noirâtres sur tout le corps et succomba au bout de quelques jours.

Dans cette observation, l'épuisement de la contractilité musculaire paraît avoir eu une grande influence sur l'état du sang: dans les fièvres typhoïdes au contraire l'affaiblissement de la contractilité musculaire paraît être le résultat d'une lésion préalable de ce liquide; mais on pourrait ne voir dans ces deux circonstances qu'un double mode d'enchaînement des phénomènes morbides, comme on en observe si souvent des exemples dans la pratique, phénomènes qui de locaux deviennent généraux et réciproquement.

Si ces rapports que nous supposons exister entre l'état du sang et la fibre musculaire étaient réels, on pourrait par la même raison se rendre compte du ramollissement des organes internes que l'on rencontre si souvent dans la fièvre typhoïde. D'un autre côté, la fermeté des muscles extérieurs, des parois du cœur, du foie, de la rate, etc., que l'on trouve ordinairement chez les malades qui succombent à une pleuro-pneumonie ou le rhumatisme articulaire aigu rendrait encore plus probable notre supposition; dans un cas, le sang pécherait en dévançant en quelque sorte l'époque normale de son assimilation, lorsque dans l'autre cas cette tendance naturelle du sang se trouverait paralysée et son assimilation arrêtée.

Pour rendre ce travail plus complet, nous aurions désiré nous livrer à l'examen du sang dans les fièvres éruptives; mais le nombre de nos observations relatives à ce sujet n'étant pas suffisant pour poser des règles générales, nous nous réservons de traiter ce sujet à une autre époque.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENS.

OBSERVATIONS DE CHIRURGIE PRATIQUE; par M. VOISIN, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de la maison centrale de Limoges.

Placé loin du foyer de la science et livré aux seules ressources de sa pratique personnelle, le médecin qui habite la province ne rencontre qu'à de longs intervalles des faits semblables ou analogues; les résultats de son observation sont nécessairement divers, comme les circonstances où il se trouve; de là la nécessité d'attendre des années avant de rien publier, ou bien la nécessité de ne publier que des observations particulières, portant sur des sujets différens. Dans cette alternative j'ai pensé qu'il valait mieux choisir le second parti, surtout quand les faits particuliers portent avec eux quelque enseignement pratique. J'espère sans trop de présomption que les suivans rempliront cette condition à un point suffisant pour mériter l'attention et l'indulgence des lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE.

HYDRO-HÉMATOCÈLE VOLUMINEUSE; ERREUR DE DIAGNOSTIC; ABLATION; GUÉRISON.

OBS. I. — Jean Blanchet, de Rochechouart, détenu pour treize mois, 45 ans, constitution bonne, sans vice héréditaire, cheveux noirs, portait depuis quinze années dans la moitié gauche des bourses une tumeur du volume de la tête d'un enfant à terme, sans transparence et un peu bosselée en bas et en dedans où l'on sentait des parties dures, résistantes. Sur tous les autres points, fluctuation manifeste; tegumens rouges, tendus, fort épais. Questionné sur l'origine et la marche de cette tumeur, le malade nous dit qu'il avait du même côté une hydrocèle du volume d'une petite pomme, quand il reçut dans cette même région, il y a neuf ans, un coup de pied de cheval qui produisit un grand épanchement sanguin (interne sans doute) avec larges ecchymoses. Telle est la version qu'il nous a donnée avec quelques variantes que nous croyons inutile de rapporter. On appliqua force cataplasmes, et quoique la tumeur eût beaucoup diminué de volume, il en restait assez néanmoins pour faire croire au malade qu'il portait trois testicules. Depuis longtemps, elle ne cessait de faire des progrès, quand nous l'examinâmes le 16 décembre 1836. En dedans et un peu en avant se voyait l'orifice du prépuce servant de guide pour retrouver la verge qui était appliquée et comme perdue à la surface de cette volumineuse tumeur. Au dire du malade il y éprouvait depuis quelques mois des élancemens dont la douleur semblait remonter dans le flanc gauche le long du cordon des vaisseaux spermatiques, et il nous indiquait lui-même le trajet au

entre les molécules de la fibrine: elle ne s'y trouve pas moins en assez grande quantité, et c'est ce qui est la cause que quelle que soit la mollesse du caillot dans les fièvres typhoïdes, il est généralement plus ferme que dans les pleuro-pneumonies intenses où il en est complétement dépourvu.

moyen de l'index. Pouls fébrile; figure maigre, jaunâtre; assez bon appétit. Un peu de toux depuis sept à huit jours.

De quelle nature était cette tumeur? Son absence complète de transparence, le facies jaunâtre du malade, ces douleurs sympathiques du flanc gauche, ces duretés que je trouvais à la région inférieure et interne de la tumeur, cette fièvre continuelle avec les 45 ans du malade, me donnèrent à penser que j'avais affaire à une hydro-sarcocèle. Comme il me restait quelques doutes, j'eus recours pour la dissiper à une ponction exploratrice faite à l'aide du bistouri.

On la pratiqua, le 18 décembre 1836, en présence de M. Dépernet, élève de l'école de Paris, et de quelques autres personnes. Une sonde introduite par son ouverture donna passage à quelques livres d'un liquide brun marron dont le jet souvent interrompu m'obligea d'agrandir l'incision déjà faite. Quand tout le liquide se fut écoulé, j'explorai du doigt indicateur l'intérieur de cette vaste cavité dont la surface était ridée et douce au toucher comme du velours et qui contenait une foule de petites masses molles, rougeâtres et flottantes qui n'étaient autre chose que des débris de fibrine altérée. Nous étions évidemment dans la cavité de la tunique vaginale du testicule. Quant aux parois de la tumeur, elles avaient un demi-pouce et même un pouce et demi d'épaisseur sur certains points.

Que fallait-il faire après avoir évacué le liquide? Quel parti prendre? Considérant: 1° que la suppuration de cette vaste poche serait très longue, peut-être même accompagnée de quelques dangers; 2° que le testicule était d'ailleurs vraisemblablement altéré, je me déterminai à enlever la totalité de la tumeur, en ayant soin toutefois d'emporter une portion considérable de l'enveloppe cutanée pour rétrécir le champ inflammatoire: c'est ce qui fut fait à l'aide d'une dissection lente et peu laborieuse. La tumeur une fois isolée de la peau jusqu'au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, après avoir appliqué préalablement une forte ligature sur son pédicule, on en fit la section; trois artérioles furent liées dans le courant de l'opération qui dura dix-sept minutes. Trois aiguilles à suture furent appliquées.

Abstraction faite des liquides qui ne furent point recueillis, la tumeur pesait trois livres et demie. La tunique vaginale était recouverte d'épaisses couches de fibrine coagulée. Dans le point où nous avions senti quelques parties dures, résistantes, nous trouvâmes un petit abcès, espèce de foyer secondaire rempli d'un liquide semblable pour la couleur et la consistance à de la lie de vin et situé entre la peau et le dartos. Le testicule était à la partie postérieure et inférieure de la tumeur dans un état parfait d'intégrité. (Simple pansement; diète.)

19. Fièvre et soif légères. Peu de sommeil. (Lait sucré matin et soir; looch blanc avec sirop diacode, demi-once pour la nuit.)

20. Nuit bonne; point de fièvre; appétit. (Soupe matin et soir.)

22. Levée du premier appareil; léger phlegmon au périnée; plaie vermeille quoiqu'un peu sèche; point ou peu de fièvre; absence de selles depuis plusieurs jours. (Soupe au lait matin et soir; deux lavemens avec miel mercuriel, une once pour chacun; sans effet.)

23. Mieux. Le phlegmon disparaît.

24. Point de selles. (Eau de Sedlitz.) On retire les aiguilles.

25 et 26. La plaie se rétrécit chaque jour.

Du 12 au 15 janvier 1837. Chute des ligatures; quelques légères cautérisations pour réprimer des bourgeons charnus.

Guéri le 26. Cicatrice linéaire.

On devine maintenant de quelle erreur de diagnostic nous avons voulu parler. Elle a trait au testicule que nous croyions malade, et qui était sain. Nous avons été trompés par l'ensemble des symptômes déjà indiqués auxquels venaient se joindre les justes appréhensions que devait nous inspirer l'ancienneté même du mal. Et d'ailleurs dans l'hypothèse où, doué d'un peu plus de sagacité, nous eussions reconnu l'intégrité du testicule, eût-il été bien facile de le trouver perdu comme il était dans l'épaisseur de ses enveloppes? Eût-il été facile de l'isoler sans compromettre l'intégrité du cordon? Nous ne pousserons pas plus loin notre justification.

COUP DE FEU AU MENTON; DÉSORDRES DES PARTIES MOLLES ET DES PARTIES OSSEUSES; ONZE OPÉRATIONS SUCCESSIVES (MENTOPLASTIE); ÉCOULEMENT SALIVAIRE IRREMÉDIABLE.

OBS. II. — Thomas G., 24 ans, bonne constitution, fut condamné à cinq ans de détention pour avoir tué sa maîtresse dans un rendez-vous qu'il lui avait assigné le lendemain du jour où elle s'était mariée avec son rival. Désespéré de cette infidélité, il se tira un coup de pistolet sur le menton qui fracassa la mâchoire inférieure et mutila horriblement les lèvres et les joues. Le premier pansement eut pour but de rajuster ensemble tous ces lambeaux. Quelques-uns n'ayant pu se réunir aux autres, on aida à la réunion par quelques points de suture. (Première opération.)

Soit que l'orifice buccal eût souffert une perte de substance considérable, soit que la cicatrisation n'eût pas été convenablement dirigée, il survint une coarctation de la bouche telle que le malade perdit la faculté de parler et fut réduit, pour manger, à se servir d'une seringue, au moyen de laquelle il introduisait dans sa bouche les matières alimentaires.

Le chirurgien du lieu (deuxième opération) enleva plusieurs lambeaux de peau. (J'engage le lecteur à ne pas se montrer trop exigeant sous le rapport des explications; je lui transmets toutes celles que j'ai pu moi-même recueillir de la bouche du malade.)

TROISIÈME OPÉRATION. On détacha ensuite la joue droite qui était adhérente à la mâchoire inférieure.

QUATRIÈME OPÉRATION. Pour remplir un vide qui existait au niveau de la lèvre inférieure, il paraîtrait qu'on emprunta un lambeau de peau au menton.

CINQUIÈME OPÉRATION. L'adhésion n'ayant pu s'opérer, on fut obligé d'exciser ce lambeau désormais inutile.

Voici dans quel état était G. quand il réclama nos soins:

Extérieurement: Sur le menton, on voyait une cicatrice du diamètre d'une pièce de 2 fr. dans tous les sens. De ce point comme centre partaient en divergeant six à sept irradiations de tissu inodulaire, ayant plusieurs pouces de longueur, et pouvant servir à nous donner une idée approximative des désastres produits par l'explosion de l'arme à feu.

Intérieurement: La fracture de l'os maxillaire inférieur, quoique incomplètement consolidée, ne nuisait pas à la mastication. En place du frein de la lèvre inférieure existait une bride presque cartilagineuse, d'un pouce de largeur et de hauteur, qui assujettissait d'une manière tout à fait immédiate le milieu de la lèvre inférieure au menton, vis-à-vis le collet des incisives moyennes. La lèvre inférieure simulait donc en ce point une perte de substance en V, par laquelle il s'écoulait sans cesse de la salive. Obligé pour la recueillir de tenir continuellement sous son menton un baquet en cuir, muni d'éponge, Thomas G. était devenu pour tous ses camarades un objet d'horreur. C'était pour le guérir, ou au moins pour améliorer son état que j'entrepris les opérations suivantes. Il est évident que cet écoulement salivaire dépendait de l'adhérence de la lèvre inférieure à l'os maxillaire, adhérence qui neutralisait complètement l'action des muscles chargés tout à la fois, et d'opposer à la salive une barrière insurmontable, et de la diriger dans l'intérieur de la bouche. Or quel était le moyen de remédier à cette dégoûtante infirmité? Nous songeâmes d'abord à la mentoplastie. Ce projet fut communiqué à M. Pigné, interne des hôpitaux, qui nous engagea à tenter auparavant l'opération suivante.

SIXIÈME OPÉRATION. Par un coup de bistouri enfoncé verticalement entre les parties molles et l'os maxillaire inférieur, on divisa complètement l'épaisse bride qui existait sur ce point; on plaça ensuite entre cet os et les parties molles une plaque triangulaire de zinc, dont l'angle inférieur sortait par une ouverture faite et laissée à dessein au menton. Ce corps étranger était évidemment destiné 1° à prévenir la reproduction de la bride mento-labiale, en forçant les deux surfaces saignantes à se cicatriser isolément; 2° à permettre dès-lors à la lèvre inférieure de récupérer ses mouvemens en obéissant à l'action musculaire désormais rétablie.

Tels étaient les heureux résultats que nous nous promettions de cette opération, que nous avions adoptée sur-le-champ avec espoir de succès.

La lame de zinc resta en place jusqu'au 28 inclusivement, et fut enlevée le 29. La bride se reproduisit partiellement, et la salive recommença de couler.

SEPTIÈME OPÉRATION. Considérant 1° que l'ouverture buccale resterait encore assez grande quand bien même on enlèverait les tissus calleux qui constituaient cette cicatrice en V; que d'après le plan opératoire conçu, on remplacerait une couche épaisse de tissus inextensibles par un mince filet de tissu inodulaire, il fut décidé qu'on enlèverait ces parties fibro-cartilagineuses, dans l'espoir d'ailleurs qu'en rétrécissant un peu l'ouverture de la bouche on relèverait la lèvre inférieure. En effet, le 19 octobre, on emporta une bandelette verticale d'un demi pouce de largeur et de toute la hauteur du menton, comprenant la presque totalité du tissu inodulaire de cette région. (Réunion au moyen d'aiguilles; simple pansement; diète matin et soir.)

Le résultat instantané de l'opération ne nous satisfit point. Nous craignîmes d'avoir enlevé trop de parties molles, et créé par suite des chances de rétrécissement à l'orifice buccal. Quoique les deux cas ne fussent pas identiques; néanmoins nous fûmes rassurés par le souvenir d'une opération de mentoplastie que nous avions faite il y avait deux ans, et qui nous donna l'occasion de voir la lèvre artificielle s'allonger transversalement par l'action des muscles déducteurs.

24. Réunion par première intention. On enleva les aiguilles; même écoulement salivaire. Les deux lèvres ne pouvaient se rapprocher.

HUITIÈME OPÉRATION. Nous avons omis de dire dans la description que nous avons donnée de la bouche de Thomas G. avant nos opérations, qu'il existait entre la lèvre supérieure et l'inférieure, et dans la commissure droite une portion comme hypertrophiée de la joue d'un pouce de diamètre en tout sens, qui semblait, en s'interposant aux deux lèvres, nuire à leur contact réciproque. On crut qu'en enlevant cette espèce de hors-d'œuvre, on opérerait le rapprochement des deux lèvres et la guérison du malade. En conséquence, le 31 octobre, on cerna ce lobule charnu par deux incisions qui, partant du coin de la bouche, allaient en convergeant se réunir à un pouce en dehors de la commissure droite. Une seule aiguille fut appliquée et trop tôt enlevée. La plaie suppura et guérit le 16 novembre, sans profit pour le malade.

Qu'avions-nous obtenu par ces trois opérations? Aucun résultat pour le malade qui avait d'ailleurs enduré toutes ces tortures avec un courage héroïque. L'écoulement salivaire était toujours le même.

NEUVIÈME OPÉRATION. Encouragé par le patient lui-même, nous pratiquâmes le 22 décembre l'opération que nous avions voulu faire de prime-abord, et à laquelle les conseils de M. Pigné nous avaient fait renoncer momentanément. Le malade étant au lit (premier temps); deux incisions partant chacune de chaque commissure buccale furent abaissées parallèlement l'une à l'autre jusqu'au bord inférieur de la mâchoire, et réunies par une troisième incision transversale qui longeait le bord inférieur du même os. Ces trois incisions comprenaient évidemment toutes les parties molles du menton qui furent enlevées dans un deuxième temps. Quoique la largeur de ce lambeau fût à peine de quinze à dix-huit lignes, la rétraction des deux bords de la plaie fut de près de trois pouces. Troisième temps. Dissection du lambeau réparateur. Comme il est d'observation que la torsion de son pédicule l'expose d'autant plus à la gangrène que cette torsion est plus considérable, nous cherchâmes à l'atténuer autant que possible de la manière suivante. Le lambeau devant être à peu près triangulaire, et la base du triangle étant destinée à former la lèvre inférieure si nous eussions taillé le lambeau verticalement, c'est-à-dire de manière que la base fût tournée en bas, il aurait fallu, pour le mettre en place, lui faire subir une demi-révolution qui peut-être eût produit la gangrène par suite de l'étranglement des vaisseaux contenus dans le pédicule. Au lieu de cela, il fut

pris horizontalement; c'est-à-dire correspondant à l'angle de la mâchoire par sa base, qu'il nous fut facile de relever, sans presque apparence de torsion au pédicule. Ligature de trois artérioles. (Quatrième temps.) Application du lambeau sur le menton au moyen de huit aiguilles à suture. On régularisa avec les ciseaux la lèvre de nouvelle fabrique. Le lambeau n'avait donné aucun signe de sensibilité, ni quand nous l'avions piqué, ni quand nous l'avions taillé. (Pansement à plat; diète; silenee.)

23. Trois heures de sommeil pendant la nuit. Appétit. (Bouillon matin et soir.) Appelé le soir pour visiter l'appareil, nous le trouvâmes tout imbibé de sang et de mucosités qui le rendaient pesant et incommode pour le malade. En le renouvelant, nous eûmes la certitude que le lambeau était vermeil et déjà adhérent sur plusieurs points.

24. Sommeil bon; bord libre un peu violet; grand appétit; très peu de fièvre; chute d'une ligature. (Eau gommée, soupe au lait matin et soir.)

25. La suppuration est bien établie.

26. Bourgeons charnus fort développés sur la plaie du cou; le lambeau est toujours insensible, quoique vivant néanmoins, puisque le travail éliminatoire enlève une mince lisière du bord labial. Appétit, point de fièvre. (Quart et lait matin et soir.)

27. On augmente le régime.

28. Une escharre d'une ligne d'épaisseur s'est détachée des trois bords du lambeau.

30. On enlève les six aiguilles pour ne laisser en place que celles qui se trouvent à chacun des angles supérieurs du lambeau. On cautérise quelques bourgeons charnus de la plaie du cou. (Trois-quarts et lait matin et soir.)

31. Les deux aiguilles restantes sont enlevées. Réunion parfaite sur tous les points; lambeau sensible. L'écoulement salivaire paraît guéri.

15 janvier 1837. Le malade ne peut pas rapprocher les lèvres. Réapparition de l'incontinence et de l'écoulement salivaires.

Dixième opération. Les deux dents incisives inférieures étant fort déjetées en avant et paraissant nuire au rapprochement des lèvres furent extraites sans aucun résultat avantageux pour le malade.

Onzième opération. Une seconde perte de substance fut faite à la commissure droite de la bouche pour favoriser le rapprochement des lèvres. Trois aiguilles furent appliquées et enlevées un peu plus tôt qu'il ne convenait de le faire. Les deux bords de la plaie se cicatrisèrent isolément et contribuèrent à agrandir la bouche.

Enfin, je renonçai plutôt que le malade à de nouvelles opérations. Il sortit de l'infirmerie le 14 février 1837, emportant et son infirmité et son baquet avec le souvenir de toutes les tortures qu'il avait endurées avec un courage digne d'une meilleure récompense que notre stérile admiration.

Nous avons noté une réunion par première intention. Ces sortes de réunions, que Dupuytren n'a pas observées une seule fois à l'Hôtel-Dieu de Paris, sont assez communes dans notre prison. Nous en avons obtenu à la suite de l'extirpation d'un goître, d'un petit lipôme contenu dans le lobule de l'oreille et dans plusieurs autres cas.

Nous ne ferons aucune réflexion sur la tendance invincible de ces brides à se reproduire. L'on sait que le plus souvent tous les moyens échouent contre ces difformités, et qu'elles se reproduisent presque constamment, quels que soient les obstacles qu'on leur oppose.

HYPERTROPHIE DU PRÉPUCE; OPÉRATION; GUÉRISON.

Obs. — Pierre Lobrousse, 27 ans, détenu à la maison centrale, né à Saint-Amand (Charente), vierge du virus vénérien, portait depuis cinq années une singulière difformité à la peau de la verge qui donnait à cet organe un volume double de celui qu'il a naturellement. Elle était venue sans cause connue. A partir du milieu de la face postérieure du pénis jusqu'à l'extrémité du prépuce s'élevait en forme de crête de coq une tumeur qui avait à sa base un pouce de largeur, et un pouce et demi dans sa plus grande hauteur. Elle n'était d'ailleurs qu'incommode pour le malade, qui avait néanmoins des érections, mais qui, jusqu'alors, n'avait pu accomplir l'acte vénérien. Le méat urinaire était recouvert par l'extrémité antérieure de cette excroissance charnue qui se contournait au-dessus et en avant de lui, à la manière des tiges du *myositis scorpioides*.

Le 17 avril 1837, deux incisions latérales et parallèles sur les côtés de la verge emportèrent tout ce qui était exubérant. On eut soin néanmoins de conserver assez de tégumens pour éviter soit un étranglement à la verge, soit un rétrécissement à l'orifice préputial. Celui de l'urètre étant à peu près oblitéré, on le rétablit par un coup de bistouri. Des bougies furent introduites et laissées à demeure pendant quelques jours dans le canal, et le malade sortit guéri le 11 juin.

L'excroissance, examinée attentivement, nous a semblé n'être qu'une hypertrophie du tissu dartoïde de cette région, lequel est identique à celui du scrotum. Nous croyons que de pareilles tumeurs sont assez rares. Nous ne nous souvenons point d'en avoir vu d'autre.

CHUTE SUR LE PIED; CARIE SCROFULEUSE; TUMEUR BLANCHE DE L'ARTICULATION TIBIO-TARSIENNE; AMPUTATION DE LA JAMBE; ŒDÈME ÉRYSIPÉLATEUX DU MOIGNON; MORT.

Obs.—Rouet, 26 ans, cheveux noirs, constitution un peu lymphatique, entra pour la première fois à la maison centrale de Limoges, en 1828. Deux mois après, chute sur le pied droit, qui enfla et abcéda, en dépit des sangsues et cataplasmes. Un ou deux ans plus tard, développement de ganglions cervicaux. Cette nouvelle maladie et celle du pied existaient encore en 1833, époque de la mise en liberté du malade. A peine fut-il sorti de prison (deux mois après), qu'il obtint les bénéfices d'une guérison complète et spontanée, quoiqu'il fût obligé, en qualité de marchand colporteur, de priver son pied du repos qui lui était nécessaire.

Rentré prisonnier le 8 mai 1834, il monta à l'infirmerie le 13 mars 1835, pour cause de fistules rouvertes au-dessus de l'extrémité postérieure du premier métatarsien droit, et au-dessus du scaphoïde. Préparations iodurées, cataplasmes, sangsues, pédiluves, repos, etc., tout échoua pendant que dura la mauvaise saison, ainsi qu'il arrive constamment au moins dans les infirmeries de la maison centrale de détention de Limoges; car nous savons qu'ailleurs, et, pour d'autres que nous, ce capricieux iode a la bonté de faire des merveilles pendant tout le courant de l'année.

En juillet, août, alternatives de dévoiement et de constipation; sueurs nocturnes sur le cou et sur la poitrine; fièvre continuelle; amaigrissement progressif.

Depuis plusieurs mois, il existait au creux du jarret des engorgemens symptomatiques de l'affection du tarse, en dépit de laquelle l'amputation de la jambe fut résolue et pratiquée le 13 septembre 1836, au lieu d'élection et par la méthode circulaire. Mes confrères Landon et Fangeron eurent la bonté de m'aider. L'opération dura deux minutes et demie; trois ligatures furent appliquées. La tibiale antérieure s'étant rétractée nous offrit quelques difficultés à la saisir. Réunion par bandelettes agglutinatives; cérat, charpie, etc. (Tilleul éd.; diète.) Frisson pendant la soirée; soif vive; douleurs dans le moignon et le pied; (vésicatoire au bras pour remplacer la suppuration du pied; potion calmante pour la nuit).

14. Nuit mauvaise; douleurs; démangeaisons au pied amputé; sauts du moignon. Un peu de calme vers le matin; pouls élevé et fréquent. Dévoiement notâtre comme à l'ordinaire. (*Ut supra.*)

15. Un peu de sommeil; appétit. Le vésicatoire suppure beaucoup. Même dévoiement. (Quelques cuillerées de bouillon; tisane commune édulcorée avec du sirop de coings.)

16. *Idem.*

17. Réunion par première intention de la majeure partie de la plaie; ni sueurs, ni dévoiement; appétit; peu de fièvre; facies bon. (Œuf et soupe matin et soir, même tisane.)

18, 19, 20, 21, 22, amélioration progressive. Appétit, sommeil. (Œuf et quart matin et soir.)

23. Destruction de la cicatrice sur plusieurs points; dévoiement. (Œuf, soupe et riz matin et soir.)

27. Chute des ligatures.

29. Embarras bilieux se trahissant par de la diarrhée bilieuse; quelques frissons, des révasseries, des urines sédimenteuses. (Eau de Sedlitz *illico*; diète.) Selles vertes.

1er octobre. Inflammation du moignon avec œdème de la cuisse. (30 sangsues sur le moignon; cataplasmes; diète.)

2. L'érysipèle gagne la cuisse; suppuration tarie. (Vésicatoire sur le moignon; diète; orge nitrée.)

3. Matin: soif vive; fièvre violente; insomnie; facies altéré. Bouche pâteuse; progrès de l'érysipèle; urines très rouges. (60 sangsues sur la cuisse et le moignon; cataplasmes; mauve édulcorée; diète.) Quelques symptômes après la chute des sangsues. (Eau sucrée; un peu de bouillon.)

Mort le 4 à neuf heures du soir.

Point d'autopsie cadavérique.

Examen du pied. Le gros orteil dont l'extrémité postérieure avait été détruite par la carie avait déjà subi en arrière une rétraction d'un demi-pouce au moins. Cette rétraction des doigts est un fait assez commun consécutivement à la carie. Tous les autres os du tarse, voire même les deux malléoles, étaient rouges et ramollis, en sorte qu'une amputation partielle du pied eût abandonné le malade aux chances presque certaines d'une prompte récidive.

Cette maladie des os du pied avait évidemment pris naissance dans la prison, à la suite de la chute qu'avait faite le malade. Il n'est pas rare pour nous de voir des lésions fort simples et exemptes de danger en apparence, se métamorphoser en maladies fort graves par l'effet des influences complexes et délétères qui agissent incessamment sur nos détenus. Supposez un furoncle, une égratignure, en un mot, la plaie la plus légère survenant chez un détenu en prison depuis quinze à dix-huit mois, et pendant la saison froide et pluvieuse, sans doute assez souvent on peut l'en guérir; mais, d'autres fois, il en est bien autrement: l'on voit la peau devenir violacée, les chairs blafardes, la suppuration de mauvaise nature; c'est la dégénérescence scrofuleuse de la plaie qui a lieu. Si elle est placée dans le voisinage d'une articulation, l'hydarthrose paraît, puis la carie, la tumeur blanche, les abcès, les fistules, la fièvre hectique. Il faut amputer pour sauver le malade, ou au moins pour allonger sa vie. Telle est trop souvent la marche désolante de ces maladies en hiver. Pendant cette saison, en effet, point d'amélioration à obtenir; tous les remèdes échouent. Vienne au contraire l'été avec ses beaux jours, tout prospère. C'est la saison d'efficacité de l'iode. La sortie de prison amène les mêmes résultats. Que de détenus inguérissables pendant qu'ils y restent guérissent aussitôt qu'ils ont recouvré l'atmosphère du grand air et de la liberté! A peine sont-ils rentrés en prison que la maladie suspendue reprend son cours.

Revenons à notre opéré.

Si nous avons pratiqué l'amputation pendant la mauvaise saison, c'est que nous ne pouvions l'ajourner en raison de l'état du malade.

D'où vient cet érysipèle œdémateux qui a causé la mort? Est-ce de la

suppression de la suppuration qui depuis longtemps était fixée au pied? Nous ne le pensons point. Cet érysipèle tenait plutôt à la présence d'un embarras gastrique bilieux contre lequel nous avons eu peut-être tort, au lieu de sangsues et de vésicatoires à peu près inefficaces en pareil cas, de ne pas employer l'émétique, dont nous obtenons de si merveilleux effets dans toutes les affections de nature bilieuse, en dépit de l'arrêt de réprobation dont il est frappé.

HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE DEPUIS ONZE JOURS; OPÉRATION; GUÉRISON.

Mimi Mandary, de Nexon, 35 ans, mère de cinq enfans, avait, depuis huit ans, une hernie du côté gauche, qui sortait et rentrait alternativement. Elle s'étrangla le 9 septembre 1836, sans cause connue. Les chirurgiens du lieu employèrent, mais en vain, pour la réduire, tous les moyens connus, taxis, bains, lavemens irritans, extrait de belladone, etc. La malade vomissait tout ce qu'elle avalait, solides ou liquides; point de selles; les lavemens étaient rendus à l'état naturel; quelques gaz s'échappaient de temps en temps par l'anus; douleurs atroces et la nuit et le jour dans la tumeur; les vomissemens stercoraux mêlés de vers lombrics parurent vers le septième ou huitième jour. Un peu plus tard elle faisait pour vomir des efforts infructueux, elle ne rendait rien. (Ténesme stomacal.) Sueurs froides. Depuis plusieurs jours elle n'avait pas pris de nourriture, de peur de réveiller des vomissemens quand nous fûmes appelé près d'elle le 20 septembre. Nous la trouvâmes dans l'état suivant : figure maigre, mais naturelle; tumeur dans l'aine gauche, peu douloureuse à la pression; *dure, consistante, sans changement de couleur à la peau:* ventre sans tuméfaction et peu sensible à la pression; depuis plusieurs jours suppression des urines qui ne coulaient que par engorgement; douleur, engourdissement dans la cuisse gauche, bouche sèche; soif vive; hoquets continuels; sueurs froides; pouls peu fréquent déprimé, régulier; insomnie. Depuis plusieurs jours il ne sortait plus de gaz par l'anus.

Le cas n'étant pas équivoques, nous proposâmes sur-le-champ l'opération qui fut acceptée par la malade. Nous n'avions pour aide que M. Tarade, chirurgien du lieu. Après avoir préalablement débarrassé la vessie d'une livre et demie d'urine, nous divisâmes lentement et parallèlement au pli de l'aine toutes les parties molles jusqu'au sac inclusivement où nous trouvâmes une entéro-épiplocèle du volume d'une petite noix. A notre grand étonnement, l'intestin était rose, très ferme, parfaitement sain. On débrida deux ou trois fois en dedans; on débrida même en avant et en haut pour pouvoir opérer la réduction de la hernie qui nous offrit beaucoup de difficultés. Pour faire ces débridemens, nous nous étions servi d'une sonde cannelée sans cul-de-sac, qui, malgré nos précautions, avait pénétré dans l'intestin. Il fut ouvert dans l'étendue d'un demi-pouce. Cet accident n'eut point de suites fâcheuses, grâce aux adhérences que l'intestin avait eu le temps de contracter avec le péritoine en dedans de l'abdomen. L'opération avait duré trois quarts d'heure. (Bandage triangulaire; cataplasmes; diète.)

21. Point de sommeil, ni gaz, ni selles; ventre un peu tendu et douloureux; soif vive; pouls élevé et fréquent; la plaie exhale une odeur gangréneuse; point de coliques. Les lavemens sont rendus incolores; hoquets continuels; dysurie. (*Ut supra.*)

22. Ecoulement stercoral par la plaie. La qualité des matières bien liées, bien digérées nous indiquait que la portion d'intestin herniée appartenait à la fin de l'iléon; nausées; hoquets sans vomissemens; bouche moins sèche; soif moins vive; même douleur; même engourdissement dans la cuisse gauche; ni selles, ni gaz par bas; anorexie; 60 puls.; facies bon. (20 sangsues sur le ventre; cataplasmes, lavemens; diète; potion diacadée; tilleul.)

24. 70 pulsations; ventre à l'état normal; persistance de la dysurie; sommeil; quelques lambeaux grangrenés s'apprêtent à tomber; les matières et la majeure partie des gaz s'échappent par la plaie; quelques-uns sortent par bas. Souvent ils approchent de l'anus et remontent vers la plaie. (Bouillon.)

26, 27. Selles bilieuses par la plaie. La quantité des gaz qui s'échappent par bas augmente chaque jour. Appétit; sommeil. (Bouillon; vermicelle.)

29. Expulsion volontaire des urines; sortie de quelques matières fécales par l'anus; chaque jour la plaie se rétrécit.

6 octobre. Guérie.

La circonstance la plus remarquable de cette observation, c'est sans contredit la persistance de l'intégrité de l'intestin, malgré onze jours d'étranglement. En vain augura-t-on de la présence de l'épiploon dans la hernie pour expliquer ce fait extraordinaire. L'étranglement était bien complet, ce nous semble, puisque les matières stercorales, voire même les gaz, étaient obligés de se frayer un passage supplémentaire par la bouche. La gangrène, en cas d'étranglement, n'est donc pas aussi imminente qu'on l'enseigne dans nos écoles et dans les ouvrages classiques. Si nous faisons cette réflexion ce n'est pas assurément que nous voulions réformer des doctrines solidement établies et devant lesquelles un fait isolé doit s'humilier, c'est dans le seul but de rendre ces doctrines moins exclusives.

D'où vient cette rétention urinaire que nous avons observée pendant plusieurs jours?

Nous n'expliquerons point comment la nature a guéri la lésion intestinale. Ceux qui connaissent le TRAITÉ DES HERNIES, de Scarpa, n'ont pas besoin de nos explications, et ceux qui ne le connaissent point doivent le lire. Nous avons fait quelques autres opérations dont nous ne mentionnerons que les deux suivantes. Un détenu affecté depuis plusieurs années d'une conjonctivite à l'œil droit causée par le contact continuel des cils de la paupière inférieure renversée en dedans, fut guéri par deux pertes de substances, faites successivement à cette même paupière et parallèlement à son bord libre.

Dans un cas de rétrécissement du canal de l'urètre, situé à trois pouces de profondeur, et tel que le malade ne pouvait uriner que goutte à goutte, après avoir essayé pendant plusieurs jours de franchir l'obstacle par l'usage des bougies, voyant que tous nos efforts étaient stériles, nous avons hardiment rétabli la continuité du canal urétral au moyen du troquart. Des sondes ont été laissées à demeure. Cette témérité a été couronnée de succès.

TAILLE SUS-PUBIENNE AVEC LE BISTOURI SEUL; GUÉRISON.

OBS. — Féret (Victor), détenu à la maison centrale, 35 ans, avait la pierre depuis l'âge de 30 ans. Point de complication fâcheuse. Le malade préféra à la lithotritie l'opération de la taille, qui fut pratiquée le 15 août 1838. Après avoir fait une injection d'eau tiède dans la vessie, afin de la distendre légèrement, on lia la verge et l'on procéda de la manière suivante : Une incision fut faite au niveau de l'extrémité inférieure des muscles droit et pyramidal du côté gauche, incision de deux pouces et demi, horizontale et comprenant toutes les parties molles de cette région (peau, feuillet antérieur de l'aponévrose abdominale, muscles droit et pyramidal), jusqu'au péritoine exclusivement. Arrivé à cette membrane, on abandonna momentanément le bistouri pour l'isoler de la face postérieure du pubis avec la main gauche. A la faveur de ce décollement, la main droite, pénétrant entre les pubis et le péritoine, ne tarda pas à sentir la vessie, qui, à peine incisée, chassa, par sa contraction, et le liquide et la pierre qu'elle contenait. Après avoir exploré la cavité de cet organe avec l'index et l'avoir nettoyée au moyen de quelques injections d'eau tiède, on plaça une sonde à demeure dans le canal et un simple appareil sur la plaie. (Looch diacadé; diète.)

Le pouls devint à peine fébrile; les urines coulèrent par la sonde dès le premier moment, et par jet dès le troisième jour (18 août). Cicatrisation complète le 31 août (seizième jour).

Quelques chairs exubérantes étant venues pendant mon absence au niveau de la cicatrice m'obligèrent de garder le malade jusqu'au 11 septembre pour les détruire. Il sortit ce jour même parfaitement guéri et sans avoir éprouvé le moindre accident.

Cette opération a été faite, comme on le voit, d'une manière fort simple, sans ce vain attirail d'instrumens embarrassans, inventés, les uns pour éviter la lésion du péritoine, les autres pour opérer la tension de la vessie, l'incision de l'aponévrisme, etc., instrumens beaucoup moins intelligens que la main, et qui ne font que multiplier, à notre sens, ces mêmes difficultés auxquelles ils prétendent parer. S'agit-il d'éviter la lésion du péritoine? On y réussira toujours en procédant lentement à la division des parties molles. Aussitôt qu'on a achevé celle du muscle droit, ce dont on est averti par la transparence du péritoine, qui permet de voir les intestins, par l'apparition de quelques flocons jaunâtres de tissu cellulo-adipeux et par le défaut de résistance, il faut abandonner le bistouri et se servir de la main gauche pour éloigner cette membrane de la face postérieure du pubis. La plus grande force employée dans l'exécution de cette manœuvre ne pourrait point la déchirer, ainsi qu'on peut s'en convaincre sur le cadavre, et, d'ailleurs, l'emploi d'une telle force serait superflu, car ce décollement s'opère sans la moindre difficulté. Le péritoine entraîne avec lui la vessie, qui offre alors un tranchant du bistouri sa face postérieure et supérieure, reconnaissable au sentiment de fluctuation que le liquide contenu dans sa cavité communique au toucher. C'est par là que doit pénétrer l'instrument tranchant.

L'incision que nous pratiquons est transversale. Elle nous a paru facile. Dans un cas tout-à-fait exceptionnel, et relaté autrefois dans ce journal, nous avons été obligé de faire saillir le calcul (vésico-prostatique) au moyen des doigts d'un aide introduits dans le rectum, et de diviser la vessie contractée et considérablement épaissie sur le calcul lui-même. Cette manœuvre ne nous a pas offert les grandes difficultés dont on la juge inséparable. Nous croyons que, d'une part, on a beaucoup exagéré les dangers du haut appareil, et, d'autre part, fort atténué ceux du bas appareil, tel qu'on le pratique aujourd'hui. Si celui-ci obtient encore les faveurs de la vogue, il les doit bien moins, ce nous semble, à son mérite intrinsèque qu'à l'autorité de quelques chirurgiens en renom, qui l'ont pris sous leur patronage, parce qu'ils avaient inventé ou plutôt perfectionné quelques-uns des procédés qui s'y rattachent. Toute comparaison faite et mûrement réfléchie entre ces deux méthodes, il nous paraît impossible qu'on ne donne pas bientôt la préférence à celle du haut appareil, tant elle est simple et presque exempte de dangers. Point d'hémorragie à craindre, point d'organe important à léser, sauf le péritoine, qu'il est si facile d'écarter avec la main. S'agit-il, au contraire, du bas appareil? Il semblerait, en vérité, que cette taille ait été inventée pour défier l'art chirurgical, obligé d'agir sur un espace de quelques pouces carrés, où les difficultés se multiplient en raison de la surface et de la profondeur. Quel que soit, en effet, le procédé qu'on adopte, le bistouri chemine au milieu des

écueils, *pericula inter et hostes.* Des vaisseaux aussi nombreux qu'importans, le bulbe urétral, le rectum ou le vagin, les vésicules séminales, les conduits éjaculateurs, telles sont les parties qui partout semblent le toucher et qu'il doit néanmoins laisser intactes, sous peine d'hémorragie, de fistules, d'impuissance; que dis-je? Quelquefois même, malgré des lésions multiples, des déchirures, des contusions, l'on ne peut obtenir le calcul, auquel on est obligé de frayer une issue par dessus le pubis. Parlera-t-on des accidens consécutifs? Point de paralysie du col vésical à craindre par le haut appareil, point de ces phlébites qu'occasionnent si souvent la contusion et la déchirure du lacis veineux qui entoure le collet vésical. Les fusées purulentes, les abcès, ne sont-ils pas plus fréquens par le bas que par le haut appareil? Dans celui-ci l'urine tend, en raison seule de son poids et de la disposition des parties, à s'éloigner de la plaie et à couler par le canal que lui présente la sonde; dans celui-là, c'est l'inverse.

En vain Dupuytren avait-il voué à cette méthode une prédilection toute particulière et presque paternelle. D'une part, les fréquens revers qu'il a essuyés sous nos yeux et la disposition anatomique *anti-chirurgicale* du périnée; d'autre part, les nombreux succès qu'obtient la cystotomie sus-pubienne, la simplicité de cette opération, qui n'exige qu'un bistouri, la presqu'absence de vaisseaux et d'autres organes importans à léser, sont, à nos yeux, de sûrs garans que, dans peu d'années, les praticiens, mieux éclairés, préféreront la taille hypogastrique à la taille périnéale.

ABLATION D'UN NOLI ME TANGERE. GUÉRISON PAR LA POMMADE DE SUIE.

Obs. — Pierre Filérie, 66 ans, casseur de bois, faisait remonter l'apparition de son mal à l'âge de 48 ans. A cette époque, et sans cause connue, il vit se former sur le côté gauche du nez une petite croûte qui tombait et se reproduisait alternativement. Peu à peu les démangeaisons parurent et furent suivies d'une légère ulcération. Vinrent ensuite des élancemens semblables à des piqûres passagères. Le mal était resté stationnaire jusqu'en juillet 1838. Pendant ce mois et le suivant, à la suite d'applications locales de carotte rapée, le mal s'accrut rapidement. Le 6 septembre, jour de l'opération, il couvrait la presque totalité de la partie gauche du nez, sous forme de végétations inégales, bosselées, noirâtres, faisant saillie d'un demi-pouce au-dessus du niveau de la peau ulcérée à son centre, qui, du reste, fournissait peu d'écoulement. Cette tumeur, peu douloureuse et très mobile, fut enlevée avec grande facilité. (Pansement avec de la pommade de suie :

Axonge. . . . . 1 once.
Suie . . . . 1/2 once.

7 et 8. Léger mouvement fébrile. (Même pansement.)
10. La plaie se rétrécit. (Même pansement.)
La cicatrice fut complète le 5 octobre.
Aujourd'hui 22 décembre, la guérison est parfaite, sans trace de douleurs ni de démangeaisons.

C'est le second cas de cette espèce que nous observons. Dans l'un et l'autre, la guérison a été obtenue par le même moyen. Nous serions heureux de voir se multiplier de pareils succès; ils nous feraient espérer que la thérapeutique chirurgicale est enfin parvenue à dompter une maladie jusqu'alors toujours rebelle.

RÉTRÉCISSEMENT EXTREME DU DÉTROIT INFÉRIEUR DANS LE SENS DE SON DIAMÈTRE BIS-ISCHIATIQUE; OPÉRATION CÉSARIENNE; MORT. — ENFANT VIVANT.

Obs. — Madame D., 29 ans, taille de trois pieds onze pouces, rachitique, était fille d'un père sain et vigoureux. Sa mère, au rapport de la malade, avait succombé à la phthisie. Cinq enfans étaient nés de cette union : deux beaux garçons et trois filles, toutes trois fort petites et affectées de rachitisme au plus haut degré. Celle dont nous parlons en fut atteinte à treize ans, époque où elle cessa de croître, et où sa colonne vertébrale se dévia de manière à offrir une convexité en arrière et une concavité dans le sens contraire. Les règles vinrent à seize ans. A la seconde époque menstruelle, elle prit des pédiluves froids qui supprimèrent l'écoulement pendant plusieurs mois. Elle eut recours, pour se guérir du rachitisme, aux bains, vésicatoires, sangsues, et tout fut inutile: la maladie ne cessa de faire des progrès. A dix-neuf ans, voyage au Mont-d'Or, suivi de la réapparition des règles. Sa santé fut assez bonne jusqu'à vingt-sept ans, âge où elle se maria en dépit de l'avis négatif du médecin attaché à la maison, M. Thibaud. Elle devint enceinte neuf mois après le mariage. Fièvre tierce pendant les trois premiers mois de la grossesse qui n'offrit d'ailleurs rien de particulier, sinon quelques écoulemens blancs. La fièvre fut coupée à l'aide du sulfate de quinine. Le travail de la parturition commença dans la matinée du 15 juin 1838, et continua le reste de la journée. Douleurs fréquentes, mais peu fortes. Elles augmentèrent de fréquence et d'intensité pendant la nuit suivante.

MM. Thibaud et Duboys convoqués auprès de la malade reconnurent au toucher que l'opération césarienne était indispensable. Appelé après ces messieurs, je constatai en effet que les deux tubérosités sciatiques étaient tellement rapprochées qu'il n'existait entre elles qu'un demi-pouce d'intervalle. On ne pouvait introduire l'index dans le vagin qu'avec beaucoup de peine jusqu'à la troisième phalange; à plus forte raison était-il impossible d'y faire passer aucun instrument dans le but de morceler l'enfant. Il aurait fallu le pulvériser pour le faire sortir par une voie aussi étroite. Nous avons peine à croire que l'introduction du pénis ait été complète. Les éminences sciatiques nous parurent plus rapprochées du pubis que ne le comporte l'état normal. Elles partageaient par leur rapprochement le détroit inférieur en deux détroits ou orifices secondaires, un en avant et l'autre en arrière, rétréci encore par la saillie du coccyx. Le grand bassin, le petit bassin et le détroit supérieur étaient aussi vraisemblablement viciés. Ventre en besace, retombant sur les cuisses; obliquité antérieure et droite de la matrice. L'auscultation nous apprit que l'enfant était vivant. Les douleurs continuaient sans beaucoup d'énergie. Impossible de constater l'état du col utérin inaccessible au toucher. Écoulement de quelques glaires sanguinolentes.

Dans la matinée du 16, il survint des envies d'uriner et d'aller à la garde-robe assez fréquentes, avec douleurs aux reins et à l'hypogastre. Facies bon, indiquant par la coloration la prédominance de l'élément sanguin. État moral excellent. Point d'autre complication que le rachitisme. Telle était la situation de la malade. Après une courte conférence, l'opération césarienne fut décidée. Elle fut faite le même jour à une heure de l'après-midi au domicile de la malade, en présence de MM. les confrères Thibaud, Thuiller, Thézilla, Landon, Duboys et de quelques sages-femmes.

Le rectum et la vessie ayant été vidés préalablement, M. Thuiller se chargea de maintenir l'utérus en place et de refouler en arrière les viscères abdominaux. La paroi abdominale était si mince que notre première incision, commencée à un pouce environ à gauche et au-dessus de l'ombilic, après avoir divisé la paroi abdominale entama légèrement le tissu utérin qui fournit sur le champ une grande abondance de sang, ce qui nous obligea de changer le plan de l'opération que nous voulions faire autant que possible suivant la méthode ordinaire. Ayant fendu l'utérus dans toute son épaisseur, nous arrivâmes sur le centre du placenta que nous vîmes saillir au milieu d'une véritable mare de sang. Aussitôt introduction de deux doigts de la main gauche entre le placenta et l'utérus; division simultanée de l'utérus et de la paroi abdominale dans une étendue de cinq pouces à peu près; décollement et renversement du placenta; perforation des membranes et extraction d'une fille de moyenne grosseur, bien vivace et située dans la première du sommet. Retour de la matrice sur elle-même et suspension de toute hémorrhagie. Après l'avoir débarrassée des membranes et des caillots de sang qu'elle pouvait contenir, nous introduisîmes l'index dans l'orifice utérin, afin de détruire le disque membraneux qui aurait pu en fermer l'ouverture. Une fois la liberté de passage assurée aux écoulemens, quatre points de suture enchevillée furent appliqués: deux à droite et deux à gauche. On ménagea à l'angle inférieur de la plaie un intervalle d'un pouce pour les écoulemens qui pourraient se faire par cette voie. Pansement avec linge troué, charpie, compresses, languettes à droite et à gauche de l'utérus pour prévenir son déplacement. Bandage de corps; diète; eau sucrée. Dans le but de faciliter les écoulemens qui devaient s'effectuer par le vagin, on eut soin de placer le siége de la malade au bas d'un plan incliné représenté par le lit, et dont sa tête occupait le sommet. Facies jaunâtre tel qu'on l'observe après les hémorrhagies. Pouls faible. Il s'épancha un peu de sang dans l'abdomen. Nous négligeâmes de l'extraire. Quelques minutes de sommeil de temps en temps.

Soirée. Léger écoulement sanguin par l'orifice inférieur de la plaie; ventre un peu sensible et météorisé. Légère moiteur aux bras et à la figure; quelques éructations précédées de malaise. On renouvelle l'appareil imbibé de sang. Douleurs sus-claviculaires; envies fréquentes d'uriner. On sonde deux fois la malade.

17. Matin. A minuit commença l'écoulement par le vagin d'un liquide très épais, très fétide et presqu'entièrement sanguin. Un peu de sommeil vers le matin. Diminution des douleurs sus-claviculaires. Ventre moins sensible, mais plus météorisé et laissant apercevoir les circonvolutions intestinales à travers sa paroi antérieure; utérus diminué de volume; transpiration générale. Une envie de vomir; langue humide; soif vive; respiration accélérée; pouls très fréquent, très petit, ressemblant à un frémissement artériel. (On remplace l'appareil par un large cataplasme; infusion émolliente; eau de poulet et de laitue, par cuillerées.)

Milieu du jour. Même écoulement. La malade a uriné deux fois toute seule.

A six heures du soir, une injection d'eau tiède faite avec précaution par le vagin occasionna sur le champ dans le flanc droit une douleur qui disparut après la sortie du liquide.

A dix heures du soir, pouls moins fréquent; ventre moins météorisé et moins sensible dans sa moitié supérieure. L'écoulement change de nature. Tout en conservant sa fétidité, il est mêlé de gouttelettes blanchâtres semblables à du pus. Même transpiration générale. Soif encore vive; urines faciles; facies bon; un peu d'appétit. Plaie en bon état. (*Ut supra.*)

18. Matin. Insomnie; un peu d'agitation nocturne; éructations fétides, au dire de la malade, suivies de pesanteur épigastrique et d'un vomissement composé de salive et de quelques cuillerées de tisane. Ventre moins météorisé et moins sensible. Il n'existe de douleurs qu'à l'hypogastre. Plaie en bon état, et ne livrant nullement passage aux écoulemens qui se font tous par le vagin. La matière qui les compose est marron, filante et moins fétide. Bouche pâteuse; langue humide, blanchâtre; soif vive; urines faciles; point de selles depuis l'opération; pouls à 135. Sueur glaciale et continuelle; facies toujours jaune; moral bon; gaîté. (Orge et chiendent; cataplasmes; diète.)

Soirée. 143 pulsations. Écoulement abondant et moins fétide; la tuméfaction du ventre a beaucoup diminué surtout dans la moitié supérieure. Éructations et mouvemens faciles; langue humide; point de selles; appétit. On fait téter la malade pour opérer une diversion. La téteuse obtient un peu de lait. Les seins sont très peu gonflés. (*Ut supra.*)

Malgré la fréquence et la petitesse du pouls, la position de la malade nous faisait concevoir des espérances qui ne tardèrent point à s'évanouir.

19. Vers dix heures de la veille au soir, froid, suivi d'augmentation de la fièvre et d'un peu de délire; nuit mauvaise.

Vers le matin, assoupissement éphémère et lipothymie. 135 pulsations. Dis-

parition de la sneur; flaccidité des seins; membres supérienrs froids et visqueux. Ecoulement de sang noirâtre et coagulé par l'angle inférieur de la plaie. Ecoulement sanieux et fétide par le vagin pendant la nuit. Même constipation; loquacité; bouche sèche; soif vive; coliques à l'hypogastre (bouillon de poule; quelques morceaux d'orange; cataplasmes). Une injection d'eau tiède poussée par le vagin ressortit par la plaie sans produire de douleurs. On pouvait circonscrire l'ntérus qui avait le volume de quatre mois et demi à cinq mois de grossesse, et qui n'était pas fort sensible.

Soirée. Odeur gangreneuse manifeste. Ecoulement fétide; avant-bras froids et humides. Facies jaune; quelques gaz par bas. Ceux qui s'échappaient par haut n'avaient plus de fétidité. Toujours quelques légères coliques à l'hypogastre. 140 pulsations.

20. Matinée. Point de délire.

Pendant la nuit, quelques courts instans de sommeil entre lesquels la malade est agitée. Soif vive, coliques utérines; 140 pulsations faibles, imperceptibles. Ventre affaissé et presque insensible à l'hypogastre. Angle inférieur de la plaie d'aspect blafard et fournissant quelques gouttelettes de pus sanieux et fétide. Odeur gangreneuse, moins prononcée; écoulement mucoso-purulent, d'odeur fade, obtenu à l'aide de la sonde introduite dans le vagin. Respiration facile et régulière; légère envie d'aller à la selle; quelque gaz par bas; urines faciles; transpiration froide au torse et aux membres supérienrs; seins flasques; moral bon. (*Ut supra*; lavement émollient.)

Milieu du jour. Retour du délire. Chuchottement continuel à voix basse; peu d'écoulement par le vagin. Il est laiteux et inodore; la malade se découvre et se remue continuellement.

A deux beures et demie, nous avons enlevé les points de suture pour examiner l'état des parties.

A cinq heures du soir, bredouillement continuel.

Le 21, cinquième jour de l'opération, à cinq beures et demie du matin, morte.

On ne voulut pas nous laisser faire l'onverture du cadavre.

La malade a évidemment succombé à une métro-péritonite, dont l'expulsion a eu lieu le troisième jour après l'opération, c'est-à-dire vers l'époque où doit se faire la montée du lait. On sait qu'elle n'a pas en lieu.

L'odeur de gangrène qui s'est manifestée en même temps nous donne à penser que cette maladie est entrée pour quelque chose dans les causes qui ont entraîné la mort de la malade.

L'opération césarienne a été pratiquée plusieurs fois avec succès dans notre département : deux fois par M. Thibaud et deux fois par M. Lemaistre d'Aixe sur la même femme. Elle succomba à la troisième opération.

Je termine cette revue pratique par l'énoncé d'un procédé chirurgical que je crois nouveau, et qui, pour n'avoir pas encore été employé sur le vivant, ne m'en paraît pas moins susceptible d'attirer l'attention des chirurgiens.

DÉSARTICULATION DE L'HUMÉRUS EN UN SEUL TEMPS.

Le couteau étant tenu à la hauteur de l'épaule malade, la pointe un peu plus élevée que le manche, le tranchant vis à vis l'acromion et au-dessous de cette apophyse, est dirigé horizontalement sous cette même apophyse jusqu'à l'apophyse coracoïde, dans le premier mouvement (horizontal), qui est favorisé par l'affaissement du bras, opéré par un des aides, le couteau marchant entre l'acromion et la tête humérale divise la peau, la portion acromiale du deltoïde, le muscle sus-épineux au niveau de son insertion, la capsule articulaire, le tendon de la longue portion du biceps, et quelquefois enlève une écaille assez épaisse du fibro-cartilage qui recouvre la tête de l'huméros.

Pendant le second mouvement, que nous appellerons vertical, lequel est lié au premier par un mouvement courbe ou de transition, l'instrument glissant entre le bec coracoïdien laissé intact, la cavité articulaire de l'omoplate et l'huméros, coupe successivement et à la faveur d'un mouvement d'abduction en masse, que le même aide imprime au bras, l'insertion des muscles sous-épineux, petit rond, grand rond, sous-scapulaire, grand pectoral et grand dorsal, les vaisseaux et nerfs circonflexes, quelques artères collatérales; puis, en achevant de tailler le lambeau, il divise le biceps, le brachial antérieur et le triceps, le coraco-brachial, le nerf radial, et, en dernier lieu, les nerfs et vaisseaux au bras. Le lambeau tel qu'il est taillé représente un ovale dont la grosse extrémité est en haut et la petite en bas. On découvre sur la surface l'apophyse acromion avec les débris de l'insertion du deltoïde; à gauche et en dehors la portion claviculaire de ce muscle; à droite la portion de ce même muscle qui s'insère à la lèvre inférieure de l'épine de l'omoplate; les extrémités des muscles sus-épineux, biceps, sous-épineux, sous-scapulaire, petit et grand rond; la cavité articulaire de l'omoplate entourée de tous ces muscles et surmontée du bout du tendon bicipital; le biceps lui-même, une portion du brachial antérieur, la majeure partie du coraco-brachial et du triceps, au milieu duquel on voit le nerf radial divisé; enfin, l'artère et les veines brachiales avec les faisceaux nerveux qui les accompagnent, se trouvent à l'extrémité inférieure du lambeau placé entre le biceps et le triceps.

Pansement. Avant de l'effectuer, on peut, dans le but d'éviter la difformité ou les accidens qu'entraînerait l'excès de saillie de l'acromion, retrancher sans inconvénient la majeure partie de cet apophyse, devenue inutile, en ayant soin néanmoins de respecter la portion où va s'insérer la clavicule. Cela étant fait, on retire l'extrémité du lambeau vers sa base, de manière que cette même extrémité corresponde au bec coracoïdien, ou à l'intervalle qui le sépare de l'acromion. Il résulte de ce mode de pansement une solution de continuité en forme de V renversé (Λ).

Les avantages de ce nouveau procédé sont les suivans :

1° L'on divise successivement toutes les puissances musculaires dont l'action pourrait gêner le manuel opératoire. Ainsi, par exemple, on divise la portion du deltoïde qui opère le rapprochement de l'humérus de l'acromion, justement au moment où le couteau a besoin que ces deux parties soient éloignées l'une de l'autre pour passer entre elles.

2° Les vaisseaux sont ouverts en dernier lieu, et peuvent être facilement comprimés dans l'épaisseur du lambeau. Dès-lors, point de chances d'hémorragie considérable ou d'absorption aérienne.

3° On peut régulariser le moignon par la section de l'acromion.

4° Le mode de pansement que je propose réduit de moitié sur-le-champ l'étendue de la plaie.

5° Enfin, un dernier avantage, n'est-ce point l'extrême rapidité avec laquelle l'opération peut être faite?

J'observerai que, n'ayant pas encore été mis en pratique sur le vivant, ce nouveau procédé peut offrir des inconvéniens que son étude théorique ne m'a pas encore pu faire découvrir.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 4 FÉVRIER.

MATIÈRE INCRUSTANTE DES BOIS.

M. Payen adresse une note sur ce sujet. Dans son travail sur la composition immédiate du ligneux, après avoir extrait le tissu pur, il avait conclu de plusieurs analyses comparées des données chimiques nouvelles sur la matière incrustante des bois, mais sans pouvoir isoler celle ci.

Un grand nombre d'essais sur les produits ligneux m'ont enfin permis, dit M. Payen, d'isoler cette substance à l'état de pureté : j'ai pu vérifier ainsi directement son influence sur la composition des différens bois et reconnaître qu'elle constitue bien le *duramen* ou la *sclérogène*.

La formule brute de la substance incrustante libre est représentée par $C^{35} H^{24} O^{10}$, tandis que la formule rationnelle de la *cellulose* est $C^{24} H^{20} O^{10}$, ou $C^{24} H^{18} O^{9} + H^{2} O$.

La première renferme sensiblement un centième d'hydrogène en excès; l'acide azotique en l'attaquant dégage des vapeurs rutilantes; l'acide sulfurique concentré et l'acide chlorhydrique la colorent fortement. Tous ces caractères la distinguent de la cellulose aussi bien que sa composition élémentaire.

Je me suis assuré, dit l'auteur qu'elle constitue les jolies concrétions observées dans les poires, et décrites par M. Turpin, comme celles que depuis j'ai extraites du liége, de l'écorce épaisse d'un chêne blanc et de plusieurs autres tissus.

Quoique sa dureté soit très grande, cette matière est assez friable pour se réduire en poudre sous le pilon, tandis que le tissu environnant se déchire; on comprend donc comment les bois broyés et tamisés peuvent donner parfois une poudre offrant la composition de leur substance incrustante.

Voici les résultats moyens des nouvelles analyses de M. Payen :

SUBSTANCES LIGNEUSES.	Carbone.	Hydrogène.	Oxigène.	Tissu.	Matière incrustante.	Combustible équivalent en charbon.
Matière incrustante	53,76	6	40,2	0	100	56,8
Bois de Ste-Lucie	52,9	6,07	41,03	10 +	90	55,35
Bois d'ébène	52,85	6	41,15	11 +	89	53,75
Ligneux de noix	51,92	5,96	42,12	18 +	82	53,92
Bois de chêne	50	6,2	43,8	39 +	61	52,3
Le même, suivant MM. Thénard et Gay-Lussac	51,43	5,82	42,73			52,92
Hêtre	49,25	6,1	44,05	48 +	52	51,43
Cellulose	44,9	6,1	49	100	0	44,9

On remarquera, dit M. Payen, que dans l'analyse des bois, MM. Thénard et Gay-Lussac y ont trouvé un excès d'hydrogène. On u'en avait pas tenu compte généralement, sans doute parce qu'il semblait bien faible, mais il faut reconnaître aujourd'hui que l'exactitude de ce résultat avait une importance réelle.

SUR LES POLYPES D'EAU DOUCE.

M. P. Gervais adresse les résultats de nouvelles recherches qu'il a faites sur ces animaux, et qui se rapportent non-seulement à la diversité de leurs espèces, mais aussi à leur organisation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 5 FÉVRIER.

La correspondance imprimée comprend :

1° Deux gros cahiers de planches, envoyés de la Russie, comprenant l'exposition anatomique des hernies et la ligature des artères. Cet ouvrage est écrit en latin et en russe.

2° Un ouvrage en italien sur les ruptures du cœur, par M. Finella.

La correspondance manuscrite offre plusieurs rapports de médecins des épidémies et des eaux minérales, et une lettre de M. le professeur Andral, qui demande à présenter des pièces pathologiques d'un individu mort, dans ses salles de la Charité, avec tous les symptômes de la morve aiguë.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

A l'occasion du procès-verbal, M. Orfila prend la parole pour dire que la partie véritablement neuve et qui lui est propre dans le travail qu'il a lu dans la séance précédente, c'est le moyen de trouver les moindres atômes d'arsenic à l'aide de l'appareil de Marsh, perfectionné par M. Chevallier et par lui.

M. LONDE : Je demanderai à M. Orfila si la minime quantité d'arsenic qu'il prétend retrouver par l'ébullition prolongée du cadavre dans de vastes chaudières de fonte ne pourrait point provenir de ces chaudières elles-mêmes. La fonte du commerce contient une certaine quantité d'arsenic : est-il impossible que pendant l'opération indiquée il ne s'en détache quelques particules extrêmement ténues, mais suffisantes pour représenter la quantité retrouvée (un grain et demi) : une douzaine d'auteurs ont proposé des procédés particuliers pour reconnaitre dans les cas d'empoisonnement les plus minimes quantités d'arsenic; chaque auteur n'a pas manqué de donner son procédé comme infaillible; aujourd'hui cependant tous ces procédés sont déclarés défectueux. A l'époque où je suivais les cours de chimie, on professait qu'exposé sur les charbons ardens l'acide arsénieux se volatilise en répandant une odeur alliacée, et M. Orfila lui-même donnait pour PROPRIÉTÉ ESSENTIELLE le même effet (l'odeur alliacée) *lorsqu'on projette l'acide arsénieux sur une plaque de fer préalablement chauffée au rouge;* aujourd'hui cependant M. Devergie écrit que dans ce dernier cas il n'y a pas production d'odeur alliacée, et M. Orfila est revenu de cette erreur. C'est à Berzelius qu'on doit de l'avoir signalée. Cette odeur alliacée (Messieurs, ce ne sont pas des objections que j'adresse à M. Orfila, ce sont de simples reflexions que je lui soumets), cette odeur alliacée produite par la production de l'acide arsénieux sur le charbon était regardée avant 1819 comme une propriété essentielle propre à déceler la présence de l'arsenic; hé bien ! aujourd'hui elle n'est avec raison regardée, et par M. Orfila lui-même, que comme un indice propre à faire soupçonner la présence du poison; car on sait que quelques corps, le phosphore, par exemple, et quelques résidus alimentaires peuvent exhaler la même odeur par la combustion; cependant si l'on eût prononcé d'après ce prétendu caractère essentiel qu'en serait-il résulté ? Messieurs, il s'agit de la vie et de l'honneur des hommes, et ces questions ne doivent pas être lestement tranchées.

M. ORFILA : J'ai prévu l'objection et j'en ai parlé à l'Académie : 1° la fonte et le cuivre peuvent contenir de l'arsenic et en céder à la décoction aqueuse; 2° Un *decoctum* arsénical qui a été préparé dans des vases de cette nature peut fournir de l'arsenic à la fonte et au cuivre et l'enlever, par conséquent, au bouillon. Il résulte de mes expériences qu'aucun de ces deux effets ne se produit. J'ai fait mieux : j'ai fait bouillir avec le décoctum aqueux d'un cadavre des alliages de cuivre et d'arsenic, contenant de fortes proportions de ce dernier métal, et le bouillon n'a jamais renfermé la plus petite trace de préparation arsénicale.

Quant à la découverte faite par M. Devergie, et qui consiste à établir que l'odeur alliacée appartient à l'arsenic et non à l'acide arsénieux, ce n'est pas à ce médecin qu'elle est due. M. Devergie ne doit être cité à cette occasion que pour montrer l'erreur dans laquelle il est tombé lorsqu'il a annoncé que c'était un élève en médecine qui a signalé ce fait. Cet élève, messieurs, était tout simplement *Berzélius*.

M. PELLETIER : Ce qu'il y a de plus important dans le travail de M. Orfila, c'est moins ce qui est relatif à l'appareil de Marsh que le procédé de découvrir les moindres particules d'arsenic passées dans l'organisme; c'est là ce que je regarde comme une découverte extrêmement importante.

ÉPIDÉMIE DE TOULON.

M. LONDE : Les journaux ont annoncé qu'une épidémie de fièvre typhoïde très meurtrière s'est déclarée à Toulon. Il serait peut-être convenable que l'Académie demandât aux correspondans qu'elle a dans cette ville quelques renseignemens sur la nature de l'épidémie, qu'elle les engageât à bien constater chez les individus qui ont succombé à l'affection régnante le développement des follicules de Peyer et l'éruption pétéchiale.

EAUX MINÉRALES.

M. PATISSIER fait, au nom de la commission des eaux minérales, un rapport officiel sur les travaux que l'Académie a reçus des médecins inspecteurs durant l'exercice de 1837. La commission déclare à M. le ministre que les mémoires qui lui sont parvenus, n'étant que fort peu détaillés ne lui offrent rien de bien important à signaler; elle émet par conséquent le vœu qu'à l'avenir les rapports des médecins inspecteurs soient rédigés d'après le plan qu'elle vient de tracer. Néanmoins la commission a saisi l'occasion de quelques faits consignés dans quelques-uns des travaux en question pour se livrer à des considérations générales sur la valeur de différentes sources d'eaux minérales dans le traitement de certaines maladies chroniques. Partant de cette donnée que les eaux minérales exercent toujours une action excitante sur l'économie (1), mais à des degrés différens, la commission a examiné les différentes affections de la tête, de la poitrine, de l'abdomen, des systèmes génito-urinaire, cutané, osseux, nerveux, etc., dans lesquelles elles peuvent être utiles ou nuisibles. La commission a terminé son rapport en demandant à M. le ministre que de nouvelles analyses soient faites sur les lieux, aux frais de l'état, des sources nombreuses dont on ne connait pas suffisamment la composition.

M. LONDE : Messieurs, il ressort du rapport de la commission que les eaux minérales de Vichy ont une action manifeste sur les calculs urinaires; je fais la proposition qu'il soit adjoint à la nouvelle commission des eaux minérales un chirurgien s'occupant spécialement des maladies des voies urinaires, M. Amussat, par exemple, afin qu'il puisse positivement faire savoir à la commission si les malades soumis aux eaux de Vichy éprouvent une diminution réelle dans le volume des calculs qu'ils portent.

: Je viens d'entendre dire que les eaux de Vichy augmentent toujours les douleurs de vessie; messieurs, c'est là une erreur; je puis certifier que des malades m'ont affirmé avoir été complètement délivrés de leurs douleurs vésicales par l'usage des eaux de Vichy; et cette amélioration manifeste a sans doute fait croire à plusieurs qu'ils étaient tout à fait délivrés de leurs calculs.

M. Ségalas combat quelques-unes des assertions du préopinant. Il est de fait, dit-il, que l'usage des eaux minérales, soit de Vichy, soit de Contrexeville, ou de toute autre source, augmentent très souvent les douleurs vésicales; quelquefois cependant le contraire a lieu.

Ce dernier résultat dépend de la présence d'une quantité de liquide dans la vessie, toujours suffisante pour isoler la pierre des parois de l'organe. Mais il y a loin de là à la diminution du volume de la pierre. Je pourrais citer une foule d'exemples de ma pratique, qui prouvent que dans aucun cas la pierre n'a diminué de volume sous l'influence des eaux de Vichy, ou de toute autre localité. Quant à la mensuration préalable du corps étranger sur laquelle M. Londe vient de faire une proposition, je dois dire que dans l'état actuel de la science la chose n'est pas faisable d'une manière rigoureuse; car, par cela même que la forme des calculs est irrégulière, les diamètres que nous fournit le lithomètre sont eux-mêmes fort variables à chaque essai. Cette épreuve, par conséquent, ne saurait être concluante.

Le rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés.

MORVE CHEZ L'HOMME.

M. le professeur Andral communique le fait suivant :

OBS. — Un cocher, adonné à l'ivrognerie, couchait habituellement dans une petite écurie où étaient ordinairement deux ou plusieurs chevaux malades, qu'il était chargé de soigner. Deux des derniers chevaux auprès desquels il couchait étaient atteints de la morve, et ils ont été depuis peu abattus à Montfaucon. Un autre palefrenier, qui couchait dans la même écurie, est mort presque subitement, mais on ne sait pas de quelle maladie; et il est remarquable que c'est immédiatement après la mort de celui-ci que le cocher en question est tombé malade, le 11 janvier. Les premiers symptômes qu'il a offerts sont ceux de la plupart des maladies aiguës; lassitude générale, douleurs articulaires, tristesse, céphalalgie, courbature; c'est ce que j'appellerai la première période ou l'invasion de la maladie. A cette période en a succédé une seconde dont les phénomènes ont consisté dans une augmentation des précédens; plus une éruption particulière que je vais décrire; c'est à cette époque que le malade a été reçu à l'hôpital.

Au premier aspect, nous croyions avoir affaire à un homme atteint d'érysipèle pustuleux; il offrait le visage et le front boursoufflés, rouges et couverts de boutons. Un examen attentif cependant nous a fait voir que des pustules pareilles de couleur livide existaient sur les membres, dans la cavité buccale et dans les fosses nasales; cinq ou six abcès coexistaient avec l'éruption aux membres, soit supérieurs, soit inférieurs. Rien ne coulait par les narines; mais nous nous sommes bientôt convaincus que de la matière puriforme sanguinolente tombait de ces cavités dans la gorge par suite de la position couchée du malade. L'observation de ces conditions, jointe aux renseignemens précédens, nous ont dévoilé la nature de la maladie, et nous n'avons pas hésité un instant à reconnaitre les symptômes de la morve. Le malade éprouvait déjà de la dyspnée et un léger *coma* en entrant : ces symptômes sont devenus de plus en plus intenses et il n'a pas tardé à succomber.

A l'autopsie, nous avons trouvé les lésions suivantes qui offrent une ressemblance frappante avec celles des cinq autres cas de morve qu'on a rencontrés à Paris depuis deux ans. Les pièces pathologiques que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie peuvent d'ailleurs vous en convaincre.

La surface du corps offre des ulcérations gangréneuses multiples sur tous les endroits occupés par les pustules. Des abcès existent en même temps, et des fusées purulentes énormes dans les muscles des membres et jusqu'aux os. La muqueuse intestinale présente des ecchymoses et des pétéchies nombreuses. Pneumonie lobulaire comme dans les cas précédens. Il y avait en outre un abcès de mauvaise nature, presque gangréneux, au sommet du poumon. La cavité nasale présente des altérations profondes; la muqueuse est ulcérée, gangrénée, infiltrée de matière purulente; les cornets sont dénudés sur plusieurs endroits. La bouche est également affectée; la muqueuse palatine surtout est complètement gangrénée. Le voile du palais est aussi gangréné, infiltré, et pré-

(1) Cette opinion n'est pas admise par tous les praticiens. N. DU RÉD.

sente neuf lignes d'épaisseur. Ces altérations se prolongent dans le larynx et dans le pharynx.

Nous avons prié M. Leblanc d'inoculer un peu de la matière des abcès, des pustules et des fosses nasales à quelque solipède bien portant : cela a été fait il y a trois jours sur une ânesse, et déjà aujourd'hui l'animal présente l'écoulement nasal propre à la morve aiguë.

M. Barthélemy élève quelques doute sur la véritable nature de la maladie du sujet précédent; il y reconnaît cependant une grande analogie avec la morve aiguë des solipèdes.

MM. Rayer, Rochoux, Bouillaud et Andral font voir l'impossibilité de se refuser à admettre désormais l'existence chez l'homme d'une maladie semblable à la morve aiguë des chevaux, communiquée par ces derniers.

Séance levée à cinq heures et demie.

BIBLIOGRAPHIE.

DE LA MÉTHODE A SUIVRE POUR ARRIVER A LA CONNAISSANCE ET AU PERFECTIONNEMENT DE LA CHIRURGIE; discours prononcé, le 30 décembre 1837, par M. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Un coup-d'œil historique sur la médecine nous la montre subordonnée, dans ses développemens, au mouvement philosophique de l'humanité. A quelque phase qu'on la considère, elle apparaît, marchant à l'ombre d'une doctrine, et modifiant dans un autre langage l'idée souveraine qui pousse autour d'elle les esprits. Soit qu'elle s'élance dans les hauteurs de la spéculation pour en redescendre munie d'une formule synthétique, soit qu'elle s'enfonce dans les recherches de détail, elle fonctionne sous l'empire de cette loi de relation qui gouverne les inspirations du génie comme le travail subalterne de la plèbe savante. Chaque école qui surgit et qui se drape avec orgueil dans l'originalité de ses conceptions obéit sans le vouloir à une tendance qu'elle n'a point créée, et glisse à son insu sur la pente du siècle qu'elle prétend régenter. Chaque génération médicale qui passe agit et roule dans son cours un lambeau de la pensée philosophique qui flotte comme une victorieuse enseigne sur le front du siècle. C'est qu'il en est des sciences comme des êtres vivans; elles subissent la loi du milieu dans lequel elles se développent. En même temps qu'elles se replient sur un ordre spécial de faits, elles projettent autour d'elles de vivantes ramifications, et répètent dans l'élaboration de leurs produits le type général de l'époque. Ce qu'il y a de plus général dans chaque période de l'humanité, c'est la conception philosophique qui lui sert, pour ainsi dire, d'encadrement; les sciences ne sont, dans leur diversité, que des réalisations spéciales de cette conception; plus ou moins complètes, plus ou moins étendues, elles représentent et traduisent, chacune dans sa limite d'observation, et sous une forme distincte, le génie des âges successifs de l'humanité, de telle sorte qu'il n'est pas plus difficile de remonter de l'état des sciences chez un peuple à ses croyances et à ses tendances philosophiques, que d'évaluer d'après l'aspect du sol les progrès de son industrie. Ce rapport constant entre le travail intellectuel d'une génération et la direction morale qu'elle suit est un nouveau témoignage de l'unité de notre organisation; elle reproduit, dans un ordre de faits plus élevé, la merveille de cette vivante solidarité, de ce *consensus* mystérieux que le physiologiste admire en examinant les actes de l'économie.

Des noms propres aideraient à faire ressortir la dépendance où la philosophie retient la médecine, car les noms propres résument les phases de la science, comme en politique ils résument les partis. Pour ne pas nous éloigner des modernes, les travaux de l'Académie royale de chirurgie, qui ont si vivement éclairé les sommités ardues de la théorie et de la pratique, ne relèvent-ils pas de cette école encyclopédique, assise sur le génie de Voltaire, de d'Alembert et de Diderot, et dont le scepticisme impitoyable forçait les esprits à se cramponner aux méthodes sévères de l'expérience et de l'observation? Si le spiritualisme prolonge son influence à Montpellier et nous fait souvenir de Malebranche dans Barthez, s'il jette une dernière lueur à Paris dans la nomenclature mitigée de Pinel, voici venir Bichat avec ses procédés d'exacte analyse. Locke et Condillac vont réfléchir sur la science satellite de la philosophie toutes les clartés de leur système. Les travaux de Broussais continuent cette ère didactique; ce que la sensation est à la métaphysique de Condillac, l'irritation le devient à la médecine, telle que la fait l'école du Val-de-Grâce; ici la sensation réfléchie explique tous les phénomènes intellectuels : là l'irritation modifiée suivant les tissus devient la clef de la pathologie. Cependant des doctrines nées au-delà du détroit commencent à s'irradier en France. L'empire avait vécu d'une vie factice entre le christianisme officiel et la tradition voltairienne, distrait d'ailleurs de la spéculation par le fracas des événemens, et plus attentif au canon des batailles qu'aux phénomènes délicats de l'intuition. La restauration vint, qui rendit le calme aux esprits; Royer-Collard parla, et la philosophie reparut sur la scène du jour; Cousin, entouré d'une pléiade d'intelligences méditatives, fouilla l'Allemagne; Jouffroy commenta l'école écossaise. De ces efforts et de beaucoup d'autres naquit l'ecclectisme : sa valeur, ses services, nous n'avons pas à les discuter; produit d'une paternité multiple, a-t-il une virtualité plastique, un souffle d'avenir, ou n'a-t-il à remplir qu'une mission transitoire, ces questions ne nous importent point. Nous déclarons sa naissance, son apparition. Laissez s'écouler quelques années, laissez mûrir les germes qu'il a déposés dans les esprits, et bientôt quelque chose se remuera dans la médecine; une transformation s'annoncera par des signes manifestes, par des locutions novatrices, par l'énonciation dogmatique de faits nouveaux ou jusqu'alors mal appréciés. Comment méconnaître, dans le mouvement qui se communique à la médecine contemporaine, l'influence directe de l'ecclectisme, influence mixte, négative, conciliatrice, comme on voudra la qualifier, mais réelle, mais incontestable? L'ecclectisme coule sur les pages des livres les plus feuilletés; il remplit les meilleures chaires de l'école de Paris. La pratique avait devancé, dans cette voie, l'enseignement; elle usait des ressources empruntées à tous les systèmes et les associait avec habileté, long-temps avant que l'enseignement songeât à en extraire les parcelles de vérité qu'ils recèlent, et reçût dans sa chaire, comme en un lieu d'asile, et sons les auspices d'une libérale hospitalité, les faits disparates, les résultats contraires, les noms adverses. Au vitalisme, certaines affections de siége inexploré (*incerta sedis*), et qu'on serait presque fâché d'avoir à localiser par l'avancement de la science; à l'organicisme, toutes les fièvres ramenées à la lésion des follicules agminés, l'humorisme, réhabilité par les progrès de la chimie, a repris droit de domicile parmi nous, et dilate de jour en jour la sphère de ses recherches. On ne dispute plus sur les services rendus par la doctrine physiologique. Il n'est pas jusqu'au microscope qui ne soit devenu une puissance entre les mains d'une savante industrie, et comme si l'organisme nous avait livré le dernier mot de ses merveilles considérées en bloc, on s'est avisé de l'étudier molécule à molécule, et de susciter à nos faibles yeux le vertige des découvertes fabuleusement exiguës. C'est ainsi que l'ecclectisme convoque autour de la médecine toutes les méthodes d'investigation, tous les systèmes, toutes les conceptions. C'est ainsi que la philosophie aboutit à la médecine et l'entraîne dans ses vicissitudes.

Les réflexions qui précèdent ne sont que le commentaire de la première proposition de l'opuscule auquel cet article est consacré: « Toutes les sciences ont une méthode commune, chacune d'elles a sa méthode spéciale. » La méthode qui leur est commune, qui établit entre elles un lien de coordination, émane du progrès philosophique et réagit sur lui. Elle est aux sciences ce que la grammaire générale est aux idiômes divers : c'est elle qui les rend solidaires de leurs erreurs et de leurs découvertes; l'idée des forces, transportée de la physique dans la physiologie, fournit à Bichat celle des propriétés vitales. La chimie, isolant les élémens constitutifs des corps composés, lui apprend à analyser les systèmes générateurs des organes, et le conduit à créer de toutes pièces l'anatomie générale. M. Bonnet ne s'arrête point à la méthode générale des sciences; il l'énonce à côté de la méthode propre à la chirurgie, et passe immédiatement aux considérations que celle-ci lui suggère : « La chirurgie étant à la fois une science et un art; une science, celle des maladies externes; un art, l'art de traiter ces maladies; si l'on se demande quelle est la méthode spéciale à suivre dans son étude, on est conduit à rechercher, au point de vue de la science, quelle est cette méthode dans l'observation des maladies, dans l'analyse des faits que ces maladies présentent, dans la généralisation de ces faits observés et analysés: au point de vue de l'art, par quelle méthode on parvient à connaître le but que celui-ci doit se proposer, ou, pour mieux dire, les indications auxquelles il doit satisfaire; les moyens de remplir ces indications, les principes qui doivent guider dans l'application de ces moyens. »

Comme science, la chirurgie étudie les faits et met en œuvre, pour fonder ses dogmes, les moyens explorateurs qui suivent : 1° l'observation clinique; 2° la dissection des parties malades; 3° les expériences sur le cadavre; 4° les expériences sur les animaux vivans; 5° l'analyse chimique; 6° les instrumens que la physique met en notre pouvoir. La valeur de ces différens procédés d'investigation est brièvement discutée par M. Bonnet; mais les faits recueillis par ces moyens demandent à être démêlés et appréciés : c'est la tâche de l'analyse; celle-ci portera successivement sur les tissus, sur les fonctions, sur les divers états morbides. L'analyse des tissus détermine le nombre et la nature des élémens organiques qui sont compris dans la même altération; celle des fonctions met au jour les changemens survenus dans les actes de circulation, d'innervation, de nutrition, etc., d'un tissu donné. Après l'analyse, la synthèse; le fait pathologique une

fois décomposé dans ses conditions élémentaires, il s'agit de généraliser, de faire jaillir de cette besogne de détail, des lois pour la pathogénie et la thérapeutique; mais ces résultats de l'induction sont encore peu nombreux; l'auteur mentionne la loi de l'arrêt de développement que M. Geoffroy Saint-Hilaire a fait entrer de l'anatomie dans la pathologie; il reproduit aussi dans ces notes, comme essais de synthèse, deux mémoires déjà connus, l'un sur les produits de sécrétion organisables et non organisables, l'autre sur les phénomènes de réaction qui sont la suite d'une lésion locale. Il insiste sur les avantages promis à la science par des conceptions analogues où se fondraient les observations de détail et qui élèveraient les esprits de la simple notion des différences à celle des rapports et des lois.

La connaissance d'un art quelconque est une notion complexe; elle se rapporte à son but, à ses moyens et à ses principes de critique. Or, le but de la chirurgie, considérée comme art, ce sont les indications à remplir; ses moyens, les procédés opératoires; ses principes de critique, l'expérience aidée de l'analyse. La recherche de la méthode la plus favorable à la connaissance et au perfectionnement de l'art chirurgical se réduit donc à connaître, à perfectionner les indications et les procédés opératoires; l'auteur ajoute, à interpréter les résultats pratiques; mais ceci relève de la science, non de l'art : « Les indications se déduisent de la marche que suivent les maladies dans leur propagation d'un organe à un autre, des causes qui les aggravent ou les maintiennent stationnaires, des phénomènes qu'elles présentent dans leur tendance à la guérison; les procédés, toujours réglés par l'anatomie dans leurs applications, se déduisent de l'analogie, de la physiologie pathologique, des connaissances physiques et chimiques; les jugemens, de l'examen raisonné des moyens thérapeutiques et des résultats cliniques qui suivront leur emploi, comparés à la marche des maladies abandonnées à elles-mêmes. »

Telle est la substance du discours de M. Bonnet. Nous renvoyons à l'opuscule pour les faits dont il sustente ses propositions.

Toutes les voies d'investigation sont recommandées par l'auteur; mais ne pourrait-on lui reprocher de fermer la carrière à l'anatomie pathologique, en disant d'elle (page 4) : « Ce qu'elle a refusé, il est inutile de l'attendre d'elle. » Sans doute, la composition des liquides, les altérations de texture qui, par leur ténuité, échappent à nos sens, la nature et la production des diathèses sont des problèmes dont la solution n'est pas au bout du scalpel; est-ce à dire que l'examen cadavérique n'ait plus rien à nous révéler? — D'autre part, l'auteur s'exagère peut-être les secours que promet à la science la microscopie; condamnée à s'exercer sur des produits qui ne font plus partie de l'organisme et dont la constitution se modifie instantanément sous l'influence des agens extérieurs, réduite à flotter dans les subtiles analogies de forme et de composition intime, la microscopie (qu'on nous pardonne le néologisme) a de plus l'inconvénient de reposer sur le difficile emploi de moyens explorateurs qui n'excluent pas certaines illusions et qui rendent le contrôle presque aussi suspect que la découverte.

Que dirons-nous des tendances généralisatrices de l'auteur? Il est impatient de la simple observation de détail, il recommande la synthèse, il se complait dans ses propres tentatives de généralisation qu'il a soin d'enregistrer; il est las de voir la science se traîner de phénomène en phénomène, et veut qu'elle s'élance enfin à la conquête de ses lois. De là, n'allons pas conclure que l'auteur aspire à fonder un système; ce qu'il poursuit, ce n'est pas une théorie, une doctrine nouvelle, à quoi bon? mais des conceptions partielles, des groupes de faits reliés entre eux par une philosophique interprétation; il voudrait, en un mot, voir la science dotée d'une série de formules. Avec lui, nous critiquerions peut-être les allures de beaucoup d'observateurs esclaves du détail; nous blâmons le culte des minuties; on fait certainement trop de littérature descriptive en médecine, et pas assez de saine philosophie; mais il ne faut pas se dissimuler les dangers de la généralisation dans une science formée de faits complexes, hétérogènes; les uns relevant des lois physiques, les autres inhérens à l'organisation. Notre science est encombrée de matériaux de faux aloi, d'exagérations, d'observations incomplètes; en opérant par la synthèse sur de pareilles données, nous risquons de généraliser l'erreur; et si les faits, d'ailleurs avérés, se balancent et s'annulent réciproquement, comment généraliser le doute? Jusqu'à nouvel ordre, ce sera sagesse que de nous borner à la vérification des faits; il n'y a pas si longtemps qu'on applique à l'examen des états morbides tous les moyens d'analyse capables d'en percer le mystère; et combien de praticiens, je vous prie, qui procèdent avec cette libéralité d'esprit et cette ampleur de vues qui rendent la vérité accessible par tous ses côtés?

Les notes que M. Bonnet a jointes à son discours sont aussi intéressantes que l'opuscule qui y a donné lieu. Elles se fondent dans l'argumentation même de ce morceau semi-oratoire; elles n'ont dû en être élaguées que pour ne pas ralentir le mouvement de la démonstration; les détails qu'elles renferment se groupent autour des propositions avancées par l'auteur et les détachent dans une vive lumière. M. Bonnet est, avant tout, logicien sévère : il n'aventure aucune idée; il ne glisse pas des assertions d'équivoque aloi sous la protection et l'artifice des mots; les principes qu'il émet dans son discours, il les reprend en sous-œuvre dans les notes, les soumet à la décomposition logique et les poursuit dans leurs applications. Sa méthode est la réunion de toutes les méthodes qui peuvent éclaircir, par une ou plusieurs faces, les problèmes complexes de notre science. Son procédé de généralisation consiste à réduire à une valeur partielle les généralisations anticipées de ses devanciers, à faire comme un dépouillement des notions acceptées, des recherches entreprises sur un point médical, non pour en mutiler ou pour en adultérer le résultat, mais pour l'ajouter intact et respecté au faisceau d'argumens dont il sustente les synthèses. Ce travail exige à la fois un grand fonds d'instruction historique, une suite d'expériences et d'observations spéciales sur chaque point en litige, une puissance d'induction peu commune. Avec ces trois élémens, qui en supposent un autre, et le plus efficace, à savoir, le temps, il est permis d'espérer de voir la science dotée de généralisations partielles, de formules qui n'auront jamais ni l'étendue ni la rigueur des formules mathématiques, mais qui étreindront, dans un petit cadre, une somme de faits homologues et légitimement interprétés. Deux essais de synthèse, imprimés dans les notes, méritent de fixer l'attention. L'un est intitulé : *De l'influence que les lésions locales exercent sur le reste de l'organisme*. L'auteur résume toutes les observations qu'il connaît sur cette influence par la formule suivante : « Les modifications qu'éprouvent les organes influencés par des lésions locales sont la répétition, quoiqu'à un moindre degré, des modifications qu'ont subies les organes primitivement affectés. » Après avoir énoncé cette loi, l'auteur la vérifie en l'appliquant à l'étude des réactions produites par des inflammations aiguës. La réaction qu'une phlegmasie locale crée dans les organes qui ne sont pas affectés primitivement ne peut se traduire que par les fonctions communes à ceux-ci et à la partie où siége la lésion première. Ces fonctions sont la circulation, l'inervation, les sécrétions, l'absorption, et, si le produit sécrété s'organise, la nutrition. M. Bonnet relate brièvement, d'après l'état actuel de nos connaissances pathologiques, les changemens que subissent ces fonctions dans l'organe enflammé; interrogeant ensuite les principaux appareils de l'économie qui réagissent à cette lésion locale, il les montre reproduisant, dans une nuance variable, tous les phénomènes fonctionnels qui se sont succédé dans la partie primitivement affectée; on dirait un cercle qui naît d'un point isolé de l'organisme, et qui va s'élargissant jusqu'à comprendre l'ensemble des fonctions; c'est ainsi que la solidarité des fonctions multiples de l'économie domine, non seulement la physiologie, mais encore l'étude pathologique de l'homme. L'auteur insiste sur les caractères que présente la sécrétion dans l'organe enflammé, caractères qui s'étendent bientôt à toutes les autres sécrétions sous l'influence de la réaction isopathique. Les sécrétions normales, d'abord ralenties ou suspendues, ne tardent point à faire place à des sécrétions anormales dont les élémens se trouvent dans le sang : au plus faible degré de l'inflammation, c'est la sérosité seule qui est sécrétée; à un degré plus élevé, la sérosité et la fibrine, qui, dans certaines conditions exposées par l'auteur, forment la matière des produits morbides organisables. Dans un stade plus élevé encore, les mêmes élémens sont séparés du sang, mais avec une proportion plus grande d'eau et de matière grasse, et des conditions physiques qui s'opposent à l'organisation. Les travaux faits dans ces derniers temps sur la chimie pathologique des liquides organiques, les analyses du suc gastrique, de l'urine, des sueurs, etc., par Eberlé, Anselmino, Gaertener, Berzelius, etc., et qui sont consignés dans la compilation de Burdach, viennent à l'appui des idées de M. Bonnet. L'observation des phénomènes qui se développent sous l'influence des inflammations chroniques, des gangrènes avec résorption des principes putrides, la facilité avec laquelle se reproduisent des inflammations pulmonaires, cérébrales, etc., chez les malades atteints d'une inflammation qui retentit avec force sur l'organisme, d'un vaste phlegmon, par exemple, l'identité des scènes morbides, qui succèdent sur plusieurs points de l'organisme aux résorptions purulentes, voilà autant de preuves qui militent en faveur de la formule que M. Bonnet a mise en tête de cet essai, et qui justifient ce qu'il appelle la loi des homologues pathologiques, non moins réelle, non moins légitime que celle dont les travaux de M. Duméril ont doté l'anatomie. Disons le, néanmoins, M. Bonnet a choisi, pour l'application de sa formule, le terrain le mieux exploré de la pathologie; il nous a placés en face de ces affections franches, aiguës, rapides, dont l'évolution est régulière et s'accompagne d'une sorte de fracas; il nous semble, d'ailleurs, avoir étudié d'une manière trop abstraite les faits pathologiques compris sous le terme de réaction générale; ces réactions ne se développent pas au lit du malade comme sur le papier; elles se combinent chez l'homme vivant

avec une foule d'élémens qui les modifient. Sans invoquer toutes les causes subjectives (constitution, sexe, etc.) qui brisent ou dénaturent les effets de la réaction, nous demanderons ce que devient celle-ci, quand deux états morbides essentiellement différens co-existent chez le même individu? L'expression symptomatique générale sera-t-elle alors la résultante de deux réactions divergentes! Comment proclamer la constante homogénéité des phénomènes locaux et des phénomènes sympathiques, au lit de ce vieillard qui, atteint d'une inflammation aiguë du poumon, tombe, dès le début de sa maladie, dans un état de prostration et d'adynamie? Et que répondra M. Bonnet à ceux qui, au lieu d'accepter la lésion locale comme le point de départ de la réaction générale, l'inflammation limitée comme la cause et la raison de la fièvre inflammatoire, vous montrent la fièvre précédant presque toujours d'un ou de plusieurs jours l'apparition de symptômes locaux, constatent la fièvre inflammatoire avant l'inflammation, invoquent, soit une diathèse phlegmasique, soit une modification primitive des fluides, renversent en un mot les termes de la proposition? Et, en verité, par les faits qui se révèlent tous les jours, et la direction actuelle des études médicales, on a bonne chance à s'appuyer sur l'idée des états morbides généraux, créateurs des lésions locales, et ce ne sera pas le moindre prodige de ce siècle, que cette marche savamment rétrograde des esprits vers les théories anciennes, que ce long circuit tracé par l'esprit humain, pour revenir, en passant par une série de transformations systématiques et de tentatives expérimentales, à ce petit noyau d'idées traditionnelles qui semblent composer, en médecine comme en mainte autre chose, la seule fortune réelle de l'humanité.

Dans un autre mémoire, M. Bonnet aborde l'étude des lésions qui sont constituées par les produits des sécrétions morbides; il divise ceux-ci en deux classes, selon qu'ils s'organisent ou ne s'organisent point. Ce travail où sont venus se fondre les résultats de longues et consciencieuses recherches déjà publiées en partie (séances de l'Institut, GAZ. MÉD., sept. 1837), contient tout un système d'anatomie pathologique, fondé sur l'analyse chimique. M. Bonnet, en étudiant les produits des sécrétions morbides, s'est surtout préoccupé du point de vue qui a paru le plus insignifiant à la plupart des anatomo-pathologistes. « Chercherons-nous, dit M. Andral (PRÉCIS D'ANAT. PATH. t. 1, p. 362), à dénommer les productions morbides d'après leurs caractères chimiques? Nous ne le pourrons pas, car les produits les plus dissemblables sous beaucoup de rapports présentent à l'analyse des principes identiques, soit de l'albumine, soit de la fibrine, soit d'autres matières animales, qui ne se rapportent d'une manière bien tranchée à aucun des principes immédiats bien connus. » M. Lobstein partage toutes les productions pathologiques en deux grandes sections, les unes homœoplastiques, ou dont la structure est semblable à celle d'un élément de la trame organique, les autres hétéroplastiques, ou n'ayant point leur analogue dans l'économie vivante. Il rapporte, plutôt pour mémoire que comme base d'une étude différentielle, quelques analyses chimiques émanées de divers laboratoires. Or, c'est précisément la considération des caractères chimiques des différens tissus et liquides anormaux, si négligée par ces auteurs, qui a frappé l'esprit de M. Bonnet et dirigé ses recherches; les descriptions de ces produits, qui forment le canevas des traités d'anatomie pathologique, roulent particulièrement sur leur forme, leur couleur, leur consistance, etc. Or, il n'y a rien, dans ces notions, qui puisse conduire à la connaissance de leur composition intime; les noms mêmes, imposés à plusieurs d'entre ces produits, tels que ceux de méliceris, stéatôme, athérome, attestent l'insuffisance des notions acquises, et n'expriment que de grossières comparaisons. M. Bonnet a exposé ailleurs (GAZ. MÉD. *loco cit.*) la méthode qu'il a suivie dans ses investigations chimiques; les faits qu'elle l'a aidé à constater ont été démontrés dans des expériences répétées à Paris sous les yeux de MM. Magendie et Dumas. Quelques-uns de ces faits étaient restés inaperçus, soit parce que M. Bonnet opérait sur des substances que n'avait pas encore attaquées la chimie, soit parce qu'il a tenu compte de l'extrait aqueux toujours négligé dans l'analyse des produits morbides, et qu'il a rapproché des matières grasses du sang celles que l'on trouve dans le pus et dans les athérômes. Nous ne suivrons pas l'auteur dans les détails qu'il produit pour la justification de ses formules synthétiques; nous nous bornerons à mentionner celles-ci : la première concerne les produits morbides qui ne s'organisent point, et qu'elles déclare *formés uniquement des principes immédiats qui existent dans le sang; ils ne diffèrent entre eux que par le nombre, la nature et la proportion de ceux d'entre ces principes qui les composent.* L'auteur n'excepte de cette loi que les organes sécréteurs d'une structure compliquée, le foie et les reins; ces glandes peuvent, dans l'état de maladie comme dans l'état de santé, retirer du sang des principes qui n'y existent point tout formés. Une objection grave à la loi établie par M. Bonnet résulte des dangers occasionnés par l'absorption des produits morbides, notamment par celle du pus; s'il est vrai, d'après les analyses de M. Bonnet, que le pus n'est que du sang, moins la matière colorante, sa rentrée dans la circulation ne devrait susciter aucun accident grave, et qui ne sait que ces accidens sont parfois mortels? L'auteur a prévu cette difficulté; l'expérience chimique l'a aidé à la résoudre : sans doute les produits morbides non organisables ne contiennent que les principes immédiats qui existent dans le sang; mais il n'en est plus de même, s'ils se décomposent, s'ils se putréfient; alors ils sont constitués par les résultats de leur composition, et c'est l'absorption de ces derniers produits qui jette sur toute l'économie une si délétère influence. L'auteur a prouvé, dans un autre mémoire, que le pus qui séjourne dans des abcès ouverts, et qui se putréfie, contient de l'hydro-sulfate d'ammoniaque; d'autre part, l'étude de la vapeur sanguine lui a démontré la présence du même sel avec excès d'ammoniaque, dans le sang d'un malade soumis à la résorption du pus fétide; d'où il faut conclure que le péril de la résorption ne vient pas de ce que le pus est reporté dans la circulation, tel qu'il a été sécrété, mais de ce qu'il y rentre altéré par sa décomposition putride et chargé d'hydro-sulfate d'ammoniaque.

Sur les produits morbides qui s'organisent, M. Bonnet énonce la loi suivante : « *Toutes les parties organisées des tumeurs commencent par la sécrétion de la fibrine. et ne diffèrent entre elles que par la période à laquelle celle-ci est arrivée dans son organisation.* » C'est donc un arrêt d'organisation de la fibrine qui donne lieu aux différentes espèces de produits morbides de la seconde classe. M. Bonnet passe successivement en revue les tumeurs fibreuses, les cancers, les encéphaloïdes, les squirrhes, etc., et fait concorder les faits qui ressortent de cet examen comme aussi les analyses chimiques inscrites dans les fastes de la science, vers la démonstration de sa formule. Il termine par le parallèle des idées principales qui ont été émises sur les cancers avec celles qu'il a lui-même développées, il en montre le rapport et les fond dans une fraternelle unité d'interprétations, en rattachant les opinions dissidentes à des périodes distinctes de la même maladie.

En terminant, nous remercions l'auteur du plaisir que nous avons senti à nous élever avec lui dans une sphère d'idées assez peu visitée par la masse des chirurgiens, C'est chose neuve qu'une thèse de philosophie chirurgicale. Il y a infiniment plus de chirurgiens inventeurs d'instrumens, excogitateurs de procédés nouveaux, que de chirurgiens aptes à disserter avec éloquence et élévation sur le côté philosophique de leur art. La chirurgie abonde en méthodes, en procédés, en faits particuliers, en règles pratiques; mais les appréciations générales, la critique historique lui manquent beaucoup plus qu'à sa sœur aînée, la médecine; il est vrai que dans les résultats, l'inégalité disparaît, et tandis que la première rivalise de précision et d'efficacité avec les sciences d'application les plus avancées, la médecine voit encore, après deux mille ans d'informations et d'efforts, le doute planer, comme un nuage éternel, sur ses vastes et mystérieux domaines.

M. L.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 7. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 16 FÉVRIER 1839.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé et Clinique des hôpitaux réunies*) paraît tous les samedis ; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

HISTOIRE D'UN CAS DE MORVE AIGUE CHEZ L'HOMME, recueillie dans le service de M. le professeur Andral, par Alfred Becquerel, interne à l'hôpital de la Charité.

Les travaux des médecins anglais et allemands avaient déjà éveillé l'attention sur l'existence de la morve chez l'homme, et soulevé la question de la transmission du cheval à ce dernier, lorsqu'en France M. Rayer présenta à l'Académie de médecine le cas de Prost. Quelque temps après il contribua encore beaucoup plus à éclairer cette question par la publication de son excellent travail dans les mémoires de cette société savante; cependant la majorité des médecins et surtout des vétérinaires resta incrédule.

Depuis cette époque, soit par l'effet du hasard, soit plutôt parce que, l'attention une fois éveillée, on reconnut alors cette maladie dans des cas qui avant n'étaient pas considérés comme tels, les observations de morve aiguë se multiplièrent, et on en compte maintenant six cas bien constatés.

Les efforts soutenus et infatigables de M. Rayer, la persévérance et le zèle de M. Leblanc, médecin vétérinaire à Paris, contribuèrent beaucoup à éclairer la question, à attirer de nouveau l'attention sur ce sujet et à propager chacun des faits dont je viens de parler. Enfin le dernier cas qui se montra fut celui observé par M. Andral, et dont il présenta les pièces à l'Académie de médecine dans la séance du 5 février 1839.

Comme les précédens, celui-ci souleva encore l'opposition des hommes qui depuis deux ans défendent avec beaucoup de talent sans doute la non existence de la morve chez l'homme, et surtout sa transmission du cheval à ce dernier; mais il est probable que cette opposition s'est montrée pour la dernière fois, et dans la vive et courte discussion qui suivit cette

Feuilleton.

L'ÉCOLE DE SALERNE.

S'il est vrai que le développement des sciences s'opère comme celui des phénomènes naturels sous l'empire d'une loi de continuité, la vérification de cette loi souveraine ne ressort parfois que d'une étude minutieuse du détail historique. Un coup-d'œil général sur la vie d'une nation nous fait apercevoir une série d'événemens décisifs qui en marquent les phases ; entre ces grands jalons historiques se groupent les siècles frappés d'une stérilité réelle ou apparente ; le regard de l'observateur superficiel glisse sur leurs masses obscures, presque inexplorées, pour s'arrêter avec une studieuse curiosité aux époques célèbres. Les faits, les idées, les découvertes, les notions, les doctrines, semblent s'être distribués dans l'histoire de la science comme les événemens dans celle des nations ; même succession de phases actives et de périodes somnolentes ; mêmes intervalles de lumière et d'ombre; on dirait que l'humanité, loin d'obéir aux impulsions d'une force régulière, marche par bonds et sauts et bénéficie des accidens mêmes de son allure aventureuse ; on dirait que la science, flambeau capricieux, qu'une invisible main soutient à travers les siècles, brille, s'éteint, se rallume tour à tour et n'illumine généreusement une époque que pour laisser retomber sur celle qui la suit les ombres de l'ignorance et de l'erreur. Il faut y regarder de près pour s'assurer que, dans l'intervalle qui sépare ces manifestations de sa puissance intrinsèque, un peuple vit encore et continue à façonner, sous un jour moins éclatant, la trame de ses destinées. Il faut scruter avec une patience d'érudit dans les menus produits de l'esprit humain et dans les coins les plus négligés d'une science, pour constater la perpétuité de la tradition et la réalité de son évolution, parfois chancelante ou ralentie, mais jamais interrompue. C'est ainsi que la médecine, rapidement envisagée dans le passé, nous apparaît forte et vivace dans quelques écoles célèbres, dans quelques individualités qu'entoure une auréole semi-fabuleuse, s'effaçant de la scène historique dans les époques intermédiaires, soit d'une manière subite, soit en se fondant dans le travail subalterne des commentateurs et des sectaires comme par une dégradation nuancée. Avant le grand mouvement qui s'est emparé de l'esprit humain, il y a cinq siècles, et que signale presque simultanément une somme de merveilleuses découvertes, telles que celles de l'imprimerie, de la boussole, du nouveau monde, qu'aperçoit-on au loin dans le passé de la médecine ? Des doctrines primitives fondées sur les essais d'une observation aussi ancienne que le monde, et qui, en passant par l'Inde, par l'Egypte et par la Chaldée, viennent se résumer et se recueillir, en quelque sorte, au sein de l'école grecque. Les travaux de cette école dominent l'antiquité médicale ; ils passent, comme un élément respecté, dans la civilisation romaine. Rome, fidèle au principe de sa force, qui consiste dans l'unité, ne se borne pas aux conquêtes de territoires et de nations ; chaque extension de son vaste empire est une extension de sa vie intellectuelle ; le génie latin supplée à

présentation, les raisons et les prenves données par M. Andral et l'opinion d'un médecin possédant une érudition aussi profonde sur tons les points de la pathologie auront sans donte contribné à la faire cesser. Avant de rapporter l'observation, je pense ne ponvoir mieux faire que d'exposer brièvement les réponses de M. Andral aux objections qui lui ont été faites.

Les lésions intenses dn voile du palais et de la mnqneuse de la voûte dont il sera fait mention plus bas, lui a-t-on dit, n'existent pas chez les chevanx atteints d'une des diverses espèces de morve. D'abord, comme l'a dit M. Rayer, on les y rencontre, mais qnand il n'en serait pas ainsi, ce ne serait qu'une lésion de plus qni serait venue se joindre aux autres. Dans ce cas, les lésions caractéristiques de la morve aiguë existent; d'autres, il est vrai, sont vennes s'y ajouter; elles confirment et rendent le fait plus complet, plus concluant.

Cette maladie, a-t-on objecté, n'est pas en tont semblable à celle dn cheval; ainsi les abcès chez ce dernier ne sont pas musculaires, mais sous-cutanés. Ces différences, dit M. Andral, sont légères, et même en n'employant pas un argument qui cependant a bien de la valeur, celui de l'organisation différente de l'homme et du cheval, et cependant de la presque identité de ces deux maladies, on peut invoqner d'autres raisons. Les fièvres éruptives en se transmettant d'homme à homme changent souvent de caractères; telle variole bénigne peut commnniquer une variole grave et confluente; telle scarlatine simple, une scarlatine angineuse, etc., etc. Les exemples seraient trop nombreux à citer. Pourquoi donc nier que de telles choses puissent arriver dans la transmission d'une maladie d'one espèce, le cheval, à nne antre espèce, l'homme?

Enfin, qne les abcès soient sons-cutanés ou profonds, cela est indifférent: le fait principal, c'est la tendance à la snppuration, la suppuration elle-même, c'est dn plus an moins,

Enfin, a-t-on dit, ces lésions peuvent exister dans d'autres maladies. Examinons d'abord si le fait est vrai; si on avait seulement examiné avec attention l'altération des fosses nasales qui ont été présentées, on anrait vu qn'elle est toute spéciale et qn'elle ne ressemble à ancune lésion décrite dans les antenrs. Qnant anx pnstules, elles sont également spéciales, leur forme globuleuse, sonvent irrégulière; l'absence d'ombilicatioo, et enfin les caractères qne nous lenr assignerons plus bas le démontrent suffisamment. Enfin, en admettant même, ce qui n'est pas, qne de telles lésions pnissent exister dans d'autres maladies, on peut dire qne ce n'est pas un phénomène, une seule lésion qui, dans beauconp de circonstances, caractérise un état pathologique; c'est le plus sonvent un ensemble de phénomènes et de lésions qni fondent un type morbide. Or, ici, quand même l'altération des fosses nasales se serait rencontrée autre part aussi bien caractérisée, et rien ne le pronve; qnand même aussi les pustnles auraient été analogues a celles de la variole, ce qui n'est pas exact; on devrait dire que c'est l'existence simultanee des altératioos des fosses nasales, des abcès multiples, de l'érnption, des symptômes typhoides, qui, par leur ensemble, constituent la maladie appelée morve aiguë.

Je ne pousserai pas plus loin ces développemens; je dirai seulement qne l'existence de la morve est maintenant une de ces qnestions sur lesquelles on anrait manvaise grâce à revenir et à faire de l'opposition. Cependant, c'est parce qne les observations de tels cas sont rares qne M. Andral a désiré que celui-ci fût publié pour venir se joindre aux autres et servir de base aux travaux qui pourront être faits un jour sur ce sujet. Il m'a engagé à faire cette publication, c'est donc l'observation recueillie sous ses yeux que je livre au public. Qu'il me soit permis avant de commencer de le remercier, ainsi que MM. Rayer et Leblanc, de l'obligeance qu'ils ont mise et de la peine qu'ils se sont donnée pour éclaircir l'étiologie de ce fait, lui donner plus de certitude et de poids; enfin pour les expériences relatives à l'inoculation.

Obs. — Devinque (Charles), dit Jésus-Christ, âgé de 50 ans, cocher, fut apporté à l'hôpital de la Charité, le 29 janvier 1839, à midi, daus un état déjà fort grave.

On ne put rien tirer de lui sur son état antérieur; les renseignemens suivans nous ont été procurés par l'obligeance de M. Leblanc, médecin-vétérinaire à Paris, et l'histoire du commencement de la maladie par la femme de cet homme, qui nous parut fort intelligente.

Devinque est employé depuis quatre ans comme cocher chez un loneur de voitures. Son maitre le représente comme un homme bon à tout; mais mauvais travailleur, sale et ivrogne. On ne lui donnait des chevaux à conduire que lorsqu'il en restait, et encore étaient-ce les plus mauvais de l'établissement. Il travaillait en été comme en hiver les bras et les jambes nues. Le maitre de la maison possède une écurie de 40 chevaux à peu pres, et une autre de 8 à 10. A certaines époques de l'année, il arrive à Paris des marchands de chevaux de prix, auxquels il loue pour un certain temps huit à dix places dans sa grande écurie; il faut alors passer ses chevaux les plus mauvais dans la seconde écurie. C'est ce qui est arrivé il y a deux mois; à cette époque, on y plaça le même jour des chevaux parmi lesquels s'en trouvait un avoné morveux par le maitre lui-même, et les deux mauvais conduits par Devinque. Cet homme y passait une partie de sa journée, se grisant souvent et allant ensuite dormir sur la paille et la litière de ses chevaux, converte et imprégnée des matières qu'il rendait. Tous les chevaux de l'établissement étaient soignés par un seul palefrenier, lié intimement avec Devinque, et partageant ses goûts et ses habitudes. Cet homme mourut subitement le 3 janvier de cette année; on ignore la cause de sa mort. Il resta dix jours sans être remplacé, et, d'après le dire du maitre de l'établissement, chacun des chevaux fut soigné par le cocher qui les conduisait. La nature des fonctions et des rapports de Devinque, son séjour habituel, ainsi que celui de ses chevaux, dans la petite écurie, font présumer que ce fut lui qui pansa les chevaux de cette dernière pendant cet espace de temps. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que c'est précisément pendant ces dix jours (11 janvier) que la maladie débuta chez cet homme. J'ajouterai à tout cela que depuis la nouvelle de la maladie de Devinque, la petite écurie fut évacuée, nettoyée et recrépie, et que le 31 janvier deux des chevaux qui l'habitaient furent conduits à Monfaucon, l'un des deux était celui reconnu déjà morveux depuis six mois; l'autre placé à côté n'avait pas été signalé; il était probablement un des deux conduits par Devinque; nous n'avons pu le savoir positivement. Informé de ce qui se passait, et de plus de l'abattage de ces deux animaux, qui avait eu lieu le 3 février, M. Leblanc, le lendemain, nous engagea, ainsi que M. Leneven, mon collègue à l'hôpital de la Charité, à assister à leur autopsie; nous y allâmes en effet et nous pûmes constater l'existence des lésions les plus caractéristiques de la morve chronique. Enfin, pour compléter ce qui est relatif à l'étiologie de cette maladie, voici l'état de la santé des chevaux de l'écurie où cet homme était placé pendant l'année 1838, époque à laquelle ils étaient tous dans la grande écurie. On y a abattu 3 chevaux morveux; le dernier l'a été il y a quatre mois, il y a eu deux chevaux farcineux; tous deux ont été guéris; l'un il y a huit mois; l'autre il y a trois mois.

La femme Devinque a confirmé les détails que j'ai donnés, et qui sont relatifs à son caractère et à ses habitudes; elle nous l'a représenté comme ayant toujours joui avant d'une excellente santé, et comme doné d'une forte constitution; il a été militaire pendant dix-huit ans. Voici comment elle nous a rapporté le début de la maladie.

Le 11 janvier, cet homme tomba malade presque subitement; depuis trois jours, il avait fait plus d'excès que d'habitude, et nous a-t-elle dit, il avait travaillé davantage; cela nous a confirmé dans l'idée que c'était lui qui avait

---

l'originalité par l'énergie de l'assimilation ; il reçoit les dieux des peuples vaincus dans l'enceinte du Capitole, et avec ces dieux, froides images, bizarres simulacres, il admet, il invite aux honneurs de sa familiarité les arts, la littérature et les sciences des peuples qu'il parvient à courber sous sa domination. La médecine grecque ne fait que traverser la période romaine, et pour la voir soumise à une nouvelle élaboration, pour la retrouver sur une sommité historique, il faut se transporter chez les Arabes. On sait les services qu'elle a reçus des Arabes; on en saura plus encore quand le zèle investigateur des érudits, sollicité par les promesses de M. Eusebe de Salles, aura pénétré plus avant dans l'examen de leurs travaux. Mais quel espace immense entre l'ère des Averroës, des Rhazès, des Albucazis, et celle qui, connue sous le nom de renaissance, a reporté les esprits aux sources littéraires de l'antiquité, et renoué dans la concience des peuples modernes la chaîne des temps! Dans quel sanctuaire s'est abritée, durant ce laps de temps, la tradition médicale? Quels sont les gardiens du dépôt scientifique qui résume le labeur des générations écoulées, et qui recèle le germe des progrès ultérieurs? Une individualité collective surgit à l'extrémité de l'Europe, dans une ville du royaume de Naples; c'est là, c'est à Salerne, entre l'Europe et l'Afrique son berceau, que le génie arabe dépose, en se retirant, une vase féconde d'où nait, sous les auspices de Frédéric II, la première institution que la médecine ait possédée dans l'Europe chrétienne. L'importance de l'école de Salerne réside moins dans le seul ouvrage qu'elle nous a légué que dans les résultats historiques de sa fondation. Elle n'a guère eu d'autre mérite que celui de sa date; mais ce mérite est immense; elle succède, dans l'ordre des temps, aux écoles des Grecs et des Arabes, dont elle est l'expression combinée; elle servira de type aux institutions analogues qui floriront plus tard dans les grandes villes de l'Europe; elle ressuscite l'enseignement médical et provoque. par le seul fait de son existence, une législation qui contient les fondemens de la police médicale et qui devrait à elle seule immortaliser le nom du roi Roger, comme le premier promoteur d'une répression sévère contre le charlatanisme. Ce prince assura la fortune de l'école de Salerne en restreignant à ses adeptes le privilége de l'exercice de l'art; la confiscation des biens fut jugée une pénalité nécessaire contre ceux qui pratiquaient sans l'autorisation de l'école nouvelle. Le lecteur trouvera sans doute que les gouvernans avaient alors un plus sérieux souci de la santé publique que de nos jours, et que notre société, si infatuée de ses progrès, peut envier quelque chose, sous ce rapport, à la Sicile du onzieme siècle.

C'est avec raison qu'on a cessé de considérer les croisades comme des épisodes chevaleresques, mais sans résultat, comme une odyssée d'aventures et d'exploits glorieusement inutiles. Il est reconnu maintenant que le réveil des lettres et des arts en Occident, et surtout dans notre France, se lie étroitement, dans l'histoire, à ces migrations armées qui ont précipité vers l'Orient, non-seulement les feudataires et les nobles, mais encore les masses populaires; avec la plebe armée se confondaient les clercs, les artisans, les moines, et cet essaim bariolé est devenu, entre les ignorances de la vieille Europe, et ce que le Bas-Empire avait laissé de lumières en Orient, un heureux véhicule de communication. D'une part, l'influence arabe fixée sur plusieurs points de l'Europe, et de là rayonnant sur elle quoiqu'avec une médiocre énergie, d'autre part, le souffle affaibli de l'Orient, glissant sur les esprits et les inclinant vers l'antiquité, voilà la double raison du mouvement civilisateur qui, noté sous le nom

pansé tous les chevaux de la petite écurie pendant cet espace de temps. Cet homme était donc parti ce jour-là à six heures du matin pour faire son ouvrage; vers les onze heures, on le ramena chez sa femme, il se plaignait de lassitude, de céphalalgie, d'une grande courbature; la peau était chaude et fortement injectée.

Le lendemain, il se plaignit de vives douleurs dans les bras et les jambes; ces parties étaient raides, immobiles, et ses souffrances l'empêchèrent de marcher; sa femme ajouta qu'elle avait observé un gonflement au-dessus des chevilles; ce fut là toute la remarque qui fut faite par elle, ainsi que par le médecin qui soignait son mari. Il n'est fait aucune mention des abcès qui auraient pu exister. Le malade resta dans cet état pendant dix jours, présentant toujours une grande courbature, de l'accablement, des frissons erratiques de temps en temps, ainsi que les douleurs contuses des articulations et des muscles dont j'ai déjà parlé; il se plaignait un peu de céphalalgie, et présentait par instans de la dyspnée et du délire.

Il y a huit jours, le 21 janvier à peu près, nous dit toujours sa femme, se manifestèrent en même l'écoulement par le nez, l'éruption frontale et l'augmentation de la dyspnée. Il se plaignit en même temps de douleurs à la racine du nez et d'enchifrenement. L'écoulement nasal fut peu abondant; il était purulent et passait en partie par l'ouverture postérieure.

Cinq jours après, et trois avant son entrée par conséquent, l'écoulement cessa presque complètement; mais la dyspnée augmenta beaucoup à dater de cet instant, ce qui indiquait sans doute que le flux nasal passait par la partie postérieure.

Le 21, le 22, parut en même temps l'éruption; elle commença par le nez, qui présenta presque aussitôt une plaque noire qui tomba et s'ulcéra la veille de son entrée. Depuis cinq jours, cet homme avait un peu de diarrhée; il se plaignait sans cesse de douleurs sternales; c'est là qu'il paraissait souffrir le plus; il n'a eu aucun vomissement, aucune hémorragie; la fièvre était continuelle. Le seul traitement qui fut employé pendant ces dix-huit jours fut une application de quinze sangsues à l'anus, huit jours après le début de la maladie, et des cataplasmes sur la poitrine; la nature de la maladie n'avait même pas été soupçonnée.

La veille, 28 janvier, le malade présenta une agitation plus grande, du délire. Cet état ayant continué le lendemain, sa femme le fit apporter à la Charité vers midi. Dès qu'il fut couché, je l'examinai et je constatai l'état suivant.

29 janvier, à une heure. Accablement, décubitus dorsal; le malade ne peut se mettre que difficilement à son séant; les yeux sont fermés; la face exprime la stupeur; la langue, les gencives et les lèvres sont sèches, fuligineuses. Lorsqu'il ouvre la bouche, ce qui lui est pénible, on voit paraître des mucosités filantes, épaisses, jaunâtres; il demande continuellement à boire; on entend à distance le bruit produit par les mucosités obstruant le pharynx et qui sont agitées par le passage de l'air à travers cette cavité; l'abdomen légèrement ballonné n'est point douloureux à la pression. Il n'y a ni toux ni expectoration. Quarante inspirations par minute. En avant, la percussion et l'auscultation montrent que la respiration est pure. En arrière à droite, obscurité du son; la respiration est faible et obscure; on entend par instans, surtout dans les grandes inspirations, du râle ronflant et sibilant mêlé dans quelques points de râle muqueux. A gauche en arrière, il n'y a que du râle ronflant. La peau est chaude; le pouls de force médiocre, régulier, bat cent douze fois par minute.

L'intelligence est obtuse; il répond un peu, mais avec une voix presque enrouée et presque inintelligible aux questions qu'on lui adresse. Bien que ces réponses paraissent directes, on s'aperçoit en les variant qu'elles ne sont pas justes et qu'elles changent à chaque instant. Lorsqu'on le laisse retomber dans l'apathie d'où on ne l'a tiré que momentanément et difficilement, on le voit remuer les lèvres et marmoter quelques mots inintelligibles. La sensibilité et la myotilité ne présentent pas d'altération.

Sur la face existe une éruption ainsi caractérisée : le front, les tempes, le nez, les deux paupières et la partie supérieure des joues présentent l'altération suivante : toutes ces parties sont gonflées, rouges, violacées, et peu douloureuses au toucher. Les paupières sont gonflées et agglutinées par un mucus purulent, épais. Le globe de l'œil est sain au-dessous. Sur ce fond d'un rouge livide existe une éruption qui se compose : 1° de bulles irrégulières, aplaties, de volume divers et de couleur violacée; leur piqûre les montre remplies d'une sérosité rousse et sanguinolente; 2° de bulles de même forme, mais remplies d'une matière purulente jaunâtre; on suit entre ces deux espèces la transition de la sérosité au pus; ces diverses élevures sont dans plusieurs points mélangées et entremêlées de manière à former des espèces de plaques saillantes; 3° il y existe enfin des plaques gangreneuses d'un violet noirâtre, dont quelques-unes commencent à s'ulcérer; une d'elles plus volumineuse est située au-dessus du sourcil droit.

Quelques-unes de ces bulles s'ouvrent spontanément et laissent sortir sous forme de gouttelettes la sérosité sanguinolente et le pus.

Sur le nez qui est gonflé et d'un rouge sombre existe au dos et près de la racine une ulcération à fond rouge, rugueux, couvert d'une sanie purulente, fétide.

Sur la peau du reste du corps existent disséminées quelques taches rosées, lenticulaires; sur l'abdomen, et sur les membres une vingtaine de petites papules rosées, saillantes, entourées d'une auréole rouge. Celles-ci ne s'effacent pas sous l'impression du doigt. On observe aussi quelques ecchymoses, spécialement aux deux jambes; elles ressemblent à celles qui sont la suite de coups.

Le malade a des frissons intenses; on le voit au tremblement général qu'il présente de temps en temps.

Plusieurs abcès musculaires profonds, mais dont on perçoit facilement la fluctuation, existent dans les points suivans : un à la partie interne du mollet gauche; un second à sa partie antérieure; un au-devant de la jambe droite; deux au bras droit dont un volumineux est situé à la partie externe; deux petits au bras gauche; la peau au-dessus d'eux n'est ni rouge, ni douloureuse.

Le nez, comme je l'ai dit, est gonflé; on voit sur la lèvre supérieure les traces desséchées d'un écoulement qui n'existe plus; ce sont des squammes d'un jaune rougeâtre. En examinant les narines surtout avec une lumière, on aperçoit des croûtes rougeâtres, et de plus du côté droit du pus qui l'obstrue en partie. Tout concourt à prouver que l'écoulement se fait par l'orifice postérieur des fosses nasales. Interrogé s'il ressent des douleurs dans la tête ou dans une autre partie, il ne répond rien d'assez positif pour qu'on puisse affirmer quelque chose à cet égard

A quatre heures et demie, M. Andral vint voir le malade; il était plus mal; l'accablement était plus profond; le délire complet; il ne répondait rien aux questions qu'on lui adressait. Quarante-quatre inspirations par minute. Cent vingt-huit pulsations. Julep gommeux avec vingt gouttes de chlorure d'oxide de sodium; deux pots de tisane avec chacun trente gouttes de même chlorure.

Le 30 au matin, l'état s'est aggravé; l'agitation du malade a été telle pendant la nuit qu'on a été obligé de lui mettre la camisole. Décubitus dorsal, affaissement profond, figure exprimant la stupeur. Les lèvres sont couvertes de croûtes fuligineuses rougeâtres. Des mucosités filantes paraissent dans la bouche. La face interne des joues, des lèvres et de la muqueuse buccale présente des plaques pseudo-membraneuses, blanchâtres, qui se laissent facilement enlever. On voit alors au-dessous des élevures irrégulières, blanches, remplies de matière purulente, ainsi que des plaques dues à l'agglomération de ces mêmes pustules; il demande à chaque instant à boire; et on entend toujours le même bruit dû aux mucosités qui obstruent le pharynx et que l'air agite. L'abdomen est ballonné; il a eu quelques selles liquides involontaires. Quarante inspirations par minute : il n'a pas été ausculté. La peau est chaude; le pouls plus fort que la veille, régulier, bat cent vingt pulsations par minute. Les ganglions lymphatiques et les parotides sont à l'état sain. On est obligé de le sonder pour examiner ses urines qui, par les réactifs chimiques et le microscope, ne présentent rien d'anormal. Aucunes sueurs, délire léger accompagné d'un marmottement de quelques mots inintelligibles. On le tire un peu de sa stupeur par les questions qu'on lui adresse, lorsqu'elles sont fortement et nettement articulées. La sensibité et la myotilité ne présentent aucune altération. La face entièrement tuméfiée présente une couleur rouge sombre dans les mêmes points que la veille; l'éruption y est plus confluente; ce sont des pustules ou plutôt des bulles tantôt isolées, tantôt agglomérées et formant des espèces de plaques dont les unes sont rougeâtres, les autres livides, violacées; enfin quelques unes com-

---

de renaissance, a commencé, comme on le voit, bien avant le règne de François Ier. C'est aussi à l'action de cette double cause qu'est due la création de l'école de Salerne; c'est un Africain, un élève de l'école arabe, Constantin, qui, après avoir pérégriné trente ans dans les diverses contrées de l'Europe, vient en jeter les fondemens sur une terre récemment arrachée par les chevaliers normands à la domination des Sarrasins : Roger, Barberousse en sont les protecteurs; le livre même où sont consignés ses enseignemens est dédié à un ancien croisé. A défaut de rapprochemens chronologiques, on puiserait dans la lecture de cette vieille charte médicale la preuve de l'influence mixte qui a présidé à la création et aux travaux de l'Ecole de Salerne. C'est ainsi que la science est solidaire, jusques dans les institutions éphémères dans lesquelles elles se personnifie, du travail social qui se fait autour d'elle; c'est ainsi que le lien de vivante continuité qui s'étend à travers les époques d'une science se retrouve dans les ruines du passé, et pour ainsi dire sous le pied des événemens.

Le seul monument (et le terme est presque pompeux) que nous ait laissé l'école de Constantin l'Africain, est connu sous le titre de *Maximes de l'Ecole de Salerne* ou simplement *Ecole de Salerne*. La date précise de la rédaction de cet ouvrage est matière à controverse. L'opinion généralement adoptée la rapporte vers l'an 1100; le père Pagi, dans sa critique des annales de Baronius, fixe à l'an 1066 l'époque où fut composé cet écrit; il prétend en outre que la dédicace dont nous parlerons tout à l'heure s'adresse au roi Edouard, non à Robert, fils de Guillaume le Conquérant; mais la version du docte père ne repose sur aucune autorité qui puisse infirmer l'opinion précédente. L'opuscule se compose d'une suite de stances en vers léonins qui sont plus remarquables par la précision que par l'élégance de l'expression et la correction de leur facture prosodique. Les axiomes, les doctrines qui régnaient à Salerne y sont déposés; sans doute ces doctrines n'y sont pas l'objet d'une exposition dogmatique, que ne comportaient ni la forme ni le but de l'ouvrage; le but de l'auteur ou des auteurs est de graver dans la mémoire de ses lecteurs les règles conservatrices de la santé, telles que les professait l'Ecole; la forme métrique, espèce de lit de Procuste où la pensée est rognée selon les dimensions du vers, se prête moins au raisonnement qu'à l'énonciation aphoristique de l'idée. Mais il n'est pas très difficile de déduire du précepte pratique la théorie qui l'a inspiré, et les doctrines, à peine indiquées, se détachent par la réflexion de ce fatras de prescriptions plus ou moins hygiéniques qu'un opiniâtre versificateur a laborieusement condensées en quelques centaines d'hexamètres. C'est à Jean de Milan (Joannes de Mediolano) que l'on fait honneur de cette œuvre antipoétique. Ce n'est pas que l'on rencontre çà et là des maximes parfumées d'une suffisante fleur de diction; quelques-unes, aussi claires que laconiques, joignent à ce double avantage celui de la justesse et sont devenues proverbes; mais dans les chapitres consacrés aux alimens, aux plantes, etc., quelle rude cacophonie, quelle versification tourmentée, forcée, et que n'adoucit point le retour monotone des doubles rimes du mode léonin :

Maudit soit l'auteur dur dont l'âpre et rude verve,
Son cerveau tenaillant rima malgré Minerve....

Le premier vers du recueil de Jean de Milan a beaucoup exercé la sagacité

plètement blanches et opaques. Une ulcération sanieuse sanguinolente existe au-dessus du sourcil droit, là où se trouvait hier une plaque gangreneuse; deux pustules et deux plaques existent sur le dos du nez, lequel est fortement tuméfié et rouge; elles sont de même nature que celles du front; quelques pustules commencent également à se montrer sur les paupières et les joues. Sur l'abdomen et la base de la poitrine existent deux sortes d'éruption : 1° des taches rosées, lenticulaires, bien caractérisées; 2° des papules rosées, légèrement saillantes et entourées d'une auréole rouge; ce sont les pustules commençantes. On en trouve de semblables disséminées sur les membres; quelques unes sont acuminées. Quelques ecchymoses peu étendues existent comme la veille sur les jambes. Les abcès musculaires n'ont pas changé. Les paupières sont toujours agglutinées par de la matière purulente; le globe de l'œil est sain au-dessous. Sous la narine gauche, sur la lèvre, existent des traces d'un écoulement mêlé de sang. Au fond de chaque narine, on aperçoit du pus, et des croûtes rougeâtres plus bas. On voit en outre dans la narine droite une saillie blanchâtre. L'inclinaison en arrière de la tête du malade fait toujours penser que l'écoulement se fait par la partie postérieure.

On continue l'emploi des chlorures.

On a fait au malade une saignée exploratrice d'une once. Le sang examiné ce jour-ci, ainsi que les deux suivans, par le microscope et les réactifs n'a rien présenté d'anormal. Les globules avaient leur forme, leur régularité habituelle; il n'y avait aucun globule de pus.

Le soir, l'état s'était encore aggravé, la stupeur plus grande et la dyspnée plus forte.

31 janvier. Le malade est dans un état assez semblable à celui de la veille. Décubitus dorsal, accablement profond, tête renversée en arrière. Les lèvres sont fuligineuses. Des mucosités filantes remplissent la bouche. Les mêmes plaques pseudo-membraneuses et les mêmes élevures existent sur la membrane muqueuse buccale. Le pharynx est dans le même état; l'abdomen ballonné; aucunes selles; 36 inspirations par minute. L'auscultation n'a pas été pratiquée; la peau est chaude; le pouls a perdu de sa force; il est toujours régulier et bat 128 pulsations par minute. Les urines sont involontaires; obtenues par la sonde, elles n'ont rien présenté d'anormal; l'intelligence paraît plus nette; on peut la comparer à ce qu'elle était le premier jour. Il essaie de répondre aux questions nettes et fortement accentuées, mais c'est avec une voix faible, enrouée et presque complétement éteinte. Ses réponses sont assez vagues. Abandonné à lui-même, il reprend son marmottement et ses rêvasseries. Sa sensibilité est conservée. On constate de temps en temps un tremblement général qui paraît indiquer un grand frisson.

La face présente toujours sur un fond rouge, tuméfié, la même éruption que la veille. Dans plusieurs points les bulles pustuleuses sont réunies et forment des espèces de plaques mamelonnées. Les ulcérations sanieuses sont plus nombreuses; on voit en effet de temps en temps quelques-unes des pustules s'ouvrir spontanément et laisser sortir une sérosité roussâtre sanguinolente. Elles se développent rapidement, de sorte qu'il n'est peut-être pas de point du front qui en ait été couvert. Le dos du nez est dans le même état que la veille. On observe une éruption analogue sur les paupières, et à la partie supérieure de chaque joue. Il existe sur la base de la poitrine et l'abdomen une quinzaine de pustules non ombiliquées, saillantes, quelquefois irrégulières, de grandeur diverse et entourées d'un cercle rouge. Sur les membres, on en voit de semblables. On trouve en outre disséminées sur toute la surface du corps une quarantaine de papules rosées entourées d'une auréole; les mêmes ecchymoses existent sur les jambes; les paupières sont toujours agglutinées par de la matière purulente. Un léger écoulement a lieu par chaque narine; celui de la gauche est mêlé de sang. On observe les mêmes élevures blanches spécialement sur la partie de la cloison correspondante à la fosse nasale droite. Les abcès n'ont pas changé.

On continue l'emploi des chlorures.

Le soir l'état s'était aggravé.

Le 1er février. Le malade est dans une adynamie profonde; le décubitus dorsal, les lèvres sont croûteuses, la bouche toujours remplie de mucosités épaisses filantes. On aperçoit sur la langue, les gencives, et la voûte palatine des exudations noirâtres et sanguinolentes. Il boit à chaque instant; le pharynx est dans le même état; l'abdomen est ballonné; aucunes selles. Les urines sont involontaires; obtenues par la sonde, elles ne présentent rien d'anormal. 48 inspirations par minute; la poitrine se dilate fortement; sa voix est complétement éteinte; il n'a pas été ausculté. La peau est chaude; pouls très petit, bat 103 pulsations par minute. Interrogé vivement, il essaie de répondre, mais ne fait entendre que des sons inarticulés. Abandonné à lui-même, il reste immobile, et on observe un tremblottement des lèvres. Par instans existe un tremblement général dans les extrémités. La sensibilité et la myotilité ne sont pas altérées. Sur le front, la plupart des pustules sont remplacées par des ulcérations à fond rouge grenu, et couvertes de sanie purulente, ou bien de croûtes rougeâtres, sanguinolentes, irrégulières. Des pustules bien développées, les unes remplies de sérosité sanguinolente, le plus grand nombre de pus, existent sur les parties tuméfiées, le nez, les paupières, les joues; une sur le menton, une au-dessus de la commissure droite. On trouve disséminées sur toute la surface du corps 80 pustules à peu près; elles sont en général arrondies; un certain nombre cependant sont irrégulières. Aucune n'est ombiliquée. La plupart sont remplies de pus; leur étendue varie; chacune d'elles se confond presque insensiblement avec l'auréole rouge qui les entoure toutes. Dans beaucoup de points, les pustules ne sont pas aussi avancées; on n'aperçoit qu'une tache rouge présentant au milieu une élevure également rouge qui plus tard deviendra une pustule. On peut, du reste, suivre leur développement successif, et on arrive de l'une à l'autre. Les abcès musculaires présentent les mêmes caractères. Les paupières sont agglutinées par du pus; le globe de l'œil est sain au-dessous. Quelques mucosités purulentes et sanguinolentes s'écoulent sous la narine gauche. On aperçoit dans la droite des saillies blanchâtres et du pus.

Même prescription.

La respiration s'embarrasse, et le malade meurt à deux heures du soir.

Autopsie faite 24 heures après la mort, en présence de MM. Andral, Bayer, Villermé, Barthélemy, Bouley jeune, Leblanc, Renault, etc.; par nous et MM. Burguières et Vigla, internes des hôpitaux.

Température de 3 degrés au-dessus de 0. Dégel, temps humide.

Il n'y a aucune trace de putréfaction. On observe sur quelques points de la peau des bras et des jambes de petites cicatrices blanches et, dans d'autres points, de petites croûtes grisâtres adhérentes que recouvre une semblable altération : ce sont probablement les traces d'anciennes écorchures.

La rougeur et la tuméfaction de la face ont à peu près complétement disparu, et l'éruption est loin de présenter les caractères qu'elle avait pendant la vie. Le front, les paupières, le nez et les joues ne sont plus tuméfiés, ont perdu leur rougeur et présentent une coloration livide, violacée et pâle. On observe des croûtes rougeâtres sanguinolentes sur plusieurs points du front. Dans d'autres existent des ulcérations en général peu profondes, n'occupant qu'une partie de l'épaisseur du derme; elles sont de grandeur diverse, à bords irréguliers, à fond rouge clair et couvert de sanie. Les caractères de l'ulcération située au dos du nez, près de la racine, sont analogues; elle est un peu plus profonde. On observe aussi, sur plusieurs points du front, des plaques ardoisées, de couleur violacée; enfin les traces des pustules nombreuses qui existent encore sur le front, le nez et les paupières; elles sont irrégulières, de grandeur très diverse, toutes affaissées et d'un blanc beaucoup moins mat que pendant la vie; leur coloration est blanche, livide, avec une légère teinte violacée, claire. Leur section montre que le liquide contenu dans leur intérieur s'est partagé en deux parties, l'une concrète, épaisse et blanche, l'autre liquide, jaunâtre et louche.

Les pustules nombreuses qui couvrent la face et celles du corps (il y en a à peu près 80) présentent des caractères analogues. On observait à la place de l'auréole rouge qui entourait chacune d'elles une teinte d'un blanc livide, comme plombé, sans autre altération de texture de la peau; l'épiderme n'est pas soulevé. Le même aspect de la peau et la même coloration remplacent les taches rouges avec une légère élevure de la peau, qui, pendant la vie, indiquaient le commencement des pustules.

Les paupières sont affaissées, livides. On observe à leur bord libre la matière purulente et croûteuse qui les faisait agglutiner. Les yeux sont sains au-dessous.

---

des commentateurs; ils se sont demandé à quel roi d'Angleterre s'adresse l'Ecole en disant :

Anglorum regi scribit schola tota Salerni.

On pense généralement que l'honneur de cette dédicace revient à Robert, duc de Normandie; l'auteur du très court article du Dictionnaire des sciences médicales attribue, on ne sait pourquoi, à ce Robert la conquête de l'Angleterre; c'est son père Guillaume, surnommé le Conquérant, qui la fit; second fils de ce prince, Robert apprit en Palestine la mort de son frère aîné, Guillaume-le-Roux, qui avait succédé en 1087 à son père, et qui ne laissa point d'enfans. Pressé de faire valoir ses droits à la couronne, Robert se mit en route et passa par le royaume de Naples; l'Ecole de Salerne, qui ne fut érigée en Académie que longtemps après sous le règne de Roger, commençait à jeter quelque éclat; Robert, porteur d'une fistule, la consulta : c'est ce qui valut à ce prince la dédicace du recueil et à la postérité souffrante la maxime CX de ce livre en guise de consolation. Les chirurgiens d'aujourd'hui n'ajouteront qu'une foi médiocre à l'efficacité des moyens que l'Ecole de Saverne préconise contre la fistule :

Auri pigmento sulphur miscere memento,
His docet apponi calcem, conjunge saponem,
Quatuor hæc misce : commixtis quatuor istis,
Fistula curatur, quater ex his si repleatur.

Il paraît du reste que le remède de Salerne ne réussit pas mieux au duc Robert que ses prétentions au trône d'Angleterre; son frère puîné n'avait pas attendu, pour s'en emparer, le retour du croisé; et quant à la fistule, elle ne devait guérir, dit la chronique, qu'après la succion du venin qui l'entretenait; or, le généreux prince s'opposa à ce qu'aucun de ses serviteurs exposât sa vie en ce périlleux office; il aurait succombé victime de sa générosité, si, profitant de son sommeil, la princesse sa femme n'avait eu le courage de sucer la plaie; elle eut le bonheur de le guérir sans atteinte pour sa propre santé.

Mais revenons à notre Ecole; le nombre des vers n'est pas le même dans les éditions diverses qui existent; il en est de même du nombre des chapitres; les variations sont énormes; ainsi l'on connaît une édition de 183 vers et une autre de 1,239 vers; c'est ce dernier nombre de vers que J. G. Schenck assigne à l'Ecole de Salerne (Bibliot. medic.). Le premier éditeur de la compilation de Jean de Milan est Arnaud de Villeneuve qui vivait deux siècles après lui, et que Schenck accuse à tort d'avoir tronqué l'original. Bien loin qu'il ait subi des retranchemens, le livre de Salerne a reçu des additions, des amplifications qu'il n'est pas difficile de reconnaître en certains passages, comme dans ceux relatifs aux tempéramens, où le commencement et la fin dénotent une origine différente. Il faut encore considérer comme ajoutés les vers qui ne sont pas conformes à la prosodie des vers léonins. Quelques éditions méritent d'être signalées; celle de Francfort, 1611, intitulée *Medicina Salernitana, id est, conservandæ bonæ valetudinis præcepta cum luculenta et succincta Arnoldi Villanovani in singula capita exegesi*, etc., ne contient que 379 vers partagés en 103 chapitres; elle est une des plus anciennes, et a été revue par Curion; Crellius et Costanson sont inscrits à titre de commentateurs

Le nez, fortement tuméfié, présente les pustules et l'ulcération dont il a déjà été question.

FOSSE NASALE DROITE. La face externe présente successivement, en partant de la narine, une dénudation des cartilages, une plaque mamelonnée, formée par une éruption confluente en ce point de pustules petites, aplaties, blanches, irrégulières. La muqueuse au-dessous est partiellement infiltrée de pus; au-dessus, et se prolongeant jusqu'à la voûte, existent quelques pustules isolées, blanches, irrégulières, sans épaississement de la muqueuse au-dessous. Quelques-unes sont ouvertes et remplacées par de petits ulcères à bords inégaux, rugueux, relevés et à fond rouge piqueté, mêlé de quelques points purulens.

Le reste de la membrane pituitaire qui couvre cette face est saine, rosée, et a une demi-ligne d'épaisseur. A la partie postérieur toutefois, au-dessus et au-devant de l'orifice de la trompe d'Eustache, la muqueuse est boursoufflée (une ligne et demie d'épaisseur), rouge et ramollie; une couche de pus la recouvre.

Sa face inférieure présente une altération de la muqueuse telle qu'elle est convertie en un détritus d'un noir rougeâtre, fongueux; son épaisseur est inégale, tuméfiée dans certains points; elle est mince dans d'autres. Cette altération se prolonge et existe également sur une partie du méat inférieur et de la cloison. Dans tous ces points, la membrane cellulo-fibreuse, qui fait corps avec les parties altérées, se détache facilement des os. Ces derniers sont sains.

Sur la FACE INTERNE (cloison), la pituitaire est altérée dans toute son étendue; augmentée d'épaisseur (une ligne et demie, deux lignes, trois lignes), inégale, par conséquent, convertie en putrilage-noirâtre dans certains points; elle présente dans d'autres une infiltration purulente complète.

A la partie antérieure, près de l'orifice, existe une ulcération irrégulière, de la grandeur d'une pièce de 25 centimes, peu profonde; le fond est rouge. On retrouve les mêmes caractères dans une ulcération longue de quinze lignes, et qui, parallèle à la cloison, et située à sa partie postérieure, s'étend jusqu'à cette ouverture; le fond en est d'un rouge vif; elle est superficielle. Dans toute l'étendue, la membrane périostique s'enlève avec facilité et laisse voir l'état sain des parties osseuses et cartilagineuses de la cloison.

FOSSE NASALE GAUCHE. — FACE EXTERNE. A la partie antérieure existent quelques pustules, semblables à celles que j'ai décrites, et trois petites ulcérations.

La membrane qui recouvre le cornet inférieur est inégale, rugueuse, parsemée de mamelons très petits, rouges; elle est ramollie, mais adhère encore aux os: deux ulcérations y existent. La partie de la pituitaire qui occupe le méat inférieur, la face inférieure et la partie inférieure de la cloison, sont converties en une masse fongueuse noirâtre, molle, et s'enlevant facilement. Ce détritus gangreneux, étant enlevé, laisse voir les parties osseuses et cartilagineuses à l'état sain.

CLOISON. A dix lignes de l'extrémité antérieure existe un état fongueux de la muqueuse, surtout plus prononcé supérieurement qu'inférieurement. Elle est ramollie, infiltrée de pus dans toute son étendue; son épaisseur est de trois lignes. Le reste de la muqueuse qui tapisse la cloison est noirâtre ramollie; son épaisseur est d'une ligne à peu près.

Les parties saines de la pituitaire, situées sur la face externe, n'ont qu'une demi-ligne d'épaisseur.

Les sinus maxillaires, frontaux et sphénoïdaux sont sains.

LA BOUCHE. — A la partie antérieure (face interne des lèvres) existent quatre à cinq pustules blanches aplaties et irrégulières, ainsi que quelques ulcérations superficielles. Les gencives sont violacées, gonflées et infiltrées d'un sang noirâtre. Les dents sont solides dans leurs alvéoles.

La muqueuse de la voûte palatine dans ses deux tiers antérieurs est convertie en un détritus noirâtre fétide, de peu de consistance. Les inégalités et les parties saillantes de cette membrane ainsi altérée n'ont pas permis de la mesurer.

Des deux côtés de la langue existent des pustules assez nombreuses et quelques ulcérations analogues à celles déjà décrites. La langue, rétractée, épaisse, présente à la pointe, sous les fuliginosités qui la recouvraient, trois plaques irrégulières, saillantes de près d'une ligne, noirâtres et molles, dues au gonflement et à la gangrène de la muqueuse dans ces points.

Le tiers postérieur de la voûte palatine est inégal, épaissi, alvéolé et complètement infiltré de pus. Il en est de même des amygdales des piliers et du voile du palais lui-même. Ce dernier a acquis 9 lignes d'épaisseur, et laisse voir à la section les faisceaux musculaires pâles, mais distincts, disséminés au milieu d'un détritus purulent. La face antérieure, ainsi que la face postérieure du voile du palais est inégale, mamelonnée, et présente beaucoup de pustules blanches irrégulières, dont un certain nombres sont ouvertes et remplacées par des ulcérations. Quelques petits foyers purulens existent au milieu du voile du palais.

PHARYNX. Sur ses parties latérales, à la base de la langue, ainsi que sur les côtés de l'épiglotte, la muqueuse est mamelonnée, rugueuse. Toutes ces inégalités ne sont pas des pustules, il y a probablement là un état phlegmasique de cette membrane. A côté sont de véritables pustules et quelques ulcérations seulement.

Trois pustules existent à la face supérieure de l'épiglotte, une seule à sa circonférence.

LARYNX. Après avoir enlevé une couche purulente qui couvre toute sa face interne, on trouve cinq à six pustules aplaties dans chacun des ventricules latéraux, et de chaque côté sur les parties latérales au-dessous des cordes vocales inférieures existe une éruption confluente et disposée en plaques de ces mêmes pustules. Ce que nous appelons pustules dans la bouche, le pharynx et le larynx, est constitué par le soulèvement d'une membrane mince au-dessous de laquelle existe une petite quantité d'un pus blanc et semi-concrété. Ces élevures sont en général aplaties et de formes irrégulières. Deux existent sur le replis aryteno-épiglottique gauche. Le reste du larynx présente seulement, ainsi que la trachée, un pointillé rouge assez vif.

BRONCHES. La muqueuse y présente une injection rouge, intense, pointillée, spécialement dans les grosses. Les petites paraissent d'un rouge uniforme; elles sont probablement injectées par transsudation, toutes sont remplies d'un mucus purulent blanchâtre. La consistance de la muqueuse est normale; quelques cerceaux cartilagineux sont partiellement ossifiés.

POUMON DROIT. Il n'existe aucune adhérence entre les deux feuillets des plèvres. Au sommet du lobe postérieur existent quelques granulations grises, ainsi que plusieurs petites masses noirâtres, indurées, résistantes, présentant à la section quelques points blancs que M. Andral considère comme tuberculeux. A la partie externe du lobe moyen, près de la surface du poumon, existe une masse du volume d'une petite noix, résistante, inégale, et présentant à la coupe une teinte marbrée de gris-verdâtre, de points rosés et de points blancs tuberculeux. La moitié postérieure à peu près du lobe inférieur est fortement gorgée de sang rouge à la section moins crépitante, plus dense qu'à l'état normal. Au milieu de cette altération, et spécialement à la partie postérieure, soit près, soit à quelque distance de la surface, se trouvent quelques lobules hépatisés, rouges, à texture grenue, et friables; ils sont limités et de grandeur variable. On distingue seulement trois à quatre points hépatisés au troisième degré, infiltrés de pus, d'un blanc jaunâtre, et ramollis; ils sont moins grands que les premiers; tous ces noyaux hépatisés avaient pu être perçus par le palper avant la section du poumon.

POUMON GAUCHE. Des adhérences celluleuses fortes unissent la base de ce poumon au diaphragme; il en est de même à la partie inférieure de sa face postérieure. Sous la plèvre de ce côté existent quelques pétéchies; ce sont de petites taches ecchymosiques, violacées et peu étendues, siégeant dans le tissu sous-pleural; elles sont petites et irrégulièrement disséminées. Trois seulement avaient été notées à la face postérieure du poumon gauche. A la partie postérieure des deux lobes de ce poumon existe une pneumonie lobulaire présentant les mêmes caractères que celle du côté opposé; seulement les points hépatisés rouges sont plus nombreux et plus étendus; cinq à six points lobulaires isolés et circonscrits présentent une hépatisation grise; ils sont près de la face postérieure. On trouve aussi disséminées dans toute l'étendue de ce poumon les granulations grises dont j'ai déjà parlé; elles sont peu nombreuses, et entourées dans quelques points d'une induration grise semi-transparente peu étendue. A la face externe du lobe supérieur de ce poumon, un peu au-dessous du som-

---

sur l'édition de René Moreau, publiée à Paris en 1625. A une époque où Scarron avait mis le burlesque à la mode, un médecin de Paris, nommé Martin, se prit à exercer sa verve facétieuse sur le texte de l'Ecole de Salerne; sa traduction est placée sous les auspices de Scarron lui-même, que l'auteur appelle le prince des poètes burlesques, et dédiée à Gui-Patin, le malicieux vexateur des antimoniophiles. Or, aucuns prétendent que le susdit Martin n'est autre que Gui-Patin lui-même, et tel passage est assez chargé de sarcasme et de gaîté pour que l'on ne soit pas éloigné de lui en faire honneur ou querelle. Du Four de la Crespilière, dont la traduction est mentionnée dans l'article du DICT. DES SC. MÉDICALES, a publié *quelques textes de l'Ecole de Salerne* dans un volume qui n'a rien de sérieux et qui n'est autre chose qu'un recueil d'épigrammes des poètes latins; mais il a fait en outre un commentaire en vers français sur l'Ecole de Salerne à laquelle il assigné 452 vers; c'est ce nombre qui est adopté dans une édition de 1777 que nous avons sous les yeux, et dont la traduction, prolixe et lâche, est dédiée au médecin Du Perron.

La forme aphoristique de l'ouvrage n'exigeait, entre les maximes qui le composent, aucune liaison méthodique; on découvre cependant un certain ordre dans l'ensemble de ces préceptes agglomérés en des vers sibyllins. Quelques axiomes généraux sur l'entretien de la santé servent de frontispice à ce monument d'une hygiène encombrée d'erreurs et de naïvetés traditionnelles. Cette qualification serait plus que sévère, si les détails laconiquement formulés dans la suite de l'ouvrage répondaient au début que tout le monde sait par cœur:

Si vis incolumem, si vis te reddere sanum,
Parce mero, cœnatu parum, etc.

La médecine sans médecin n'est pas une invention moderne, les maîtres de Salerne apprennent au lecteur l'art de s'en passer:

Si tibi deficiant medici, medici tibi fiant
Haec tria: mens hilaris, requies moderata, diæta.

Les conditions d'une atmosphère salubre, les avantages de la propreté, sont indiqués plutôt qu'exposés. Les règles relatives aux boissons, aux alimens, aux assaisonnemens, les propriétés alimentaires, curatives ou prophylactiques d'une foule de plantes, sont ensuite l'objet d'un grand nombre de stances, et absorbent presque la moitié du texte. C'est dans cette partie du livre que surabondent les erreurs grossières qui tiennent aux opinions du temps; c'est là que des faits pathologiques mal signalés font naître d'absurdes interprétations, et provoquent les conseils de la plus étrange thérapeutique. Ce serait perdre notre temps et celui du lecteur que d'analyser cet indigeste fatras d'hygiène et de médecine amalgamées. Cicéron a dit des philosophes qu'il n'est si grande absurdité qui n'ait été soutenue par eux à grands frais de logique; qu'aurait-il dit des médecins en voyant une école célèbre résumer sa sagesse et son expérience en de pareils axiomes? Après ce petit traité de diététique, le lecteur passe à l'hygiène de quelques organes; quelques maux qui affectent la tête, les yeux, les oreilles, la poitrine, sont examinés dans leur étiologie et fournissent à des préceptes thérapeutiques. Vient ensuite une sorte de dissertation versifiée sur les tempéramens,

met, existe une cavité anfractueuse, du volume d'une grosse noix; sa paroi externe est formée par la plèvre; les autres le sont par les débris du tissu pulmonaire que l'on voit flotter dans l'eau quand on en verse dessus. Elle est remplie de pus. Une autre cavité semblable, mais moitié moins grande, existe au-dessus et un peu au-devant de la première.

Cœur. Il est bien développé; peut-être un peu volumineux.

Le ventricule droit est rempli de caillots fibrineux jaunes, résistans, enchevêtrés dans les colonnes charnues, et se prolongeant dans l'oreillette droite qu'ils remplissent; ils s'étendent aussi dans l'artère pulmonaire et ses principales subdivisions.

Le ventricule gauche contient quelques grumeaux de sang noirâtre. Un petit caillot décoloré existe dans l'oreillette.

L'aorte contient un caillot mince, en partie rouge, en partie décoloré, en général mou; il s'étend jusqu'à sa bifurcation.

La veine-porte et les deux veines caves sont remplies d'un sang en partie liquide, en partie grumeleux.

Les deux veines iliaque et crurale, ainsi que les deux saphènes internes, contiennent avec une petite quantité de sang liquide un caillot fibrineux dans quelques points, rougeâtre et mou dans le plus grand nombre; il remplit presque complètement ces vaisseaux.

Il n'existe aucune trace de pus dans les vaisseaux ou les caillots.

Système lymphatique. Les ganglions de l'abdomen, de la poitrine et de la région inguinale ne présentent aucune altération. De chaque côté de l'angle inférieur de la mâchoire existent trois à quatre ganglions développés, du volume d'un petit haricot. Ils sont rouges et ne présentent aucune induration, aucun ramollissement, ni aucune trace de pus.

Les vaisseaux lymphatiques ne m'ont paru présenter aucun développement anormal.

Le foie est sain; la rate, bien développée, longue de quatre pouces et demi, montre à la section un mélange de couleur rouge foncée et plus claire. Ces couleurs sont entremêlées et irrégulièrement disposées. Sa consistance est la même partout, c'est-à-dire bonne.

Reins. Le rein droit présente supérieurement près de la surface, dans une étendue de quatre lignes de diamètre, une coloration jaune, et une teinture grenue qui le fait ressembler dans ce point à la matière tuberculeuse; c'est une néphrite purulente partielle et bien limitée. Le reste de cet organe est sain. Le rein gauche présente à sa partie postérieure une altération semblable à la précédente, mais dans une étendue de deux lignes seulement.

Les organes génito-urinaires ne présentent aucune altération; il n'existe pas d'abcès dans les testicules.

Appareil digestif. L'estomac présente une teinte rosée générale. A la grande courbure existe une injection rouge, pointillée, beaucoup plus vive; le sang paraît infiltrer la muqueuse. On observe également dans ce point quelques petites ecchymoses de cette membrane. L'orifice pylorique présente une forte injection vineuse.

Dans toute l'étendue des intestins grêles, sauf dans quelques points où la coloration est normale, la muqueuse présente partout une injection veineuse intense qui rappelle celle de l'intestin des cholériques. Cette membrane est d'un rouge violacé. Les veines qui y rampent sont gorgées d'un sang noir. Enfin dans plusieurs points existent des ecchymoses violacées en général de peu d'étendue. Dix plaques de Payer sont visibles et présentent un pointillé noir. Les follicules isolés ne sont pas développés. La consistance de la muqueuse est partout normale. Un liquide muqueuo-bilieux, jaune, épais, remplit les intestins grêles et les gros intestins. Le cœcum et le colon présentent une injection violacée, beaucoup moins intense, et qui n'est pas accompagnée d'ecchymoses. Le mésentère et le péritoine sont à l'état sain.

Crane. Les sinus de la dure-mère sont gorgés de sang noirâtre et liquide. La grande cavité de l'arachnoïde ne contient pas de sérosité; la pie mère médiocrement injectée n'adhère pas à la substance cérébrale. Cette dernière est saine partout, et a sa coloration normale. Une demi cuillerée de sérosité transparente à peu près existe dans chaque ventricule latéral. Les parties centrales sont saines. La moelle n'a pas été ouverte.

Articulations. Toutes ont été ouvertes et aucune ne présentait de liquide pathologique.

De nombreuses incisions faites partout ont permis de constater l'existence de huit abcès musculaires; j'ai déjà parlé de leur siége; j'ajouterai seulement que quelques-uns, et parmi eux celui de l'avant-bras droit, contenaient à peu près deux verres de pus.

Dans les uns (deux) on trouva un pus bien lié. Dans deux autres, parmi lesquels était celui du bras droit, le pus était jaunâtre, très épais, très consistant. Dans les quatre autres existait un mélange de pus et de sang, en partie liquide, en partie coagulé. Dans l'abcès le plus inférieur de l'avant-bras gauche (situé près du poignet) une section transversale d'un muscle montre le pus infiltrant le tissu musculaire sans être encore rassemblé en foyer. Un seul des abcès a été disséqué; on a trouvé que ses parois étaient constituées par un tissu musculaire ramolli, en partie rouge, en partie infiltré de pus et dont les lambeaux flottaient dans quelques points au milieu du liquide contenu dans l'abcès. Le manque de temps n'a pas permis de pratiquer la dissection des autres.

Dans un des prochains numéros de la Gazette médicale, je donnerai le résultat des expériences relatives à l'inoculation. Qu'il me suffise de dire pour l'instant que le pus des abcès des pustules et du flux nasal a été inoculé le 1er février à une ânesse de six mois bien portante. Cette opération a été faite par M. Leblanc dans son établissement. Cet animal n'a pas encore succombé, mais il présente déjà un écoulement purulent par le nez et une tuméfaction des ganglions du cou.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

I. LONDON MEDICAL GAZETTE.

Les cahiers des mois de novembre et décembre de l'année dernière contiennent les articles originaux suivans : 1° *Cas de hernie mésentérique étranglée*; par M. Robert Bauking; 2° *Du traitement de l'ophthalmie des nouveaux nés à l'infirmerie de Glascow*; par M. Wood, chirurgien de cet établissement; 3° *Deux cas d'anévrisme de l'aorte*; par M. Hugues; 4° *Gangrène spontanée des pieds; amputation des deux jambes; guérison*; par M. Luke, chirurgien à London hospital; 5° *Traitement du prolapsus utérin, à l'aide de la pression externe*; par M. J. Gray; 6° *De l'hémorragie utérine*; par M. Robert Hull; 7° *Ascite guérie à l'aide de l'acupuncture*; par M. Campbell; 8° *Usage de l'huile contre la colique des peintres*; par M. Brigsby; 9° *Irritation des glandes mammaires*; par M. Thompson; 10° *Des luxations de l'épaule*; par M. Lawrence; 11° *Cas de gangrène phagédénique*; par le même; il s'agit de chancres ayant la forme gangréneuse; 12° *Grenouillette guérie à l'aide du poivre de Cayenne*; par M. Harrisson; 13° *Faits cliniques*; par M. Burns, médecin de l'hôpital de Westminster; 14° *Affection maligne de la langue, traitée avec succès à l'aide de la ligature*; par M. Arnott, chirurgien à l'hôpital Middlesex; 15° *Plusieurs cas de maladie spasmodique, accompagnée d'affection du péricarde*; par M. Bright; 16° *De quelques maladies des papilles du derme*; par M. Paget; 17° *Rapport sur le scorbut*; par M. Murrey, médecin principal de la marine; 18° *Différentes formes d'ossifications*

---

sur les quatre humeurs qui les constituent, sur le mélange ou l'excès de ces élémens individuels, sur les caractères qui les différencient, sur les soins hygiéniques qu'ils sollicitent, etc. Enfin, quelques vers sur les effets prophylactiques de la saignée et les précautions qu'elle nécessite après coup, terminent le recueil. Ce qui frappe le plus, ce sont moins les aberrations médicales, les hérésies hygiéniques dont l'ouvrage fourmille, que la singulière idée que les médecins de Salerne paraissaient se former des lésions traumatiques. Quoi de plus naturel que d'aviser par des moyens d'action directe, à la guérison d'un désordre mécanique? Voici pourtant comment l'Ecole sicilienne songeait à remédier à ce genre de lésions : si quelque éclat d'os est engagé dans un tissu, l'usage de la figue unie au pavot suffit à l'extraire :

Pectus lenificat ficus, etc......
....
Junge papaver ei, confracta foris trahit ossa.

Nous avons cité les vers qui indiquent comme remède contre la fistule un mélange d'orpiment, de soufre, de chaux et de savon. Quant aux hernies,

Enula campana reddit præcordia sana.
Cum succo rutæ, succus si sumitur iste,
Affirmant ruptis quod prosit potio talis.

L'imitateur de Scarron, dont nous avons mentionné la traduction, n'était sans doute pas très convaincu des mirifiques vertus de l'aunée, quand il rendit ainsi les vers précédens :

Qu'est-ce qu'Enula campana?
C'est herbe qui d'autre nom n'a,
Demandez-le à un herboriste,
A un drogueur, à un chymiste,
Et s'il vous dit quelque autre mot,
Je payerai pinte et fagot.
Tant il y a qu'Enule campane
Est fort bonne dans la ptisane,
Rend foie, rate et le cœur sain;
Même elle sert de médecin,
A ceux qui ont quelque rupture,
Si avec rue on fait la cure.

Mais dans la science comme dans l'histoire il serait fort injuste d'apprécier les travaux des siècles antérieurs avec les connaissances et les idées d'aujourd'hui. Il serait commode de se placer dans la perspective des progrès accomplis depuis cinq ou six siècles, pour railler jusqu'à satiété les efforts et les tâtonnemens de nos lointains devanciers. Nous l'avons dit en commençant, l'ouvrage des médecins de Salerne est un document historique, non une source à consulter pour le travail actuel de la science. Etudié dans son esprit, il laisse entrevoir les influences hétérogènes qui ont agi sur cette Ecole célèbre et nous la montre, jusque dans ses plus grossières erreurs, le continuateur des époques antérieures, l'héritier des richesses et des misères bigarrées des écoles médicales du passé. Un lambeau de galénisme cousu aux oripeaux de la thérapeutique arabe, les dictons de la sagesse antique et les échos accrédités des supersti-

du cœur; par M. C.-B. Willams; 19° *Hydropisie de la matrice;* par M. Reid; 20° *Hernie étranglée, réduite à l'aide du procédé de M. O'Beirn;* par M. G. Wilson, chirurgien à l'hôpital Bristol; 21° *Effets nuisibles de la lactation trop prolongée;* par M. Ashwell; 22° *Des tumeurs enkystées des os;* par M. Hawkins.

CAS REMARQUABLE DE HERNIE MÉSENTÉRIQUE ÉTRANGLÉE, SANS TUMEUR EXTÉRIEURE; par M. M. ROBERT BANKING.

OBS. — Un homme âgé de soixante-six ans, robuste, habituellement bien portant, n'avait été malade qu'une seule fois en sa vie; il avait eu une entérite il y a neuf ans, et dont il avait guéri. S'occupant d'agriculture, il faisait journellement beaucoup d'exercice corporel.

Le 24 juillet 1838, il fait un grand effort pour relever de terre, avec une main, un lourd panier; il n'a rien ressenti pour le moment; mais une heure après, il vomit; ensuite il accuse un mal d'entrailles; vers le soir de la même journée, il vomit de nouveau; la nuit a été bonne; le lendemain il semble mieux; pas de garde-robes; bientôt les vomissemens et le malaise reparaissent, hoquet, tuméfaction abdominale, sans douleur, langue blanche, pouls petit et mou, physiomie gaie; on donne un purgatif qui n'agit pas. On explore attentivement l'abdomen, on ne trouve aucune trace de hernie; on caractérise le mal pour une irritation intestinale. L'état du malade empire; abdomen tuméfié et légèrement douloureux à la pression; les vomissemens prennent le caractère stercoral; sueurs gluantes, pouls faible, adynamie, mort le 28, c'est-à-dire le quatrième jour après le début des accidens.

NÉCROPSIE 42 heures après. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve une infiltration d'air dans le tissu sous-péritonéal du foie; cet organe est sain d'ailleurs : vésicule biliaire distendue par de la bile noire et filante. Estomac de volume naturel; ses membranes sont ramollies et de couleur noire; ses vaisseaux très injectés. Le sac péritonéal contient une demi-pinte de sérosité noire. Mésentère excessivement mou, au point qu'en se soulevant il ne peut soutenir l'intestin et se déchire. En suivant le tube intestinal, on trouve vers le tiers inférieur de l'iléum un étranglement complet : un examen attentif fait connaître sur ce point que le mésentere est séparé de son attache à la face inférieure de l'intestin, dans l'étendue d'un pouce et demi. Cette brèche est un peu rétrécie par la portion correspondante de l'intestin, qui est retournée sur elle-même, de manière à la convertir en 8. A travers la plus plus petite de ces ouvertures, se trouve une anse intestinale, de six pouces de long, fortement étranglée. Cet étranglement est si complet que l'air ne peut y passer. Il y avait donc deux étranglemens, l'un formé par la petite anse intestinale, disposée en 8, l'autre par la portion qui passait à travers l'une des ouvertures de ce chiffre. Les bords de la lacération mésentérique sont lisses et n'offrent aucune trace d'épanchement de sang. Au-dessous de ce point l'intestin est fort contracté et vide. Le reste de l'organisme n'offre rien de remarquable. Deux figures accompagnent la description ci-dessus.

Il serait presque impossible de se rendre un compte satisfaisant du mode de formation de la déchirure du mésentère dans ce cas. Scarpa et sir A. Cooper ont, il est vrai, rapporté des cas d'étranglement herniaire par l'action de brides mésentériques; mais aucun de ces cas n'est comparable à celui dont on vient de lire les détails. Comment concevoir le ramollissement extrême du mésentère chez un homme robuste et bien portant? Il est probable que ce ramollissement est plutôt l'effet que la cause de la maladie. Ce qui a dû singulièrement désorienter le diagnostic dans le début de l'accident, c'était l'absence de tumeur herniaire et de signes de gastro-entérite, ou de toute autre maladie inflammatoire. La seule constipation et les vomissemens étaient les deux symptômes qui ont dû appeler l'attention du chirurgien; mais ils n'autorisaient pas à dire dès le commencement qu'ils dépendaient d'un étranglement interne. Du moment, cependant, que les matières vomies ont présenté le caractère stercoral, il ne pouvait plus rester de doute sur la nature de la maladie. Quoi faire cependant? Aucune donnée sur le lieu précis de l'étranglement n'existait pour autoriser une opération quelconque; tout ce qu'on pourrait faire, si des cas analogues se présentaient, serait l'insufflation d'air par le rectum et l'usage interne et externe de la belladone; ou bien l'aspiration d'après le procédé de M. O'Beirn; mais on conçoit combien peu on doit compter sur l'efficacité de pareils remèdes, alors que l'étranglement offre les conditions matérielles dont nous venons de parler.

DU TRAITEMENT DE L'OPHTHALMIE PURULENTE DES ENFANS A L'INFIRMERIE DE GLASCOW; par M. WOOD, chirurgien de cet établissement.

Malgré tout ce qu'on a pu dire et faire concernant l'ophthalmie purulente des nouveaux nés (ophthalmia neonatorum), cette maladie ne laisse pas d'être formidable et de faire d'innombrables victimes : il est reconnu en effet que le plus grand nombre de cécités incurables et des tumeurs oculaires graves (staphylomes) qui se déclarent dès l'enfance tiennent à l'ophthalmie purulente. On n'ignore pas d'ailleurs que ce fléau règne souvent épidémiquement, à la campagne comme dans les grandes villes, surtout dans les établissemens où sont réunis en grand nombre des enfans en bas-âge. On l'a plusieurs fois observée à la Maternité de Paris. En 1832, elle a fait des ravages affreux dans l'hospice des orphelins du choléra; sur 300 enfans que contenait cet établissement 299 en ont été atteints (REV. MÉD., 1832, t. I, p. 492). En 1835 on l'a vue sévir également dans l'hospice des incurables (ibid., 1835, t. III, p. 458); et il ne se passe guère d'année que les journaux ne nous entretiennent du même fléau sur différentes localités de France et de l'étranger. Au dire de M. Wood, la maladie en question serait la plus fréquente de toutes à l'infirmerie de Glascow.

Un premier fait important à noter dans cette affection, c'est, dit l'auteur, son mode de déclaration; mode constant, toujours le même, qu'on méconnaît malheureusement assez souvent, et sur lequel pourtant l'art peut agir avec une grande puissance et conjurer l'orage imminent. Cette déclaration consiste dans une légère rougeur de la face interne de la paupière inférieure (vascularité conjonctivale); à cela se joint bientôt un léger écoulement muqueux qui colle les paupières, puis du gonflement, etc. Communément on ne s'aperçoit de l'existence du mal que quand l'écoulement paraît ou que les paupières se boursoufflent; mais alors le travail destructeur est déjà menaçant le plus souvent, et l'on n'est pas toujours averti assez tôt pour l'arrêter. On sait en effet avec quelle rapidité l'hyperphlogose se répand chez les enfans de la conjonctive aux membranes intérieures de l'œil, etc. On avait pensé jusqu'à ces derniers temps que l'enfant ne contractait la maladie qu'en venant au monde, ou pendant le passage de sa tête à travers un vagin affecté de gonorrhée ou de fleurs blanches. Scarpa a adopté cette opinion sans exclure pourtant l'intervention d'autres causes. Sans doute que l'inoculation est possible dans ces circirconstances, puisque M. Kennedy, auteur d'un excellent travail à ce sujet, et qui regarde cette ophthalmie comme de nature catarrhale en général, en cite quatre exemples dont l'essence était gonorrhéique et contractée par inoculation vaginale; mais il est reconnu aujourd'hui que ce mode de développement est fort rare, et qu'il ne peut être regardé que

---

tions populaires, voilà ce que déroule le testament médical de Salerne. L'école grecque ne laisse pas de se réfléchir sur quelques pages, et le lecteur s'arrête complaisamment à quelques axiomes de salubre hygiène, à quelques préceptes fondés sur une judicieuse observation, que n'eût point désavoués la calme sagacité d'Hippocrate. On est moins étonné des erreurs qui remplissent ce recueil et qui appartiennent à l'époque de sa composition que de l'opinion qui s'en est maintenue jusque dans le siècle dernier. « La réputation du petit ouvrage intitulé L'ECOLE DE SALERNE est si bien établie qu'il serait inutile d'en recommander l'utilité... Bien des gens les citent (ces vers) dans l'occasion comme des vérités généralement reconnues depuis longtemps. » Cette appréciation est d'un traducteur du dernier siècle. Quel auteur d'hygiène n'a cité L'ECOLE DE SALERNE comme une grave autorité? Qui ne s'est prévalu de quelques hexamètres ou d'un hémistiche emprunté à ce livre, pour la plus grande gloire de son érudition? Il est temps peut être de faire un nouveau dépouillement des archives de notre science, de soumettre au creuset d'une critique retrospective les titres réels de tant d'autorités problematiques qu'invoquent journellement tant de plumes citatrices à mauvais escient. Jadis Hippocrate disait, avec une sorte de défiance envers ses successeurs : « La vie est courte, l'art difficile, etc. » Depuis que ce sombre oracle a été rendu, bien des vies se sont épuisées au service de l'art, et il n'est pas moins difficile qu'au temps d'Hippocrate, et l'on pourrait ajouter à son aphorisme foudroyant : « Fausses autorités, livres mal lus ou sans aloi, citations automatiques. »

M. L.

— Une lettre de la Guadeloupe, de la fin de novembre, rappelle en ces termes les ravages que les dernières maladies ont exercés dans cette colonie :

« Nous avons eu la fièvre jaune, le typhus, les fièvres typhoïdes, à la Pointe-à-Pitre et à la Basse-Terre. Presque tous les Européens arrivant dans la colonie mouraient au bout de quelques jours. La plupart des gendarmes envoyés de France, il y a trois ans, ont succombé.

» Les troupes de nos diverses garnisons ont surtout beaucoup souffert, et se trouvent à peu près réduites à un nombre insignifiant. Quatre hommes seulement ont survécu dans une compagnie d'artillerie. L'épidémie a sévi avec violence sur les curés des diverses paroisses. Ceux de la Basse-Terre, de la Grande-Terre et de la Pointe-à-Pitre ont péri.

« Les médecins ont échappé presque seuls au fléau qu'ils combattaient avec le plus honorable dévoûment. L'île de Marie-Galante, qui jusqu'à présent avait été épargnée par des maladies épidémiques, à l'époque même des plus fortes invasions, a payé son tribut au fléau; c'est sur les enfans surtout qu'il a frappé. »

— COURS D'ÉTUDES ANATOMIQUES, par M. PH. RICAUD, prosecteur de la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien du bureau central, etc.; tome 1er; in-8°, 172 pages. Paris, 1839.

Au bureau du Dictionnaire des études médicales pratiques, rue Pavée-Saint-André, 12.

comme exceptionnel. Un grand nombre d'enfans naissent de mères infectes sans contracter la maladie, tandis que d'autres en sont attaqués sans que le vagin qu'ils ont traversé fût malade. D'ailleurs, plusieurs semaines ou mois s'écoulent souvent depuis la naissance avant que l'ophthalmie se manifeste, circonstance qui ne s'accorde guère avec l'idée de l'inoculation.

Dans une foule d'écrits publiés depuis une dizaine d'années sur cette maladie, par Lawrence, Mackenzie, Middlemore, etc., et dans ceux plus récens de MM. Kennedy et Ireland, on s'accorde à la regarder comme une affection catarrhale, c'est-à-dire dépendant de l'influence d'un état particulier de l'atmosphère sur la muqueuse oculaire. Il est impossible effectivement de penser autrement pour peu qu'on l'ait observée soi-même. Comment expliquer sans cela que le mal règne parfois épidémiquement? Mais quelle est la condition matérielle de l'atmosphère ainsi modifiée? Nous l'ignorons. Tout ce qu'on peut dire, c'est que le plus souvent la maladie ne s'est déclarée que dans des localités malsaines, mal aérées, malpropres, et sur des sujets dont les mères négligeaient les soins de propreté. Mais ce serait une grave erreur de ne l'attribuer qu'à ces dernières conditions uniquement, puisque nous ne voyons pas toujours la maladie quand ces seules conditions existent. Ajoutons que durant le règne de cette épidémie des affections catarrhales diverses ont été observées soit sur des enfans soit sur des adultes. Il y a plus d'un demi-siècle qu'on a démontré que l'usage de porter les enfans à l'église et de les baptiser avec de l'eau froide, en exposant leur tête et leur cou à l'air froid des chapelles, était une véritable calamité pour leur santé, et en particulier pour leurs yeux, qui sont souvent frappés de cette terrible maladie le lendemain de la cérémonie. Beaucoup de dissertations ont été écrites à ce sujet dans le siècle dernier.

D'autres causes irritantes locales cependant peuvent produire la même affection. M. Ireland l'a vue survenir par suite d'une goutte d'alcool tombée sur l'œil au moment où la sage-femme lavait l'enfant nouveau né. (THE AMER. JOUR. OF THE MED. SC., 1836, p. 234.)

D'autres ont cité l'action trop vive de la lumière, de la chaleur artificielle, des langes, etc.

On a agité la question de savoir si cette ophthalmie était contagieuse. Scarpa, Mackenzie et plusieurs autres ont répondu affirmativement. Aujourd'hui cependant que le mal est regardé comme de nature catarrhale, nous ne pouvons plus admettre la contagion que comme une exception. Il ne faut pas oublier néanmoins qu'une maladie peut être épidémique ou miasmatique comme celle-ci, sans être nécessairement contagieuse.

Se fondant sans doute sur ces considérations, M. Wood a cru pouvoir établir plusieurs variétés d'ophthalmie des nouveaux-nés: 1° gonorrhéique : elle est rare, mais la plus dangereuse; 2° leucorrhéique; assez fréquente, mais moins dangereuse; 3° catarrhale, la plus facile à guérir et la moins grave; 4° traumatique, ou par manque de propreté; mais comment distinguer entre elles ces quatre variétés au lit du malade? L'auteur prétend que la chose est facile, mais il ne dit pas comment.

Le traitement qu'on avait suivi jusqu'à ces derniers temps, et que plusieurs praticiens peu au courant des progrès récens de la thérapeutique suivent encore, diffère peu de celui de la conjonctivite essentielle : il est tout antiphlogistique, à l'exception de quelques lotions astringentes qu'on lui associe. M. Makenzie a insisté principalement sur les instillations fréquentes d'un collyre mercuriel (un grain de sublimé corrosif dans huit onces d'eau) et les lotions répétées de lait tiède. Demours comptait beaucoup sur les fomentations fortement opiacées (deux gros d'opium dans une pinte d'eau). Weller, comme plusieurs autres oculistes exclusifs, vous dit des merveilles des collyres de sulfate de zinc et d'acétate de plomb. M. Littel porte aux nues son collyre d'acide acétiques, etc. Ces remèdes guérissent quand Dieu le veut.

Dans une communication que MM. Kennedy et Ireland ont faite au dernier congrès scientifique qui a eu lieu à Dublin (1835), ils ont prouvé par une masse considérable de faits que l'ophthalmie des nouveaux-nés peut être jugulée et guérie constamment dans l'espace de deux ou trois jours, à l'aide du collyre suivant, dont on instille quelques gouttes entre les paupières, trois à quatre fois par jour :

Prenez : Nitrate d'argent....... 2 gros.
Eau de rose............ 1 once.
Dissolvez.

Cette dose, qui paraît énorme, tue en quelque sorte l'inflammation, en cautérisant la muqueuse. Le nitrate d'argent, d'ailleurs, qui est résorbé, paraît jouir d'une action antiphlogistique très remarquable. On conçoit qu'à chaque instillation il n'y a que fort peu de ee sel qui reste sur la conjonctive; le flux oculaire en entraîne la plus grande partie. Le remède peut y être porté à l'aide d'un petit pinceau mou et avec les précautions d'usage pour prévenir l'extroversion palpébrale (lagophthalme). Il est bien entendu que rien n'empêche de faire en même temps usage des moyens antiphlogistiques et de propreté connus.

M. Wood cependant est loin de conseiller une méthode constante. Il s'attache d'abord au traitement de la première période de l'ophthalmie et suit graduellement les phases de la maladie, auxquelles il adapte une médication d'énergie proportionnelle. Tant qu'il n'y a que rougeur et gonflement à un faible degré, il se contente de scarifier la conjonctive palpébrale avec une lancette et d'instiller souvent quelques gouttes d'un collyre de dix grains de nitrate d'argent dans une once d'eau. Si ce degré de la maladie existe depuis quelque temps, et qu'il semble passer vers l'état chronique, il l'attaque de préférence avec la pommade noire de Guthrie. Les vésicatoires derrière les oreilles lui paraissent utiles dans ce dernier cas. Comme lotion de propreté et capable d'arrêter l'écoulement abondant, on a adopté à l'infirmerie le collyre de sublimé ci-dessus indiqué qu'on emploie cinq ou six fois par jour. Le calomel intérieurement n'est jamais négligé. Si le mal est plus intense, on applique des sangsues répétées sur les paupières et l'on insiste davantage sur les collyres ci dessus. A l'aide de ce traitement, la maladie est constamment guérie en peu de jours, et pas un seul enfant ne perd la vue si, au moment de son entrée à l'infirmerie, la cornée n'est pas encore infiltrée. Dans ce dernier cas, on prescrit l'usage du collyre de sublimé pendant quelque temps, qui paraît le meilleur moyen pour éclaircir la cornée. L'auteur termine son travail par les détails de plusieurs faits qui confirment les données précédentes.

GANGRÈNE SPONTANÉE DES DEUX PIEDS; AMPUTATION DES DEUX JAMBES; GUÉRISON; par M. LUKE, chirurgien à London-Hospital.

Il s'agit de trois individus, âgés l'un de 30 ans, l'autre de 17, le troisième de 40 à 50, qui, à la suite d'une fièvre grave, ont chacun essuyé une gangrène aux deux pieds, laquelle a fini par se limiter aux environs des malléoles. Chez le dernier, le sphacèle était si complet que les deux pieds ont pu être enlevés par quelques coups de ciseaux sur les cordes tendineuses. M. Luke a amputé les deux jambes en une même séance chez chaque individu, à l'endroit d'élection : il a surtout mis une certaine importance à achever l'ablation très rapidement, afin de faire durer le moins possible la réaction traumatique sur l'organisme : en quatre minutes, les deux membres ont été tronquées. La première jambe coupée a été confiée à un autre chirurgien pour la panser, en attendant que l'opérateur ait agi sur la seconde. Les deux pansemens ont été achevés en quinze minutes. Tous les trois malades ont guéri.

Deux autres faits pareils se sont dernièrement passés dans les hôpitaux d'Amérique. Nous les mentionnons à dessein, car cet ensemble, joint aux observations de même espèce recueillies sur les champs de bataille, est propre à faire penser que l'amputation des deux membres à la fois est beaucoup moins grave que la plupart des auteurs ne le disent généralement.

TRAITEMENT DU PROLAPSUS UTÉRIN A L'AIDE DE LA PRESSION EXTERNE; par M. J. GRAY.

Il y a une sorte de prolapsus de la matrice, dont les auteurs ont à peine parlé, et que M. Gray a étudié d'une manière particulière : c'est la descente avec retroversion. on le prolapsus postérieur. Dans cette espèce de déplacement, l'utérus ne sort jamais de la vulve; son col est poussé en bas et en arrière sur le plancher périnéal; le museau de tanche est tourné vers le coccyx : la région ano-périnéale, ou le *périneum posticum* des anciens, le releveur de l'anus et le sphincter de cette ouverture se trouvent relâchés et élargis; et l'espace triangulaire qui existe entre le coccyx et les deux tubérosités ischiatiques constitue une sorte de bourse ou de cul-de-sac dans lequel l'utérus reste comme couché dans la direction de l'axe du détroit supérieur. Le prolapsus en question est fort fréquent, selon M. Gray, tant dans l'état de grossesse que dans celui de vacuité; on le confond ordinairement avec les fleurs blanches, le tenesme à l'anus, l'irritation vésicale, le lombago ou le mal de reins; il diffère du prolapsus ordinaire en ce que, dans ce dernier, le col descend dans la direction de l'axe du diamètre inférieur et sort directement par la vulve. Pour peu que les parois abdominales soient relâchées et que les parties ci-devant indiquées du périnée aient perdu de leur force, le prolapsus postérieur peut avoir lieu sous l'action du diaphragme durant les efforts de la défécation. Si la cloison recto-vaginale est également relâchée, le museau de tanche fait saillie en arrière dans le rectum : le toucher par cet intestin le fait aisément reconnaître. Par le vagin, le doigt est obligé de décrire une ligne très courbe en arrière pour rencontrer le museau de tanche, qui appuie fortement sur le rectum, au-dessus

de l'anus et contre le coccyx. L'espace qui existe entre le museau de tanche et la paroi postérieure du vagin paraît beaucoup plus large que dans l'état naturel. Indépendamment des symptômes du prolapsus ordinaire, il y en a dans celui-ci de particuliers: la pression du museau de tanche contre le rectum donne la sensation de la présence d'un corps étranger dans cet intestin; la malade éprouve, par conséquent, de fausses envies fréquentes d'aller à la garderobe et un tenesme continu fort incommode, tenesme dont les efforts ne font qu'augmenter incessamment le prolapsus. A ce symptôme s'en joint un autre, la leucorrhée, que des médecins inattentifs prennent pour syphilitique, squirrheuse ou dépendant d'un polype. J'ai vu, dit l'auteur, des cas de prolapsus postérieur, qu'on avait traités pour hémorroïdes internes, pour descente de l'anus, ou pour rétrécissement du rectum, et que j'ai fait disparaître en comprimant simplement le périnée à l'aide de l'appareil de M. Hull d'Amérique.

On conçoit que, dans cette espèce de prolapsus, non seulement les pessaires ne remplissent pas l'indication curative, mais encore augmentent l'état morbide, car ils repoussent davantage le col en arrière et agissent dans le sens même des causes du déplacement en exagerant le relachement du périnée, du vagin et de la cloison.

La compression permanente au périnée, qui soutient l'espace ano-périnéal à l'aide de l'appareil de M. Hull, dont la Gaz. Méd. a donné la description, ou de tout autre bandage analogue, combat directement la cause, et les parties reviennent petit à petit à leur état naturel. M. Gray pense que la même indication de comprimer le périnée existe dans le prolapsus antérieur et que les pessaires, quelle que soit leur forme et leur composition, sont plutôt nuisibles qu'utiles; c'est aussi l'opinion que nous avons exprimée en rendant compte de l'invention judicieuse de M. Hull.

Cette idée, déjà publiée par l'auteur, en Amérique, avec planches, et reproduite immédiatement par la Gaz. Méd., se trouve dans le domaine public, et peut être remplie par différens mécanismes faciles à concevoir. Cependant des spéculateurs ont cru pouvoir en faire dernièrement un sujet de brevet d'invention!

M. Gray termine son mémoire par des considérations intéressantes sur les causes générales et particulières des prolapsus de l'utérus. Il traite avec raison d'absurde l'opinion qui place la source de ces déplacemens dans le relâchement des ligamens de la matrice. Si vous coupez complètement ces ligamens sur un cadavre, l'utérus ne descend pas, il résiste même à vos tractions; c'est qu'il est retenu en place non par ces ligamens, mais par la résistance du vagin, du périnée et de la cloison recto-vaginale. Dans l'état normal, le plancher périnéal contrebalance l'action du diaphragme et des muscles abdominaux. A cette égalité d'action et de réaction se rattachent l'équilibre et la juxta-position des organes du ventre. Si cet équilibre est rompu, les viscères se déplacent; de là des hernies ou des descentes utérines.

La cause déterminante des prolapsus de la matrice est, comme on le voit, la même que celle des hernies en général, c'est-à-dire l'impulsion diaphragmatique, augmentée par la gravité des intestins, et la cause prédisposante, le relâchement, la faiblesse de différens tissus du plancher pubi-coccygien et du vagin. Cette idée, qui avait déjà été émise par l'un de nous (1832), n'était pas inconnue à Dupuytren, car nous avons vu ce grand praticien prescrire contre certains déplacemens de l'utérus une simple ceinture hypogastrique, et les malades s'en trouver parfaitement. La compression périnéale cependant paraît remplir plus exactement l'indication curative, quelle que soit l'espèce de prolapsus. Ainsi tombent complètement dorénavant toutes les idées ingénieuses émises à l'égard des pessaires.

ASCITE GUÉRIE A L'AIDE DE L'ACUPUNCTURE; par M. Campbell.

Nous avons fait connaître il y a quelque temps les résultats qu'on avait obtenus en Angleterre de l'acupuncture dans le traitement de l'hydropisie du testicule, des gaines des tendons et du sac péritonéal; voici un nouveau fait non moins remarquable:

Obs. — Une femme, âgée de 30 ans, de bonne constitution, était ascitique depuis trois semaines; une foule de remèdes, entre autres la scille et le calomel, avaient été administrés sans avantage; ce dernier médicament avait occasioné la salivation; l'usage des purgatifs hydragogues qu'on avait essayés en dernier lieu n'avait pas empêché la maladie de continuer à faire des progrès. Lorsque M. Campbell a été consulté, la femme éprouve une très grande gêne à la respiration; l'abdomen est énormément distendu : il a 53 pouces de circonférence à la hauteur de l'ombilic. M. Campbell l'a fait reposer pendant trois jours en lui supprimant toute espèce de médicament; ensuite (10 février 1838) il lui a enfoncé vingt fois dans le ventre une aiguille fine à coudre, ayant deux pouces et demi de long et étant fixée à un manche. Ces vingt ponctions ont été pratiquées à la paroi antérieure de l'abdomen; quelques-unes faites aux lombes n'ont pas réussi à cause de la contraction trop vive des muscles obliques qui entraînait l'aiguille dans une direction impropre.

Le lendemain, la malade se plaint de douleurs aux piqûres; la peau du ventre est distendue; pouls fébrile.

Le surlendemain, 12 février, la fièvre a disparu, la malade transpire : elle rend beaucoup d'urine; l'abdomen est œdémateux.

Le 14, amélioration progressive; l'abdomen mesuré donne 47 pouces; par conséquent il y a une diminution notable.

Le 17, le ventre continue à diminuer.

Le 20, la mesure ventrale donne 45 pouces.

Cet état reste stationnaire pendant trois jours; alors la scille et le calomel sont repris; l'amélioration fait des progrès.

Le 2 mars, la mesure ne marque que 36 pouces.

Guérison durable jusqu'à ce jour.

On ne peut, dit l'auteur, contester dans ce cas les bienfaits de l'acupuncture; car j'ai suspendu à dessein toute espèce de médicament depuis deux jours avant l'opération, et le mal faisait des progrès à vue d'œil, et à compter des ponctions le ventre a diminué de dix pouces dans l'espace de quatorze jours; cette diminution a commencé dès le lendemain même de l'opération. M. Campbell déduit de cette observation que non seulement l'acupuncture détermine l'extravasation du liquide dans le tissu extra-péritonéal, mais encore active l'absorption générale. L'œdème qui suit l'opération est un phénomène fort remarquable, auquel se rattache l'absorption qui se fait, comme on le voit, en dehors du sac hydropique, et par conséquent des tissus malades.

L'auteur croit que mieux vaut pratiquer en une seule séance un grand nombre de piqûres que d'y revenir en n'en faisant que peu à la fois, ainsi que l'avait établi M. King.

A chaque ponction l'aiguille était roulée doucement entre les doigts, et en la retirant il y avait toujours une gouttelette de liquide sur le point piqué. C'est le signe que l'opération a été bien faite.

DES LUXATIONS DE L'ÉPAULE; par M. Lawrence.

Dans ce travail, l'auteur s'occupe principalement du traitement des luxations anciennes. Il rapporte trois cas de luxations en bas existant depuis trois, quatre, huit semaines, et qu'il a réduites à l'aide de l'extension horizontale exercée avec les poulies; mais cette réduction n'a été qu'incomplète; il n'a pas osé pousser plus loin les extensions crainte d'accidens. A cette occasion, M. Lawrence rappelle les deux faits de M. Gibson d'Amérique dont la réduction forcée a occasioné la rupture de l'artère axillaire et la mort; un troisième cas pareil de M. Froriep; un quatrième de Pelletan, etc. Il termine son travail par les détails d'un cas de luxation de l'humérus en bas qui avait été jugée compliquée de fracture du col, à cause d'une crépitation manifeste qui existait lorsqu'on remuait les parties. Cette crépitation trompeuse dépend, selon M. Lawrence, du frottement à nu de la tête de l'os contre le bord correspondant de l'omoplate; il en a fait heureusement la réduction.

ANASARQUE RÉNAL CHRONIQUE, GUÉRI PAR LE BITARTRATE DE POTASSE; par le docteur Burns.

Obs. — Olivier, âgé de 29 ans, souffrit du froid au printemps 1837 et fut pris de douleurs aiguës dans les reins, avec toux violente, malaises généraux et gonflement des jambes. La toux disparut au bout de trois mois et une légère salivation ayant enlevé le gonflement, le malade se crut guéri.

Pendant l'automne de la même année, la douleur de la région rénale et le gonflement reparurent à la suite d'un froid; mais jusqu'alors le gonflement resta limité aux chevilles.

Le malade revint en janvier 1838, présentant un gonflement œdémateux des extrémités inférieures et du scrotum, mais, du reste, ayant conservé toute sa vigueur et son appétit, ne se plaignant réellement que de ce gonflement. Il était cependant maigre et pâle. Il était resté longtemps sur la Méditerranée comme matelot et n'avait jamais éprouvé d'autre indisposition que celle dont nous avons parlé.

Son urine était claire, verdâtre, bien acide et albumineuse.

Il avait pris pendant plus d'un mois, et sans aucun soulagement, des purgatifs et des diurétiques de diverses espèces, quand on lui prescrivit le bitartrate de potasse à la dose de deux gros par jour. Ce médicament exerça un effet immédiat sur les reins et on fut très surpris de voir disparaître le gonflement des extrémités inférieures et du scrotum. Le malade continua encore cette médication pendant quelque temps, et quitta l'hôpital sur sa demande, se croyant guéri.

L'anasarque revint à la fin de mars et le bitartrate de potasse le dissipa avec la même facilité que la première fois. Le malade assura qu'à chaque dose il constatait une diminution du gonflement.

En juin les mêmes accidens reparurent et furent combattus par les mêmes moyens.

En octobre (1838), le malade est encore en traitement pour la quatrième fois et éprouve le même bienfait du médicament; mais l'urine est toujours albumineuse, caractère qu'elle n'a pas perdu depuis la première attaque.

Le docteur Burns rapporte que, la première fois qu'il vit ce malade, il

pensa, en raison de la décoloration des tégumens, que l'anasarque dépendait chez lui d'une lésion du foie et peut-être du cœur, bien qu'aucun de ces organes n'offrît de signe certain d'altération. Il examina alors son urine et y constata une certaine quantité d'albumine, d'où il conclut que ce malade est atteint de la maladie granulense des reins arrivée à la troisième période. Il regarde seulement comme temporaire le soulagement obtenu par la disparition de l'œdème; la guérison de la maladie elle-même lui semblant au-dessus des ressources de l'art.

MUTITÉ; PERTE SUBITE ET RECOUVREMENT ÉGALEMENT SUBIT DE LA PAROLE; par le même.

L'observation suivante a été l'occasion d'une longue discussion dans une société médicale de Londres. Les uns attribuaient les phénomènes observés à la supercherie, les autres y voyaient un effet pathologique réel. Pour nous, nous sommes plutôt disposés à admettre cette dernière opinion.

Obs. — R... O'Connor, âgé de 35 ans, attaché à la police, fut admis à l'hôpital de Westminster le 28 octobre 1838 Quand je lui demandai ce qu'il avait, il ne fit pas de réponse, mais agitait la tête et, prenant une ardoise, il m'écrivit que la nuit dernière, pendant qu'il était à ses occupations, il avait soudain perdu la parole, quelques instans après qu'il avait conversé avec le surintendant et que, depuis ce moment, il était resté muet.

J'appris, en outre, que, trois ans auparavant, il avait éprouvé la même chose se trouvant à Paris, et qu'à cette occasion il était entré à l'Hôtel-Dieu, où il était resté dix jours avant de recouvrer la parole; que son état de mutité y avait excité beaucoup d'intérêt; qu'il avait été conduit dans l'amphithéâtre au milieu des élèves, et qu'on y avait fait une leçon clinique sur sa maladie.

L'examinant avec soin, je ne pus trouver chez ce malade aucun autre trouble fonctionnel que la perte de la parole et une constipation très opiniâtre, qui, au reste, lui est assez habituelle, et ce ne fut que de ce côté que je pus diriger mon attention. (Poudre de jalap composée, un dragme, à prendre aussitôt.)

Cette dose, n'ayant produit qu'un très léger effet sur les intestins, fut répétée le soir et le lendemain matin.

Le 1er novembre, le pharmacien jugea à propos de lui donner une potion purgative, qui agit avec énergie la nuit suivante; et, quatre heures après, dans la nuit du 2, O'Connor recouvra la parole aussi subitement qu'il l'avait perdue et s'exprima immédiatement avec la même facilité qu'à aucune autre époque de sa vie.

Ce cas, dit l'auteur, était véritablement une mutité accidentelle (*verba articulandi impotentia*) plutôt qu'une aphonie ou une perte de la voix, comme on en observe assez fréquemment des exemples à la suite du froid. Ce fait semble devoir être rapproché de ceux où l'on observe une mutité semblable chez certaines femmes, et surtout chez celles qui sont ou hystériques ou disposées à l'hystérie.

AFFECTION MALIGNE DE LA MOITIÉ DE LA BASE DE LA LANGUE, TRAITÉE AVEC SUCCÈS A L'AIDE DE LA LIGATURE; par M. ARNOTT, chirurgien à l'hôpital Middlesex.

Obs. — Une jeune personne, âgée de 15 ans, portait une tumeur du volume d'un œuf au côté droit de la base de la langue. Cette tumeur était solide, couleur pourpre, couverte de végétations et de vésicules. Elle existait depuis neuf ans. En origine, elle n'était qu'une petite grosseur de couleur bleue. Depuis trois mois elle était arrivée tout à coup au volume que nous venons d'indiquer. Plusieurs remèdes avaient été faits inutilement. Ne pouvant pas être comprise dans une ligature du côté de la bouche, M. Arnott a pratiqué une incision au cou, au-dessus de l'os hyoïde, est arrivé jusqu'à la base de la langue, a mis la tumeur à découvert et, à l'aide d'une aiguille courbe, a enfilé les limites de la grosseur avec deux ligatures, dont les quatre chefs ont été noués et laissés pendansdu côté de la plaie. Quatre ou cinq jours après, la partie était gangrenée, mais superficiellement; alors M. Arnott y a passé un fil d'argent par l'ouverture naturelle de la bouche; la tumeur y a été parfaitement étranglée et enlevée. Sa guérison a eu lieu, et aujourd'hui, cinquième mois après la cure, rien n'a démenti les bienfaits de l'opération.

Le procédé dont on vient de lire les détails offre ceci de particulier qu'il porte directement sur la tumeur sans attaquer la totalité de la langue. Il ne faut pas se dissimuler cependant qu'une pareille opération est par elle-même grave, moins par la plaie extérieure que par la phlogose réactionnelle, dont les suites peuvent être terribles.

HERNIE ÉTRANGLÉE GUÉRIE A L'AIDE DU PROCÉDÉ DE M. O'BEIRNE; par M. GRANT WILSON, chirurgien à l'hôpital Bristol.

Obs. — Un marin, âgé de 34 ans, robuste, offrait une hernie scrotale avec des symptômes graves d'étranglement aigu. M. Wilson a essayé inutilement le taxis; l'opération lui a paru urgente, mais avant il a cru devoir essayer l'ingénieux procédé de M. O'Beirne.

« J'ai pris, dit l'auteur, une sonde de gomme élastique, de la longueur de treize pouces, je l'ai enduite d'huile et glissée dans le rectum; elle y a passé en totalité et sans douleur; mais il n'en sortait pas de gaz. J'ai alors injecté, à l'aide d'une seringue, un quart de lavement à travers la même sonde, contenant deux cuillerées à soupe de sel de cuisine et une once d'huile. Ce lavement a été rendu à l'instant par la sonde; mais pas de changement dans la tumeur. Présumant que la sonde n'était pas assez longue, j'ai eu recours à une sonde œsophagienne, que j'ai poussée doucement aussi haut que possible; il en est entré dix-huit pouces. J'ai injecté un second lavement avec force: un débondement de gaz a eu lieu à l'instant et la tumeur s'est affaissée. La réduction a été faite après un troisième lavement, et les symptômes se sont dissipés. Le malade a guéri.

Le procédé de M. O'Beirne est vraiment ingénieux, et l'on devrait l'adopter généralement dans la pratique comme un dernier remède, avant d'en venir à l'opération sanglante; mais on aurait tort d'en abuser, ainsi que M. King l'a parfaitement démontré dans un travail dont nous avons dernièrement rendu compte (p. 76).

TRAITEMENT DES ENGORGEMENS MÉSENTÉRIQUES PAR L'IODURE DE FER; par le docteur GARLIK.

L'auteur dit avoir traité avec succès plusieurs cas d'engorgement des glandes mésentériques par l'iodure de fer; mais comme dans la médication qu'il employait il ne se bornait pas à ce médicament seulement, nous allons présenter ici une courte analyse de la première observation dans laquelle il dit avoir réussi.

Obs. — Le 23 juillet 1838, je fus consulté pour une petite fille âgée de six ans, qui, au rapport de sa mère, avait toujours été bien portante, quand, il y a quatre mois, elle perdit l'appétit, la gaîté de l'enfance, et était tantôt constipée et tantôt relâchée; et depuis ce temps, elle avait été continuellement en s'affaiblissant. Lorsque je la vis pour la première fois elle avait la diarrhée; ses selles étaient teintes par du sang; l'abdomen était tuméfié et douloureux à la pression; la peau était chaude, la langue sèche et rouge, les muscles flasques; il y avait une insomnie opiniâtre, des soubresauts pendant le sommeil; pas d'appétit.

Quelques doux laxatifs administrés à de courtes distances calmèrent les accidens les plus graves; mais le 2 août les mêmes accidens reparurent sous une forme plus grave encore, et furent calmés encore par les mêmes moyens.

Le 17 août, nouvelle rechute palliée de nouveau par les mêmes moyens. Enfin quand je vis l'enfant le 25 septembre rien ne pouvait suspendre la diarrhée; le pouls était à peine perceptible, anxiété, impossibilité de supporter le moindre mouvement; les yeux sont enfoncés; la figure couleur de plomb; les lèvres sèches; la langue et les gencives couvertes d'un enduit sec et luisant; abdomen douloureux, même à la plus légère pression; flaccidité de tout l'appareil musculaire (sulfate de potasse et rhubarbe en poudre, de chacun quatre grains à prendre tous les matins, et en outre, trois fois par jour, la mixture suivante:

Prenez: Iodure de fer........ 7 grains.
Sirop simple......... 2 dragmes.
Eau simple.......... 10 dragmes.
M. s A.

Le 27, le traitement a été suivi exactement; l'irritation intestinale est calmée; mais la malade n'est pas mieux sous les autres rapports. On continuera le même traitement, en ajoutant un demi-grain d'iodure de fer à chaque dose. On fera aussi chaque jour une friction sur tout l'abdomen avec la pommade iodurée.

Le 1er septembre. La malade est dans le même état; on a cessé les frictions qui avaient déterminé de l'irritation et la poudre; on s'est borné à donner la mixture.

Le 10, régularité des fonctions intestinales; l'abdomen est moins sensible à la pression; léger appétit.

Les jours suivans, l'amélioration se prononce de plus en plus; on continue l'iodure de fer jusqu'au premier octobre et avec tant de succès qu'aujourd'hui (28 novembre 1838) la petite malade est aussi bien portante qu'à aucune autre époque de sa vie.

DU TRAITEMENT DE L'IMPETIGO PAR LA BARDANE; par le même.

Le fait suivant a été rapporté sommairement par le docteur Graves dans une de ses leçons cliniques:

Obs. — J'ai donné dernièrement des soins à un jeune homme qui souffrait beaucoup d'une affection impetigineuse, compliquée de varices aux jambes. Les surfaces du tibia étaient couvertes des deux côtés d'ulcères, d'où exsudait une quantité considérable d'un fluide purulent et ichoreux, et, comme ses occupations l'obligeaient à se tenir constamment debout, il en résultait pour lui des douleurs et une fatigue continuelles. Je le traitai d'abord par les sangsues et les cataplasmes et ensuite par différentes applications astringentes, mais avec très peu de soulagement. L'écoulement que fournissaient les jambes res-

tait très abondant, et la chaleur, les démangeaisons et les douleurs n'avaient éprouvé aucune diminution. Pendant ce traitement, un de ses amis lui conseilla de prendre quatre ou cinq onces de racines de bardane (*arctium lappa*), et, après les avoir fait bouillir dans une pinte d'eau et réduire d'un quart, de boire cette décoction en plusieurs fois chaque jour : il le fit, et, dans l'espace de trois à quatre jours, il y eut une amélioration remarquable. Pensant que cet amendement pouvait être le résultat d'une autre cause, je lui fis suspendre la bardane pendant un petit nombre de jours, et aussitôt ses jambes recommencèrent à être plus mal. Il reprit son traitement et aujourd'hui il est bien rétabli. Je ne veux pas attacher à ce fait plus d'importance qu'il ne peut en avoir réellement ; mais il n'est pas douteux que, dans ce cas, la bardane n'ait agi d'une manière remarquable sur l'écoulement des matières ichoreuses, sur l'affection impetigineuse et même sur la santé générale du malade.

II. THE LANCET.

EFFETS DE L'INSPIRATION DU GAZ ACIDE CARBONIQUE; par M. COATHUPE.

La communication suivante nous semble propre à jeter un nouveau jour sur l'action de l'acide carbonique dans la respiration, ou au moins à provoquer de nouvelles recherches.

« Le 24 courant, dit l'auteur, je me renferme à minuit dans mon cabinet, qui a 16 pieds 6 pouces de long, 13 pieds 10 pouces de large, et 9 pieds 4 pouces de haut. Sa capacité est de 2,129, 82 pieds cubes. La cheminée était fermée avec des briques et du mortier. La fenêtre, très grande, ne laissait cependant pas pénétrer l'air du dehors. La porte avait 6 pieds 5 pouces de hauteur sur 2 pieds 10 pouces de largeur; elle fermait exactement sur le chambranle, mais laissait entre elle et le sol un vide d'environ un douzième de pouce; et comme le trou de la serrure était de grandeur ordinaire, on peut dire que la porte laissait par la sortie ou l'entrée de l'air du dehors un espace équivalent à une ouverture de 3 pouces de long sur 1 pouce de large. La température de la pièce était à 54 degrés Fahrenheit.

» L'appareil que j'employai pour mon expérience est le poêle de Harpe et Joyce; il avait 7 pouces de diamètre sur 16 de profondeur. Le cône renversé par lequel l'air pénétrait dans le poêle était percé de 12 trous ayant chacun un quart de pouce de diamètre. Le ventilateur du sommet, qui avait 4 pouces de diamètre, et était construit sur le principe d'une roue, resta constamment ouvert.

» Le charbon que j'employai était du charbon commun, et qui n'était pas récemment préparé; le poêle pouvait en contenir quatre livres (avoir du poids), ce qui exigeait deux heures de combustion avant que la vapeur aqueuse fût entièrement dissipée. Plusieurs fois, j'avais pesé le poêle, avec son contenu, immédiatement après que toute la vapeur aqueuse avait été enlevée, et de nouveau après un intervalle de trois ou quatre heures, et j'avais constaté que la consommation était environ d'une once par dix-huit minutes. Lorsqu'il était entièrement rempli de charbon ordinaire, la combustion durait de vingt à vingt-une heures lorsqu'on laissait la ventilation constamment libre.

» Le poêle ayant été rempli de charbon, je l'allumai à onze heures du soir, et le laissai hors de mon cabinet pendant une heure, au bout de laquelle je le plaçai à 7 pieds, en face d'un sofa, sur lequel je me couchai, et à la hauteur de ma tête. Le sofa avait 3 pieds de long et 2 pieds de haut, et conséquemment ma tête pouvait être à 8 pieds 6 pouces du poêle, et à 2 pieds 3 pouces environ au dessus du sol. A minuit, je fermai ma porte et m'enveloppai d'une robe de-chambre en laine très épaisse. A quatre heures du matin, j'éprouvai quelques légers vertiges qui étaient à peine sensibles, à moins que je ne cherchasse à faire quelques mouvemens sur mon coussin. Cet état augmenta jusqu'à cinq heures et demie, et fit alors place à une sensation ressemblant tout à fait à celle qu'éprouvent beaucoup de personnes lorsqu'elles sont en mer, savoir, des étourdissemens très forts, qui s'aggravent par le plus léger mouvement, quelques nausées, mais sans pouvoir vomir, une grande prostration des forces, et l'impossibilité absolue d'exécuter le moindre mouvement. Il y avait en même temps un pouls plus vif et rebondissant que je ressentais jusque dans le cerveau, comme si toutes les artères étaient simultanément distendues au plus haut point. La plus forte impulsion était accompagnée d'un frémissement particulier, semblable à celui qu'on produit en touchant légèrement une corde à boyau qui est tendue au point de rompre. J'éprouvais une céphalalgie d'une violence intolérable, et qui occupait surtout la région occipitale. Je ne ressentais aucun symptôme de suffocation, bien que j'eusse pu facilement me croire empoisonné. Il était évidemment bien temps que je songeasse à me retirer; aussi me laissai-je glisser du canapé pour me traîner auprès de la fenêtre voisine et l'ouvrir; mais la force me manqua; je retombai sur le canapé, et, en un instant, je fus couvert d'une sueur abondante. Au bout de quelques minutes, je renouvelai mes efforts pour ouvrir une autre croisée, et réussis avec peine. Je me traînai à l'aide des mains et des genoux sur le sofa, où je restai sans connaissance pendant quelque temps. Cependant l'air frais me rendit la sensibilité, et je retrouvai assez de force pour ouvrir la porte et traîner le poêle dans le passage voisin, puis me remis sur le canapé, où je restai pendant treize heures, éprouvant des souffrances inouïes. A sept heures du matin, ma femme entra dans mon cabinet où elle me trouva très mal, mais sans que je pusse lui en expliquer la cause. Elle m'engagea à prendre de la rhubarbe en poudre, le seul médicament qu'elle eût à sa disposition. Je fis signe d'assentiment et eus bien de la peine à trouver assez de force pour me soulever de manière à pouvoir avaler la poudre.

« Pendant la journée, à deux heures après midi, un de mes amis, le docteur Davys, vint par hasard me voir, et me prépara lui-même quelques prises d'une potion effervescente qui mit aussitôt la rhubarbe en action. A sept heures après-midi, je m'habillai et voulus, pendant que tous les faits étaient présens à ma mémoire, essayer de les écrire; mais le mal de tête me prit aussitôt, et je fus obligé de discontinuer. Le lendemain, à minuit, je me couchai sur le même sofa : toutes choses étaient dans le même état que la nuit précédente, à l'exception toutefois du poêle; j'y dormis très bien et me réveillai presque complètement rétabli.

» Si, en dix-huit minutes, le poêle consumait une once de charbon, 18,33 onces ont dû brûler en cinq heures et demie. Si maintenant nous admettons, avec le docteur Thomson, que 12,94 grains de charbon fournissent 100 pouces cubes de gaz acide carbonique, nous trouverons que 18,33 onces ou 8019,375 grains de carbone sont équivalens à 61,973 pouces cubes ou 35,85 pieds cubes de gaz acide carbonique. Si la respiration d'un homme adulte consume 151, 1 pieds cubes d'air atmosphérique en vingt-quatre heures, il devra être produit pendant le même temps 30,22 pieds cubes d'acide carbonique ou 6,92 pieds cubes pour cinq heures et demie. Il est donc évident que la quantité totale de gaz acide carbonique fournie tant par le poêle que par ma respiration a dû être de 35,85 + 6,92 = 42,77 pieds cubes.

» Or comme la capacité totale de la pièce était de 2,129,82 pieds cubes, si nous supposons que cette chambre était complètement inaccessible à l'air extérieur, la proportion d'acide carbonique qui devait exister dans l'atmosphère au bout de cinq heures et demie ne devait être de plus d'un pour cent, et dans le rapport suivant avec les autres gaz.

Azote restant comme il était auparavant	1,703	86
Oxigène réduit à..............................	383	19
Acide carbonique, au lieu d'un pied cube........	42	77
	2,129	82

» Je regrette bien de n'avoir pu me servir d'une cuve de mercure qui était sur une table toute prête, entre la porte et moi, avec des éprouvettes pleines de mercure, et afin de conserver de l'air de la pièce avant d'avoir ouvert la croisée; mais il me fut impossible de le faire à temps; maintenant, dirons-nous avec le docteur Christison que l'acide carbonique est un gaz vénéneux, ou bien avec le docteur Thomson qu'il fait mourir par l'asphyxie? Je penche pour l'opinion de ce dernier, car, si chez moi il y a eu tous les symptômes d'un empoisonnement, et aucun de ceux qui appartiennent à la suffocation, j'attribue entièrement les premiers aux effluves délétères qui se dégagèrent avec l'acide carbonique; car à moins donc que le gaz acide carbonique n'ait suivi une marche différente de celle que lui imposait la loi de la pesanteur, il n'était pas en proportion suffisante dans l'atmosphère, même au moment du maximum, pour produire la suffocation, et je suis certain d'avoir en d'autres occasions respiré une bien plus grande quantité d'acide carbonique par sans éprouver de symptômes d'empoisonnement. »

DE L'EMPLOI DE LA CRÉOSOTE DANS LE TRAITEMENT DE LA SURDITÉ; par M. CURTIS.

L'une des causes les plus communes de la surdité, c'est la diminution du fluide sécrété par les glandes cérumineuses. Beaucoup de cas de perte de l'ouïe que j'ai observés, et dans plusieurs desquels la surdité remontait à une époque éloignée, dépendaient de cette cause, et la surdité a disparu aussitôt que cette dernière a pu être attaquée avec avantage. Quand le conduit auditif externe a été bien nettoyé et débarrassé de matières qui l'obstruaient il faut rendre aux glandes leur énergie par l'emploi de quelques légers stimulans; j'emploie ordinairement comme moyen détersif une préparation faite avec une demi-once de fiel de bœuf mêlé avec un gros de teinture de castor ou de musc; j'en imbibe un tampon de coton que j'introduis avec soin dans l'oreille, afin de ramollir le cérumen endurci, et le lendemain matin j'injecte avec une petite seringue de l'eau chaude à laquelle j'ai ajouté une once de liniment de savon et quelques gouttes d'eau de Cologne. Quelquefois je substitue à la préparation précédente

la solution de potasse de la pharmacopée avec l'huile d'amandes douces. Quand l'oreille est ainsi bien nettoyée alors j'emploi la créosote qui m'a paru exercer une action heureuse sur les glandes cérumineuses en leur redonnant l'activité qu'elles avaient perdue. Voici la formule que j'emploie :

Prenez : Créosote............ 1 once.
Huile d'amande douce. 4 onces.
M. et A.

On en introduira quelques gouttes dans l'oreille matin et soir avec un pinceau.

Après avoir pendant quelques jours employé la créosote à cette faible dose, j'en augmente ordinairement la proportion et graduellement suivant les effets obtenus.

Il y a cependant des cas où ce traitement ne réussit qu'après l'application de vésicatoires derrière les oreilles, de la pommade stibiée ou de quelqu'autre contre-irritant qui sont nécessaires pour combattre l'irritation dont l'oreille est le siége. L'usage de la créosote est contre-indiqué dans les cas d'otorrhée ou quand il y a de la douleur ou de l'inflammation. Son application ne détermine aucune douleur ni sensation désagréable; le seul effet appréciable est le sentiment d'une douce chaleur qu'elle communique à l'oreille.

Voici quelques-uns des cas recueillis au dispensaire où j'avais attribué la surdité à l'inaction des glandes cérumineuses et où l'emploi de la créosote a été suivi d'heureux effets.

Obs. I. — G. Williams, âgé de 53 ans, fut admis au dispensaire en juillet dernier pour une surdité qui durait depuis dix ans, et qu'il attribuait à une attaque de grippe pendant la guerre de la Péninsule. Il dit avoir employé toute sorte de moyens différens et sans aucun soulagement à son infirmité. Ayant examiné les oreilles avec soin, je les trouvai tout à fait sèches et manquant presque complètement de cérumen. Chez cet homme la surdité était si prononcée qu'il ne pouvait distinguer les battemens d'une montre, même lorsqu'elle était appliquée sur ses tempes. Le traitement que j'ai indiqué ci-dessus, savoir les lotions dans l'oreille, puis ensuite l'emploi de la créosote à dose graduellement croissante, amenèrent sa guérison complète dans l'espace de six semaines.

Obs. II. — Scotes, âgé de 24 ans, sourd depuis cinq ans, admis au dispensaire au mois d'octobre, attribue sa surdité à un rhume. Le traitement ci-dessus fut employé, mais il me fallut avoir recours à la pommade stibiée; et la créosote ne commença à produire quelque effet qu'après l'effet rubéfiant. Au bout de quinze jours, il y avait déjà un soulagement très manifeste.

Obs. III. — Madame L. me consulta pour une surdité qui remontait à treize ans; elle avait déjà été traitée par les vésicatoires et les ventouses et avait pris les anti-spasmodiques et n'attendait plus aucun soulagement. Le traitement indiqué fut suivi; le canal débarrassé reçut une forte solution de créosote, et le soir la malade prenait trois des pilules suivantes :

Prenez : Galbanum composé........ 1 dragme.
Extrait d'aloës et de myrth. 3 dragmes.
pour 24 pilules.

La force de la solution de créosote fut augmentée graduellement; mais en même temps aussi la surdité diminuait, et au bout d'un mois la guérison était complète.

EXTENSION EFFRAYANTE DE LA VARIOLE A LONDRES ET DANS LES PROVINCES DE L'ANGLETERRE; DEGRÉS DE L'INFLUENCE PROTECTRICE DE LA VACCINATION.

Dans une discussion qui a eu lieu le mois dernier à la société médico-chirurgicale sur la variole et la vaccine, le docteur Grégory, qui depuis longtemps est médecin de l'hôpital des varioleux à Londres, a avancé quelques faits dont la connaissance ne sera pas sans utilité au moment où les esprits sont loin d'être suffisamment éclairés sur la plupart des points de l'importante discussion soulevée parmi nous. Il paraîtrait que le nombre des malades admis à l'hôpital des varioleux éprouva une augmentation subite et considérable vers le milieu de novembre 1837, et que cette augmentation continua pendant les mois de décembre, janvier, février suivans. On ne put alors s'expliquer ce changement subit dans l'état sanitaire de la métropole de l'Angleterre, et on pensa qu'une violente épidémie qui probablement ne tarderait pas à diminuer avait augmenté d'une manière si considérable le nombre des varioleux. Mais il s'en faut que l'espoir dont on s'était flatté se soit réalisé : le nombre des admissions au lieu de diminuer a été en s'accroissant jusqu'à ce moment, et des malades ont été reçus à l'hôpital, de tous les quartiers de Londres; c'est au point même que si cette augmentation continue à suivre la même marche progressive, l'hôpital avant peu ne pourra plus suffire pour les nombreuses demandes d'admission qui lui sont adressées. Le nombre le plus considérable de malades admis dans une seule année à l'hôpital des varioleux depuis sa fondation en 1746 fut de 646 en 1781, année où la variole régna avec une grande violence et fut très funeste; ce fut à cette époque que l'hôpital des varioleux ne pouvant plus contenir tous les malades qui se présentaient, on éleva le bâtiment connu maintenant sous le nom d'hôpital des fiévreux pour recevoir ceux qui ne pourraient trouver de place à l'hôpital. Du 1 janvier 1838 au 11 décembre de la même année le nombre des varioleux reçus à l'hôpital s'est élevé à 681, ce qui fait une augmentation de 35 sur le nombre de l'année 1781; et ce qui ressort de bien plus fort encore de cette comparaison en défaveur de l'année 1838, c'est qu'en 1781 il n'y avait aucun moyen de protection contre la variole, soit par l'inoculation, soit par la vaccine; en 1838, au contraire, sur les 681 malades reçus 281 avaient été vaccinés.

Le docteur Grégory rapporte en outre qu'il avait cherché à savoir si la variole s'était étendue avec la même activité dans les autres parties du monde, et que le comité de l'association médicale des provinces lui avait assuré qu'elle se répandait d'une manière effrayante sur toute l'Angleterre, et qu'alors, en novembre dernier, il n'y avait peut-être pas une seule ville, un seul village même où elle n'exerçât ses ravages. Il n'avait point encore reçu de réponse suffisamment positive à la question qu'il avait adressée relativement au nombre des sujets vaccinés et non-vaccinés qui avaient été atteints de la variole. Il se borna donc à rapporter les faits fournis par les médecins du Wurtemberg, de la Prusse, du Danemarck, etc.; puis arrivant aux chiffres fournis par les malades traités à l'hôpital des varioleux, il dit que dans ces derniers mois, sur 110 varioleux reçus, il y en avait 50 qui avaient été vaccinés à une époque antérieure, et 60 qui ne l'avaient jamais été.

Il ressort encore de l'examen des chiffres recueillis dans le même hôpital que la petite vérole qui survient à la suite de la vaccine éprouve une modification notable tout à fait en faveur de cette dernière. De l'examen des 600 ou 700 cas qu'il avait recueillis sur ce point, il résultait que la variole avait été modifiée dans 60 cas sur 100 chez les sujets vaccinés. Chez les 40 chez lesquels la maladie n'offrait pas de modification, le résultat était le même que chez ceux qui n'avaient point été vaccinés du tout; la mortalité était à peu près la même. Sur 100 cas de petite vérole après la vaccine, 9 environ se terminaient par la mort. Sur 100 sujets qui n'avaient point été protégés par la vaccine, 25 succombaient; il a vu, il est vrai, dans quelques années, la mortalité de ces derniers descendre jusqu'à 17 pour cent; mais le chiffre 25 est celui qui se rapproche le plus de la moyenne.

Quant aux 40 sujets vaccinés chez lesquels la variole n'avait éprouvé aucune modification, il n'était point disposé à adopter l'explication donnée de cette anomalie apparente par quelques écrivains qui pensent que la vaccination n'avait été qu'imparfaitement pratiquée; il croit que cette explication ne serait applicable qu'à un très petit nombre de ces 40 sujets.

Arrivant ainsi à la question la plus importante qui se rattache à la vaccination, celle de l'influence que le temps exerce sur son pouvoir protecteur, il ne doutait nullement que la vaccine lorsqu'elle avait été employée d'une manière convenable ne protégeât l'enfant pendant un certain temps. Dans tous les cas graves de petite vérole qu'il a observés chez les sujets vaccinés, il y avait, sans aucune exception, plus de quinze ans que ces sujets avaient été vaccinés, et il n'a pas vu un seul cas grave chez lequel il y eût eu un moins long intervalle entre les deux maladies. Il a vu seulement chez un ou deux enfans âgés de huit à neuf ans une varioloïde très brusque; mais jamais, même sous cette forme, à une époque moins avancée de la vie. L'époque la plus rapprochée de la vaccine où il ait vu la variole se terminer par la mort est 15 ans, et la mortalité augmentait ensuite à mesure que les personnes avançaient en âge, le plus grand nombre de ceux qui mouraient ayant de 25 à 30 ans.

Les caractères de la cicatrice dont on s'est tant occupé sur le continent lui paraissent n'avoir aucune valeur indicative du succès de la vaccination. Il a vu dans les cas les plus graves à la suite de la vaccine des cicatrices qui ne laissaient rien à désirer.

EFFETS SINGULIERS ÉPROUVÉS PAR UN IMPRIMEUR EN OR; par M. TURNER.

Si l'affection dont nous allons rapporter un exemple a réellement été produite par la cause à laquelle elle est attribuée, dans ce cas, il est très probable que les exemples en devront être très rares. On sait que le SUN, l'un des journaux anglais les plus répandus, a été imprimé le jour du couronnement de la reine Victoria en caractères d'or. Le nombre des exemplaires du numéro de ce jour fut très considérable, et le tirage occupa beaucoup d'ouvriers, et pendant un temps assez long. C'est l'un de ces derniers qui est le sujet de l'observation suivante.

Obs.—Le 17 juillet, J. Oakey, âgé de 19 ans, pâle, d'une constitution scrofuleuse, s'adressa au dispensaire général, se plaignant d'une horrible démangeaison au scrotum, et reçut les avis de M. Coswall, qui permit à l'auteur de prendre des notes sur cette singulière affection.

En examinant attentivement le scrotum, on trouve la peau relâchée et enflammée ; les follicules sébacés ont pris un volume considérable, et on voit de petites écailles autour de la racine des poils, et qui paraissent être le résultat de l'action des mains qu'il y portait fréquemment afin de soulager la démangeaison insupportable qu'il y ressentait. Le poil qui couvre le scrotum et le pubis est d'un vert d'herbe très tranché, et bien que l'irritation dont se plaignait le malade ressemblât à celle que détermine le *pediculus-pubis*, je ne pus découvrir de traces de cet insecte ni de ses œufs. Le jeune garçon attribuait cette incommodité aux travaux qu'il faisait dans les ateliers du journal le Sun, pour l'impression du Golden Sun. Quelques informations prises auprès de cet ouvrier m'apprennent qu'on obtient la couleur d'or que présentent les caractères de cette feuille en frottant sur le caractère, qui est d'abord imprimé avec une encre jaune, une poudre très fine de couleur de bronze, et qui, d'après les ouvriers, serait composée de couperose, de vert de gris et de mercure. Cette poudre était remise aux ouvriers en paquets d'une once, et quarante hommes se livraient continuellement à cette occupation; mais la plupart d'entre eux furent obligés de quitter ce travail; quelques-uns au bout de deux jours; d'autres au bout d'une semaine ou deux; tous ont souffert plus ou moins de ses effets.

Les cheveux et les poils de l'aisselle avaient la même couleur, et le sujet y éprouvait la même sensation pénible, ainsi qu'aux poignets, bien qu'à un moindre degré. Les cheveux et les poils ainsi colorés paraissaient durs, secs et plaqués.

Oakey rapportait que trois jours après qu'il eut commencé ce genre de travail, il vomit un liquide coloré en vert, éprouva une sensation de chaleur et de constriction à l'œsophage, avec douleur à l'estomac, qu'il attribuait à ce qu'il avalait et respirait continuellement une certaine quantité de cette poudre répandue dans l'air de la pièce où il travaillait. A ces accidens succédèrent des épistaxis, revenant à des intervalles peu éloignés, une démangeaison aux parties indiquées ci-dessus, et surtout au pubis et au scrotum, la sensibilité à l'épigastre et à l'abdomen, avec perte de l'appétit, du repos et constipation. (Poudre de jalap et calomel, 12 gr.; mixture gazeuse, js. onces; et sulfate de magnésie, 1 dragme trois fois par jour; lotion avec une décoction de tête de pavot sur les parties malades.)

La violence et la fréquence avec laquelle il grattait les parties qui étaient le siége de démangeaison avaient fait disparaître les caractères de l'éruption de manière à ne pas permettre de reconnaître ceux qu'elle avait offerts dans le commencement. Cependant elle paraissait avoir été d'abord papulaire et avoir ensuite pris le caractère vésiculeux.

Le 19, l'éruption a beaucoup diminué, ainsi que l'irritation; mais le poil conserve encore sa teinte verte, la sensibilité à l'épigastre et les nausées ont également cessé, la langue est nette et le sommeil calme la nuit.

Le 26, le malade continue d'aller très bien; mais les poils et les cheveux offrent encore la même couleur verte, bien que d'une nuance moins foncée.

Malheureusement, comme la plupart des malades qui sont soignés aux dispensaires, et qui cessent de s'y rendre quand ils sont guéris, Oakey n'a plus reparu et n'a pas fourni l'occasion de constater si ses cheveux avaient repris leur couleur normale, ni de recueillir la fin de cette observation.

« Cette observation ayant excité ma curiosité, dit l'auteur, je désirai et j'obtins la permission de voir la manière dont on imprimait ce journal aux lettres d'or. D'abord on imprime les feuilles, avec une encre jaune composée de colle et de gomme-gutte; de là elles sont mises aux mains d'hommes armés de brosses fines, qui jetaient sur le papier la poudre dont nous avons parlé, laquelle adhère aux points mouillés par la presse. Une douzaine de personnes ou environ étaient occupées à ce travail lorsque je visitai l'atelier et toutes se plaignaient plus ou moins des mêmes symptômes; quelques-unes ajoutaient que cette poudre irritante avait causé des ulcères profonds sur les parties génitales; d'autres déclaraient qu'elle leur avait causé une salivation plus ou moins forte. Mais, bien que leurs gencives parussent un peu altérées, cependant elles ne l'étaient pas plus qu'on ne les observe chez beaucoup de personnes chez lesquelles l'estomac est dérangé et je ne pus découvrir aucune odeur mercurielle.

» J'aurais bien désiré de pouvoir obtenir une petite quantité de cette poudre, afin de la soumettre à l'analyse chimique, mais je ne le pus, parce que sa composition doit rester secrète. Tout ce qu'on m'en a dit, c'est qu'elle venait d'Allemagne; elle ressemblait à de la limaille de cuivre très fine. Tout l'air de la pièce en était chargé; mon habit, ainsi que ma figure et mes cheveux, en étaient couverts, et j'aurais pu rivaliser avec Caligula, qui donnait à sa perruque, avec une poudre d'or chèrement achetée, un brillant qui m'avait si peu coûté.

» Les lettres d'or si brillantes qui se trouvent en tête des missels manuscrits n'étaient pas obtenues par un procédé aussi économique que celui dont on a usé pour le « Golden Sun. » On tirait d'abord la lettre avec de la colle et ensuite on appliquait une feuille d'or, dont on enlevait les portions superflues. »

EFFETS PRODUITS PAR UNE SANGSUE VIVANTE CONTENUE DANS LE CANAL INTESTINAL; par le docteur WATTON.

Nous analysons l'observation suivante sans en garantir l'authenticité.

Obs. — J. A., petite fille, âgée de trois ans, était malade depuis quelques jours, quand je fus appelé pour elle en septembre 1837; elle était fortement constituée, paraissait bien portante; cependant elle ne pouvait rester aussi longtemps sur les jambes que son âge semblait le comporter, et son ventre était tendu et ballonné. On m'apprit que plusieurs fois déjà elle avait eu une indisposition semblable à celle pour laquelle on m'appelait et qui avait été attribuée à des causes différentes. Elle avait à ce moment beaucoup de fièvre; la peau était chaude et sèche; le sommeil était troublé par des grincemens de dents, par des gémissemens continuels; ses yeux étaient partiellement fermés; elle se plaignait de la tête et du ventre, et, portant elle-même la main sur ce dernier, disait souvent y ressentir de la douleur. Je prescrivis le calomel et la scammonée avec l'acétate d'ammoniaque; la malade rendit une grande quantité de matière visqueuse et muqueuse; sa langue qui était très chargée avait repris sa teinte normale, les symptômes morbides avaient disparu et le ventre avait repris son volume et sa souplesse ordinaires.

Ces accidens reparurent ainsi plusieurs fois à la distance d'un mois environ, et cédaient au même traitement. Au mois d'avril 1838 cependant j'avais prescrit, pour un intervalle de temps assez long, le mercure avec la chaux et la rhubarbe avec la cannelle.

Le 6 avril, je fus appelé à la hâte, et je trouvai l'enfant se plaignant d'une vive démangeaison. On lui avait donné la poudre plus fréquemment qu'elle n'avait été prescrite, et elle avait rendu une grande quantité de mucosités sanguinolentes au milieu desquelles était une *sangsue vivante*. Le soulagement fut immédiat : depuis cette époque, les premiers accidens n'ont pas reparu et la petite fille jouit d'une parfaite santé.

Il est à remarquer que l'enfant se plaignit pendant plusieurs heures avant le moment où ce singulier hôte fit son apparition, d'une démangaison incessante au-dessus du fondement. Cette sangsue est d'un brun foncé, sans tache, et le ventre gris; sa bouche ne paraît pas triangulaire comme celle de l'hirudo medicinalis, mais ressemble plutôt à celle du lumbricus teres. Elle a vécu pendant une semaine offrant le même mode de progression que la sangsue ordinaire.

Je pris toutes les informations possibles pour m'assurer que l'enfant avait réellement rendu cette sangsue par les selles; je reconnus qu'il n'y avait pas de motif de soupçonner d'erreur ou de fraude.

Ayant appris alors que l'enfant était fréquemment à jouer avec son frère aîné autour de la fontaine, et qu'ils s'entr'aidaient mutuellement pour boire au robinet, je fis examiner immédiatement l'eau dont on se servait pour la maison, et nous y trouvâmes une sangsue tout à fait semblable à la précédente, mais un peu plus petite.

NOMBRE DES ALIÉNÉS EN ANGLETERRE.

Il paraît, d'après le dernier rapport fait devant le parlement anglais, que le nombre des aliénés pour toute l'Angleterre était d'environ 20,000 à l'époque où le relevé fut fait (1836). Voici d'abord le tableau qui représente exactement le nombre des aliénés pauvres et soutenus par la charité publique.

	Idiots.	Homm.	Femm.		Aliénés.	Hom.	Fem.
Asiles des comtés......	991	90	801	—	2610	1260	1350
Asiles particuliers.....	88	35	53	—	1403	659	744
Entretenus par les paroisses............	6186	2426	3760	—	2389	915	1474
Total.........	7265				6402	Total génér.	13,667

En 1831, on comptait déjà pour toute l'Angleterre 108 établissemens particuliers destinés au traitement des aliénés, savoir, 70 en province et 38 dans la métropole ou aux environs, et ces établissemens contenaient 4,495 malades; or, si nous retranchons de ce nombre celui des pauvres qui y étaient entretenus, et dont nous avons déjà tenu compte dans le tableau ci-dessus, savoir 1,491, nous trouverons le chiffre 3,004 pour les personnes aisées à ajouter à celui de 13,667 ou 16,571.

Comme il y a encore un grand nombre d'aliénés qui ne sont pas assez incommodes pour être renfermés dans les établissemens spéciaux, et qui n'ont pu être compris dans les chiffres précédens, il est évident que le nombre total des aliénés pour la Grande-Bretagne ne peut pas être au-dessous de 20,000.

La plupart des aliénés sont naturellement pauvres; mais les riches ne sont pourtant pas exempts de la folie, et il a été constaté, en 1833, que le revenu annuel de 399 aliénés renfermés par ordre du gouvernement montait à près de 305,158 livres sterling (10 millions 600 mille francs). Le revenu moyen de chacun de ces aliénés était de 766 guinées 16 schillings, près de 20,000 fr. Si on suppose que le capital qui fournit ce revenu rapporte 4 pour 100, ce capital sera donc de 7,649,000 millions livres sterling, ou 191,225,000 francs. Or, comme on ne peut porter à une somme inférieure à celle-ci l'avoir des 3,000 malades qui sont soignés dans des

établissemens particuliers, la propriété des fons de l'Angleterre doit être au moins de 14 millions de livres sterling (350,000,000 francs), et leur revenu annuel d'environ 600,000 livres sterling (15 millions de francs). On comprend facilement quel intérêt se rattache à ce sujet, soit que l'on considère le nombre considérable des malades, soit que l'on ne voie que l'immense fortune, dont l'administration reste aux mains du gouvernement ou des personnes étrangères auxquelles elle est conférée. On conçoit encore dans combien de dépenses doit entraîner l'établissement d'une maison destinée à recevoir des aliénés qui ont été habitués au confortable et même au luxe qu'on trouve dans toutes les familles anglaises. Les propriétaires de ces établissemens, dont plusieurs sont à la fois des hommes d'honneur et de savoir, y ont enfoui des sommes immenses. Le docteur Fox, par exemple, a dit devant le comité de la chambre des lords, qu'il avait dépensé 35,000 livres sterling à Brishington-House, près de Bristol.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 11 FÉVRIER.

DE L'INFLUENCE DES EAUX DE VICHY DANS LES AFFECTIONS CALCULEUSES.

L'opinion générale parmi les médecins est que l'usage de ces eaux, souvent employées par les calculeux, ne peuvent jamais produire de fâcheux effets. Cependant il résulte de nouvelles recherches de quelques chimistes que les réactions du bicarbonate de soude sur les matières dissoutes ou suspendues dans les urines, peuvent donner naissance à des composés solides, et par conséquent produire dans certains cas un effet tout contraire à celui que l'on attend de l'emploi des eaux minérales en question. C'est ce que fait remarquer M. Leroy d'Etiolles; et pour prouver qu'il y a là une conjecture, il cite le cas d'un malade envoyé à ses soins, et qui a vu trois fois de suite, en peu de temps, se reformer chez lui des calculs vésicaux, en *dépit de* ou *peut-être à cause* du grand usage qu'il faisait de l'eau de Vichy.

APPAREIL INAMOVIBLE.

M. Larrey lit un mémoire sur l'origine et les effets de cet appareil dans le traitement des plaies ou solution de continuité récente.

La célérité de la marche de nos armées dans les premières guerres de la révolution fit bientôt sentir la nécessité de modifier le service de santé et les moyens de transporter les blessés. M. Larrey commença les réformes en créant des ambulances volantes, destinées à porter des secours aux blessés au milieu même des combattans, et bientôt après il introduisit l'emploi de l'appareil nommé inamovible, appareil qui permet de faire succéder à l'opération première qu'exigent ordinairement les blessures, un pansement qui n'a plus besoin d'être touché jusqu'au moment de la détersion des plaies, et qui permet de transporter les malades sans augmenter leurs douleurs. Cette méthode, que j'avais établie, dit M. Larrey, dans les premieres campagnes de l'armée du Rhin, en 1792, 93 et 94, trouva des détracteurs; mais enfin elle fut convenablement appréciée par tous les médecins de nos armées, par ceux de l'Angleterre, et par Napoléon lui-même après la bataille d'Eylau. Après cette sanglante bataille, en effet, les blessés transportés à 60 lieues environ étaient en arrivant en voie de guérison, et il n'en avait pas succombé plus d'un vingtième dans la route, quoique tous en général présentassent des cas fort graves. C'est surtout l'état satisfaisant où se trouvèrent les plaies des membres pelviens, compliquées de fractures aux os, qui me confirma dans l'idée favorable que je m'étais déjà faite de l'appareil inamovible pour ces sortes de lésions, et qui me décida à les traiter désormais exclusivement par cette méthode.

Maintenant qu'on ne peut plus contester les avantages de ce mode de traitement pour les fractures, poursuit M. Larrey, on s'est avisé de soutenir que je n'en étais pas l'inventeur, et que les peuples sauvages ou à demi civilisés employaient bien avant moi, dans les mêmes cas, une sorte d'appareil inamovible. Pour apprécier la valeur de cet argument, il faut voir ce que sont les appareils que l'on assimile aux miens et les résultats qu'on en obtient. A cette occasion, l'auteur cite un cas observé par M. Périer, chirurgien attaché à l'armée d'Afrique, et relatif à un Arabe qui, ayant eu les deux os de la jambe gauche brisés par une balle, reçut les soins d'un médecin indigène, lequel appliqua sur le membre blessé un appareil qu'on ne dérangea point pendant 20 jours. Au bout de ce temps, M. Périer fut consulté, et avant de porter un pronostic, il voulut voir le membre, et en détachant l'appareil, il détacha aussi le pied qui resta dans la partie inférieure du bandage.

SUR LE DÉVELOPPEMENT DES ORGANES REPRODUCTEURS CHEZ LES VERTÈBRES.

M. Coste commence la lecture d'un mémoire sur ce sujet. Il rappelle d'abord la grande ressemblance qu'offrent chez tous les individus d'une même espèce ces organes à une certaine époque de la vie fœtale, ressemblance que certains auteurs ont confondue avec une identité véritable, et qui leur a fait soutenir que pendant les premiers temps après la conception l'individu était neutre, et que des circonstances en quelques sorte accidentelles déterminaient le sexe qu'il devait avoir. Partant de cette belle idée et suivant qu'ils trouvaient à cette époque de l'apparente neutralité plus de ressemblance entre les organes imparfaits du fœtus et ceux qui caractérisent, après la naissance, l'un ou l'autre des sexes, les uns ne voyaient dans les mâles que des femelles avec une sorte de surcroît de développement; les autres, dans les femelles, que des mâles arrêtés dans leur évolution. M. Coste a cru nécessaire de combattre ces chimères, en leur rétorquant quelques-uns des argumens qu'avaient employés quelques-uns des praticiens de la neutralité originelle. Ainsi ils avaient fait remarquer que dans les ruches, si les cellules d'où devaient sortir les femelles étaient détruites, les ouvrières savaient, en donnant à quelques larves destinées à donner d'autres ouvrières une nourriture particulière, en faire des femelles, afin que la ruche ne fût point privée de reine. Cela se conçoit, puisque les ouvrières, souvent appelées, mais à tort, les neutres, ne sont que des femelles dont le développement a été arrêté faute d'une nourriture suffisante. On fait une femelle complète d'une femelle qui avait été d'abord destinée à rester incomplète, mais on ne ferait jamais une femelle de ce qui était destiné à devenir un mâle; c'est ce que les abeilles ne savent pas, mais ce qu'on peut les mettre dans la nécessité de prouver. En effet, les femelles ne produisent dans les premiers jours que des œufs destinés à donner des femelles, et au bout d'un certain temps (une vingtaine de jours après leur éclosion) elles ne produisent plus que des œufs destinés à donner des mâles, et cela soit qu'elles aient ou non pondu auparavant des œufs femelles. Or, on peut faire qu'elles ne pondent que des œufs de mâles, car elles ne s'accouplent qu'au haut des airs et jamais dans la ruche. Si donc on les empêche, pendant les vingt jours qui suivent leur éclosion, de sortir, et qu'on les lâche ensuite, elles seront fécondées à une époque où elles sont devenues inhabiles à produire des femelles. Cependant quelques-unes des larves qui résulteront des œufs qu'elles pondront seront nourries comme de futures héritières du trône, et le résultat de tous les frais, de tous les soins des ouvrières sera de donner naissance à de faux bourdons, à des mâles!

ACTION DU CHLORE SUR LES ÉTHERS.

M. Malaguti lit un mémoire sur ce sujet, dans lequel, après avoir rappelé plusieurs résultats qu'il a obtenus sur ces réactions, il en fait connaître de nouveaux et montre qu'au milieu de la multitude de transformations dont il présente l'ensemble le radical reste toujours dans son intégrité. Il regarde cette circonstance comme donnant beaucoup de probabilité à une hypothèse qu'il a émise et qui lui semble d'un usage très commode pour l'interprétation d'un grand nombre de phénomènes, savoir que, dans l'alcool, 4 atomes d'hydrogène se trouvent disposés d'une manière différente de celle des autres atomes du même élément.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 12 FÉVRIER.

AFFECTION CALCULEUSE; EAUX MINÉRALES.

MM. Leroy d'Etiolles et Ch. Petit, inspecteur-adjoint des eaux de Vichy, écrivent chacun une lettre à l'Académie relative à l'action des eaux minérales sur l'affection calculeuse, en réponse à quelques assertions qui avaient été avancées dans la dernière discussion qui a eu lieu sur ce sujet.

Sur la proposition de MM. Londe et Amussat, et après une courte discussion, l'Académie décide que M. le secrétaire-perpétuel donnera lecture de la lettre de M. Petit.

Voici le contenu de cette lettre.

ACTION DES EAUX DE VICHY SUR LES CALCULS DE LA VESSIE.

« Monsieur le président,

» La question de la guérison des calculs urinaires sans opération chirurgicale est d'une trop haute importance pour que je puisse laisser passer, sans y répondre, ce que vous a dit M. le docteur Ségalas dans votre dernière séance. N'ayant pas l'honneur d'être membre de l'Académie, je suis obligé d'employer le seul moyen à ma disposition de rectifier ce qu'il a avancé, qui est de vous adresser ma réclamation par écrit. Je me bornerai à raconter les faits, et je serai aussi court que possible.

» L'observation démontre que les calculeux qui se soumettent à l'usage des boissons alkalines, et notamment à celui des eaux de Vichy, sont en général promptement soulagés, et voient graduellement disparaître tous les symptômes de la pierre, à mesure que ce corps étranger diminue de volume. Pour tâcher de faire croire qu'il en est tout autrement, M. Ségalas vous a cité un malade qui a pris les eaux de Vichy pendant la saison dernière, et qui a éprouvé des douleurs assez vives pendant son traitement.

» Je ne croyais pas que l'on pût donner ce malade pour exemple, à cause de l'état tout à fait exceptionnel dans lequel il était; mais puisque M. Ségalas l'a jugé à propos de le citer, il me semble que, dans l'intérêt de la vérité, il aurait dû dire dans quelle condition il se trouvait.

» Pour ne pas entrer dans tous les détails de cette observation, je dirai seulement que M. le docteur Amussat avait reconnu, avant de m'envoyer le malade en question, qu'il avait non-seulement un calcul dans la vessie, mais qu'il avait en même temps cet organe malade, et que cette dernière affection avait probablement un principe dartreux dont le sujet porte des traces évidentes sur la figure. Le fait est qu'il avait des envies extrêmement fréquentes d'uriner, qu'il lui était impossible de conserver dans sa vessie la moindre quantité d'urine, et que ces symptômes étaient portés à un degré que je n'ai jamais observé chez les malades qui n'ont que la pierre. Il avait été obligé, me disait-il, à son arrivée à Vichy, de descendre de voiture toutes les cinq minutes pendant son voyage, pour satisfaire le besoin d'uriner.

» Pendant tout son séjour à Vichy, qui a duré sept semaines, ce malade a conservé les mêmes envies d'urine, et comme l'usage de l'eau de Vichy augmentait encore la sécrétion de l'urine, il n'osait pas boire, dans la crainte de renouveler trop souvent ce besoin. Aussi était-il quelquefois plusieurs jours sans boire un seul verre d'eau minérale, et n'en a-t-il du reste jamais bu qu'en petite quantité. Il n'a surtout pris qu'un très petit nombre de bains.

» On conçoit qu'un traitement fait de cette manière ne pouvait pas produire un grand résultat, comme moyen de détruire son calcul. Cependant ce malade a rendu pendant ce traitement un assez grand nombre de débris qui m'ont paru s'être détachés d'un calcul plus gros. J'en ai même envoyé à M. Chevallier pour en faire l'analyse : c'était de l'urate d'ammoniaque.

» N'ayant jamais observé chez aucun malade en traitement par les eaux de Vichy les symptômes que j'observais chez celui-ci, je pensai comme M. Amussat, qu'il avait la vessie malade, et je l'écrivis à mon confrère. Cet habile opérateur explora de nouveau sa vessie, à son retour à Paris, et il y trouva encore un très petit calcul qu'il broya; mais il reconnut en même temps d'une manière positive l'existence d'une maladie grave de la vessie, et notamment la présence d'excroissances plus ou moins volumineuses dans l'intérieur de cet organe.

» Il est donc facile d'expliquer, d'après ce qui précède, et sans qu'il soit nécessaire de l'attribuer au traitement, pourquoi ce malade souffrait et avait d'aussi fréquentes envies d'uriner; pourquoi il n'a pu faire qu'incomplétement le traitement qui lui avait été conseillé. Voilà pour le premier fait.

» M. Ségalas a cité ensuite un second calculeux qui demeure à Paris, et qui est soumis dans ce moment à l'action des eaux de Vichy, et il a affirmé que le calcul que porte ce malade était aujourd'hui tout aussi gros que lorsqu'il a commencé son traitement.

» Je regrette, monsieur le président, de me trouver dans la pénible nécessité de vous dire que M. Ségalas a affirmé là une chose qu'il ne peut pas savoir. Vous allez en juger.

» Le malade dont il a voulu parler se nomme M. Jullien, et demeure à l'hôtel de la Monnaie, où il dirige, pour le compte de M. Collot, l'atelier de la monnaie des médailles. Il est en quelque sorte sous les yeux de l'Académie, et par conséquent rien n'est plus facile que de s'assurer de la vérité.

» Ce malade éprouvait depuis plusieurs années tous les symptômes de la pierre, et il avait en même temps un catarrhe vésical des plus prononcés. Il ne pouvait plus marcher, m'a-t-il dit, depuis l'hôtel de la Monnaie jusqu'au Palais-Royal, sans souffrir beaucoup, sans éprouver des envies très fréquentes d'uriner, et sans rendre de l'urine sanguinolente. Enfin, il avait depuis longtemps tout à fait renoncé à monter en voiture, à cause des douleurs qu'il y éprouvait. M. Ségalas, ayant été consulté au mois de juillet dernier, reconnut la présence de la pierre et proposa au malade l'opération, comme le seul moyen de le guérir. Cependant, on m'écrivit à Vichy, où j'étais alors, pour me demander si je pensais que les boissons alcalines pourraient le guérir, et si, par conséquent, il ne serait pas possible d'éviter ainsi l'opération. Je répondis qu'il y avait tout lieu d'espérer, et que, dans tous les cas, il n'y avait pas le moindre inconvénient à essayer ce moyen. Le malade commença alors l'usage des eaux de Vichy transportées, mais d'abord timidement, et par conséquent à une faible dose. Déjà, cependant, à la fin de septembre, à mon retour de Vichy, il me dit que quelques jours auparavant il avait pu faire une très longue promenade à pied, sans souffrir et sans uriner de sang.

» Quelques jours après, j'eus occasion de rencontrer M. Ségalas, et je lui demandai si, en sondant le malade, il avait constaté le volume de la pierre. Il me répondit que non. Je lui manifestai alors le désir d'être fixé sur ce point avant de pousser le traitement plus loin, et nous nous rendîmes à cet effet chez le malade, au commencement du mois d'octobre. M. Ségalas saisit plusieurs fois le calcul, et son instrument montrait un écartement d'environ un pouce; mais aussitôt qu'il voulait un peu presser pour le fixer, le calcul lui échappait. Craignant que cette manœuvre, plusieurs fois répétée, ne fatiguât la vessie, nous convînmes de retirer l'instrument.

» Depuis cette époque, le malade a continué son traitement; mais il n'a plus été sondé par personne, ce dont je me suis assuré ce matin même. Or, je me demande comment il est possible que M. Ségalas, qui n'a pas constaté le volume du calcul depuis plus de quatre mois, ose affirmer devant l'Académie « que ce calcul est aujourd'hui tout aussi gros qu'à l'époque où le malade a commencé son traitement »; car s'il était permis d'en juger seulement d'après les symptômes rationnels de cette affection, l'on pourrait penser avec beaucoup plus de raison que le calcul a au contraire beaucoup perdu de son volume. En effet, depuis qu'il a commencé son traitement, ce malade a vu tous les symptômes de la pierre, ainsi que ceux du catarrhe vésical, diminuer graduellement d'intensité, et même disparaître en très grande partie; et M. Ségalas sait cela tout aussi bien que moi; car il n'a sûrement pas oublié que nous lui avons donné ensemble le conseil d'essayer quelques courses en omnibus et dans les cabriolets les plus durs qu'il pourrait trouver sur la place, et que cette expérience, répétée plusieurs fois, n'a occasionné au malade ni douleurs, ni envies plus fréquentes d'uriner, ni émission d'urine sanguinolente.

» Je n'alongerai pas cette lettre d'autres détails dans lesquels j'aurais pu entrer. Ce que j'ai dit suffira, je pense, pour faire apprécier les assertions de mon confrère.

» Agréez, etc. »

M. Ségalas : Je ne puis laisser sans réponse la lettre dont on vient d'entendre la lecture; elle renferme des récriminations qui ne me paraissent pas bien fondées. D'abord, je n'ai dit nulle part que les eaux de Vichy étaient nuisibles aux pierreux, j'en ai au contraire dit beaucoup de bien dans plusieurs endroits de l'ouvrage que je viens de publier sur les affections calculeuses, et j'ai aussi parlé avec éloge de M. Petit lui-même. Ce que j'ai avancé d'autre part sur l'action des eaux minérales en général est basé sur ma propre observation, je n'en démordrai pas, par conséquent, jusqu'à ce que de nouveaux faits m'aient démontré le contraire; j'ai même expliqué à l'Académie comment je présumais que s'opérait l'amélioration apparente qu'éprouvaient quelques malades soumis à l'usage de certaines eaux minérales. Pour ce qui est enfin du malade que j'ai cité pour exemple dans la dernière séance, et sur lequel porte plus spécialement la réclamation de M. Petit, je dois déclarer que je puis faire constater à tout membre de l'Académie qui le désirerait l'exactitude de mes assertions auprès du malade lui-même qui est en ce moment confié à mes soins.

(Les lettres de MM. Petit et Leroy sont envoyées à une commission.)

RAPPORT SUR UNE NOUVELLE ÉLECTION PROCHAINE.

M. Bérard fait connaître l'opinion de la commission des Onze sur la question de savoir s'il y a lieu à remplacer par une nouvelle élection trois des derniers membres décédés, et dans quelle section le remplacement doit avoir lieu. La commission répond affirmativement sur le premier point; quant au second, elle indique la section d'anatomie et de physiologie. En conséquence, la nouvelle élection aura prochainement lieu dans cette section. (Adopté.)

MM. Adelon et Gerdy demandent que dorénavant de pareils rapports soient lus en comité secret; car il leur semble peu convenable de discuter en public de pareils sujets, alors qu'il s'agit de comparer entre elles les valeurs respectives des différentes sections et des membres qui les composent.

Cette proposition est appuyée par MM. Moreau et Nacquart; elle est combattue par MM. Rochoux et Honoré.

PHTHISIE PULMONAIRE.

M. Villeneuve fait un rapport sur un travail statistique présenté par M. Journé, concernant le nombre des phthisiques et leur mortalité dans les climats chauds, et particulièrement à Naples, à Rome et dans l'Algérie. Ce rapport ayant été lu à voix basse et au milieu des bruits divers qui régnaient dans la salle, il nous a été impossible d'en saisir la substance. Il a néanmoins donné lieu à une discussion.

M. Londe : Je fais partie de la commission qui a jugé le travail de M. Journé, et je suis obligé de déclarer que M. le rapporteur n'a pas fidèlement rendu l'opinion de la majorité. Il a été convenu en effet qu'on supprimerait du rapport les phrases qui portent atteinte au savoir des médecins italiens dont parle l'auteur du mémoire. Ces phrases, effectivement, ont paru à la commission, non-seulement inconvenantes, mais encore mal fondées. Je demande en conséquence que le rapport soit modifié sur ce point.

M. Dubois (d'Amiens) : J'appuie la proposition que vient de faire M. Londe. Je pense comme lui que les assertions que le rapport contient contre les médecins italiens sont inexactes, et qu'il faut les supprimer. Quant à la question de l'influence des climats dans la phthisie, je crois que M. le rapporteur s'est un peu mépris sur le sens qu'on a voulu lui donner. On n'a pas prétendu qu'il n'y avait que fort peu de phthisiques indigènes dans les climats chauds; mais bien que les malades atteints de phthisie éprouvaient une amélioration notable en passant d'un climat froid dans un climat chaud. C'était sous ce point de vue que M. le rapporteur aurait dû traiter la question.

M. Castel : Le travail sur lequel on vient de lire un rapport contient une assertion inexacte, que je crois devoir relever; elle est relative à la proportion de la mortalité des phthisiques dans les hôpitaux de Paris; l'auteur élève cette mortalité à un tiers, ou à un sur trois et un tiers; or il est prouvé par les tableaux statistiques de Chabrol qu'elle est d'un peu moins d'un cinquième. J'ajouterai qu'en parlant des causes de la phthisie, l'auteur ne paraît pas avoir tenu compte de l'influence des grandes cités dans la production de cette maladie. On sait effectivement qu'à Naples, par exemple, on trouve beaucoup de phthisiques parmi les gens du peuple qui couchent à la belle étoile. Quant au siége des douleurs rhumatismales, dont le rapport a fait mention, ce n'est pas chose nouvelle que de le placer dans les nerfs. On n'a jamais pu comprendre autrement les douleurs, quelle que soit leur nature, sans l'intervention des nerfs; il faut que la maladie les atteigne pour qu'elle soit accompagnée de douleur.

M. Chervin : J'appuie la proposition que viennent de faire mes honorables collègues, MM. Londe et Dubois, concernant le mérite des médecins italiens. Je dirai en outre que l'assertion de l'auteur du mémoire qui attribue aux médecins italiens la croyance de la contagion de la phthisie est aussi mal fondée, si on voulait l'appliquer aux médecins vraiment instruits de l'Italie. Cette croyance existe, il est vrai, dans ce pays; mais c'est dans la classe du peuple, comme en Espagne et à la Havane.

M. Rochoux : Je ne pense pas qu'on puisse avoir grande confiance dans la statistique de Chabrol. Les documens de ce travail ont été tirés des registres des hôpitaux : or, l'on sait combien ces registres sont inexacts pour ce qui concerne la nature des maladies des sujets reçus. Quant à la question de l'influence des climats chez les phthisiques, je crois qu'il est hors de doute que les malades éprouvent une grande amélioration en passant d'un climat froid dans un climat chaud. Dans les climats chauds, effectivement, il y a moins de causes de catarrhes et d'autres irritations de la poitrine.

M. Nacquart : Je suis membre de la commission, et je suis forcé de déclarer, après la lecture que je viens d'entendre, que M. le rapporteur n'a pas exactement rendu le vœu de la commission. Il a été convenu qu'on supprimerait du rapport les phrases relatives aux médecins italiens, attendu qu'elles sont inconvenantes et inexactes. M. Espiaud, surtout, qui a longtemps habité l'Italie, a fait observer la légèreté des assertions de M. Journé.

M. Bricheteau : Je ne sais sur quels documens est fondée la statistique de Chabrol; mais si cet auteur n'a puisé à d'autre source qu'aux registres des hôpitaux, je crois bien que la critique de M. Rochoux est bien fondée.

Aux hôpitaux effectivement, on enregistre l'état de chaque malade au moment de son entrée; on lui attribue telle ou telle maladie avant qu'il soit bien examiné et son affection diagnostiquée. Puis, lors de sa sortie, on ne tient pas un compte exact de l'état où il se trouve. Laënnec avait cherché à parer à cet inconvénient en faisant noter soigneusement sur les registres l'état des phthisiques soignés à la Charité; il a fait ainsi un relevé de dix années qui offre

toute la garantie désirable. J'ai moi-même imité Laënnec à l'hôpital Necker; j'ai teun des registres exacts pendant huit années, et j'ai fait ensuite un relevé qui, joint à celui de Laënnec, m'a donné des chiffres exacts sur une période de dix-huit années. Il résulte de ce travail que la proportion de la mortalité des phthisiques reçus à ces deux hôpitaux était d'un tiers à un quart.

La question de l'influence des climats dans la production de la phthisie a été, je crois, mal comprise. Il faut des faits pour la résoudre. Or ces faits existent: ils prouvent que le climat le plus nuisible aux phthisiques est, soit le chaud soit le froid, accompagné d'humidité. L'observation apprend que les climats qui sont à la fois chauds et humides, ou froids et humides, sont funestes aux phthisiques; au contraire les climats soit froids et secs, comme ceux de l'Islaude ou de la Russie, soit chauds et secs, comme ceux de Madère et de Pise, leur sont favorables. On comprend par là pourquoi les climats de la Hollande, de l'Angleterre et de France, qui sont froids et humides, conviennent si peu aux phthisiques.

HYDROPISIE DE LA MATRICE.

Le docteur Dumas présente une pièce intéressante d'anatomie pathologique relative aux hydropisies de l'utérus. La personne qui était le sujet de cette observation était une dame âgée de 73 ans. Elle portait depuis longtemps dans la fosse iliaque gauche une tumeur dure, volumineuse, et de forme sphéroïdale qui devenait parfois le siége de douleurs et d'élancemens violens. Dans les premiers jours de novembre 1838, cette dame habituellement bien portante éprouva les symptômes généraux d'une péritonite bornée à la région hypogastrique. Frissons, malaise vague, nausées et vomissemens fréquens, dureté et fréquence du pouls, tension et sensibilité vive de la partie inférieure de l'abdomen, tels sont les premiers accidens qui se déclarèrent; des bains, des cataplasmes et des fomentations émollientes les calmèrent; mais au bout de huit jours, il survint par la vulve un léger suintement d'abord séreux, qui bientôt après devint extrêmement abondant. A mesure que la quantité de l'écoulement augmenta, il s'opéra dans sa nature et sa composition de très graves changemens; de séreux et inodore qu'il était d'abord il devint successivement plus épais, rougeâtre, et exhala une odeur fétide entièrement analogue à la gangène. Après un mois de durée pendant laquelle la tumeur de la région hypogastrique avait diminué successivement de volume et avait presque entièrement cessé de pouvoir être distinguée, l'écoulement cessa entièrement pendant quelque temps. Dans les derniers jours de janvier 1839, il se rétablit de nouveau: il devint bientôt après roussâtre, puis entièrement sanguinolent, et la malade succomba le 4 février, après avoir présenté tour les symptômes d'une inflammation chronique de l'estomac et des intestins.

Dans la pièce placée sous les yeux de l'Académie, on distingue parfaitement bien l'utérus, dont les parois, uniformément distendues et amincies, ont acquis une ampleur suffisante pour contenir la tête d'un fœtus à terme. Le développement de cet organe a eu lieu principalement aux dépens de son corps et de son fonds, de sorte que les trompes et les ovaires conservent sur les côtés de la tumeur la position qu'elles ont ordinairement dans la grossesse. La dureté, la consistance et l'aspect fibreux de l'utérus ont entièrement disparu et ses parois sont transformées en une vaste poche analogue à une vessie légèrement hypertrophiée. La paroi externe de cette tumeur est d'une teinte brunâtre, très légèrement ardoisée, et sa cavité, d'un rouge livide, présente, de distance en distance, de nombreuses plaques rouges, comme des ecchymoses recouvertes de fausses membranes minces et jaunâtres; l'orifice interne de l'utérus est presqu'entièrement oblitéré; à peine si on y distingue une légère dépression, au centre de laquelle il existe une petite ouverture servant d'orifice à un canal étroit, qui s'ouvre dans la partie supérieure et droite du vagin. Un stylet engagé dans ce canal et le traversant sans obstacle prouve que cette communication existait pendant la vie et avait servi à l'écoulement du fluide contenu dans la tumeur. Les surfaces antérieure et postérieure du vagin étaient réunies au moyen de fibres celluleuses très résistantes et couvraient entièrement l'orifice externe du col de l'utérus. Sur les côtés du vagin, il existait deux ouvertures; l'une, placée à droite, formait l'ouverture extérieure du conduit étroit qui a été mentionné, et l'autre, située du côté opposé, communiquait à un canal étroit, n'ayant que deux à trois lignes environ de profondeur. Le vagin et la vessie, réunis à la tumeur, ne présentaient rien de particulier. Les trompes et les ovaires étaient également dans leur état normal.

BIBLIOGRAPHIE.

RELATION DE LA PESTE QUI A RÉGNÉ EN 1827 ET 1828, CONTENANT DES VUES NOUVELLES SUR LA MARCHE ET LE TRAITEMENT DE CETTE MALADIE; par L.-A. GOSSE, D. M. — 190 pages in-8°. Paris, chez Cherbuliez et Ce, libraires, rue de Tournon, 17.

L'auteur de cette brochure est l'un des nombreux philhellènes qui, mus de pitié au récit des atrocités auxquelles était soumis le peuple auquel nous devons notre civilisation, et du courage avec lequel les Grecs résistaient à leurs oppresseurs, accoururent en Grèce de tous côtés à la nouvelle de la chute de Missolonghi. Ce fut à la fin de 1826 que M. Gosse arriva en Grèce avec la double qualité d'homme de l'art et d'agent des comités grecs de Genève. Ce dernier titre surtout et les ressources positives dont il avait été chargé par les comités grecs lui donnèrent une grande influence dont il usa pour les progrès de la science sans négliger les devoirs importans que sa mission lui donnait à remplir. Peu de temps après son arrivée, il fut nommé commissaire-général de la flotte, ce qui l'éloignait beaucoup du genre de secours que sa profession semblait spécialement l'appeler à rendre aux victimes des Turcs. « Mais, dit-il lui-même, ces occupations administratives ne me faisaient pas perdre de vue mon but médical; tantôt chirurgien, tantôt médecin ou pharmacien, je soignai Karaiskaki, blessé à mort, et j'assistai aux derniers momens du jeune Napoléon, fils de Lucien. De la signature d'un bon de vivres ou de la distribution de canons, de poudre, de boulets, de cordages et de toile, je passais à une amputation, à des extractions de balles et à des visites de fiévreux. »

Nous sommes entrés dans quelques détails sur la position qu'occupait l'auteur en Grèce afin de faire connaître les moyens qu'il a eus de rassembler les matériaux de la description de la peste qui ravagea ce pays en 1827 et 1828. Si on demande maintenant à l'auteur pourquoi il n'a pas publié plus tôt des données aussi importantes sur un sujet qui l'avait occupé presque exclusivement pendant une partie de son séjour dans l'Hellénie, il répondra que ce travail n'aurait probablement jamais vu le jour, si, ainsi qu'il le dit lui-même, « les articles des journaux en 1837, qui parlaient des succès obtenus par le docteur Bullard à Constantinople, en réveillant mon petit amour-propre d'auteur, n'avaient décidé de sa publication. »

Maintenant que nous avons fait connaître les circonstances dans lesquelles les matériaux de ce travail ont été recueillis et celles qui en ont provoqué la publication, nous devrions en faire une analyse complète. Mais il est probable que d'ici à une époque peu éloignée de nouveaux travaux seront publiés sur la peste, et nous remettons à rendre compte en même temps des idées neuves, des points de vue originaux que nous avons trouvés et notés dans la description de M. Gosse. Nous nous contenterons pour le moment de dire que cette description n'est pas absolument complète. L'auteur n'a pu décrire les lésions anatomiques, les préjugés du peuple, la température élevée et les circonstances au milieu desquelles il recueillait ses observations ne lui ayant pas permis de pratiquer d'ouverture de cadavres. Néanmoins les autres parties de l'étude de la peste sont traitées avec beaucoup de développement, telles que l'origine de l'épidémie de peste dont il rapporte l'histoire, les causes, les symptômes, le diagnostic, le pronostic, le traitement et les moyens préservatifs qu'on lui oppose. La question de la contagion surtout laisse peu à désirer, et réellement il est impossible pour tout homme de bonne foi qui lit attentivement l'historique de la peste retracé par M. Gosse sur des documens positifs, de méconnaître son importation contagieuse en Grèce.

VARIÉTÉS.

— Le 1er février, a eu lieu, dans l'amphithéâtre de chimie, l'ouverture du concours pour l'agrégation (section des sciences accessoires).

Les concurrens sont: MM. Mialhe, Capitaine, Philippart, Martin, Perrin et Maissiat.

Les juges sont: MM. Orfila, président; Adelon, Pelletan, Richard, Royer-Collard, Dumas, Bussy; secrétaire, Bouchardat.

Suppléans: MM. Jules Cloquet, Bérard aîné, Chassaignac, Baudrimont.

— TRAITÉ COMPLET DES SACCHAROLÉS LIQUIDES, CONNUS SOUS LES NOMS DE SIROPS DE SUCRE, DE MELLITES ET D'OXIMELLITES, par EMILE MOUCHON, pharmacien, membre titulaire des sociétés de médecine et de pharmacie de Lyon, etc. 1839. 1 volume in-8°. Prix: 6 fr.

Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13 *bis*. Londres, même maison, 219, Regent-Street. Lyon, chez Javy, libraire, quai des Célestins, 49.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 8. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 23 FÉVRIER 1839.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

REMARQUES SUR L'INCERTITUDE DES SIGNES DIAGNOSTIQUES DE L'ALBUMINURIE, A L'OCCASION DE DEUX OBSERVATIONS CLINIQUES; par A. TOULMOUCHE, D. M. à Rennes, et membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris.

La présence de l'albumine et sa forte proportion dans l'urine ayant été données par le docteur Bright comme un signe pathognomonique de l'altération des reins, à laquelle il a attaché son nom, et ce résultat ayant été rencontré sans que ces organes eussent offert cette lésion organique, j'ai cru devoir ajouter à un bon nombre de cas de ce genre une nouvelle observation confirmative de la proposition ci-dessus.

Elle pourra concourir avec celles citées par les docteurs Graves, Morisson, Forget, à prouver que les reins peuvent sécréter de l'urine plus ou moins chargée d'albumine, en même temps que d'autres symptômes de la maladie décrite par Bright s'adjoignent à ce phénomène, sans que cette dernière altération soit rencontrée à leur examen nécroscopique.

J'ajouterai qu'il m'est souvent arrivé de trouver dans les urines des malades atteints d'hydropisie une quantité notable d'albumine, sans que les reins fussent malades. Le produit de leur sécrétion avait seul été altéré, sans que le volume, la consistance, ou la couleur de ces organes eussent été modifiés. Peut-être, plus tard, l'auraient-ils été, si, comme le prétend Valentin, l'altération de la sécrétion urinaire finit par amener l'état morbide découvert par le médecin anglais.

Comme presque toujours même dans ce dernier cas, il coexiste une ascite ou œdème général. La plupart du temps on recherche ailleurs que dans une maladie des reins la cause de ces affections, et si l'état albumineux de l'urine vient à être reconnu, l'observateur n'en reste pas moins encore dans le doute d'une lésion des reins, cet état de l'urine pouvant

Feuilleton.

LES MEDECINS ÉTRANGERS EN FRANCE.

En annonçant le prochain concours pour l'admission aux places d'élèves en pharmacie dans les hôpitaux de Paris, nous avons applaudi à la mesure qui étend aux étrangers la faculté d'y prendre part, sauf à remplir les conditions prescrites. Notre satisfaction n'a pas été partagée par tous nos lecteurs; l'un d'eux nous écrit à ce sujet une lettre dont les argumens n'ont rien de cosmopolite. C'est avec étonnement et déplaisir que notre correspondant voit les étrangers conviés à disputer à nos jeunes compatriotes des avantages qui ne devraient échoir qu'à ces derniers; les hôpitaux et les hospices de la capitale, fondés par la bienfaisance publique ou particulière, sont sustentés par le denier des contribuables; les ressources d'instruction et les menus émolumens que procure l'internat ne doivent point devenir la proie des étrangers; beaucoup d'élèves appartiennent à des familles honorables, mais peu favorisées de la fortune, et ne peuvent espérer d'alléger les sacrifices imposés à leurs parens qu'en dirigeant tous leurs efforts vers le modeste but de ce concours. Sans l'appui de ces places, plusieurs d'entre les hommes qui honorent le plus aujourd'hui la médecine ou la chirurgie française n'auraient pu atteindre le terme de leurs études et fonder les élémens de leur réputation; plus d'une gloire scientifique aurait succombé en grimpant sur les échelons de la scholarité universitaire.— Ce résumé ne sera point taxé d'inexactitude par l'auteur de la lettre dont il s'agit. Si nous restions dans la limite de ses réclamations, il n'y aurait lieu à longue réplique. Qu'objecte-t-il, en effet, à l'admission des concurrens étrangers? — Le droit des contribuables, les nécessités privées de quelques élèves. D'où il suit que si la fiscalité universitaire venait à s'adoucir ou même à concéder l'entière immunité des épreuves du doctorat, une portion des argumens contre les étrangers tomberait; de plus, s'il existe des hôpitaux (et nous en connaissons) qui se soutiennent par les seuls revenus de leur fondation, les étrangers y devront trouver un libéral accueil, et marcher de front avec leurs émules nationaux. — Mais la question de l'hospitalité scientifique n'est soulevée que par un coin dans la lettre qui nous a été adressée; nous ne consentons pas à la restreindre à de si étroites proportions. Elle ne saurait se résoudre par des considérations d'un ordre aussi variable, aussi secondaire que celles que nous avons rapportées. Les élémens de cette solution ne gisent point dans l'assiette financière de nos hôpitaux, ni dans les intérêts plus ou moins compris d'une fraction de nos élèves. Une question qui touche par sa face positive au droit des gens, et par son côté moral aux conditions intimes du progrès, échappe au criterium d'intérêts éphémères, se refuse au point de vue bourgeois des sollicitudes domestiques. C'est ici la cause, non seulement des élèves étrangers qui viennent s'asseoir sur les bancs de nos écoles et grossissent l'auditoire de nos professeurs; mais encore de tous les médecins venus du dehors, et qui ont obtenu le droit d'exercer en France. Plaider cette grande cause en bonne et due forme n'est pas notre affaire; aussi bien le cortége de nos cliens s'augmenterait encore, à juste titre, de tout ce que la France héberge de savans

se retrouver dans l'état sain de ces derniers, et dans l'ascite, comme le prouvera l'observation suivante :

ENTÉRITE CHRONIQUE AVEC ULCÉRATIONS; ÉPANCHEMENT PLEURÉTIQUE HÉMORRAGIQUE A GAUCHE; SYMPTÔMES DE LA MALADIE DES REINS DÉCRITE PAR BRIGHT; PÉRITONITE CHRONIQUE; ŒDÈME GÉNÉRAL ET DU POUMON; ÉTAT SAIN DES REINS; MORT.

OBS. I.—Dano, détenue, âgée de 43 ans, entra à l'infirmerie le 26 juin 1837, pour une diarrhée qui fut combattue par l'eau de riz et un régime approprié. Il s'y joignit des symptômes de gastralgie qui nécessitèrent l'application sur l'épigastre d'un emplâtre de thériaque saupoudré avec six grains d'acétate de morphine. Les évacuations alvines continuèrent. Je prescrivis la décoction de sagou, des tiers de lavement opiacé.

L'appétit étant assez prononcé, les alimens furent augmentés progressivement. La diarrhée persista pendant une partie du mois de juillet.

12. La malade commença à tousser et à être atteinte d'œdème aux extrémités inférieures. Elle n'avait pas de fièvre; mais elle se plaignait de douleurs dans les lombes et les membres. Je les regardai comme rhumatismales, et fis administrer plusieurs bains de vapeur auxquels elles cédèrent.

Durant le mois d'août, l'œdème des jambes tantôt augmenta, tantôt sembla diminuer avec les douleurs de reins. Cette femme ne toussait point, était sans fièvre. Elle resta dans le même état, mangeant le quart et buvant de l'eau gommeuse pour tisane : sa maladie semblait stationnaire.

9 septembre. Dano se plaignit d'un point de côté qui nécessita l'application d'un emplâtre épispastique, lequel le fit disparaître. Je le regardai comme pleurodynique, en sorte que je n'auscultai point la poitrine, faute que je reconnus plus tard. L'absence de toux, de fièvre le matin, et d'oppression, me firent commettre cette négligence.

20. La région du cœur fut auscultée. Je ne trouvai aucune lésion dans cet organe. L'œdème des extrémités augmentait. (Le quart, lait, orge nitré, et plus tard, décoction de pariétaire avec le même sel.)

29. Même état Absence de fièvre; pâleur générale, mains légèrement œdématiées, de même que les parois abdominales. Je fis ajouter à la boisson, au lieu de nitrate de potasse, du vin scillitique; mais la malade ne put le supporter. Il en fut de même de l'infusion d'un demi-gros de feuilles de digitale pourprée par laquelle je la fis remplacer. Comme la faiblesse était très grande, l'étiolement marqué, j'essayai le vin de quinquina le matin et le soir.

9 octobre. Ce médicament provoquant des coliques et des vomissemens fut supprimé, et la limonade prescrite pour boisson. Comme l'enflure faisait des progrès, je fis donner des pilules composées avec oxide de zinc un quart de grain, extrait d'opium un quart de grain, et extrait de gayac 2 grains. On ne put en administrer que deux, elles furent vomies.

17. Je revins à la prescription d'un macéré de quinquina et d'eau ferrugineuse. La malade ne toussait pas, ne se plaignait d'aucune oppression. L'estomac ne put encore supporter cette médication. Il fallut revenir à l'eau gommeuse et aux cataplasmes anodynés sur l'épigastre.

20. J'essayai de nouveau des pilules faites avec un grain d'extrait aqueux d'opium; scille 2, et belladone pulvérisée un demi, au nombre de trois par jour, et pour boisson une infusion de mélisse avec un demi-gros de teinture de raifort. Je crus, eu égard au mal habituel des reins, à l'œdème progressivement croissant, à l'examen des urines qui laissaient déposer une couche épaisse d'albumine par la chaleur et par l'acide nitrique, avoir reconnu la maladie des reins décrite par Bright, ou albuminurie. Le ventre n'était pas tuméfié; la teinture de raifort fut portée à un gros.

23. Urines jaunes, laissant encore déposer, lorsqu'on la chauffe au bain Marie, une couche d'albumine de trois à quatre lignes d'épaisseur, de même que par l'acide nitrique. (Application de ventouses sèches sur la région lombaire; bain de vapeur.)

Le surlendemain, j'en fis donner un second à Dano; mais elle put à peine le supporter.

28. La malade vomit les pilules; je les fis supprimer. Quelques jours plus tard, elle faillit succomber en revenant du bain de vapeur, en sorte qu'il fallut y renoncer.

1er novembre. L'œdème augmentait considérablement. Je fis faire des frictions avec la teinture de scille. Les symptômes prédominans devenant ceux d'une gastro entérite chronique, je revins à l'eau gommeuse, et fis diminuer la quantité des alimens.

12. L'infiltration des extrémités inférieures était extrême Elle s'étendait aux mains et aux parois du ventre qui rendait un son tympanique à la percussion. Dano s'affaiblissait de jour en jour, et la mort semblait devoir être prochaine.

15. Perte de connaissance, état tranquille, respiration mécanique; l'agonie continua le lendemain; et enfin, le 18, elle expira.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE FAITE 22 HEURES APRÈS. — ÉTAT EXTÉRIEUR. Œdème énorme des extrémités inférieures, des parois abdominales, et bien moindre aux avant-bras et aux mains; pâleur générale.

CRANE. Les tégumens étaient œdématiés à la partie postérieure; les os de la tête amincis. Il s'écoula du sang liquide du sinus longitudinal supérieur Il existait une couche de sérosité limpide entre l'arachnoïde et la pie-mère Les circonvolutions cérébrales étaient multipliées et très prononcées, surtout aux lobes antérieurs. La substance du cerveau était ferme la blanche sablée. Je rencontrai à peu près au milieu de l'hémisphère cérébral droit un petit épanchement de sang, de la grosseur d'un fort grain de chenevis, autour duquel la substance blanche avait une teinte jaune qui se perdait à la circonférence par une dégradation insensible. Les ventricules latéraux contenaient à peu près deux à trois gros d'une sérosité limpide : le reste de l'organe était parfaitement sain; il en était de même du cervelet.

THORAX. Le côté gauche était occupé par un épanchement de sérosité fortement sanguinolente, qu'on pouvait évaluer à deux pintes, lequel avait refoulé le poumon de bas en haut, mais surtout de dedans en dehors, et l'avait aplati inférieurement contre les côtes, par suite de l'adhérence de cette partie de l'organe à la partie déclive de la paroi externe du thorax. La plèvre qui tapissait ce dernier était recouverte d'une couche de sang d'un rouge vif. Le liquide épanché était traversé par des brides ou pseudo-membranes albumineuses très fermes recouvertes de la même matière colorante du sang; le poumon était très adhérent à son sommet. Après l'avoir enlevé, je reconnus au-dessous de celui-ci, à un pouce et quart, une espèce de rétrécissement ou rainure, formé par un tissu bleuâtre, foncé, comme fibro cartilagineux, qui s'enfonçait dans le parenchyme polmonaire, et était la cicatrice d'une ancienne excavation tuberculeuse. Le sommet était dense, noirâtre dans tout le pourtour de celle-ci Dans le reste du lobe supérieur, la trame de l'organe était infiltrée de sérosité et de petites masses de tubercules miliaires gris, agglomérés. Le tissu pulmonaire contigu à ces dernières était d'un rouge intense et plus facile à déchirer qu'ailleurs. Il tenait à la fois du premier degré de la pneumonie et de l'œdème. Dans le reste de l'organe, il était grisâtre, infiltré de sérosité spumeuse qui s'en écoulait abondamment à la pression dès qu'on l'avait incisé, et par une foule de petits conduits. Le parenchyme donnait à la pression la sensation d'un tissu spongieux qui s'affaisserait à mesure de l'issue du liquide contenu dans ses aréoles. Le long des bords du lobe inférieur, il était tout à fait spléoifié, grisâtre, mais plus foncé et totalement privé d'air.

Entre les deux lobes existait une exhalation du sang d'un rouge vif, formant une couche très légère qui tapissait les pseudo-membranes pleurales.

On remarquait à la racine du poumon plusieurs glandes d'un tissu gris, bleuâtre, induré, criant sous la section du scalpel, et ayant triplé de volume. La muqueuse bronchique était rouge, et toutes les divisions du tuyau aérien, engouées d'un mucus rosé, très spumeux, qui les remplissait presque entièrement.

Le poumon droit était fortement adhérent par tous les points de sa surface. J'eus beaucoup de peine à le détacher Au-dessous de son sommet existait une dépression ou cicatrice, oblique de haut en bas et de dehors en dedans, aboutissant à un tissu gris, bleuâtre, foncé, fibro-cartilagineux, s'enfonçant dans l'organe et interrompu par quelques portions de tubercules desséchés et d'aspect crétacé. Dans tout le reste de ce dernier, le tissu pulmonaire était grisâtre, dur, pesant, surtout dans le lobe supérieur et moyen, et imbibé d'une très grande quantité de sérosité qui en ruisselait abondamment à chaque section, surtout lorsqu'on le pressait.

exotiques, physiciens, mathématiciens, chimistes, etc. Les médecins étrangers ont rencontré dans leurs propres rangs un habile défenseur de leurs prétentions; son plaidoyer a trouvé place dans les colonnes de ce journal, et ne sollicite point, de notre plume, un supplément de logique à l'appui de ses propositions. Mais comme c'est là une des questions qui relèvent de quelques principes supérieurs aux intérêts de corporation, comme elle rentre dans le domaine de celles que doit soulever tôt ou tard la discussion de notre fabuleuse loi d'organisation, nous nous arrêtons volontiers à en éplucher la contenance; bien entendu que nous n'aurons à faire qu'aux idées, non aux personnes; que bien ou mal en revienne aux confrères des autres pays, ils n'en doivent nous tenir compte. Après tout, nous nous sentons au cœur un plus chaud souci des intérêts indigènes que des vocations nomades qui sont venues s'essayer sur notre sol; mais il est des principes qui doivent commander aux suggestions d'un ordre purement matériel; interprétés avec sagesse, appliqués avec mesure, ils ne sauraient froisser violemment les existences médicales que doit protéger en première ligne la législation de la patrie; quelques sacrifices, quelques concessions nous coûteront-ils, quand l'esprit de tolérance et de progrès les exige?

Convient-il d'admettre ou de repousser les médecins qu'amène dans nos villes la fortune de l'émigration, parfois suspecte, souvent honorable? La lice des concours qui conduisent aux positions fructueuses de la science doit-elle s'ouvrir aux élèves étrangers qui hantent nos écoles, paient des inscriptions, subissent les examens, acquièrent, suivant toutes les formalités légales, des titres qui confèrent aux nationaux une somme d'avantages? Nous élargissons à dessein les termes de la question; c'est dans sa plus grande généralité qu'il faut l'envisager. Admettre les uns, repousser les autres, donner, retirer l'autorisation, privilégier par défaut d'enquête le charlatanisme cosmopolite, méconnaître le talent exilé; créer par une signature ministérielle les existences nouvelles à côté de celles qui vivent pressées dans l'enceinte de nos cités; rayer d'un trait de plume ces existences improvisées dans l'origine, mais appuyées sur une longue possession, tout cela s'est pratiqué jusqu'aujourd'hui; mais tout cela constitue une atteinte permanente au droit commun, aux strictes exigences de l'équité. Le droit des médecins étrangers, c'est d'être égaux devant une loi spéciale qui règle les conditions de leur établissement en France, comme l'égalité devant la grande loi de la patrie constitue le droit commun des médecins indigènes. L'équité voudrait, à défaut d'une législation expresse, que les autorisations exceptionnelles décernées avec ou sans l'avis du conseil de l'Université fussent motivées par une enquête scrupuleuse; et ce ne sera pas s'aventurer par esprit d'opposition que d'affirmer que cette garantie a manqué à la plupart des autorisations imposées à la médecine indigène. Que le ministre accorde ou refuse; il y a privilége; qu'il protége ou méconnaisse les intérêts de la profession, il procède sans règle fixe, et comme l'Université se trouve à tort ou à raison subordonnée à une autorité que sa responsabilité politique rend éminemment mobile et passagère, la sagesse d'aujourd'hui n'est pas la sagesse de demain; l'invasion étrangère, refrénée par l'intelligente fermeté d'un grand maître, rompra les entraves et débordera sur nos villes, grâce à la facilité d'un autre. Ce qui nous surprend, c'est qu'un organe intéressé de la médecine exotique ait accepté et soutenu, dans ces colonnes, le système des autorisations, c'est-à-dire des exceptions. Il en est une qui lui paraît fondée sur le droit international et dont le bénéfice, selon lui : ne saurait, en nul cas, échapper au médecin étranger; il s'agit du droit de soigner un co-expatrié. Mais nous de-

Les glandes de la racine du poumon étaient quadruplées de volume, indurées, et comme fibro-cartilagineuses.

Les tuyaux bronchiques étaient remplis d'une mucosité rosée, très spumeuse et très abondante ; elle tapissait également la trachée artère et le larynx. La cavité du péricarde ne renfermait que quelques gouttes de sérosité. Le cœur était petit, d'un tissu pâle, et l'oreillette droite occupée par une concrétion polypiforme.

Abdomen. Il contenait bien deux pintes et demie d'une sérosité lactescente ou légèrement trouble, dans laquelle nageaient des filamens d'albumine. Le péritoine, sur les fosses iliaques et dans la région lombaire, offrait de petites infiltrations sanguines, d'un rouge vif. Une portion de l'iléon, pelotonnée sur elle-même et qui laissait devenir extérieurement, par ses altérations, l'existence de nombreuses ulcérations, avait contracté de fortes adhérences avec la portion du péritoine qui tapisse la vessie, à l'aide d'une bride courte, épaisse et très difficile à rompre.

La muqueuse de l'œsophage était rouge, et au contraire pâle dans l'estomac qui était assez vaste, distendu par des gaz et tapissé d'un mucus blanchâtre, bien que le liquide qu'il contenait en petite quantité fût d'un vert assez foncé.

La face interne du duodénum offrait plusieurs petites ulcérations, à bords fongueux, saillans et à fond tapissé par une exhalation sanguine.

Le jéjunum renfermait un liquide vert visqueux, épais, qui le remplissait en partie. Sa partie supérieure était un peu œdémateuse. Mais bientôt sa muqueuse s'amincissait, de manière à rendre les valvules conniventes qu'elle forme très fines et comme appliquées par leur poids sur les parois intestinales. Il y fut rencontré un assez grand nombre d'ulcérations plus ou moins larges et irrégulières, à bords tomenteux, à fond souillé par un peu de sang, mais granulé et formé par la tunique musculeuse altérée.

L'iléon en était également criblé, mais elles étaient plus étendues, plus multipliées, et plus rapprochées dans ses deux derniers pieds, surtout au-dessus de la valvule iléo-cœcale, où elles formaient un vaste cloaque dont le fond semblait formé par des glandes mésentériques indurées et ulcérées. Il était d'un rouge noirâtre, tapissé de matières fécales liquides, rougeâtre et puriformes. Il se serait fait plus tard des perforations intestinales ; car le péritoine était d'un rouge noirâtre, vis-à-vis le fond de la plupart de ces ulcérations. Ce dernier était formé d'un tissu granulé, grisâtre, analogue aux tubercules miliaires, dans lequel la tunique musculeuse avait été transformée.

La valvule iléo-cœcale était saine ; de même que la face interne du cœcum, qui renfermait des matières fécales jaunies, un peu liquides. Mais l'origine du colon et toute sa portion ascendante étaient transformées en un vaste ulcère, à fond rugueux, noirâtre ou rouge, tapissé de lambeaux irréguliers de la muqueuse en majeure partie détruite, et d'un liquide stercoral sanguinolent. La tunique musculeuse était épaissie de plusieurs lignes, indurée, blanchâtre, et la péritonéale plus diaphane et plus mince. Cette dernière avait contracté des adhérences avec une traînée de glandes mésentériques indurées.

La muqueuse du colon au-dessus de ce vaste ulcère était tapissée d'une couche très mince de sang d'un rouge vif. On remarquait encore çà et là d'autres petites ulcérations qui semblaient en voie de guérison ; c'est-à-dire que, comme on l'avait observé dans quelques-unes de l'iléon, les bords en étaient affaissés, arrondis, le fond plus uni et de couleur presque naturelle. L'S iliaque du même intestin en offrit encore quelques-unes, mais le rectum fut trouvé sain : l'un et l'autre étaient en général étroits et ne renfermaient point de matières fécales.

Les glandes mésentériques étaient tuméfiées, indurées, et formaient une masse assez volumineuse. Le pancréas offrait un tissu grenu, très sec. La rate était petite, flétrie ; son parenchyme rougeâtre et assez ferme.

Le foie, de volume ordinaire, était sain ; sa vésicule distendue par une bile d'un vert jaunâtre, dans laquelle je rencontrai une grande quantité de petits calculs, à facettes irrégulières, mais en général de forme triangulaire, de la grosseur d'un très petit pois et d'une couleur jaune claire.

Appareil génito-urinaire. Les reins étaient très peu volumineux et parfaitement sains ; les deux substances pâles. La vessie renfermait beaucoup d'urine limpide. Les parois étaient minces et saines. Les ovaires formaient deux petits corps blanchâtres, ratatinés, d'un tissu blanc et comme fibro-cartilagineux. L'utérus était petit ; sa substance ferme, blanchâtre.

Deux périodes bien distinctes se dessinèrent dans cette observation. La première, durant laquelle les symptômes dénotèrent une entérite et ensuite une affection rhumatismale des muscles des lombes et des membres, que je crus qu'elle s'était portée plus tard et d'une manière aiguë sur ceux de la poitrine, l'absence de toux, de fièvre et d'oppression m'ayant fait négliger d'ausculter le côté correspondant du thorax et commettre une grossière erreur de diagnostic (d'où la nécessité de toujours ausculter la poitrine dans les maladies). Les seuls signes auxquels on aurait pu soupçonner la maladie de Bright étaient la douleur des reins, l'œdème progresssivement croissante des extrémités inférieures.

La seconde, durant laquelle l'enflure fit des progrès, la douleur des reins persista, les urines laissèrent déposer par la chaleur et l'acide nitrique une couche épaisse d'albumine, l'œdème gagna les parois du ventre et les mains, en même temps que les signes d'une phlegmasie chronique de l'estomac persistaient et qu'une lésion cérébrale à marche lente et occulte vint enfin hâter le terme de l'existence. Certes si la symptomatologie d'une affection morbide pouvait être claire, c'était bien dans ce cas, où la plupart des symptômes assignés comme caractéristiques de la maladie des reins décrite par Bright avaient existé ; et cependant, à l'ouverture du cadavre, ces organes furent trouvés sains.

Disons donc que, dans l'état actuel de la science, les signes décrits par MM. Bright, Rayer, Martin Solon, etc., peuvent se rencontrer dans la lésion correspondante des reins, et que d'après l'exemple que je viens de citer et ceux rapportés par les docteurs Graves, Morisson, Forget, il y a encore lieu à de nouvelles recherches, relativement au degré de certitude de ceux-ci.

Il arrive (c'est ce qui probablement a lieu bien souvent) que la maladie de Bright se développe sans qu'aucun symptôme qui lui soit spécial engage le médecin à examiner chimiquement l'état des urines. L'observation ci-après en présentera un exemple. En effet, on y trouvera tous les caractères anatomiques du premier degré de l'altération rénale ou de l'hypérémie qui conduit au deuxième que seul Bright a décrit, c'est-à-dire la lésion pour ainsi dire bornée à une augmentation du volume des reins, avec présence, soit active, soit passive, d'une grande quantité de sang, avec tissu un peu ramolli, comme granulé, et état peu distinct des substances tubuleuse et corticale. Mais on ne démêlera, parmi les symptômes, aucun signe propre à faire soupçonner l'affection morbide des reins. Aussi rien ne m'engage-t-il à soumettre l'urine à l'action de la chaleur et des réactifs. Je pense que, dans le plus grand nombre des cas, les praticiens seront entraîné à la même omission ; car, malgré les nombreux travaux faits tant en Angleterre qu'en France sur l'hydropisie avec urine albumineuse, on n'a pu encore arriver à établir un rapport constant et possible entre les symptômes et les altérations pathologiques ; et M. Martin Solon, dans un ouvrage tout récent sur l'albuminerie qu'il vient de publier, a tenté, par des efforts bien louables sans doute, de rapprocher les symptômes des lésions, mais il n'a pu arriver à quelque chose de plus positif que ce qu'on connaissait déjà.

Cela est si vrai que le même auteur a observé les caractères de l'urine coagulable albumineuse à l'époque critique de quelques maladies aiguës ; de même que dans le cours de quelques affections bilieuses et de quel-

---

mandons à M. Rognetta si un avocat anglais dont le ministère est réclamé par un Anglais résidant à Paris peut plaider au tribunal de première instance de la Seine ; si un notaire italien a droit d'instrumenter en France sur la réquisition d'un sien compatriote qui y séjourne. La loi nationale protége la vie comme elle protége les biens et la sécurité de tous les habitans du sol national ; les conditions d'exercice médical relèvent de ces lois protectrices de la vie individuelle ; le droit des gens, loin d'en recevoir aucune atteinte, y trouve une incontestable garantie. Pour nous, plus soigneux de la cause des médecins étrangers que leur propre interprète, nous voulons les voir affranchis d'un régime d'exceptions, soustraits aux hasards de l'autorisation personnelle : une législation spéciale doit consacrer leurs droits, s'ils sont réels ; réels ou non, ces droits sont les mêmes pour tous ; bonnes ou mauvaises, les mêmes mesures doivent leur être appliquées. Tant pis pour quelques hommes d'un mérite exceptionnel que l'étranger nous envoie, si la proscription de la médecine étrangère découle comme une fatale conséquence de l'examen définitif de cette question. Mais au moins l'on ne verra plus la bienheureuse ordonnance d'autorisation tomber d'une main incompétente sur les fausses illustrations, ou installer officiellement au lit des malades parisiens, une doctrine issue d'outre Rhin, et qui réalise de gros profits avec des doses infinitésimales. Que si cet examen nous mène à dire : Place aux médecins étrangers ; tant pis pour les nôtres ; ils auront à serrer leurs rangs, tout nombreux qu'ils sont déjà.

Or, quels sont les droits des médecins étrangers ? Ceux de la réciprocité, répond l'égoïsme national. Dans ce cas, il n'y a plus qu'à s'informer de la situation de nos compatriotes établis en Italie, en Allemagne, en Angleterre, etc., et de réaliser le *par pari* envers les confrères anglais, allemands, italiens, qui vivent dispersés sous le ciel de notre France. Nous aurons donc une façon d'agir différente envers les médecins des divers états européens, selon que nos compatriotes y seront eux-mêmes l'objet de mesures différentes. Que ces mesures viennent à changer dans un pays, notre législation devra se modifier à son tour. Quelle complication de règles ! Quelle légalité multiple et versatile ! Il y a des gens qui ne reculent pas devant ces difficultés, et dont le premier souci est d'instituer vis-à-vis des étrangers une inflexible réciprocité d'avantages. Chacun chez soi et pour soi, telle est leur devise ; ils la transportent de la politique dans la science, sans s'informer de la nature distincte des intérêts qu'ils englobent dans leur axiome fondamental. Les hommes qui raisonnent ainsi appartiennent surtout à la classe laborieuse des praticiens. Ce qui les préoccupe avant tout, c'est le côté matériel de la carrière qu'ils ont entreprise à grands frais de temps, de travail et d'argent. Ils n'hésitent point à confondre leur profession avec beaucoup d'autres industries, et repoussent au même droit que celles-ci, le fardeau d'une concurrence imposée par le vouloir d'un ministre ; ce qui ne les empêche pas ensuite, de s'exclamer avec indignation contre l'impôt de la patente médicale. Pour nous, la préoccupation des résultats matériels de notre carrière ne nous manque point. Plus ces résultats sont compromis aujourd'hui, plus il convient d'y veiller avec une ferme sollicitude. Mais comment nous décider à ne voir dans la médecine qu'un métier, une industrie, un peu plus relevée que d'autres, sans doute, mais n'ayant comme elles, pour âme, que le besoin du lucre, pour terme que la richesse, pour moyens que l'activité poussée jusqu'à l'habileté ? La médecine française exigera-t-elle, comme l'industrie cotonnière, une triple ligne de douanes, destinée à intercepter le talent qui vient de l'autre côté de la Manche ? Le corps médical, cette

ques cas d'inflammation ou d'hémorrhagie rénale ayant offert des points de contact avec la maladie de Bright, bien qu'il conclue que cette dernière constitue une affection tout à fait spéciale et *que l'on ne peut confondre avec aucune autre;* ce qui me semble tout à fait contestable et en contradiction avec les remarques contraires émises par lui dans son livre. En effet, il déclare avoir reconnu, avec les médecins anglais et français qui l'ont précédé dans cette étude, qu'on observe la coagulabilité de l'urine dans beaucoup de circonstances, parmi lesquelles toutes les maladies aiguës, lorsqu'elles approchent de leur solution, tiennent la première place, telles que les exanthèmes fébriles, la fièvre typhoïde, la pleuro-pneumonie : aussi s'efforce-t-il de parer à cette difficulté en cherchant à établir des caractères différentiels entre les urines critiques qu'il appelle *coagulables* ou *précipitables*, qui ne sont tout bonnement *qu'albumineuses*, et celles albumineuses de la maladie de Bright, en spécifiant que les premières contiennent beaucoup d'albumine, mais que néanmoins elles diffèrent de celles de la lésion rénale précédente par des proportions plus considérables des principes salins et autres qu'elles renferment, tels qu'un excès d'urée, d'acide urique et d'urate d'ammoniaque. Mais, de bonne foi, le praticien pourra-t-il, d'après des différences aussi vagues, aussi variables et, le plus souvent aussi difficiles à saisir ou manquant, baser un diagnostic sûr? N'est-ce pas ici faire une application exagérée des connaissances chimiques à l'appréciation des causes et des effets des maladies, et ces notions sont-elles assez avancées pour qu'elles puissent servir de guide?. Il est permis d'en douter, à cause des travaux si souvent en contradiction des médecins-chimistes les plus distingués, comme on peut s'en convaincre en comparant ceux de Vauquelin, de Fourcroy, de Barruel, de Schecle, et de MM. Raspail, Lecanu, Donné, Muller, Berzelius, Thenard, Dumas et Prout, sur le sang, l'urine, le lait, la bile, la salive, le suc gastrique, etc.

Les inévitables lacunes des analyses de chimie animale, l'impossibilité où elles sont de faire connaître le lien de causalité entre les phénomènes morbides et les lésions ou les circonstances modificatrices des sécrétions, et d'amener à en déduire des conclusions stables, doivent en détourner les médecins appelés à étudier les produits sécrétés, non à l'état de cadavre, mais à celui d'animation par la vie, c'est-à dire en pathologistes et en physiologistes avant tout. Les plus grands maîtres ont-ils abordé le lit des malades entourés de réactifs chimiques ou armés de microscopes, comme on a de la tendance à le faire aujourd'hui dans certains hôpitaux de Paris? Je ne le sache pas. Il faut donc prendre garde d'accorder une importance trop exclusive et exagérée à la science chimique, comme moyen d'appréciation diagnostique dans les maladies, et en borner le rôle à celui déjà si beau d'étudier les agens naturels, et les produits qu'elle peut en retirer pour les appliquer à l'art de guérir, à l'hygiène publique et à la médecine légale.

PHTHISIE PULMONAIRE; EXCAVATIONS TUBERCULEUSES; HÉPATISATION ROUGE DU LOBE INFÉRIEUR DU POUMON GAUCHE; HYDRO-PERICARDITE MÉCONNUE; LÉGÈRE ASCITE; ULCÉRATIONS ET TUBERCULES DANS LE JÉJUNUM ET L'ILÉON; ULCÈRES PLUS VASTES DANS LE CŒCUM ET LE COLON, PREMIER DEGRÉ DE LA MALADIE DES REINS DÉCRITE PAR BRIGHT; MORT.

OBS. II. — Lebaron, âgé de 33 ans, entra, le 9 décembre 1837, à l'infirmerie. La poitrine fut auscultée et une phthisie pulmonaire reconnue. Il fut soumis aux aspirations de chlore, faites quatre fois par jour. Je prescrivis une infusion de capillaire et un julep avec une demi-once de sirop d'opium pour la nuit.

18. Il fut appliqué dix-huit sangsues à l'anus. Le malade se trouva mieux. Les alimens furent augmentés et portés aux trois quarts.

Il sortit le 23.

Il rentra le 28. Il toussait beaucoup, était oppressé, éprouvait de la constipation, avait de la peine à expectorer. (Lavement purgatif; potion kermetisée.)

1er janvier 1838. La poitrine fut auscultée de nouveau et le phénomène de la pectoriloquie constaté.

6. Baron fut remis à l'usage du chlore inspiré. (Tisane laxative; julep narcotique.)

9. Diarrhée, peau chaude, terreuse, crachats muqueux, sueurs nocturnes, fièvre, toux fréquente. Je prescrivis pour boisson un demi gros de chlorure d'oxide de sodium et douze gouttes de laudanum pour une pinte d'eau. Le dévoiement continua les jours suivans; il diminua vers le 14. La toux devint aussi moindre.

15. Constipation qui nécessita un lavement purgatif; même état relativement à l'affection pulmonaire.

17. L'oppression augmenta. Il fallut recourir à l'application des sinapismes volans aux extrémités inférieures. Toux plus fréquente.

21. J'auscultai de nouveau et je reconnus une hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche du cœur. L'œdème, survenu depuis quelque temps aux membres abdominaux, m'avait donné l'éveil sur la possibilité d'une lésion de cet organe. (Lait; demi ration; potion avec la teinture de digitale pourprée.)

29. La diarrhée cessait pendant quelques jours, mais reparaissait bientôt. J'avais diagnostiqué des ulcérations dans les intestins.

Amaigrissement rapide, peau terreuse, quintes de toux rapprochées, trois selles liquides par vingt-quatre heures. (Tiers de lavemens narcotiques, julep avec demi once de sirop d'opium; capillaire.)

Le lendemain, les évacuations alvines furent plus nombreuses. Les crachats étaient muqueux, abondans et spumeux. (Le quart; eau gommeuse; même prescription pour le reste.)

1er février. Douze selles par jour; douleurs vives dans l'abdomen; plaintes continuelles; facies caractéristique des phlegmasies chroniques des intestins; peau terreuse. (Eau de riz, cataplasmes anodinés sur le ventre.)

7. La diarrhée avait diminué; coliques par moment; crachats muqueux, abondans et légèrement teints de sang.

Lebaron s'affaiblit rapidement les jours suivans, et expira enfin le 17.

AUTOPSIE CADAVÉRIQUE faite 26 heures après.

HABITUDE EXTÉRIEURE. Maigreur plus prononcée au visage qu'au corps.

La tête ne fut pas ouverte, aucun symptôme d'une lésion cérébrale n'ayant eu lieu.

THORAX. Le poumon droit était volumineux, dense; tout son lobe supérieur était farci de tubercules extrêmement nombreux, dont une grande partie était ramollie. On apercevait çà et là de petites cavernes encore remplies de cette matière.

Le tissu pulmonaire était légèrement infiltré de sérosité à sa partie postérieure.

Le lobe moyen était dans le même état, seulement les tubercules quoique aussi serrés y étaient plus petits. Il en était encore de même de l'inférieur, excepté qu'ils y étaient moins multipliés.

Le poumon gauche était également atteint de tubercules, dont les uns ramollis formaient de petites excavations encore pleines de matière de la consistance de fromage très mou; tandis que les autres étaient plus fermes et d'aspect blanchâtre ou gris. La presque totalité du lobe inférieur était atteinte d'hépatisation rougeâtre. Le tissu pulmonaire y offrait un aspect grenu à la section, et le doigt le déchirait avec la plus grande facilité. On y remarquait encore des tubercules.

La cavité du péricarde était distendue par dix à douze onces de sérosité, ayant un aspect jaunâtre avec une légère teinte trouble et dans laquelle flottait le cœur. Ce dernier était assez volumineux; l'oreillette droite énormé-

---

réunion d'hommes qui ont traversé les hautes régions de l'intelligence et de l'âme avant d'entrer dans la vie positive du praticien, ne se sentirait-il au cœur que les instincts mercantiles et les sordides sollicitudes qui fermentent dans les étages infimes du commerce? Qu'il faille surveiller les élans de notre générosité, nous n'avons garde de le nier. Nous autres Français, nous en sommes souvent dupes; mais il y a loin d'une prudence intelligente à l'importation des maximes d'égoïsme commercial dans le domaine de la science. Le principe de la réciprocité peut trouver sa place dans des questions d'économie industrielle. On ne saurait l'étendre rigoureusement à l'exercice de la médecine sans blesser l'esprit de progrès, sans violer la dignité du travail scientifique. Si nos compatriotes rencontrent, en quelques pays de l'Europe, des difficultés pour l'exercice de leur art, nous le regrettons. Mais, outre que ce fait n'est point arrivé à notre connaissance, nous n'estimons pas qu'il doive arrêter l'initiative de libérale hospitalité qui appartient à la France, sauf à l'étayer sur une somme de garanties, que nous indiquerons tout à l'heure. Ce n'est donc pas du principe de mutualité que nous déduirons les droits des étrangers à l'exercice médical en France; nous les puiserons, s'il leur plaît, à une source plus élevée; ils découlent, visibles à l'œil des esprits éclairés, d'un autre ordre de considérations, qui ne se formulent point avec la rigueur de certains axiomes d'économie sociale, mais qui ressortent de ce qu'il y a de stable et de *vraiment vrai* dans notre nature. L'intelligence est cosmopolite; elle ne connaît ni les frontières artificielles que la sagesse diplomatique a tracées en Europe, ni les barrières que la nature elle-même semble avoir dressées entre certains états. Si les nationalités politiques sont une phase nécessaire dans l'évolution de la société humaine, les nationalités scientifiques sont une chimère, une création de l'amour-propre, l'erreur de quelques esprits prévenus. Un fait domine notre siècle, c'est l'unité du travail scientifique en Europe ou plutôt dans le monde. Toutes les intelligences dispersées sur le globe, et qui travaillent, chacune selon sa portée et dans sa direction originale, à l'avancement des connaissances humaines, composent une sainte phalange, une tribu d'élite qui éclaire la marche des contemporains; à leurs vigoureuses épaules, la providence a confié l'arche du progrès; même esprit les anime; elles ont mêmes intérêts, même but, mêmes traditions, mêmes espérances. Sur quelque coin de la terre qu'il leur plaise de se fixer, elles ont droit à une large hospitalité; loin d'épuiser la terre qui les reçoit, elles y versent leur sève. Si Newton, si Leibnitz, si Boerrhaave ou Sydenham fussent venus apporter à la France leur gloire et leur génie, la France aurait-elle refusé un tel présent? Or savez-vous ce qui sommeille en ces élèves étrangers que vous voulez écarter du concours de l'internat? Sans doute, les Sydenham, les Boerrhaave ne pullulent point; après ces grands enfantemens, la nature a besoin de reprendre haleine; mais si un seul d'entre eux doit un jour féconder une portion du domaine scientifique et deverser sur la France l'éclat d'un grand nom, lui seul aura acquitté la dette de tous envers la patrie adoptive de leur intelligence. Singulière distinction entre l'homme et la chose, entre l'œuvre et l'ouvrier! Vous repoussez les médecins qui ne sont pas nés en deçà de telle rivière, de telle montagne, et vous vous emparez sans scrupule des produits de leur activité. Une découverte utile surgit sur un point du globe, vous ne vous informez point du lieu qui l'a vue naître, pour la transporter dans vos livres, dans votre enseignement; votre main applique avec avantage les procédés de la chirurgie anglaise ou germanique; votre thérapeutique se compose d'emprunts faits de toutes parts; les faits nouveaux, les théories ingénieuses, et

ment distendue par un caillot de sang noir, de même que le ventricule du même côté, excepté que dans ce dernier il y était comme intriqué dans les interstices des colonnes charnues. Ses parois étaient d'épaisseur normale. Celles du gauche étaient dans le même cas et assez fermes : la cavité de ce dernier et celle de l'oreillette gauche étaient également occupées par du sang concrété.

ABDOMEN. Il pouvait renfermer à peu près une chopine de sérosité assez limpide, qui remplissait toute l'excavation du petit bassin. L'estomac était presque vide; sa cavité spacieuse; sa membrane muqueuse qui, dans la moitié ou le tiers inférieur du grand cul-de-sac, était plissée fortement et formait des espèces de losanges irréguliers, était rouge, piquetée dans toute cette partie, comme épaissie et tapissée de mucosités tenaces. Celle du duodénum était saine. Le jéjunum contenait un mucus liquide, coloré par la bile et d'odeur alliacée. On rencontrait dans plusieurs points de sa longueur un certain nombre de petites ulcérations à fond d'un gris noirâtre ou rouge, tapissé par une exhalation sanguine; car en la ratissant on l'enlevait et on trouvait à nu la tunique musculeuse. Les bords en étaient taillés à pic, mais peu tuméfiés. Souvent à côté de celles-ci, on apercevait des tubercules blancs et ronds, développés au-dessous de la muqueuse, tantôt intacte, tantôt commençant à s'user et à s'ulcérer au centre de ceux-ci, qui, ramollis, s'étaient vidés à mesure que l'érosion s'était étendue jusqu'à les circonscrire entièrement.

Dans l'intestin iléon, ils étaient moins nombreux, mais en revanche les ulcérations y étaient plus multipliées, plus agglomérées, surtout vers l'attache mésentérique. Leur fond était en général rouge et coloré en noir vers la fin, leurs bords peu saillans, et les matières fécales liquides, mais toujours plus abondantes vis-à-vis les points ulcérés.

La valvule iléo-cœcale était convertie en un large ulcère, à fond noirâtre et en partie détruite. La cavité du cœcum offrait çà et là d'autres ulcérations de même aspect.

La portion ascendante et l'arc transverse du colon en présentaient aussi de semblables, mais plus longues, plus étendues. Elles diminuaient dans l'S iliaque où elles cessaient même, car on n'en retrouvait plus dans la portion descendante et le rectum, où les matières stercorales étaient plus fermes, plus jaunes que dans les précédens intestins.

La rate était assez volumineuse et flasque. Son tissu était rougeâtre et facile à déchirer.

Le foie, très développé, était ferme, dans l'état normal, et sa vésicule petite et en partie remplie par une bile jaune, verdâtre, très épaisse et très filante.

Le rein gauche était très allongé, d'un quart plus que l'autre. Leur tissu était rouge, légèrement granulé; leurs deux substances peu distinctes l'une de l'autre, et faciles à déchirer. (Premier degré de la maladie de Bright.)

La vessie était très contractée, petite, et ses parois épaissies.

Dans cette observation, les symptômes les plus tranchés furent ceux qui dénotaient des excavations tuberculeuses dans les poumons et des ulcérations intestinales; car l'œdème des extrémités inférieures et l'ascite consécutive s'expliquaient par une lésion organique du cœur reconnue par l'auscultation médiate.

Aucun des signes du premier degré de la maladie des reins, dite albuminurie, n'exista, ou s'il s'en fût manifesté ils eussent été masqués par les nombreuses lésions co-existantes.

Si les urines ne furent pas soumises à l'action de la chaleur et de réactifs, c'est que rien ne pouvait faire soupçonner la maladie de Bright; et leur état albumineux eût-il été constaté, il n'eût pas encore été pour l'observateur un signe univoque; cette altération de la sécrétion urinaire se retrouvant souvent dans l'ascite et les autres maladies énumérées dans le cours de cette notice.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MODIFICATION DE L'APPAREIL INAMOVIBLE POUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES, par MM. KING et CHRISTOPHERS, avec des observations; RÉSUMÉ D'UNE LEÇON FAITE AU DISPENSAIRE DE BLENHEIM-STREET A LONDRES EN AOUT 1838, par le docteur T. KING, chirurgien du Dispensaire; traduit par ERNEST BOUDET, interne des hôpitaux de Paris.

Avant de soumettre au jugement de mes collègues une modification de l'appareil inamovible pour le traitement des fractures, je crois qu'il sera bon de rechercher quels sont les principes sur lesquels il doit être basé, en d'autres termes quelles sont les règles à suivre pour arriver heureusement à une cure radicale. Or pour cela il sera nécessaire d'étudier le procédé que suit la nature pour guérir les solutions de continuité des os, les phénomènes que présente la formation du cal. C'est là, si je ne me trompe, la marche à suivre toutes les fois qu'en médecine on propose une modification d'une méthode, c'est le seul moyen d'avoir une idée exacte de la valeur des innovations. Quand nous connaîtrons quelle est la marche que suit la nature pour guérir, nous en déduirons aisément les règles que l'art doit suivre pour assurer une cure radicale. Ensuite il faudra en appeler au jugement de l'expérience qui infirme ou confirme les théories : ainsi quant aux fractures, nous chercherons d'abord à asseoir les bases d'un traitement rationnel; puis nous examinerons jusqu'à quel point les modifications par nous proposées s'accordent avec ces règles fondamentales; nous exposerons ensuite nos propres observations.

L'expérience montre que, quand un os est rompu les vaisseaux déchirés du tissu osseux, la membrane médullaire et les parties voisines donnent issue à une certaine quantité de sang qui se répand autour des fragmens et se coagule au bout de quelques heures. Bientôt toutes les parties voisines se gonflent et secrètent de la lymphe. Le sang en sa partie rouge est bientôt absorbé, et une substance tenace, visqueuse, baigne les fragmens à leur extrémité. C'est cette matière qui doit former le cal définitif, et qui quoique continue pour ainsi dire à la lymphe épanchée en dedans et en dehors du canal médullaire, en est cependant distincte.

Au bout de huit ou dix jours, cette masse devient pâle, ferme et demi-cartilagineuse, tandis que la lymphe qui réunit les extrémités du fragment reste gélatineuse. Sa consistance continue à s'accroître; elle se circonscrit et finit par s'ossifier. C'est à cette substance qui forme une sorte de soudure en dedans et en dehors du canal médullaire que Dupuytren (à qui nous sommes redevables d'une grande partie de ce que nous savons sur la régénération des os) a donné le nom de cal temporaire : c'est alors seulement que la matière placée entre les extrémités du canal, matière qui est le rudiment du cal définitif, s'ossifie et unit solidement ensemble les extrémités des os. C'est alors que le cal temporaire, appareil placé par la nature pour maintenir les fragmens immobiles pendant l'ossification du cal définitif, est absorbé.

Quand les deux os ne sont pas placés bout à bout les phénomènes sont

---

jusqu'aux erreurs et aux paradoxes de l'étranger, notre science indigène enregistre tout, et parfois se revêt de ces dépouilles ignorées comme d'une richesse acquise; mais que les auteurs se présentent à la frontière, l'égoïsme national y fera bonne garde et exigera poliment des certificats de réciprocité industrielle, et, si le génie a oublié de s'en munir, il lui criera : arrière, vous n'êtes pas en règle. La nationalité des hommes et celle des choses se confondent : si nous repoussons les uns, nous devons nous passer des autres; ayons une science indigène, un art indigène. Et si par hasard quelques grandes mutations ramenaient notre pays au morcellement féodal ou au système des municipes, calculez sur l'échelle des divisions politiques du sol les proportions de toutes ces sciences locales, les conséquences de la nationalité médicale.

Les partisans jaloux de ce principe allèguent l'obscurité de la plupart des médecins qui viennent s'établir en France; mais la France n'expédie-t-elle à l'étranger que des illustrations médicales ? Le travail d'une science telle que la nôtre ne repose pas exclusivement sur des hommes supérieurs; nous pourrions citer un grand nombre de productions estimables, de recherches utiles, dont des médecins étrangers ont doté notre pays; et pour peu que cette statistique fût poussée un peu plus loin, nous trouverions que cette classe de confrères présente au milieu de nous la même proportion de talens et de renommées que la médecine indigène. Il en est de même dans les autres branches de connaissance; les Libri, les Rossi compensent bien des médiocrités exotiques implantées dans notre sol.

Après tout, il faut se tenir dans la mesure des faits. Sont-ils déjà si nombreux les médecins étrangers qui exercent à Paris et dans les provinces ? Il y aurait lieu peut-être de dresser un relevé statistique des médecins français qui pratiquent dans les divers états qui sont médicalement représentés parmi nous; la comparaison de ce chiffre avec le premier est une obligation préalable pour ceux qui invoquent la loi de réciprocité. Par l'admission des étrangers, rien n'est changé au fond dans les conditions d'avenir de nos jeunes générations ni dans les chances sociales des praticiens français. Pour ceux ci, comme pour les premiers, il y a quelques concurrens de plus; mais dans le combat s'occupe-t-on à compter le nombre des adversaires ? Que les étrangers soient admis ou non, la carrière de nos élèves comme celle de nos praticiens sera toujours une carrière de luttes et d'efforts, de succès pour les uns, d'échecs pour les autres. Le talent qui domine, le mérite laborieux, ne songent pas à épeler les noms des compétiteurs pour chercher contre eux, dans une désinence étrangère, une cause d'exclusion. Ce que le praticien modeste et instruit doit craindre, ce n'est pas l'homme de talent venu de Londres ou de Berlin, il doit s'énorgueillir de militer à ses côtés; mais il a droit de s'inscrire contre l'admission des hommes d'équivoque aloi, dont la capacité se borne à exploiter la crédulité publique, à se glisser jusqu'aux sommités par les spirales de l'intrigue, à faufiler dans la science quelques produits mal contrôlés qui leur deviennent ensuite, sous les industrieux auspices de la spécialité, enseigne et tréteau d'une suffisante décence. Ce que la médecine française doit repousser à grands cris, c'est le système des autorisations, qui permet de grossir indéfiniment la masse des praticiens en France, qui oppose parchemin à parchemin, sans examiner les vertus du diplôme exotique, qui favorise l'industrie beaucoup plus que la science, qui n'offre de garanties ni aux indigènes ni aux étrangers; voilà ce qu'il faut condamner, voilà ce qu'il faut effacer de notre future charte médicale.

différens; le cal temporaire devient définitif, et le canal médullaire n'est pas rétabli. Quand les fragmens sont exposés à l'air comme dans les fractures compliquées, ils réunissent comme les parties molles par adhésion réciproque des bourgeons charnus. Il est remarquable que les idées de Dupuytren soient tout à fait d'accord avec la doctrine de notre Hunter sur la réunion des parties molles, et les anciens n'étaient pas loin de la vérite quand ils admettaient que les fragmens d'un os rompu, s'unissant au moyen d'une matière plastique exsudée entre les fragmens et autour d'eux.

Nous voyons que la cicatrisation des os fracturés est une opération naturellement longue, un travail qui nécessite de la nature des efforts persévérans par lesquels elle parvient petit à petit et après diverses périodes à un grand résultat. Il est évident qu'il est impossible d'arriver à ce but si les fragmens ne sont maintenus parfaitement immobiles. Par conséquent un précepte de la plus haute importance dans le traitement des fractures, c'est de maintenir les parties dans un état de repos parfait; et de là découle une autre règle, c'est que l'appareil de contention doit presser également toutes les parties du membre. Il faut que les fragmens se touchent comme s'ils étaient soudés, et le membre supportera d'autant plus aisément la pression du bandage qu'il sera plus exactement embrassé par les pièces d'appareil.

Comme le cal subit divers changemens de consistance et de volume, les parties molles voisines doivent être exposées aussi à des modifications influant nécessairement sur le volume du membre lui-même; mais ce volume variera surtout en raison des lésions qui résultent presque toujours pour les parties molles de la violence extérieure déterminant la fracture : de cette variation dans le volume des parties nous déduirons cette autre règle qu'un bon appareil doit pouvoir se resserrer et s'élargir à volonté.

De plus, comme la durée du traitement est longue, comme le cal pour devenir solide a besoin de quarante ou cinquante jours, et comme la privation absolue de mouvement est nuisible à l'économie tout entière et surtout aux articulations voisines de la fracture qui deviennent raides et presque ankylosées, il faudra faire tous ses efforts pour employer un appareil qui permette aux articulations voisines et au tronc du malade un exercice compatible avec l'immobilité des fragmens eux-mêmes.

Maintenant, si nous recherchons jusqu'à quel point l'appareil usité remplit ces indications, nous le trouverons défectueux à beaucoup d'égards; les attelles qui en constituent la partie principale, et sur lesquelles nous comptons surtout pour obtenir l'immobilité, ne peuvent presser que d'une manière très inégale, et quand le membre en est environné, les pièces d'appareil sont tellement serrées que lorsqu'il survient quelque changement dans le volume des parties, l'espèce de boite qui les enveloppe ne peut se rétrécir ou s'élargir suivant le besoin. De quelque manière que soient disposés les coussinets destinés à remplir les vides qui existent entre le membre et l'appareil lui-même, la pression ne peut être parfaitement uniforme, et, de plus, la partie malade est désagréablement échauffée. Des attelles de carton peuvent remédier en partie à ces inconvéniens; mais cependant elles ne peuvent encore maintenir les fragmens en contact avec toute la précision désirable.

Frappé de ces imperfections, M. Seutin pensa qu'un bandage roulé bien exactement autour du membre pourrait être converti en un appareil creux ou une espèce de moule suffisamment solide pour empêcher tout mouvement. Il remplit ce but en appliquant successivement plusieurs bandes, entre chacune desquelles il mettait une couche de colle, et quand l'appareil était sec, le membre se trouvait emprisonné dans une espèce de boîte ou moule, et maintenu immobile. Il est impossible de nier que cet appareil ne soit en grande partie conforme aux principes que nous avons posés, et ne remplisse mieux que les autres les indications; en effet, la pression qu'il exerce est uniforme, et sa résistance suffisante pour suppléer pendant un certain temps l'os fracturé. Il est cependant passible d'objection, en ce qu'il ne peut s'accommoder aux changemens de volume du membre. Dans quelques cas, j'en suis sûr, il a été nécessaire de l'enlever, et la proposition de le couper par places, de manière à le convertir en plusieurs pièces, est un acheminement vers le perfectionnement que nous avons introduit tout récemment. La proposition m'en fut faite pour la première fois par un médecin que je traitais pour une fracture de l'avant-bras. Peu après, je fus appelé pour traiter une fracture de l'humérus. Le bras était dans un tel état de tuméfaction, que je n'osai l'ensevelir dans l'appareil de M. Seutin; alors j'employai les bandelettes séparées, comme les chirurgiens français. Quand le cal fut assez solide pour permettre quelques mouvemens, comme le malade se plaignait du poids de l'appareil, qui lui engourdissait le bras, j'appliquai celui de M. Seutin; mais comme le membre était encore sensible et gonflé chaque soir, je pensai qu'il serait avantageux de faire une ouverture à la partie interne du moule, de manière à lui permettre de suivre le membre dans ses changemens de volume; cette modification remplit en partie mon but, mais pas complètement, à cause du défaut d'élasticité des bandes; en m'occupant de ce sujet avec M. Christophers, qui traitait le malade en question avec moi, ce jeune médecin pensa que ce serait un grand avantage que de surmonter cette difficulté, et j'adoptai de suite le procédé qu'il me soumit dans ce but, et qui me parut simple autant qu'ingénieux. Il proposa d'appliquer transversalement autour de l'appareil maintenu béant un certain nombre de bandes élastiques en tissu de caoutchouc, avec des boucles pour les serrer au degré convenable. Ces bandes ont un peu plus d'un pouce de large, et elles sont plus longues qu'il ne faut pour envelopper tout le bras. Nous en appliquâmes quatre de manière à convertir l'appareil en un moule assez élastique pour suivre les changemens de volume du bras, et assez solide pour présenter encore une résistance suffisante. Je crois que l'appareil de M. Seutin, assez modifié, remplit mieux que tout autre les conditions requises, et qu'il rendra encore plus de service aux malades dans les cas de fractures compliquées que dans ceux de fractures simples.

Dans le cas où le membre subirait une diminution considérable de volume, il suffirait d'enlever à l'appareil une pièce longitudinale, et, comme de raison, on choisirait de préférence le côté du membre où les vaisseaux et nerfs sont exposés à la pression. Nous pensons que cette modification rendra de grands services dans le traitement des maladies qui exigent de l'immobilité sans pression inégale ni résistance aveugle. M. Christophers propose de l'employer contre les varices, cette maladie si gênante; je ne peux m'empêcher de penser que, dans ce cas, un appareil élastique disposé avec soin pourra être très utile. Les observations suivantes donneront une idée de son succès dans le traitement des fractures.

Obs I — M. Hemming, demeurant rue Piccadily, 6, avait fait une chute il y a deux ans, et s'était brisé le bras droit près des condyles; depuis cette

---

Notre pensée se résume en ceci : point de douanes médicales contre l'étranger; mais aussi point de fol abandon, à son profit, de toutes les garanties exigées de nos concitoyens. Nous voulons qu'on lui ouvre, non la pratique immédiate de nos cités, mais nos écoles et nos hopitaux. Que les médecins étrangers subissent les épreuves que nous avons subies, qu'ils contractent alliance avec l'intelligence nationale par l'intermède de l'université, qu'ils échangent leurs titres académiques, quels qu'ils soient, contre le diplôme de nos facultés, ils seront les bien-venus dans notre société; réciprocité envers les uns, générosité envers les autres, n'importe; pourvu qu'ils ne participent à nos droits qu'après avoir rempli mêmes obligations, porté même fardeau. La question fiscale, la composition des épreuves sont matière à régler; ce n'est pas ce qui nous occupe ici; une loi doit fixer ce détail. Concilier le droit de la fraternité médicale avec les conditions de sécurité et de dignité qui sont nécessaires à notre art, tels sont, à notre sens, les véritables termes du problème.

Quant aux abus dont la médecine étrangère fournit peut-être plus d'exemples parmi nous que le charlatanisme indigène, ils s'enveloppent dans une égale impunité; dans l'ordre ou dans le désordre actuel des choses médicales en France, on ne peut que les déplorer. Quand la police médicale sera une vérité chez nous, ils disparaîtront avec les merveilles industrielles des faiseurs de notre ère. Quand la médecine aura, comme le barreau, des conseils dépositaires de l'honneur du corps et investis d'une salutaire autorité, cette magistrature donnera elle-même justice avec une juste rigueur contre ces félons de la science et de l'humanité. Mais ne nous armons pas de quelques faits de ce genre contre la cause des médecins étrangers; une question si grave ne veut être examinée ni sous le faux jour des préventions ni sous l'influence mesquine d'un égoïsme nationalisme. Si les hommes dont la mission s'appuie sur la science et la charité ne savent point tenir compte des considérations purement morales et leur sacrifier au besoin une portion de leurs intérêts, où donc espérera-t-on rencontrer encore les sentimens généreux et élevés qui sont aussi une des choses nécessaire de la vie?

Y.

— Concours pour l'admission aux emplois de chirurgien-élève en 1839. Un concours s'ouvrira le 2 avril prochain, pour l'admission de chirurgiens-élèves dans les hôpitaux militaires d'instruction de Metz, Strasbourg et Lille, et à l'hôpital militaire de perfectionnement de Paris.

Les examens auront lieu à Paris, Metz, Nancy, Strasbourg, Besançon, Lyon, Toulon, Toulouse, Bordeaux, Rennes, Lille, Bastia, Bayonne et Perpignan.

Chaque candidat devra se faire inscrire à l'intendance militaire de celle de ces villes où il désirera concourir. Il sera donné, dans les bureaux de l'intendance militaire, communication des conditions d'admission au concours dont le programme a été inséré au Journal militaire.

Le registre d'inscription sera clos le 25 mars.

— Histoire médicale, générale et particulière des maladies épidémiques, contagieuses et épizootiques qui ont régné en Europe, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours; par Ozanam, ex-doyen des médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon. — Seconde édition, revue, corrigée et considérablement augmentée; 4 vol. in-8°. Prix : 12 f.

Paris, Béchet jeune, libraire de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

époque, celui-ci était resté gonflé et douloureux. Il y a deux mois, il tomba de cabriolet et se cassa l'humérus du même côté, à la partie supérieure du tiers inférieur. Il y avait là une forte contusion, et tout le membre se gonfla considérablement. J'appliquai l'appareil ordinaire, mais avec beaucoup de ménagemens, à cause de l'inflammation des parties molles. Au bout de trois semaines, je substituai le bandage de M. Seutin, à la grande satisfaction du malade. J'eus cependant la précaution, quand il fut solidifié, de lui pratiquer sur la partie interne du bras une ouverture le long du trajet des vaisseaux et nerfs. Cette modification fut également suivie d'une amélioration notable. Alors M. Christophers pensa que l'emploi des bandes élastiques serait encore un perfectionnement, et comme il avait eu l'obligeance d'en apprêter sur le champ, je les appliquai, et leurs bons effets répondirent à mon attente. Dès-lors, la guérison marcha à grands pas, le malade ayant pu, dès l'application du dernier appareil, commencer à mouvoir son bras et à prendre de l'exercice.

OBS. II (d'après M. Christophers).—Elisabeth Dixon, âgée de 11 mois, demeurant à Phœnixstreit, entra au dispensaire de Blenheim street le 19 juin. Elle est forte, pleine de santé, non sevrée Sa mère donne les renseignemens suivans : « Ma fille aînée, âgée de 10 ans, portait Elisabeth sur un bras, et de l'autre traînait sa chaise, quand tout à coup l'enfant, se renversant en arrière, tomba. D'abord elle cria peu; mais quand on la mit au lit, elle manifesta les signes d'une vive douleur, et ne voulut rester couchée qu'à condition d'avoir le bassin et les épaules relevés. « Je la trouvai dans cet état le lendemain matin : elle était fort irritable et paraissait souffrir beaucoup. Elle avait une contusion et un gonflement considérable à chaque genou, et une plaie à la lèvre supérieure Inquiet de l'étendue et de la gravité des accidens, je priai M. Hing de passer la voir, et ce praticien reconnut bientôt une fracture du fémur gauche un peu au-dessous de la partie moyenne. Nous plaçâmes l'appareil de M. Seutin, qui réussit bien pendant deux ou trois jours, au bout desquels l'enfant parut souffrir. Le malaise fut diminué par une division longitudinale de l'appareil à la partie interne de la cuisse. Mais comme je connaissais dès-lors l'avantage des bandes élastiques, j'en ajoutai un nombre suffisant, et depuis l'enfant put remuer sans danger ni douleur, quoique abandonné à lui-même sur le parquet, et jouer avec ses frère et sœur, et sans la surveillance qu'au premier abord un pareil accident aurait semblé nécessiter. Maintenant la petite malade va très bien.

OBS. III (par M. Christophers).—S. Tomlinson, âgé de 49 ans, peintre, demeurant Rose street, Greek street, 10, entra au dispensaire le 13 juillet, et raconta ce qui suit : « Je descendais au rez-de-chaussée d'une maison une caisse pesante; arrivé au bas de la rampe de l'escalier, je crois qu'il n'y a plus de marches, aussitôt je fais un faux pas, mon pied s'engage sous moi, je cherche, mais en vain, à me relever, et ne peux regagner mon logement qu'avec le secours de plusieurs personnes. » Les premières personnes qui virent le malade furent M. Andrews (élève de M. King) et moi; M. Andrews reconnut une fracture un peu au-dessous du tiers inférieur du péroné gauche. A quatre heures, M King appliqua l'appareil de M. Seutin, quoiqu'il y eût encore de la douleur et beaucoup de gonflement autour de la malléole. Dix heures après, de l'avis de M King, je coupai l'appareil en long, et appliquai mes bandes élastiques.

Le 14, à neuf heures, le membre s'est gonflé, et les bords de l'ouverture faite au bandage sont un peu béans; mais le malade souffre à peine, et se trouve dans une position satisfaisante; il garde le lit les quatre jours suivans, jouissant d'un bien-être parfait.

Le quinzième jour, il peut prendre plus d'exercice, le gonflement est tombé, les lèvres de l'appareil sont revenues au contact, et maintenant le malade est tout à fait bien.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les cahiers de novembre et décembre 1838 et janvier 1839 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Considérations sur la trépanation du crâne*; par M. Scortegagna (ce travail est une sorte d'apologie de cette opération; l'auteur s'arrête principalement aux cas douteux d'épanchemens et prétend qu'on doit toujours trépaner; il paraît cependant confondre les caractères des épanchemens cérébraux avec ceux de quelques autres lésions; au total ce mémoire n'offre rien d'inconnu); 2° *Mémoire sur le choléra*; par M. Pellizzari; 3° *Mémoire de philosophie médicale*; par M. Giuseppe Amadeo; 4° *Du laurier-cerise dans le traitement de quelques espèces d'aliénation mentale*; par M. Giuseppe Cervetto, médecin à l'hôpital civil de Vérone et professeur d'obstétrique; 5° *Deux cas de la maladie vertébrale de Pott accompagnés de réflexions*; par M. Cervetto (rien de neuf); 6° *Relation succincte de trente cas d'opération de cataracte par abaissement*; par M. Gerson, oculiste à Milan (observations vulgaires; aucune conclusion nouvelle); 7° *Lithotripsie pratiquée avec succès*; par M. Folceri (aucune particularité remarquable).

DU LAURIER-CERISE A HAUTE DOSE DANS LE TRAITEMENT DE CERTAINES ALIÉNATIONS MENTALES; par M. GIUSEPPE CERVETTO, médecin à l'hôpital civil de Vérone, professeur d'obstétrique.

L'auteur débute dans cet intéressant travail par rapporter avec détail deux cas de folie sympathique traités avec succès à l'aide de l'eau cohobée de laurier-cerise; il se livre ensuite à des considérations thérapeutiques fort importantes sur ces sortes de maladies et sur l'action de cet énergique remède. Voici ces deux observations :

FOLIE PUERPÉRALE RÉPÉTÉE; GUÉRISON.

OBS. I. — Une femme, âgée de 40 ans, de tempérament irritable, a été réglée à 16 ans, mariée à 20, et est devenue de suite enceinte. Elle a voulu nourrir elle-même son second enfant dont elle a prolongé la lactation jusqu'au vingtième mois. Au bout de ce temps, elle est devenue maigre et ses facultés mentales se sont altérées. Aucun de ses parens n'avait été sujet à cette dernière maladie. Elle a été reçue à l'hôpital civil de Vérone le 27 juin 1833; après neuf mois de traitement, elle en est sortie guérie.

Deux ans plus tard, elle devient enceinte pour la troisième fois; elle prolonge également l'allaitement et retombe de nouveau dans la même affection. L'aliénation cette fois a été précédée d'un sentiment de chaleur à l'épigastre; la malade a commencé à se croire environnée d'objets tristes, à éprouver des rêves effrayans, à voir des spectres, des ombres, des flammes, des diables en dormant. Toute idée de religion lui était en horreur, et elle abhorrait surtout les prêtres qui l'approchaient. Elle se sentait disposée au suicide, et essaya plusieurs fois de mettre fin à ses jours en se frappant la tête contre les murs ou en se dirigeant vers des précipices; elle priait ses amis de la tuer. Son mari et ses enfans qu'elle avait tant aimés lui étaient en horreur; elle désirait leur perte. Ce caractère de l'infanticide est presque constant dans la manie puerpérale et dans la pellagre.

Pendant trois mois on l'a traitée en ville à l'aide d'évacuations sanguines, de l'arnica et de la valériane, mais sans aucun avantage, le mal ayant continué toujours à faire des progrès incessans.

A son entrée à l'hôpital elle offrait l'état suivant :

Constitution assez bonne, nutrition normale, visage enflammé, pouls fort, fréquent (100); artères temporales très pulsatiles, résistant à la pression; regard inquiet, plutôt féroce; la malade ne répond pas aux question; elle rit, souffle, crache; tantôt elle s'arrache les cheveux et pleure, tantôt elle chante; parfois elle a de l'appétit et de la soif; d'autrefois elle refuse de manger et de boire; dans certains momens il lui sort de la salive écumeuse des angles de la bouche; elle veut s'enfuir et mordre les personnes qui l'approchent; elle crie incessamment et jure contre tout le monde; carpologie, trisme, langue blanchâtre, pupille un peu dilatée, respiration fréquente, insomnie complète, agitation plus vive la nuit que le jour.

Le lendemain de son entrée, 18 juin, on lui pratique une saignée du bras. Le surlendemain une autre de la jugulaire, et on lui administre une potion de crême de tartre émétisée.

Le 2 juillet, dix huit sangsues à la tête. La femme est de plus en plus furieuse et vociférante; elle arrache avec les dents tout ce qu'elle peut attraper. On lui met le gilet de force. La fureur de la malade est telle qu'elle le brise; la peau de ses bras est excoriée.

Le premier septembre, on répète la saignée de la jugulaire. La boisson émétisée a été toujours continuée; on avait augmenté la dose du tartre stibié; mais enfin la malade ne veut plus en prendre. La maladie poursuit son cours; elle a été à peine influencée par ces médicamens.

Le 26 septembre, voyant que le mal était indomptable par les moyens ordinaires, M. Cervetto a pensé devoir l'attaquer avec l'acide prussique. Il a donc commencé par administrer l'eau très concentrée de laurier-cerise dont l'action puissante est, comme on sait, due à l'acide prussique qu'elle contient; il a d'abord prescrit deux gros de cette eau dans quatre onces d'eau distillée et demi-once de sirop simple. L'auteur n'indique pas avec précision le degré de cohobation de l'eau de laurier dont il s'est servi; c'est là une circonstance importante sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure.

Après peu de jours de l'usage de ce médicament, le pouls descend de 100 à 78, puis à 70. On en augmente par degrés la dose. La malade éprouve une amélioration très marquée; les cris, les invectives, les spasmes, les lacérations ont considérablement diminué; l'appétit et le sommeil sont revenus, la raison se manifeste de nouveau, et la femme se plaint de son oisiveté et de rester trop longtemps dans le lit.

Le 15 octobre, elle se lève et se promène dans les salles. Après le vingtième jour de l'usage de ce médicament, elle est parvenue à en prendre quatorze gros par vingt-quatre heures.

Le 27 du même mois, la femme est parfaitement guérie. Dans l'espace d'un mois, elle a pris 263 gros d'eau très cohobée de laurier-cerise, dose énorme sur laquelle nous nous expliquerons plus loin. Disons avant de terminer qu'après quelque temps de l'usage de cette dose, la femme accusait une grande lassitude, de l'anxiété et des palpitations, signes certains de la saturation de l'organisme. La guérison a été durable jusqu'à ce jour.

FOLIE ÉROTIQUE RÉPÉTÉE; GUÉRISON.

OBS. II.—Une paysanne, âgée de 26 ans, tempérament sthénico-excitable, a été réglée à 14 ans; ses menstrues ont été toujours précédées de métrorragies intenses A 15 ans, elle eut des relations amoureuses avec un jeune homme, et se fatigua beaucoup dans la saison d'été à des travaux ruraux; elle donna bientôt quelques signes d'aliénation mentale. On lui fit prendre des douches froides sur la tête, des tisanes antiphlogistiques et des évacuans. Elle guérit après quelques mois de ce traitement.

En avril 1837, elle éprouve un nouvel accès de folie; elle est reçue à l'hôpital de Venise, où on la saigne du bras; on lui applique deux fois des sangsues à la tête; on lui fait prendre quelques bains tièdes et des pilules dont on ignore la composition : après huit mois de ce traitement, elle en est sortie bien portante.

En avril 1838, ses règles se dérangent et sa folie reparaît; elle quitte les

travaux de la campagne et ne parle que de choses obscènes et scandaleuses; elle fuit la compagnie des autres femmes et ne recherche que celle des hommes.

Le 18 mai, elle est reçue à l'hôpital de Vérone, et offre l'état suivant.

Sujet bien nourri, physionomie animée, yeux étincelans, poitrine agitée, respiration fréquente et tumultueuse, cheveux châtains et rares, cils et sourcils peu abondans, poils aux aisselles peu nombreux, dents blanches et bien plantées, gencives et lèvres très rouges. Quelques-uns de ces caractères sont, comme on sait, notés par les auteurs comme propres à la nymphomanie et à la satyriasis; mais ce n'est pas tout : la femme se livre à des actes indécens aussitôt qu'elle voit des hommes, surtout des jeunes gens; elle leur adresse des phrases amoureuses et tendres, et se met dans des fureurs effrayantes si on essaie de la corriger. Du reste, la mémoire, le jugement ne sont pas pervertis; mais l'imagination est exaltée et les idées extravagantes. Pendant un mois, on la soumet à l'usage des saignées générales et locales, et des purgatifs de jalap, crême de tartre et tartre stibié, huile de croton tilium, sans aucun avantage; la femme est toujours sous l'empire des sens; elle délire, n'entend ni la raison ni la morale, et paraît entièrement dominée par la fureur utérine: elle crie, vocifère, chante jour et nuit, menace quiconque l'approche, lance tout ce qu'elle peut prendre, déchire tout ce qu'elle trouve. On lui met un gilet de force. Dans certains momens, elle prend un morceau de papier en main, et déclame avec une lucidité et une perfection étonnantes; ces déclamations roulent presque toujours sur des choses d'amour, rarement sur des objets religieux; son organe phonateur était tellement fatigué par ces vociférations élevées qu'elle restait souvent rauque pendant plusieurs jours.

Les mois de juin et juillet se sont passés dans le même état de fureur et de délire. La malade refusait tout médicament, et ne prenait que difficilement des alimens et de la boisson, dans la crainte qu'ils n'en continssent.

Le 7 août, les symptômes se sont exaspérés à un point extrême, précisément à l'époque des règles; la malade est indomptable.

Le 30 septembre, il y a un peu de calme; mais sa répugnance pour les médicamens continue; on parvient à lui faire boire un peu d'eau simple édulcorée d'un sirop agréable; on y mêle ensuite deux gros d'eau de laurier-cerise; on continue ce remède et on en augmente la dose.

Le 6 octobre, les règles paraissent; moins d'exaltation; la malade est évidemment mieux.

Le 30 de ce mois, elle commence à se lever, elle prend volontiers le médicament; l'appétit et le sommeil reparaissent; les phénomènes morbides diminuent de jour en jour.

Le 7 novembre, la dose de l'eau de laurier est portée à deux onces par jour. Les règles reparaissent pour la seconde fois et coulent sans douleur; l'amélioration est progressive.

On examine les organes génitaux pour s'assurer de leur état. On trouve le mont de Vénus tout à fait dépourvu de poils comme chez un enfant; clitoris à l'état naturel; hymen intact; vagin très étroit, de manière qu'on peut assurer qu'elle est très probablement vierge. Les nymphes et la portion visible du vagin sont rouges, très chaudes, légèrement tuméfiées. Interrogée si elle n'aurait pas arraché elle-même les poils durant les accès nymphomaniaques, elle a déclaré qu'elle n'en avait jamais eu.

On a continué l'eau de laurier-cerise.

Le 13 novembre, elle en a pris 18 dragmes dans le courant de la journée.

Le 18, elle en a pris 19 dragmes.

Le 22, 2 onces et demie. A cette époque, la saturation de l'organisme a commencé à se manifester; la malade, qui est déjà revenue à la raison, éprouve des nausées lorsqu'elle prend le médicament; on le suspend. La malade est tenue en observation pendant quelque temps; elle est partie le 18 décembre parfaitement guérie. Dans l'espace de 53 jours, elle a pris en tout 671 onces d'eau de laurier-cerise très concentrée.

Deux ordres de considérations se rattachent aux observations qui précèdent; les unes sont relatives à la manie sympathique; les autres à l'action du médicament qu'on a mis en usage.

Dès la plus haute antiquité, on a constaté l'existence des folies sympathiques; elles sont admises aussi de nos jours : M. Belhomme a lu dernièrement un intéressant travail sur ce sujet à la *Société médicale d'émulation*. Voici comment M. Cervetto s'explique sur ce premier point.

« Les phénomènes précédens peuvent se traduire par une lésion dans le jugement et les désirs. Ils expriment à eux seuls cette classe de maladies que Sauvage a désignées du nom de *vésanies*. Les vésanies offrent trois variétés : les *hallucinations* (ou erreurs de l'imagination par vice des organes externes); les *morosités* (ou appétits dépravés); et les *délires* par erreur de jugement. Or, qu'on ait présenté les deux malades dont nous venons de rapporter les détails? L'une, un *delirium universale cum furore, audacia et morbo diuturno*, ou une véritable manie; l'autre, un *effraene veneris desiderium*, ou, en d'autres termes, une nymphomanie, une métromanie. Bien différentes en apparence, ces deux affections n'offrent pas essentiellement une grande diversité sous le double rapport de leur nature et de leurs causes. Chez toutes les deux, effectivement, nous trouvons une aberration dans le jugement et la perte de la mémoire; chez toutes les deux, la faculté de comparer est affaiblie; les jugemens sont faux, contradictoires, accompagnés d'abstraction divaguante; chez toutes les deux, enfin, ces fonctions s'exercent vicieusement sur les sens externes. Où chercherons-nous maintenant la source de ces désordres? Est-ce dans la structure intime de la totalité de la masse encéphalique, ou bien dans les parties de cet organe où les modernes placent le siége de l'imagination, de la mémoire, du jugement, de la comparaison, etc? Sans nous engager dans une pareille discussion, nous nous contenterons de faire remarquer un fait démontré par l'observation, savoir que la masse encéphalique est sujette aux influences dynamiques des autres organes, de même qu'elle influence à son tour ces derniers; de là des dérangemens cérébraux par des appétits dépravés ou des instincts pervertis. Morgagni admettait des apoplexies sympathiques, on par causes éloignées (EPIST., 2-5) : pourquoi nous refuserions-nous à reconnaître des dérangemens fonctionnels du cerveau, des folies furieuses ou tranquilles, aiguës ou chroniques, par des causes de même nature? Les faits que nous venons de rapporter en sont une preuve : la folie dans ces cas n'a été pour moi que la conséquence de l'irradiation sympathique de l'irritation des appareils génital et mammaire. Cette correspondance sympathique, d'ailleurs, est incontestable dans la mélancolie, l'hystérisie, l'hypocondriase, etc. : les malades ne se plaignent d'abord que des organes abdominaux; Bordeu, Buffon, Pinel ont été de cette opinion, et l'anatomie du système nerveux nous en rend parfaitement raison. On sait effectivement que l'utérus reçoit ses nerfs d'une double source, du cerveau et de la moëlle (plexus sacré, rénal, spermatique, mésocolique, hypogastrique, provenant du grand sympathique, et communiquant avec le cerveau, moyennant le rameau profond du nerf vidien et la sixième paire), et que les mamelles reçoivent elles-mêmes les filamens antérieurs des deuxième, troisième, quatrième et cinquième paires dorsales. De là la liaison de ces organes avec la matrice et le cerveau. On comprend maintenant 1° comment l'irritation trop prolongée de la glande mammaire peut réagir sur la moëlle épinière et sur le cerveau; comment aussi les évacuations forcées et souvent répétées de la liqueur séminale occasionent une phlogose lente des centres nerveux qu'on a nommés tabès dorsale; 2° comment chez la seconde malade l'appareil générateur exalté par l'âge, par des causes extérieures, par la rétension des règles, ait pu réagir sur l'appareil encéphalo-spinal et produire la folie. Il est probable cependant que ces causes n'ont agi avec tant de violence chez cette malade que parce que son appareil génital se trouvait originairement dans une sorte d'hypertrophie. Je pourrais rapporter ici plusieurs faits pratiques qui me sont propres pour prouver les assertions ci-dessus : nous avons en ce moment à l'hôpital une jeune femme appelée Catherine Fortella, âgée de 26 ans, qui est devenue folle pour avoir prolongé considérablement la lactation; elle est en voie de guérison. Il n'y a pas longtemps aussi que nous avons eu à traiter deux femmes veuves, atteintes de nymphomanie, l'une âgée de 50 ans, et adonnée préalablement à la masturbation; l'autre de 74, chez laquelle la fureur utérine était telle qu'elle s'est promenée il y a peu de jours toute nue dans les salles de l'hôpital. Remarquons en attendant 1° ces douleurs utérines et cette exaspération du système nerveux qui existaient à chaque époque chez la première femme dont nous avons rapporté les détails, etc.; 2° la déclaration de chaque accès de la folie au printemps et à l'approche des règles, précisément aux époques où l'appareil générateur éprouve une vive impulsion vitale, impulsion qui dispose à l'amour la plupart des êtres organisés; 3° que chez la première malade l'aliénation a été à chaque récidive précédée de pyrosis, cardialgie, constipation, dyspepsies, nausées, ou bien de soif vive et de faim dévorante; et qu'aussitôt que la médication a combattu le dérangement des viscères abdominaux, les fonctions cérébrales sont revenues à leur type normal; 4° que certaines nymphomanies ont été guéries par une simple opération chirurgicale. Dans un cas, effectivement, de cette espèce, on a trouvé le clitoris de la longueur et de la grosseur d'un col d'oie; on l'a excisé et la maladie s'est promptement dissipée. »

Nous admettons avec l'auteur que les irritations utérines et mammaires peuvent occasionner des dérangemens cérébraux; nous avons observé nous même plusieurs fois l'amaurose et autres affections oculaires dépendre de l'allaitement trop prolongé, mais nous ne pensons pas que toutes les maladies dont on vient de parler puissent être regardées comme la cause de la lésion cérébrale. Suivant quelques praticiens, elles n'en seraient que l'effet ou du moins la conséquence d'une prédisposition particulière du système nerveux des organes sympathisans. C'est là du reste une question qui n'est pas facile à résoudre dans l'état actuel de la science.

Passons au second point, à l'action de l'eau de laurier-cerise. L'auteur commence par faire remarquer la tolérance extrême de l'organisme chez les deux malades pour des doses aussi énormes, et les premiers symptômes d'empoisonnement (nausées, vomissement, lassitude, inappétence) qu'elles ont présentés aussitôt que l'intensité du mal a été combattue. Cela confirme, dit-il, la belle loi thérapeutique de Rasori sur la capacité de l'organisme pour les médicamens, capacité qui diminue ou augmente selon la marche ascendante ou décroissante de la maladie, et qui doit servir de guide au praticien pour en régler convenablement les doses; c'est là ce que Rasori appelait le *diathésimètre*.

L'école italienne regarde l'eau distillée de laurier-cerise comme un puissant remède anti-phlogistique; elle la conseille dans toutes les mala-

dies inflammatoires, et en particulier dans celles dont le siége est dans le système nerveux. Son action effectivement a été très manifeste dans les faits ci-dessus, et l'on ne dira point, après l'abaissement remarquable du pouls et la dissipation prompte de l'irritation cérébrale, que cette action n'a point été contre stimulante. Ces faits sont d'ailleurs parfaitement d'accord avec ceux du même genre observés à l'hôpital des fous de Turin, où l'eau de laurier-cerise donne généralement des résultats fort satisfaisans. (V. SAGGIO DI STATISTICA DEL REGIO MANICOMIO DI TORINO, par M. Bonacossa, 1837, p. 32 et suiv.) Déjà Fontana avait prouvé depuis longtemps, par des expériences dont les résultats se trouvent consignés dans les TRANSACTIONS PHILOSOPHIQUES DE LONDRES, que le remède en question exerçait sur l'économie vivante une action semblable à celle du venin de la vipère, c'est-à-dire affaiblissante. Borda, Brera et Tommasini ont trouvé ces résultats tellement conformes à la vérité qu'ils ont traité avec le plus grand succès les inflammations les plus franches et les plus graves, telles que les pneumonites, les épatites, les miélites, à l'aide de l'eau cohobée de laurier-cerise et sans tirer une seule goutte de sang; ils regardent par conséquent ce remède comme l'analogue du tartre stibié, de la belladone, de la saignée, etc. Il y a cependant cette différence entre ces remèdes et plusieurs autres de la même famille, c'est qu'indépendamment de l'action générale que nous venons d'indiquer ils en exercent une autre, beaucoup plus prononcée, mais de nature analogue, dans tel ou tel appareil de l'économie. Cela explique, dit l'auteur, pourquoi chez une troisième malade atteinte de folie puerpérale chronique le tartre stibié et la saignée n'ont produit qu'une amélioration passagère, tandis que l'eau de laurier-cerise à haute dose a enrayé d'une manière durable l'affection.

Terminons ces considérations par un dernier mot sur les doses du médicament. Bien que le degré d'hypérémie cérébrale et la connaissance de la loi de la tolérance dont nous venons de parler rendent suffisamment compte des quantités considérables que M. Cervetto a pu administrer sans accidens, néanmoins comme le mode de préparation et le degré de cohobation de l'eau peuvent présenter des différences considérables, il importe de bien préciser ces circonstances. Les analyses de l'eau en question ont démontré que son principe actif est l'acide prussique : aussi beaucoup de thérapeutistes pensent-ils que mieux vaudrait prescrire à sa place l'acide hydrocianique médicinale aux doses et d'après les règles que nous avons indiquées (GAZ. MÉD., 1838). On peut cependant prescrire l'eau de laurier-cerise préparée d'après le Codex de Paris (deux parties de feuilles fraiches, dans quatre parties d'eau); c'est là une eau plutôt légère, mais dont l'activité est fort peu variable. On peut la donner à plusieurs gros par jour, et même au-delà de deux onces dans certains cas; il faut cependant surveiller attentivement les malades et en régler les doses d'après les phénomènes de la tolérance. On peut au besoin la faire cohober une, deux ou plusieurs fois avec de nouvelles quantités de feuilles; on aura alors un liquide lactescent dont l'énergie peut être fort considérable et qui exige beaucoup de prudence dans l'emploi. Ce médicament mérite d'autant mieux l'attention des praticiens qu'il est peut-être le seul qui joint une activité remarquable à un goût assez agréable à prendre.

II. BULLETTINO DELLE SCIENZE MEDICHE DI BOLOGNA.

Les numéros du dernier trimestre de l'année 1838 contiennent les articles originaux suivans : 1° *De la méthode suivie à l'hôpital St-Orsola de Bologne pour le traitement des maladies vénériennes;* par M. Gamberini, chirurgien de cet hôpital; 2° *Cas de delirium tremens potatorum;* par le même. C'est un cas de guérison à l'aide de l'opium à haute dose et de vésicatoires aux cuisses. 3° *Deux cas de melitagra flavescens;* par le même; rien d'inconnu; 4° *De l'électricité dans le traitement du tétanos;* par M. Farini. Le malade est mort. C'est le même fait que M. Matteucci communiqua à l'Académie des sciences, et dont la GAZETTE MÉDICALE a, dans le temps, rendu compte; 5° *Expériences cliniques avec le* china pitaya; par MM. Paolini et Vallenzasca; 6° *Ponction hypogastrique de la vessie;* par M. Fabri; 7° *Rhinoplastie et chéiloplastie;* par M. Sabatini, de Bologne.

DU TRAITEMENT ANTI-VÉNÉRIEN QU'ON SUIT A L'HÔPITAL ST-ORSOLA DE BOLOGNE; par M. GAMBERINI, chirurgien de cet hôpital.

Ce traitement se compose de frictions mercurielles, bains simples, bains mercuriels, pédiluves mercuriels et tisanes dites antisyphilitiques. Les frictions mercurielles sont faites d'après la méthode de Scattignia et Petrunti, c'est-à-dire par la simple application de la pommade à l'aîne ou à l'aisselle qu'on étale doucement avec le doigt et qu'on couvre ensuite avec un morceau de vessie de porc ou de bœuf. L'absorption a lieu plus exactement et plus promptement que lorsqu'on la frictionne avec une sorte d'acharnement sur la peau. Dans des expériences très suivies auxquelles ils se sont livrés, MM. Petrunti et Scattignia ont prouvé 1° que l'irritation que les frictions produisent sur le derme rendent l'absorption beaucoup plus faible que lorsque la pommade est simplement étalée sur la peau; 2° que les frictions font évaporer une partie du mercure; d'où il résulte qu'on ne sait jamais au juste la quantité qu'on introduit dans l'économie; 3° que les régions les plus propres à l'absorption sont celles dont la peau est fine, naturellement pourvue de poils et habituellement humectée par de la sueur. De ce nombre sont l'aîne et l'aisselle; qu'à conditions égales ces régions absorbent plus activement la pommade lorsqu'on a conservé les poils que lorsqu'on les a rasés. Cela dépend probablement de ce que la présence des poils entretient un certain degré de chaleur propre à favoriser l'endosmose. Nous avons nous-même employé plusieurs fois cette méthode avec des résultats fort satisfaisans, et nous avons observé qu'à l'aisselle l'absorption était plus active qu'à l'aîne; nous nous sommes servi d'un morceau de taffetas, dont on se sert pour des tabliers de nourrices pour couvrir la région enduite de pommade. Au creux de l'aisselle, la chose est plus commode d'ailleurs : les malades emploient le remède après s'être déshabillés et couchés; ils s'endorment avec le bras adapté au tronc; rien ne se perd ni se salit, la chaleur de la région est toujours active, etc. M. Gamberini, cependant, croit indispensable de faire raser les poils avant d'étaler la pommade; sans cela, dit-il, on aura une éruption composée d'autant de petits boutons qu'il y a de racines de poils. Nous n'avons jamais observé cet inconvénient; il est vrai, cependant, que nous avons agi avec la précaution enseignée par M. Petrunti et Scattigna d'alterner les applications; c'est-à-dire en passant de l'aisselle droite à l'aîne gauche, de celle-ci à l'aisselle opposée, et puis à l'aîne droite, de manière que chacune de ces régions ait trois à quatre jours de repos. Par ce système, que les deux chirurgiens napolitains appellent *application croisée*, non-seulement on évite l'inconvénient dont parle M. Camberini; mais encore on rend l'absorption plus active. Chaque région est lavée le lendemain de son service avec de l'eau savonneuse tiède; en attendant, la transpiration se rétablit et la nouvelle endosmose s'exécute aussi activement que la première fois. La dose de la pommade est d'un à deux gros tous les jours. M. Camberini en ordonne deux gros tous les deux jours. « La cure est complète, dit-il, lorsque le malade en a consommé de trois à sept onces. » On conçoit cependant que cette mesure ne saurait plus être adoptée de nos jours.

Quant aux bains mercuriels, ceux dont on se sert à l'hôpital de St-Orsola sont préparés avec deux gros de sublimé dissous dans une baignoire ordinaire d'eau : on les appelle les bains de *Weidekind*.

Les pédiluves mercuriels sont connus sous le nom de *Verducci* : on les compose avec un gros de sublimé dans un bain de pieds ordinaire. Ce bain est plus spécialement ordonné aux personnes affectées de douleurs ostéocopes aux membres inférieurs. Dans les cas de gommes, exostoses, douleurs obstinées, on a recours aux frictions avec la pommade de Cirillo, ou avec l'ammoniure de mercure de Brugnatelli. Si l'on a affaire à des éruptions syphilitiques ou à des ulcères à la gorge, on a recours à la formule de Dzondi, dont les résultats sont toujours très heureux. Cette formule n'est autre que l'usage des pilules de sublimé, dont chacune en contient un vingtième de grain; la voici :

Prenez : Sublimé corrosif, demi-scrupule.
Dissolvez dans de l'eau distillée q. s.
Ajoutez : Poudre de licopode et de gomme arabique q. s.
Faites une masse pilulaire et divisez en 240 parties égales.

Le malade commence par prendre deux de ces pilules, puis il se repose un jour, et l'on en augmente le nombre de deux, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'il parvient à en prendre 25 ou 30 par jour. Ensuite on rétrograde en en diminuant toujours deux par fois. Tout le traitement se compose de 240 pilules. M. Dzondi unissait l'opium au sublimé. Mais les médecins de l'hôpital St-Orsola l'en ont supprimé, parce qu'il paralyse une partie de l'action contre-stimulante du mercure, et empêche de bien observer les effets de ce dernier. Pour rendre le médicament plus facile à résorber et prévenir les vomissemens et les irritations de l'estomac, on a pour pratique de faire prendre les pilules aussitôt après chaque repas.

L'auteur ne dit point si le traitement mercuriel est employé indistinctement à tous les vérolés et à toutes les périodes de la maladie, soit primitive, soit secondaire. C'était là cependant une circonstance essentielle à mentionner, car on sait que de nos jours l'usage du mercure est subordonné à des données pathologiques précises et que toute maladie vénérienne n'exige pas l'intervention de ce métal pour bien guérir. Hâtons-nous de dire néanmoins que, dans douze tableaux très bien faits que l'auteur a ajoutés à la fin de son travail, on ne voit généralement que des cas de syphilis secondaire, et que l'état aigu et les complications inflamma-

toires ont été constamment combattus par les antiphlogistiques et en particulier les saignées et les antimoniaux. Il résulte de ces tableaux : 1° que l'on traite à l'hôpital St-Orsola cinq cents individus par an atteints de vérole, à l'aide de la méthode mixte (antiphlogistique et mercurielle à la fois) et que tous sortent ou complètement guéris ou grandement soulagés; 2° que les symptômes les plus fréquens de la vérole secondaire à Bologne sont les douleurs ostéocopes; viennent ensuite les ulcères à la gorge, enfin les éruptions cutanées: 3° que souvent l'amaurose accompagne ces symptômes et se dissipe par le traitement antivérolique; 4° que de toutes les formules mercurielles, celle de Dzondi est la mieux tolérée, quelques malades pouvant prendre jusqu'à quarante pilules par jour et en une fois; 5° qu'en général les femmes guérissent plutôt que les hommes; 6° que chez plusieurs sujets la vérole secondaire a été incontestablement la conséquence d'une simple blennorragie; 7° que le remède antiptyalique tant vanté par M. Brachet, de Lyon (sucre de saturne, à la dose de deux ou trois grains par jour), a échoué dans tous les cas où on l'a mis en usage; 8° qu'enfin le bruit dans les oreilles, que plusieurs auteurs avaient noté comme un symptôme propre à la vérole secondaire, a été constaté chez plusieurs des malades en question. Le fait qui nous a paru le plus remarquable dans les tableaux de M. Gamberini est celui d'une femme âgée de 45 ans, qui avait des ulcères anciens au rectum et des bubons. On l'avait traitée plusieurs fois, mais jamais guérie. Enfin, elle a eu des douleurs ostéocopes et est entrée à l'hôpital. Les ulcères dans le rectum étaient nombreux et larges; ils donnaient lieu à des symptômes de gastro-entérite et à une sorte de maigreur remarquable. Après quelque temps de séjour à l'hôpital, elle est morte. A l'autopsie, on a trouvé l'intestin rectum et une grande partie du colon descendant gangrenés; ces intestins étaient, d'ailleurs, fort épaissis et couverts d'ulcérations.

III. FILIATRE SEBEZIO.

FAITS CHIRURGICAUX OBSERVÉS A LA CLINIQUE DE M. PETRUNTI.

1° ABCÈS RETRO-ŒSOPHAGIEN; SYMPTÔMES ALARMANS; OPÉRATION; GUÉRISON.

OBS. — Un homme rhumatisant a commencé à éprouver de la fièvre avec difficulté de déglutir et de respirer à la suite de quelque refroidissement. A compter du septième jour, ces deux symptômes ont tellement augmenté que le malade ne pouvait pas du tout avaler, et éprouvait une difficulté extrême de respirer; il pouvait à peine ouvrir la bouche, et, en l'ouvrant, on n'observait rien dans le gosier; la fièvre a acquis les caractères propres à la suppuration; un œdème s'est manifesté au côté droit du cou, symptôme ordinaire des suppurations profondes. La vie du malade était en danger, la déglutition même des liquides impossible, dyspnée immense, orthopnée, anxiété extrême, agitation, menace d'asphyxie. Le mal avait été traité, par les uns, de croup; par les autres, de phlegmon de l'œsophage. C'est dans cet état, le quatorzième jour de la maladie, que M. Petrunti a vu le malade. L'existence de l'œdème du cou, le déplacement du cartilage thyroïde, qui était très saillant en avant, comme si un corps le poussait par derrière, et enfin la déclaration de la dysphagie avant la dyspnée, lui ont fait diagnostiquer un abcès entre le larynx et le pharynx.

M. Petrunti a pratiqué l'opération suivante : il a incisé verticalement les tissus de l'endroit saillant et œdemateux en procédant petit à petit, avec une lenteur étudiée, comme dans une préparation anatomique. Cette incision a porté sur le bord externe du muscle sterno-cléido-mastoïdien, dans l'étendue d'un pouce et demi. Le chirurgien est arrivé petit à petit jusqu'à l'œsophage, sans blesser ni la jugulaire, ni la huitième paire, ni la carotide, ni le nerf récurrent, ni enfin les artères thyroïdiennes, etc. Arrivé à une certaine profondeur, M. Petrunti a quitté le bistouri et s'est servi d'un petit couteau d'ivoire, qu'il a l'habitude d'employer aussi dans l'opération de l'anévrisme et dans l'extirpation des tumeurs enkystées. L'œsophage découvert a paru tuméfié et fluctuant; l'opérateur a fixé sur ce point le bout du doigt indicateur et sur son ongle y a glissé la pointe d'un bistouri étroit; il a senti aussitôt que c'est plutôt le doigt que le bistouri qui a pénétré dans une cavité. Il s'en est écoulé rien moins qu'une livre de pus (livre médicale de Naples, 12 onces). De suite le malade a ouvert la bouche, fait un grand soupir et passé comme par enchantement de la mort à la vie: la déglutition et la respiration ont repris leur cours normal. On a pansé à l'aide d'une bandelette effilée de linge, qui a fait filtrer le reste de la suppuration au-dehors. Guérison parfaite après un mois de traitement.

« Je n'avais pas oublié, dit M. Petrunti, que dans un cas pareil que j'avais observé chez une jeune dame, on n'avait pas osé entreprendre l'opération que j'avais proposée, et la malade est morte suffoquée par la rupture de l'abcès dans la trachée. Aussi ne doit-on pas craindre dans ces circonstances d'aller à la rencontre du mal et d'enfoncer prudemment le bistouri dans son foyer. »

L'auteur appelle l'attention sur l'importance des deux caractères qu'il vient de signaler comme propres aux abcès en question, l'œdème du cou et le déplacement du larynx en avant; l'un et l'autre effectivement sont d'une très grande valeur, alors qu'ils sont joints à la difficulté d'avaler, etc. Il termine en rappellant combien il est urgent d'ouvrir très promptement ces sortes d'abcès.

Les abcès rétro-œsophagiens sont si rares qu'ils ont été à peine mentionnés par les auteurs. Nous avons vu une fois à la clinique de Dupuytren un abcès rétro pharyngien chronique que ce praticien a ouvert du côté de la cavité buccale à l'aide d'un bistouri ordinaire; nous l'avons publié, et nous en avons vu décrits plusieurs autres analogues depuis. Dans ce cas, il n'y avait ni œdème du cou, ni déplacement du larynx; la dysphagie et la dyspnée n'étaient pas très considérables; la tumeur faisait saillie dans le fond de la bouche dont la muqueuse était très rouge et distendue; le doigt pouvait y constater la fluctuation. Dupuytren nous dit alors qu'il avait rencontré plusieurs fois ces sortes d'abcès chez des sujets atteints de carie ou de nécrose aux vertèbres cervicales.

Le fait de M. Petrunti intéresse hautement la pratique sous le point de vue du diagnostic et de l'heureuse opération dont il a été le sujet.

2° ANÉVRISME TRAUMATIQUE AU BRAS; GANGRÈNE DU SAC; LIGATURE EN MASSE SANS DIVISION DE LA PEAU; GUÉRISON.

OBS. — Une dame, âgée de 23 ans, est blessée au bras droit, dans le trajet de l'artère brachiale, par un instrument piquant et tranchant. Hémorragie abondante sur le champ. Les chirurgiens qui l'ont vue ont jugé que l'artère brachiale avait été lésée. Applications astringente; compression. La plaie s'est cicatrisée. Bientôt un anévrisme se déclare qui fait de rapides progrès. L'indocilité de la malade a contribué à ces progrès; le sac acquiert un dévelopopement considérable, s'enflamme, est bientôt frappé de gangrène, et s'est ouvert sous la peau. De là épanchement considérable de sang dans tout le membre jusqu'à l'épaule. Ensuite la cicatrice se déchire à son tour; de là, hémorragies effrayantes et répétées. Compression; fomentations astringuentes. Tout le membre est menacé de gangrène. C'est dans cet état que M. Petrunti a vu la malade conjointement avec M. Galbiati. Quoi faire? Comment aller chercher l'artère blessée au milieu d'une infiltration énorme de sang et sur un membre menacé de sphacèle? La ligature de l'axillaire ou de la sous clavière était même impossible par la même raison. L'indication pourtant était précise, la ligature de l'artère. « Nous rappelant, dit M. Petrunti, que notre maître avait dans un cas d'hémorrhagie traumatique lié avec succès au milieu d'une campagne l'artère brachiale à l'aide d'un point de suture qu'il a pratiqué en masse avec une aiguille d'emballeur, comprenant à la fois peau, muscles, artère et nerfs, nous avons cru pouvoir l'imiter dans cette circonstance difficile. J'ai donc implanté une aiguille à séton à la surface interne de l'humérus, et je l'ai dirigée de manière à passer au-delà de l'artère : cette aiguille a entraîné un ruban de soie écrue; j'ai appliqué un cylindre de toile cirée dans le trajet du vaisseau, et j'ai serré fortement la ligature par-dessus. Ce cylindre avait un pouce d'épaisseur et deux de longueur. Aussitôt le ruban lié, l'hémorragie du sac s'est arrêtée. Le membre a été enveloppé de linges chauds, les escarres pansées, et la malade tonifiée. Les choses se sont parfaitement bien passées jusqu'au septième jour; à cette époque, nouvelle hémorragie par le sac; les parties gangrenées se détachent. Applications astringentes et glacées; mieux. Deux jours après, hémorragie plus abondante encore. Nous nous sommes aperçus que la ligature s'était relâchée par suite de la destruction d'une partie des tissus qu'elle avait embrassés; nous l'avons par conséquent resserrée, et les choses ont tourné pour le mieux; le sang s'est arrêté définitivement. Huit jours plus tard, le fil était relâché de nouveau, mais à cette époque l'artère était déjà oblitérée. Le vingtième jour on l'a retiré, afin de ne pas lui laisser couper inutilement toutes les parties liées. La gangrène et le sac se sont détergés et les parties cicatrisées dans l'espace de deux mois; les forces sont revenues petit à petit, et la malade a guéri. »

« Il faut donc, dit l'auteur, une quinzaine de jours pour obtenir l'oblitération de l'artère alors que la ligature est pratiquée d'après le procédé ci-dessus, car après le huitième jour elle était encore perméable. Delà résulte qu'il n'est pas convenable de trop se hâter à retirer le fil quand on opère d'après le principe de la ligature temporaire. Or comme la chute du fil arrive d'autant plus promptement qu'il a été fortement serré et qu'il est mince (ou en raison inverse de la force de constriction et de la largeur), il est toujours prudent de ne pas le serrer au-delà du degré capable de mettre les parois de l'artère en contact réciproque, et de se servir d'un ruban plutôt que d'un fil. Delà résulte aussi la nécessité de resserrer la ligature toutes les fois que la division des tissus placés dans son anse la relâche. Ces resserremens eux-mêmes ne doivent se faire qu'en suivant le précepte ci-dessus. »

3° ÉPILEPSIE; TUMEUR ENCÉPHALOÏDE; EXTIRPATION; GUÉRISON DES DEUX MALADIES.

OBS. — Un jeune homme, âgé de 25 ans, était épileptique dès son enfance. Les accès étaient très fréquens et irréguliers. Il portait en même temps à l'angle de la mâchoire inférieure une petite tumeur indolente, molle, sans changement de couleur à la peau. Les retours de l'épilepsie étaient devenus de plus en plus terribles à mesure que la tumeur faisait des progrès. C'est dans cet état qu'il a été confié aux soins de M. Petrunti.

« Lorsque je l'ai vu, dit cet habile chirurgien, le malade m'a offert une tumeur du volume d'un petit œuf de poule; cette tumeur était circonscrite et d'aspect malin; j'en ai conseillé l'extirpation dans le double espoir d'en prévenir les suites fâcheuses et d'influencer heureusement l'affection nerveuse; mais comment opérer un épileptique dont les accès devenaient effrayans à la moindre irritation de la peau? J'ai néanmoins tenu le malade en observation et je l'ai opéré dans un moment de calme et par un très beau temps. A peine cependant le bistouri a-t-il fendu les tégumens que le malade, de calme et semi-stupide qu'il était, tomba dans une sorte de fureur maniaque indomptable; six commis-

sionnaires ont pu à peine le retenir; il a fallu employer des bandes et des cordes autour de son corps, de la glace sur la tête; malgré ces moyens, ses mouvemens étaient tels qu'il était devenu impossible d'approcher le couteau de la tumeur. En attendant, le sang coulait en grande abondance par l'incision que je venais de faire, j'ai attendu quelques instans, et le malade a paru moins agité. J'ai alors continué l'énucléation de la tumeur à l'aide d'un petit couteau d'ivoire, afin de ne rien léser; l'opération était délicate, car il fallait aller au-dessous et derrière l'angle de la mâchoire; enfin je l'ai enlevée en partie avec cet instrument, en partie avec les doigts. C'était une masse molle, spongieuse, sanguine et encéphaloïde. La perte de sang a été énorme; le malade est tombé dans une sorte d'affaissement soporeux; il dormit pendant douze heures continues; il se réveilla couvert de sueur; il s'étonnait de se voir attaché avec des cordes et des bandes, d'être couvert de sang et entouré de gardes. Bientôt cependant la fureur tétanique a reparu et a duré pendant trois jours; ensuite le malade est resté taciturne pendant trois autres jours, et avec une sorte de visage féroce; puis après il a offert une sorte de loquacité incohérente en attendant la plaie est entrée en suppuration. Dès ce moment l'état du malade s'est amélioré, et il a fini par guérir complètement, et de sa plaie et de son épilepsie. Aujourd'hui, quatrième année de l'opération, le malade continue à jouir d'une excellente santé; l'épilepsie n'a point reparu, et son intelligence a considérablement gagné. J'avais craint la répullulation de la tumeur, car elle n'avait pu être complètement ébarbée; néanmoins rien n'a reparu, si ce n'est un petit ganglion derrière l'oreille et qui ne fait pas de progrès; seulement l'ouïe est un peu dure de ce côté.

A la suite de ces trois faits importans, le savant professeur en rapporte un quatrième non moins intéressant relatif à un énorme abcès du foie qu'il a également opéré avec succès.

IV. MEMORIALE DELLA MEDICINA CONTEMPORANEA, GIORNALE STAMPATO IN VENEZIA.

BONS EFFETS DE L'ACUPUNCTURE DANS UN CAS DE CONVULSIONS DOULOUREUSES DANS UN MOIGNON DE CUISSE AMPUTÉE; par M. LONGHI.

OBS.—Une femme, âgée de 42 ans, avait été amputée depuis huit ans de la cuisse gauche, par suite d'une nécrose à la jambe, et d'une tumeur blanche au genou. Le moignon s'était bien cicatrisé; seulement la femme y éprouvait de temps en temps des spasmes musculaires, des soubresauts incommodes et douloureux. Cet état, de léger qu'il était, est allé en empirant, au point que la malade ne trouvait plus de repos et avait souvent la fièvre. Les douleurs étaient plus fortes la nuit que le jour; elles étaient d'abord concentrées dans le moignon; ensuite elles se sont étendues à l'autre cuisse. Une foule de remèdes internes et externes avaient été essayés sans succès; la malade en était tellement affectée qu'on s'attendait à sa mort prochaine; des convulsions générales s'étaient enfin jointes à la maladie locale. M. Longhi a voulu essayer l'acupuncture comme une dernière ressource, et sans beaucoup compter sur son efficacité. Il s'est proposé d'introduire les aiguilles dans le trajet du nerf sciatique, et de piquer ce nerf lui-même si la chose aurait été possible. Il a donc implanté les deux premières aiguilles à la fesse ou vers la partie la plus haute du moignon: la malade les a à peine senties. A peine cependant la troisième aiguille a-t-elle été introduite que la malade a crié que sa douleur avait cessé. Une quatrième a suivi celle-ci. On les a laissées en place pendant une demi-heure; alors, on les a ôtées parce que la malade éprouvait un besoin extrême de dormir; elle dormit en effet très profondément jusqu'au lendemain et a été bien portante pendant vingt jours. A cette époque, les spasmes douloureux sont reparus; nouvelles acupunctures; guérison sur le champ. Ces récidives et ces guérisons instantanées se sont répétées plusieurs fois. On revient à l'usage du même moyen à chaque retour de l'accès, et la malade se trouve très satisfaite de son état; elle n'a pas voulu permettre cependant qu'on continuât les applications des aiguilles pendant quelque temps, afin de prévenir les récidives.

Les effets qu'on attribue à l'acupuncture dans le traitement d'une foule de maladies ont quelque chose de surprenant. Ils n'existent pas moins cependant, quelle que soit la difficulté de les expliquer. Celui qui précède est de ce genre. Plusieurs observateurs pensent que la présence des aiguilles dans les chairs développe des courans galvaniques; si cela était, il y aurait lieu à employer à leur place, soit la pile ordinaire, soit l'appareil galvanique en permanence de M. Orioli dont nous avons parlé dernièrement.

V. IL RACCOGLITORE MEDICO DI FANO.

Les numéros du dernier trimestre contiennent: 1° *Plusieurs cas d'opérations heureuses de lithotripsie*; par MM. Spadini à Faënza, Galli à Lucques, Pertusio à Turin, Torrigiani à Ancône. (Ces faits sont sans doute intéressans; ils font honneur à leurs auteurs, mais ils n'offrent rien d'inconnu aux lecteurs de la GAZ. MÉD.; nous devons cependant mentionner avec distinction l'observation de M. Spadini qui offre des particularités remarquables tant à cause de l'âge avancé du sujet (76 ans) que de la conduite très judicieuse de ce chirurgien dans les différentes manœuvres de l'opération); 2° *Nouveau signe pour connaître d'une manière certaine l'état de grossesse*; par MM. Malvani et Sperino. (Ce signe consiste dans la couleur livide, violacée ou lie-de-vin de la face interne de la vulve et du vagin; ce caractère a été constant chez toutes les femmes enceintes que les auteurs ont examinées à l'hôpital de Turin, et ils ont pu prononcer à coup sûr d'après l'existence ou l'absence de ce seul signe si les femmes qu'ils ont explorées étaient ou non enceintes; il se rencontre aussi chez les nouvelles accouchées, mais cela n'ôte rien à la valeur de l'observation; il serait cependant important de savoir dans quelle époque de la grossesse ce caractère se déclare et combien de temps il dure après l'accouchement).

VI. REPERTORIO DELLE SCIENZE MEDICHE DEL PIEMONTE.

Les numéros des mois de novembre et décembre contiennent les articles originaux suivans: 1° *Pneumonie terminée par une hydropisie du ventre et de la poitrine; guérison*; par M. Fiamberti (rien de neuf); 2° *Description d'un nouvel herniotome*; par M. Menici; 3° *Cas d'une énorme tumeur fibreuse du péritoine; nécropsie*; par M. Versari.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 19 FÉVRIER.

CORRESPONDANCE.

La correspondance présente:

1° Lettres de MM. Poiseuille, Bouvier, Jobert et Leuret qui demandent à être portés sur la liste des candidats pour la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie;

2° Deux lettres, l'une de M. Petit, de Vichy; l'autre de M. Leroy d'Etiolles sur les eaux minérales dans le traitement des affections calculeuses (Envoi à la commission déjà nommée);

3° Une note de M. Junod sur l'emploi des grandes ventouses de son invention dans les injections anatomiques fines;

4° Un cornet acoustique en argent, par M. Girard, membre de l'Académie. Cet instrument est très petit, très simple, et d'une grande efficacité, ainsi que M. Girard l'assure d'après son expérience personnelle.

REMÈDES SECRETS.

M. BOUDET fait, au nom de la commission des remèdes secrets, trois rapports officiels; l'un sur une eau dite anti-ophthalmique, pour laquelle l'auteur sollicite un brevet d'invention; l'autre sur un élixir prétendu balsamique pour les dents; un troisième sur une eau anti-otalgique. La composition de ces substances n'offrant rien d'inconnu, et leur usage (sans ordonnance du médecin) pouvant être nuisible, la commission propose d'écrire à M. le ministre qu'il n'y a pas lieu à tenir compte des demandes de leurs auteurs.

TUMEUR ÉLÉPHANTIAQUE ÉNORME A LA MAMELLE.

M. RENOULT lit, au nom de M. Larrey et au sien, un rapport sur une observation d'éléphantiasis au sein recueillie en Egypte par M. le docteur Etienne.

Il s'agit d'une femme de la Basse-Egypte, âgée de 28 ans, de tempérament nerveux, mère de sept enfans. A la suite de la dernière couche, elle a éprouvé une douleur au sein gauche, sans cause appréciable. Cette douleur a persisté et est allée en augmentant. Ensuite, la mamelle a commencé à grossir, et en peu d'années son volume est devenu si énorme qu'elle s'étendait jusqu'au pubis. La malade était obligée de la soutenir avec une écharpe passée autour du cou pour pouvoir marcher. Sa figure était celle d'une amphore, son pédicule assez large. Lorsque M. Etienne l'a vue, la tumeur était indolente et sans changement de couleur à la peau. Il l'a opérée et la malade guérit. L'auteur en a envoyé le dessin à l'Académie; mais il ne donne pas de détails sur la structure de la masse morbide (1).

La conclusion du rapport est d'insérer l'observation de M. Etienne dans le Bulletin et d'engager l'auteur à faire de nouvelles recherches sur l'éléphantiasis, surtout s'informer si les sujets opérés par M. Clot-Bey (éléphantiasis scrotale) n'auraient pas éprouvé de récidive.

M. CASTEL fait observer que puisque la tumeur n'offrait pas de changement de couleur à la peau sa nature n'était point éléphantiaque;

M. CERVIN déclare avoir vu en Amérique des tumeurs éléphantiaques sans changement de couleur à la peau.

Le rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés.

LUXATIONS CONGÉNITALES DU FÉMUR.

M. RENOULT fait un rapport sur une note envoyée par M. Humbert concernant les cas de luxations congénitales du fémur qu'il a guéris. L'auteur soutient contrairement aux assertions de M. Pravaz que c'est bien par une véritable réduction de la tête fémorale dans la cavité cotiloïde qu'il a guéri, et non par la conversion de la luxation en haut et en dehors, en celle en bas et en arrière (grande échancrure isciatique) ou en bas et en avant (trou sous pubien). La commission n'ayant pas de données suffisantes pour juger la valeur des asser-

(1) Cette absence de détails est d'autant plus regrettable que d'après les caractères extérieurs signalés par l'auteur, on ne peut dire s'il s'agissait d'une simple hypertrophie de la mamelle ou d'une tumeur éléphantiaque. On trouve dans les auteurs des cas d'hypertrophie mammaire qui offrent de la ressemblance avec celui de M. Etienne. On en trouve, entre autres, un exemple décrit par le docteur Joerdens dans le journal de Hufeland (BAND. 13, St. 1. S. 82, Th. 1.), dans lequel les deux tumeurs descendaient jusques aux cuisses.

(NOTE DU RÉD. DES SÉANCES DE L'ACAD.)

tions de ces deux praticiens s'abstient de se prononcer; elle propose le dépôt pur et simple de la note de M. Humbert aux archives de l'Académie.

M. Nacquart : Le sujet sur lequel on vient de faire un rapport me paraît trop important pour être en quelque sorte renvoyé sans examen. Comme l'Académie doit entendre prochainement un rapport de M. Gerdy sur les deux faits de ce genre présentés par M. Pravaz, on pourrait sans inconvénient, ce me semble, renvoyer la note de M. Humbert à M. Gerdy qui la jugera comparativement.

M. Breschet : Je crois qu'une discussion approfondie est d'autant plus nécessaire sur la question dont il s'agit que les idées qu'on a avancées dernièrement sont contestables. On a dit que la tête fémorale venait par le traitement à être fixée dans la cavité cotyloïde; mais cette cavité souvent n'existe pas, ou du moins elle n'existe qu'à l'état rudimentaire chez les sujets en question (1). D'un autre côté, je ne pense pas que M. Humbert n'ait fait qu'entraîner la tête fémorale dans l'échancrure sacro-isciatique, ainsi que le prétend M. Pravaz, car dans ce cas il y aurait allongement du membre. Or j'ai vu à Morlay quelques-uns des enfans traités par M. Humbert; ils ont beacoup gagné par l'action de ses appareils, mais ils continuent à boiter, leur membre est plus court et la tête fémorale paraît fixée sur le bassin de mobile qu'elle était.

MM. Velpeau, Dubois d'Amiens et Moreau parlent dans le sens de M. Nacquart.

Cette proposition a été adoptée.

AFFECTIONS SYPHILITIQUES.

M. Cullerier fait un rapport sur un travail d'un médecin de Varsovie, M. Sauvan, relatif à la blénorrhagie virulente et au chancre vénérien primitif. L'auteur se pose d'abord les deux questions suivantes : 1° le virus blénorrhagique est-il susceptible de donner lieu à des symptômes de vérole secondaire? 2° Le virus du chancre est-il de même nature que celui de la blénorrhagie contagieuse? La réponse qu'il fait à la première question est affirmative; négative à la seconde. Les symptômes secondaires qu'il attribue à la blénorrhagie virulente sont l'ophthalmie, l'angine, l'éruption furfuracée et les douleurs articulaires. Les caractères qu'il assigne à cette blénorrhagie sont : de se déclarer après quelques jours d'un coït impur et d'avoir une période aiguë de sept à vingt un jours. Le seul traitement qui convient durant cette période est l'antiphlogistique uni à l'usage des balsamiques. Tous les topiques, cautérétiques, ou astringens, seraient fort nuisibles durant cette période : et lorsque le mal est devenu chronique ou qu'il a donné lieu à des symptômes secondaires le remède par excellence serait, d'après l'auteur, la sabine. Il rapporte six observations d'accidens consécutifs de ce genre guéris à l'aide de la sabine. Ce médicament il le donne en décoction ou en infusion à la dose d'une demi-once dans une livre d'eau. Il cite un cas où les traitemens ordinaires avaient échoué et qui a été guéri par la sabine. Cependant M. le rapporteur dit avoir administré ce remède à quelques malades qui se trouvaient dans les conditions ci-dessus et n'avoir pas obtenu des effets aussi merveilleux.

Conclusion. Insérer dans le Bulletin un extrait du travail de l'auteur.

M. Bouillaud : L'auteur du mémoire s'est posé deux questions, qui existent depuis longtemps dans la science et qui ont été diversement résolues. Je regrette que M. le rapporteur, qui est plus que tout autre en état d'en discuter la valeur, les ait tout à fait passées sous silence. Je déclare que, pour mon propre compte, j'aurais été bien aise d'apprendre l'opinion de M. Cullerier sur cette matière, et surtout l'idée qu'il s'est formée des expériences qu'on a entreprises dans ces derniers temps sur les virus de la blénorrhagie et du chancre. Je désirerais, et plusieurs membres partageront sans doute mon désir, que M. le rapporteur voulût bien s'expliquer sur ce sujet.

M. Cullerier : Je n'ai pas cru devoir le faire, parce que d'abord les idées ne sont pas encore assez avancées pour pouvoir résoudre d'une manière complète les questions dont il s'agit; ensuite, parce que la commission, au nom de laquelle ce rapport a été fait, a désiré qu'on n'entrât dans aucun détail. Néanmoins, si l'Académie le désire, je suis prêt à lui faire connaître ma façon de penser.

M. Roux : Les caractères que l'auteur du mémoire assigne à la blénorrhagie virulente aiguë me paraissent plutôt appartenir à la blénorrhagie simple, ou non virulente. Pour moi une blénorrhagie est virulente si elle s'est déclarée quelques jours après le coït et qu'elle dure plus de quarante jours. J'ajouterai que, d'après ma manière de voir, la plupart des blénorrhagies sont virulentes et peuvent donner lieu à des symptômes secondaires.

M. Rochoux : Je ne crois pas que les symptômes que l'auteur du mémoire attribue à la blénorrhagie virulente méritent la moindre attention, car ils sont absolument les mêmes que ceux que nous observons tous les jours dans toutes les variétés de blénorrhagie. Je ne pense pas non plus que ce qu'il dit relativement aux symptômes secondaires de la blénorrhagie soit exact, car M. Ricord vous a fait voir, avec l'anatomie pathologique à la main, qu'il n'y avait d'autre blénorrhagie capable de donner lieu à des accidens secondaires que celle qui était accompagnée d'un chancre caché dans l'urètre. C'est le chancre effectivement, et non la blénorragie proprement dite, qui est susceptible d'engendrer les phénomènes véroliques consécutifs.

M. Lagneau : Le travail sur lequel on vient de faire un rapport n'offre absolument rien de remarquable; mais puisqu'il a soulevé une discussion, je dois dire que depuis fort longtemps les syphilographes ont parlé des blénorrhagies accompagnées de chancres dans le canal; j'en ai moi-même fait mention il y a un grand nombre d'années, dans la première édition de mon ouvrage. M. Ricord vous a présenté deux pièces pathologiques qui ne laissent aucun doute sur la réalité des blénorrhagies ulcéreuses; mais n'y a-t-il que cette seule condition de la blénorrhagie capable de donner lieu à des symptômes secondaires? Je ne le pense pas. Je puis affirmer avoir vu un grand nombre de fois des blénorrhagies non ulcéreuses produire les phénomènes consécutifs. Je dois ajouter néanmoins que ces cas sont rares, et que ceux dont M. Ricord vous a présenté deux exemples sont beaucoup plus rares encore.

M. Ségalas : M. Lagneau distingue les blénorrhagies en ulcéreuses et non ulcéreuses; mais il n'a pas dit comment on peut constater sur le vivant une pareille condition.

M. Lagneau : On peut présumer que la blénorrhagie est accompagnée d'un chancre dans le canal; 1° lorsqu'il y a sur un point de l'urètre une dureté circonscrite, touchable à l'extérieur et douloureuse à la pression du doigt, 2° lorsque le pus urétral est strié de sang; 3° lorsque le passage de l'urine produit une douleur plus vive sur le point désigné; 4° enfin, lorsqu'une bougie à empreinte introduite dans le canal indique la présence d'une excavation circonscrite. Je conviens cependant que le diagnostic offre toujours quelques doutes.

M. Ségalas : Evidemment les trois premiers caractères ne sauraient conduire à aucune conséquence certaine : quant au quatrième, il me paraît inapplicable, à cause de la douleur qu'il doit produire. Il y a cependant un moyen d'exploration qui pourrait, à mon avis, éclaircir singulièrement le diagnostic, c'est d'examiner l'urètre comme le vagin, savoir, à l'aide d'un spéculum. Le spéculum urétral qui m'est propre, et que l'Académie connaît, pourrait être employé avec succès dans ce but.

M. Velpeau : La question qui occupe en ce moment l'Académie me paraît fort importante; elle me fait regretter que M. le rapporteur n'ait pas jugé convenable de la traiter dans son travail. On a préconisé une infinité de médicamens contre la blénorrhagie; la plupart sont de nos jours abandonnés comme nuls ou nuisibles. On vient aujourd'hui vous vanter la sabine; c'est, à mon avis, une nouvelle niaiserie, à laquelle l'Académie ne doit pas s'arrêter; et je crois que M. le rapporteur n'a pas traité le travail de M. Sauvan avec toute la sévérité qu'il méritait. M. Lagneau vient de nous donner les caractères de blénorrhagie ulcéreuse; ces caractères n'ont pas une grande valeur à mes yeux, et je ne crois pas, d'ailleurs, qu'il soit possible de prendre l'empreinte urétrale chez une individu atteinte de la maladie en question. J'en dirai autant du spéculum urétral de M. Ségalas. M. Ricord fait l'inoculation de la matière urétrale quand il veut s'assurer s'il y a un chancre. Cette épreuve ne me paraît pas toujours concluante, car, de ce que l'inoculation n'a pas donné de chancre, on ne peut rigoureusement conclure qu'il n'en existe pas dans le canal, la matière inoculée ayant pu émaner seulement de la muqueuse, non du chancre; d'un autre côté, le pus du chancre n'est pas le seul qui soit inoculable. Je crois, par conséquent, qu'il y a là une lacune importante, qu'une nouvelle discussion plus approfondie pourrait éclaircir, et je propose que cette question soit mise à l'ordre du jour.

Le rapport et la conclusion sont mis aux voix et adoptés.

(Séance levée à cinq heures.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS, publiées par la Société royale de Londres; t. XXIII, 1838. — 450 pages, avec planches.

Les mémoires contenus dans ce volume sont au nombre de vingt-quatre; ils ont pour titre : *Recherches expérimentales sur l'absorption des os nécrosés*, par M. Gulliver; 2° *Note sur la fréquence relative de l'affection calculeuse*, par M. Copland Hutchinson; 3° *Recherches sur la constitution des urines*, par M. Bostock; 4° *D'un nouvel instrument propre à oblitérer les fistules vésico-vaginales et les fissures du voile du palais*, par M. W. Beaumont; 5° *De l'état de l'organisme dans certaines affections chroniques*, par M. J. Claudinning, médecin à l'infirmerie Mary-le-Bone; 6° *Remarques sur les maladies malignes de la peau de la face*, par M. Hawkins; 7° *Observations sur l'hypertrophie du foie*, par M. Malcomson; 8° *Des affections nerveuses propres aux jeunes femmes, accompagnées de contractions dans les muscles des membres*, par M. J. Wilson; 9° *Considerations sur un cas de rougeole secondaire*, par M. J. More; 10° *Ablation de la totalité de la clavicule*, par M. Travers; 11° *Diathèse purulente, accompagnée de séparation des épiphyses*, par M. H. Ancell; 12 *Relation de vingt cas de choléra malin*, par M. G. Budd; 13° *Mémoire sur les anévrismes du cœur*, par M. Thurnam; 14° *Existence de quatre mamelles chez une femme*, par M. Robert Lee; 15° *De l'empoisonnement par l'acide sulfurique*, par M. J. Wilson; 16° *Usage de l'arsenic dans certaines affections de la matrice*, par M. Henri Hunt; 17° *Ablation de toute la mâchoire inférieure nécrosée*; par M. Perry; 18° *Cas d'hypertrophie partielle du cœur*, par M. G. Budd; 19° *Histoire d'un cas remarquable d'anévrisme poplité*, par M. S. Hadwen; 20° *Kyste hydatique du foie, guéri à l'aide de la ponction*, par M. Travers; 21° *De l'expectoration noire*, par M. W. Thomson; 22° *Dissection d'un énorme anévrisme ventral*, par M. Dickson; 23° *Recherches chimi*,

(1) L'opinion de M. Breschet ne repose sur aucun fait authentique. Nous serions heureux que cet honorable praticien nous montrât un seul exemple de luxation congéniale où la cavité cotyloïde n'existait pas, ou bien n'était que rudimentaire. Nous lui offrons au contraire, ainsi qu'à tous ceux que cette question intéresserait, de lui faire voir un assez bon nombre de luxations congéniales observées sur des sujets d'âges différens depuis le fœtus jusqu'à la vieillesse où la cavité cotyloïde existait. (N. du Réd. en chef.)

ques sur les os de l'homme, par M. Rees; 24° *Nouvelle méthode de traiter l'ophthalmie purulente intense*, par M. Tyrrell.

Plusieurs de ces mémoires ont été déjà reproduits, soit en entier, soit par extraits, dans la GAZETTE MÉDICALE; quelques autres vont l'être également. Dans cette analyse, nous nous occuperons des articles dont la reproduction complète ne nous a pas paru indispensable.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'ABSORPTION DES OS NÉCROSÉS; par M. G. GULLIVER.

On croit généralement qu'une fois nécrosé un os est attaqué par le travail d'absorption, qui le ronge, pour ainsi dire, l'amincit, le rend rugueux, et, quelquefois même, le fait complètement disparaître, ainsi que plusieurs auteurs en citent des exemples. M. Gulliver croit que cette doctrine est tout à fait erronée; il s'est convaincu, au contraire, par des expériences, dont nous allons parler, que l'altération de la forme des os nécrosés tient à d'autres causes, et que l'absorption n'a sur eux aucune prise. Il commence par déclarer que les trous des os nécrosés cloaques sont le résultat du passage de vaisseaux ou d'un travail ulcératif; puis il ajoute:

« La formation d'un nouveau cylindre osseux autour d'un os primitif n'est pas une preuve certaine de la mort de ce dernier. J'ai eu plusieurs fois, dans mes expériences, l'occasion de m'assurer de ce fait. Par une sorte de prévoyance, la nature construit souvent la nouvelle coque osseuse avant que l'os préexistant soit mortifié. Cette remarque, du reste, n'avait pas échappé à l'esprit observateur de MM. Russel et Macartney. Dans le museum de St-Bartholomew's-Hospital on voit un tibia de chien enchassé dans une nouvelle coque osseuse, en partie détachée, et par laquelle l'injection a passé abondamment dans l'os primitif. Dans ces cas, la partie qui a éprouvé la plus vive inflammation est en partie érosée et graduellement résorbée, si elle conserve assez de vitalité. En attendant, la nature secrète une certaine quantité de matière osseuse, qui remplace la portion résorbée. Dans ce double travail, la mort de l'os ancien n'entre pour rien. C'est à cela très probablement qu'on doit rapporter les cas cités par les auteurs d'os nécrosés et résorbés. Une pièce osseuse réellement mortifiée et enfermée dans un nouveau cylindre est toujours pour moi un mauvais cas de nécrose, que le malade portera toute sa vie, à moins que la nature ne trouve d'autres ressources que celle de l'absorption. L'apparence de vermoulure que beaucoup de sequestres présentent peut s'expliquer de deux manières. La plupart de ces sequestres appartiennent à la lame interne des os cylindriques, la lame externe s'étant épaissie. Cette forme de nécrose a été parfaitement connue par Bordenave, Haller, Callisen et Tenon, et exactement expliquée par Brun, Bruguoni, Penchinati, Knox et Syme. Dans ces cas, la mortification irrégulière et la séparation consécutive de la portion osseuse donnent à la surface du sequestre la forme en question. La mortification, en effet, des parties dures n'est pas moins sujette à des irrégularités que celle des parties molles, et lorsque c'est la couche externe du cylindre qui est nécrosée, elle peut aussi présenter les mêmes érosions; mais ici les érosions peuvent dépendre d'une autre cause, du travail ulcératif, qui a lieu avant la mortification. Ces vermoulures ont donc lieu durant la vie de l'os et non par l'action des absorbans après la mort.

» L'aspect et la situation des granulations n'ôte rien à la doctrine qui précède. Elles sont extrêmement vasculaires et correspondent exactement aux dentelures, à la surface sous-jacente de l'os nécrosé et en marche d'exfoliation. Cette circonstance, par conséquent, ne permet pas de dire qu'un pareil état se rattache à la résorption de l'os nécrosé, car les dentelures existent avant la mortification. L'absorption a eu lieu, il est vrai, mais sur l'os vivant seulement.

» Je n'ignore point que les dents qu'on transplante perdent leur racine par un travail de résorption; mais cela prouve seulement que, devenue partie du corps vivant, la racine dentaire est sujette aux mêmes lois que les autres parties de l'économie.

» Quant à la diminution réelle de substance que les os nécrosés présentent, elle n'est pas constante, et lorsqu'elle existe, cela se rattache à des conditions particulières, qu'on n'a pas suffisamment appréciées. M. Davy m'a souvent dit que, si les os morts sont exposés à l'action combinée de l'air, de la chaleur et de l'humidité, ils perdent de leur poids par la décomposition de leur partie animale, surtout si cette action dure pendant longtemps. On n'ignore pas, d'ailleurs, combien les os deviennent légers s'ils sont exposés à un travail de fermentation putride.

Telle est la partie, en quelque sorte dogmatique, du mémoire de M. Gulliver. Viennent les expériences qu'il a faites pour prouver les assertions précédentes. Ces expériences sont au nombre de dix-neuf; elles tendent toutes à prouver qu'une fois nécrosé, un os n'est pas susceptible de résorption, et qu'il peut rester éternellement dans l'organisme sans subir aucun changement. M. Gulliver a pris des tranches d'os nécrosés et les a placées sur des surfaces ulcérées, dans des trajets de sétons en suppuration, dans les parties molles de la cuisse d'animaux, le canal médullaire des os cylindriques de chiens vivans, etc. Ces fragmens de nécrose ont été exactement pesés avant d'être introduits: ils y ont été laissés un, deux, quatre, six mois, ou même davantage. Au bout de ce temps, ils ont été extraits et examinés; ils n'avaient absolument rien perdu de leur état primitif. A côté de ces faits, l'auteur en rapporte plusieurs autres, qu'il a observés chez l'homme et qui tous conduisent à la même conclusion. Un fait nouveau, curieux, cependant, résulte de ces expériences, c'est que, dans quelques cas, le fragment de nécrose, introduit dans le canal d'un os cylindrique vivant, avait, au bout d'un certain temps, augmenté en volume et en poids, par suite d'une déposition de matière osseuse qui s'était faite à sa surface.

L'auteur termine son travail par la réflexion suivante: « C'est un fait très intéressant qu'un tissu mort depuis longtemps puisse jouir de la faculté d'attirer sur lui des molécules similaires de la masse du sang. On peut comparer ce travail à une véritable assimilation, car les nouvelles parcelles osseuses avaient été attirées dans les pores de l'os mort. Or, si une nouvelle matière osseuse peut être déposée par les tissus voisins sur un os mort et y devenir très adhérentes, ainsi qu'on le voit dans les expériences 10, 15, 16, 17, il nous sera permis de douter de la justesse des idées de Haller et Dethleef, généralement adoptées, concernant le travail de réparation des os blessés, puisque le contact immédiat du nouvel os avec l'ancien n'est pas une preuve que le premier ait été secrété par les vaisseaux du dernier, quelque nécessaire, d'ailleurs, que la présence de l'ancien os puisse être chez l'homme pour l'établissement et la continuation du travail réparateur. »

NOTE SUR LA FRÉQUENCE RELATIVE DE L'AFFECTION CALCULEUSE; par M. COPLAND HUTCHINSON.

Le fond de ce travail est basé sur une observation importante, savoir, que l'affection calculeuse est tellement rare chez les marins qu'on peut dire que la vie par mer en est un sûr remède prophylactique. Déjà Arétée avait dit « que la diète, les illinitions, la navigation, et le passage de la vie entière par mer, étaient les meilleurs remèdes pour guérir les maladies des reins. » Mais il y a loin de cette assertion sans preuve à l'observation directe de M. Hutchinson. Ayant fait des recherches statistiques fort étendues dans les hôpitaux de la marine anglaise, l'auteur s'est assuré que presque jamais on n'y observe de calculeux.

On avait voulu expliquer ce fait, non par l'influence de la mer, mais bien parce que les jeunes gens qui se destinent à la carrière de marins ne se mettent en voyage qu'après l'âge de l'enfance, où la diathèse calculeuse s'observe ordinairement. M. Hutchinson cependant fait observer que les vaisseaux, tant de guerre que marchands, reçoivent des enfans de neuf à dix ans, et que la moitié des sujets qu'on opère de la pierre dans les hôpitaux civils et en ville sont âgés de plus de 14 ans, ainsi que cela résulte des tableaux statistiques qu'il a publiés dans le tome XVI des TRANSACTIONS. Il résulte des recherches de l'auteur que, de 1830 à 1836, le gouvernement anglais a reçu sur ses vaisseaux 30,000 enfans. Or, dans cette période de six ans, tous les hôpitaux de la marine anglaise, tant en Angleterre qu'à l'étranger, n'ont reçu qu'un seul sujet atteint de la pierre; il s'est présenté à l'hôpital de Malte en 1833, où il a été opéré et guéri. Ce relevé a été facile à faire et offre toute l'authenticité désirable, puisque M. William Burnet, médecin en chef de la marine, reçoit officiellement les registres annuels de tous les hôpitaux du gouvernement.

La conséquence que M. Hutchinson déduit naturellement de ces recherches, c'est de conseiller, comme Arétée, l'état de marin, ou les voyages par mer, aux personnes prédisposées à l'affection calculeuse et aux maladies des reins; mais, comme cela n'est pas toujours exécutable, il pense qu'on pourrait y suppléer, jusqu'à un certain point, par la prescription suivante: air pur, ventre libre, iode intérieurement et par frictions sur la région rénale, gymnastique (balançoire, etc.), vêtemens chauds (flanelle sur la peau), usage rare de végétaux. L'auteur ne paraît pas avoir réfléchi à l'influence de l'air maritime; cet air est chargé de chlorure de sodium; c'est à son influence qu'on doit probablement, du moins en partie, l'effet salutaire dont il s'agit.

D'UN SYMPTÔME PARTICULIER QU'ON OBSERVE DANS QUELQUES CAS D'AUGMENTATION DE VOLUME DU FOIE; par J. MALCOLMSON, chirurgien de l'établissement de Madras.

L'auteur avait déjà rencontré, avant 1832, un ou deux cas de maladie du foie, où il avait observé un symptôme remarquable, qui lui semblait n'avoir été signalé ni par Laennec ni par aucun autre écrivain. C'est un bruit sourd qui, entendu au moyen du stéthoscope, tenait le milieu entre un râle muqueux et le bêlement, facile à distinguer par le malade et même par une personne placée auprès de lui, et accompagné d'une vibration du thorax, que ressentait la main appliquée sur la partie. Il n'avait pu ce-

pendant se rendre compte de ce symptôme, quand un nouveau cas de maladie du foie, dans lequel il l'observa encore, et qui se termina par la mort, lui en offrit l'explication. Nous n'analyserons pas cette observation, qui est extrêmement longue, et nous nous contenterons de citer textuellement le passage relatif au symptôme ci-dessus indiqué, et que nous aurions voulu trouver décrit avec précision. «Le sujet de cette observation est un malade qui présenta, à la suite d'une violente hépatite, en 1832, tous les signes d'un abcès dans le foie, avec tumeur, œdème, fluctuation, etc., et qui, le 10 mars, fut pris subitement d'une douleur aiguë sur un petit espace de la partie antérieure du côté gauche de la poitrine, entre les sixième et septième côtes; on y trouva une vibration très distincte, aiguë, avec la main placée sur le point douloureux; et, en outre, on distinguait, entre les côtes, la sensation propre à l'emphysème, accompagna d'un bruit comme de hêlement, assez fort et crépitant, et cela même sans le stéthoscope. La respiration était accélérée, grande anxiété, et le malade obligé de rester assis sur le lit. La pointe du cœur paraissait frapper un peu plus haut qu'à l'ordinaire. Le malade mourut au moment où on allait lui ouvrir l'abcès, d'après la méthode du docteur Graves. A l'autopsie on trouva le foie volumineux, contenant plusieurs grands abcès dans son intérieur, adhérent au diaphragme, mais non aux parois abdominales. A l'endroit où l'on avait entendu le bruit signalé pendant la vie, on trouva une adhérence légère et récente du bord même du poumon gauche aux sixième et septième côtes. Il paraîtrait que le bord antérieur et inférieur du poumon gauche aurait été poussé en haut par le diaphragme, qui lui-même était porté en haut par le foie, augmenté de volume. Cette compression du bord mince du poumon par le foie contre la plèvre costale me semble donc expliquer le bruit dont j'ai parlé et la forte vibration des parois thoraciques qui l'accompagne.»

On peut observer le même symptôme dans un simple engorgement du foie, et la connaissance de ce fait peut être d'un grand service, soit pour relever le moral du malade, soit pour diriger le praticien dans quelques cas obscurs, comme le prouve l'observation suivante :

OBS. — En 1835, je fus appelé auprès d'un chirurgien de l'armée de Madras, qui, depuis quelque temps, souffrait d'une hépatite chronique, avec une augmentation de volume du foie et phénomènes fébriles. Il m'apprit que, malgré le traitement judicieux suivi par ses amis, médecins, il croyait qu'un abcès s'était ouvert dans sa poitrine, qu'il entendait un bruit dans la partie postérieure et inférieure du côté droit, et qu'il y distinguait une vibration qui l'empêchait de rester dans la position horizontale. La main appliquée sur la partie, je distinguai immédiatement le bruit de frémissement que j'avais entendu chez le précédent malade. Je m'assurai, par l'auscultation, que l'air pénétrait dans tout le poumon. On entendait le bruit, à quelque distance, à l'oreille nue, surtout lorsque le malade était couché sur le dos et un peu tourné à droite. Il n'y avait pas d'égophonie. J'expliquai au malade la nature du bruit qui lui causait tant d'effroi; je lui montrai qu'il pouvait le produire et le faire cesser à volonté en changeant de position. Je lui recommandai, outre le traitement général, l'emploi des moyens propres à prévenir la formation des adhérences, qui semblaient disposées à se former, et, en effet, il a fini par guérir complètement.

CAS REMARQUABLE DE DIATHÈSE PURULENTE VARIOLIQUE, ACCOMPAGNÉ DE SÉPARATION DE TOUTES LES ÉPIPHYSES; par M. ANCELL, chirurgien d'un des dispensaires de Londres (western general dispensary).

OBS. — Sophia Middleton, fille d'une pauvre femme, a été assez bien portante jusqu'à l'âge de onze mois, bien que son visage fût pâle d'ailleurs. A cet âge elle se tenait bien sur ses membres et paraissait assez forte lorsqu'elle a été saisie de la petite-vérole. L'éruption a été confluente, mais elle a marché régulièrement. Du neuvième au dixième jour, les croutes ont commencé à tomber. Vers le déclin de la maladie le corps de l'enfant se gonfle, et peu de temps après il devient fort maigre. Trois jours après la chute des croutes (treizième jour de la maladie), l'enfant se plaint de violens maux de tête; des gonflemens distincts se manifestent sur différens points du corps, vers les clavicules, aux coudes, aux poignets, aux genoux, l'enfant est pâle. Ces tumeurs augmentent; elles sont froides, fluctuantes, et parcourues par des veines dilatées.

D'autres tumeurs pareilles se déclarent aux articulations du coude-pied et des clavicules. Celle du poignet a le volume d'un œuf de poule : en la pressant avec les doigts, on y sent une sorte de crépitation. Même phénomène aux autres tumeurs.

Les articulations des côtes avec les vertèbres présentent aussi des gonflemens crépitans; cette crépitation ressemble à celle des fractures comminutives. Les articulations des phalanges, du carpe et du métacarpe; celle de l'épaule, sont aussi frappées à leur tour de la même lésion. Enfin des symptômes encéphaliques se déclarent et l'enfant meurt.

Autopsie. On disséque d'abord le genou gauche; on y trouve beaucoup de graisse sous la peau; l'articulation contient trois onces de pus ténu; des fusées de même substance existent sous les muscles dans les tiers supérieur de la jambe et inférieur de la cuisse.

Le corps du fémur est séparé de son épiphyse. La portion osseuse de l'épiphyse est elle-même séparée de son cartilage. Ce cartilage est lui-même comme vermoulu à sa surface. La tête du tibia présente exactement les mêmes altérations; l'épiphyse est séparé de la diaphyse; une couche de pus existe entre ces deux parties.

La capsule articulaire ni les autres parties de la région n'offrent aucune trace d'inflammation. Les autres articulations ci-dessus mentionnées présentent exactement les mêmes conditions morbides que le genou.

A l'ouverture du crâne, on trouve six onces de fluide existant entre les membranes du cerveau : une petite quantité de pus dans les ventricules. Le reste de l'organisme n'a pu être examiné.

Les ANNALES DE LA SCIENCE contiennent un assez grand nombre de cas de séparation spontanée des épiphyses : M. A. Séverin, Morgagni, et plusieurs autres auteurs en citent des exemples. Dans aucun cependant la séparation n'a été aussi générale que dans le fait de M. Ancell qui intéresse d'ailleurs sous plusieurs autres points de vue.

HISTORIQUE DE L'INVASION DU CHOLÉRA EN 1837 SUR LE DREADNOUGHT; par le docteur G. BUDD et M. G. BUSK.

L'histoire de cette petite épidémie n'est pas un des phénomènes les moins remarquables d'entre ceux que le choléra a produits depuis son apparition en Europe. Tout à coup, au moment où il n'y avait plus de cas de choléra en Angleterre, où l'Europe paraissait en être entièrement débarrassée, et où l'endroit le plus rapproché où il y en eût eu quelques cas récemment était la ville de Berlin, le choléra éclate avec une fureur digne de ses plus beaux jours parmi nous, dans un vieux navire qui sert d'hôpital aux marins de toutes les nations qui affluent dans le port de Londres. Cette invasion a lieu sans qu'aucun des navires qui lui avaient envoyé les 200 malades qui s'y s'y trouvaient à ce moment eût eu un seul cas de choléra, ni que la maladie se soit ensuite déclarée sur aucun de ces navires, au milieu desquels le *Dreadnought* était placé, ni sur aucun point de la ville de Londres, bien que chaque jour un grand nombre de convalescens d'autres maladies fussent renvoyés sur leurs navires respectifs.

Le nombre de tous les cas de choléra dans cette occasion ne s'éleva qu'à 20, dont 12 se terminèrent par la mort, mais avec une variation remarquable dans la mortalité. Ainsi, sur les 10 premières personnes qui furent affectées, 8 cas se terminèrent par la mort, tandis que sur les 10 autres, 4 seulement furent funestes. Nous retrouvons là, mais en miniature, ce que nous avons observé dans toutes les grandes épidémies, dans le choléra lui-même, qui fut bien plus funeste dans les premiers temps de son invasion, et dont les cas offrirent ensuite de moins en moins de gravité, à mesure qu'il s'éloignait de l'époque du début.

Rien n'a manqué vraiment à cette petite épidémie de ce qui caractérise les grandes. Ainsi, outre les cas de choléra très tranchés, il y a eu en même temps un certain nombre de malades qui offraient des troubles des fonctions digestives, des vomissemens, de la diarrhée. A l'autopsie, on trouva exactement aussi les mêmes lésions que nous avons trouvées en 1832.

Toute la durée de cette épidémie se passa du 8 au 28 octobre, et, pendant ce temps elle attaqua des hommes réunis, il est vrai, depuis quelques jours, dans les mêmes conditions; mais qui, quelques jours auparavant, se trouvaient dans des conditions tout à fait opposées. Ainsi, le premier sujet qui en fut frappé était entré à l'hôpital pour une plaie du cuir chevelu, le jour même où il arrivait de Dantzick; le second était arrivé de Québec depuis quatorze jours, et ainsi des autres. Si on voulait expliquer cette invasion du choléra par l'importation, et qu'on supposât qu'il avait été importé sur le *Dreadnought* par le marin arrivé de Dantzick, où on croit bien qu'il y avait quelques cas de choléra à l'époque de son départ de cette dernière ville, il faudrait donc admettre que la durée de l'incubation aurait été de trente jours pour le premier, celui qui aurait importé la maladie; tandis que chez les autres, elle n'aurait été que d'un petit nombre de jours.

DE L'EMPLOI DE L'ARSENIC DANS QUELQUES MALADIES DE L'UTÉRUS; par HENRY HUNT.

On sait que l'arsenic exerce dans les empoisonnemens qu'il produit une action puissante sur les organes génitaux, qui s'annonce dans quelques cas par une paralysie complète; dans d'autres, au contraire, par un état d'excitation véritable. Ce n'est cependant pas uniquement par la connaissance de cette propriété que l'auteur de ce travail fut porté à employer l'arsenic dans les cas de maladie de l'utérus, le fait suivant y eut encore plus de part : Une femme de 40 ans qui portait un cancer de l'utérus ulcéré, avec un écoulement très abondant et de très fortes douleurs qui la minaient rapidement, l'ayant consulté, il lui ordonna quatre gouttes de liqueur arsénicale trois fois par jour, en augmentant graduellement jusqu'à dix gouttes; au bout de quinze jours, elle éprouvait déjà les effets délétères de l'arsenic; mais aussi en même temps les douleurs de la matrice avaient disparu dans une égale proportion; les effets vénéneux de l'arsenic disparurent facilement, et les douleurs de la matrice ne se firent

pas sentir pendant près de deux mois qu'il la suivit ensuite; alors il résolut d'essayer l'emploi de ce moyen dans des cas offrant de l'analogie avec celui-ci. Voici quelques-uns des faits où il dit avoir obtenu un avantage réel.

Obs. I. — Mad. M., âgée de 42 ans, sujette à quelques attaques d'hystérie lorsqu'elle était jeune, avait beaucoup de peine à relever d'une couche où elle avait mis au monde trois enfans. Pendant bien des mois, elle ne put se tenir debout, et une menstruation abondante la tenait dans un état de débilité externe. Ses règles, si on peut les appeler ainsi, continuaient pendant huit ou dix jours et revenaient ensuite au bout de quinze jours, ou plus tôt même, si elle avait quelque fatigue ou quelque inquiétude. Bien des méthodes de traitement avaient été employées en vain ou avec un soulagement qui n'était que momentané. Dans l'été de 1835, je lui prescrivis la liqueur arsénicale (pharmac. de Londres) à la dose de quatre gouttes, trois fois par jour, avec dix gouttes de teinture de camphre. Le résultat fut des plus satisfaisans; car, à l'époque suivante, les règles ne revinrent que deux jours avant leur époque normale, ne durèrent que cinq jours et ne furent pas plus abondantes qu'elles ne devaient l'être. En même temps, la diarrhée qu'elle avait constamment pendant quelques jours avant ses règles n'était pas venue. Pendant les trois ou quatre mois suivans, elle a repris l'arsenic chaque mois et pendant une semaine environ avant l'époque menstruelle, qui depuis est revenue régulièrement. En même temps, la malade prenait des forces, et offrait même moins d'accidens hystériques qu'avant sa couche.

Obs. II. — Mad. B., âgée de 34 ans, mariée, d'une constitution délicate, a eu sept enfans et trois fausses couches. Depuis sa dernière couche, il y a deux ans, ses règles sont venues trop fréquemment et trop abondantes, et elle a été débilitée par une leucorrhée, qui persistait presque continuellement entre les époques; elle avait eu aussi de la diarrhée fréquemment et une toux avec expectoration abondante, qui l'avaient beaucoup fatiguée; elle avait aussi beaucoup maigri; je lui ordonnai, le 27 septembre 1837, de prendre chaque jour une pilule, qui contenait un vingtième de grain d'acide arsénieux, et, trois fois par jour, une potion composée de :

Prenez : Liquor calcis....... 2 onces.
Sirop de salsepareille. 3 dragmes.

Pendant trois semaines, il n'y eut aucune amélioration ; mais les règles, qui cessèrent le 13 octobre, ne revinrent que le 28 novembre, et ne durèrent que six jours. Elle continua son traitement pendant un mois encore, et depuis elle a pris de la force et de l'embonpoint; sa toux a presque cessé et les règles sont venues à leur époque ordinaire.

Obs. III. — G. Stub, âgée de 17 ans, fut réglée pour la première fois à quinze ans, et le fut d'abord régulièrement pendant quelques mois; puis ses règles se rapprochèrent au point qu'elles coulaient continuellement, ce qui l'affaiblit beaucoup et l'obligea même de quitter sa place de domestique. Je lui prescrivis les pilules d'arsenic, comme dans le cas précédent, et trois fois par jour. Au bout de vingt-cinq jours, l'écoulement était arrêté et les règles revinrent à leur époque; ce qu'elles ont continué de faire depuis, et la malade a repris des forces et de l'embonpoint, après avoir continué l'usage des pilules pendant six semaines.

Le soulagement immédiat et progressivement augmentant qui suivait dans ces cas l'administration de l'arsenic et la cessation de la ménorragie pouvait être attribué avec raison à ce médicament; car chez deux de ces malades et chez plusieurs autres dont l'histoire est rapportée dans le mémoire, plusieurs médications avaient été employées auparavant et sans efficacité.

Le succès que l'auteur avait obtenu de l'emploi de l'arsenic dans le traitement de la ménorrhagie l'engagea à l'administrer dans quelques autres affections utérines. Voici quelques-uns des cas où il dit l'avoir employé avec un avantage non douteux.

Obs. IV. — Madame Burns, âgée de 30 ans, mariée, sans enfans, se plaignit au mois de juin 1837 d'une douleur constante, mais à intensité variable à la partie inférieure du sacrum, dans l'aine et sous le pubis. Cette douleur était beaucoup aggravée par la marche, la station assise ou debout, par la constipation et l'action des purgatifs. La malade ne se trouvait bien qu'au lit ou couchée sur un sofa. Au toucher l'utérus parut sensible et un peu volumineux. Elle attribuait sa maladie à une suppression subite des règles qu'elle avait éprouvée trois ans auparavant après s'être exposée au froid. Elle avait consulté plusieurs médecins qui lui avaient fait des évacuations sanguines locales et générales, avec un soulagement momentané. Les purgatifs, les opiacés, les bains chauds et froids, et une foule d'autres médications avaient aussi été employées sans aucun avantage permanent.

Considérant ces symptômes comme le résultat d'une inflammation chronique de l'utérus, j'ordonnai à la malade de garder le lit et lui prescrivis un léger traitement mercuriel avec le nitre et le colchique. Tant qu'elle garda le lit, elle ne souffrit que peu ou pas du tout; mais la douleur revint avec la même intensité qu'avant aussitôt qu'elle voulut le quitter et prendre quelque exercice; alors je lui prescrivis de prendre trois fois par jour une pilule contenant 1/20e de grain d'acide arsénieux; ce qu'elle fit pendant quatre mois, au bout desquels la douleur qui avait commencé à diminuer graduellement, six semaines après le commencement du traitement avait complètement disparu. Aujourd'hui elle se livre à de rudes travaux et ne souffre qu'un peu à l'époque de la menstruation.

Obs. V. — Madame H., âgée de 34 ans, était mal réglée depuis plusieurs années; ses règles ne venaient guère que toutes les cinq ou six semaines, ou même à des époques plus éloignées encore; lorsqu'elles arrivaient, elle éprouvait de vives douleurs dans les seins, la tête ou la poitrine, mais jamais simultanément dans ces différens points; elles attaquaient tantôt une partie et tantôt l'autre et variaient fréquemment pendant la même journée. Ces douleurs qui étaient d'autant plus violentes que les règles tardaient plus à venir disparaissaient aussitôt que le sang commençait à couler; elle prit pendant trois mois de l'été de 1837 trois gouttes deux fois par jour de liqueur arsénicale, et les douleurs diminuèrent à chacune des périodes menstruelles qui ont repris leur régularité.

Nous laissons dans le mémoire de M. Hunt plusieurs observations qui ne sont que la répétition de celles que nous venons de rapporter, et où l'effet de l'arsenic fut aussi le même; nous allons cependant analyser encore l'observation suivante qui se rattache sans doute aux autres sous un certain point de vue, mais qui cependant en diffère assez pour que nous croyons devoir la citer.

Obs. VI. — Madame W., âgée de 44 ans, forte, robuste, a eu cinq enfans. La naissance du dernier, il y a six ans, fut suivie d'une hémorragie si abondante que sa vie fut en danger et qu'on fut obligé pour l'arrêter de porter la main dans l'utérus afin d'exciter les contractions nécessaires. Elle eut à la suite une inflammation de l'utérus, après laquelle elle resta très faible et conserva une leucorrhée opiniâtre. Au bout de quelques mois ses règles reparurent, mais elle souffrit beaucoup pendant les trois ou quatre jours qui les précédèrent d'une douleur névralgique à la face; cette douleur, revenant périodiquement trois ou quatre jours avant chaque époque, augmentait d'intensité chaque fois, jusqu'à ce qu'à la fin elle était intolérable, bien que, dans l'intervalle des époques, elle disparût complètement; je lui donnai cinq gouttes de liqueur arsénicale trois fois par jour, augmentant autant qu'elle pouvait le supporter. Elle suivit ce traitement pendant trois mois avec de très courtes interruptions, et à chaque époque la douleur devenait de moins en moins aiguë. Comme la malade commençait à éprouver une forte répugnance pour ce médicament, elle n'en prit plus que quelques doses pendant les quatre ou cinq jours qui précédèrent son époque, et elle continua sur ce nouveau plan plusieurs mois, même après que toute douleur eut cessé, parce qu'elle éprouvait encore dans le jour une sensation particulière qui précédait toujours le paroxysme.

Comme il est souvent nécessaire de continuer cette médication pendant longtemps afin d'en obtenir tout le soulagement possible, car de fortes doses prises à des époques rapprochées produisent beaucoup de malaise sans l'effet désiré sur l'utérus, on doit choisir la forme sous laquelle l'arsenic est le plus facilement supporté par l'estomac, et l'auteur dit avoir remarqué que, sous forme pilulaire et à la dose de 1/20e de grain, il a moins d'inconvéniens que la préparation ordinaire de la liqueur arsenicale; aussi c'est cette préparation qu'il dit avoir administrée dans le plus grand nombre des cas, et ses malades en ont rarement éprouvé quelque incommodité, bien que plusieurs l'aient pris pendant bien des mois de suite.

L'estomac ne s'accoutume pas cependant à ce médicament comme il le fait pour plusieurs autres, de manière à supporter une augmentation graduelle et continuelle des doses; mais au contraire plus longtemps on en continue l'usage et plus il occasione d'inconvéniens; en sorte qu'au lieu d'en augmenter la quantité, on est souvent obligé de la diminuer quand on le prend depuis quelque temps ou même de le quitter pendant une semaine ou deux, et de le reprendre ensuite. Quelques individus sont plus sensibles à ses effets que d'autres; mais ceux qui en sont le plus facilement affectés ont pu, en prenant la pilule immédiatement après leur repas, continuer le traitement aussi longtemps qu'il était nécessaire, tandis que d'autres peuvent prendre deux pilules ou 1/10e de grain trois fois par jour pendant longtemps sans en éprouver aucun effet fâcheux.

DE L'EXPECTORATION NOIRE ET DU DÉPÔT DE MATIÈRE NOIRE DANS LES POUMONS, SURTOUT CHEZ LES MINEURS ET LES OUVRIERS QUI TRAVAILLENT A LA FONTE DU FER; par le docteur Ed. THOMSON.

Ce mémoire est la suite d'un mémoire du même auteur qui fait partie du douzième volume des TRANSACTIONS MÉDICO-CHIRURGICALES (V. la GAZ. MÉD., année 1828, p. 542), et sera suivi d'un troisième mémoire sur le même sujet; cette partie du travail de M. Thomson de même que la précédente ne contient encore rien de neuf; ce ne sont que des recherches d'érudition qui ne manquent cependant pas d'intérêt dans l'état actuel des choses; l'auteur y récapitule les observations et les opinions qui ont été émises sur les crachats noirs et sur les dépôts de matière noire qu'on trouve dans les organes pulmonaires avant l'époque où l'on s'est occupé spécialement de la maladie propre aux charbonniers. Il trouve dans le résultat de ses recherches la preuve qu'on peut trouver ces dépôts dans les poumons de personnes qui n'avaient pas respiré habituellement un air qu'on pût supposer chargé de matières charbonneuses; il range en deux catégories les cas de ce genre, et comprend dans la première ceux dans lesquels les organes respiratoires ont été seuls affectés, et dans la seconde ceux où l'on a trouvé des dépôts de matière noire dans d'autres organes que les poumons. Il fait ressortir les différentes opinions émises

à cette nccasion par les anteurs, dont les uns ont regardé la matière noire comme étant de la même nature daos les deux ordres de cas, ou simplement de la mélanose, et les antres n'ont appliqué le mot mélanose qu'à ceux du premier ordre. Ces derniers encore se divisent en deux sections, les uns vonlant que la matière uoire vienne de l'extérieur, pendant que pour les autres elle serait un prodnit de l'organisme lni-même.

Après avoir comparé entre elles les opinions de Bayle, de Laënnec, de Pearson, de Becker, de M. Andral et du docteur Henri sur l'origine de cette matière noire; après avoir fait remarquer combien peu la plupart de ces auteurs ont tenu compte des lumières que la chimie aurait pu leur fnurnir sur ce sujet et surtout avoir montré qne, depuis les recherches du docteur Pearson (Gaz. Méd., 1835, p. 337) cette question n'a pas été examinée avec toutes les ressources qne fournit l'état actuel de la science, il termine par le récit de qnelqnes cas où il y a eu, soit une expectnration uoire, soit des dépôts de matière uoire dans les poumons chez des personnes dont les occnpations ne les exposaient pas à l'accumulation de matière charbonneuse dans les poumons, et chez lesquelles en même temps il n'existait aucune trace de diathèse mélanotique. Ces faits isolés sont peu importans; nous trouverons l'occasion de les rappeler ailleurs.

DES PROPORTIONS DES SUBSTANCES ANIMALE ET TERREUSE DANS LES DIFFÉRENS OS DU CORPS HUMAIN; par Rees, D. M.

L'auteur, frappé des discordances qui se trouvent entre les différentes analyses du tissu osseux, sous le rapport de la prnportion des substances animale et terreuse faites par les différens chimistes, s'est mis à la recherche des causes de ces différences, et croit pouvoir les attribuer aux circonstances suivantes.

1° On a employé des os différens dans les différentes analyses, chaque os ayant pour ainsi dire une proportion différcnte et tont à fait spéciale des deux substances.

2° Les os employés ponr les analyses n'avaient pas tnus été préparés de la même manière, et contenaient plus on moins de graisse qui aura été comptée comme matière animale, tandis qu'elle ne fait pas partie de l'os dans leqnel elle n'est qu'infiltrée.

3° La perte de différentes quantités d'acide carbonique pendant la décarbonisation en raison de la facilité avec laquelle il se convertit en gaz oxide de carbone qni s'échappe, à une faible chaleur, dn carbonate de chaux. Une partie de l'acide carbonique doit nécessairement être perdne pendant l'incinération.

M. Rees assure avnir évité dans les expériences dont nous allons faire connaître ici les résultats ces trois sources d'erreurs. Vnici ces résultats:

	Matière terreuse.	Matière animale.
Fémur	62,49	37,51
Tibia	60,01	39,99
Péroné	60,02	39,98
Humérus	63,02	36,98
Cubitus	60,50	39,50
Radius	60,51	39,49
Temporal	63,50	36,50
Vertèbres	57,49	42,58
Côte	57,49	42,51
Clavieules	57,52	42,48
Ilonique	58,79	41,21
Omoplate	54,51	43,49
Sternum	56,00	44,00
Os métatarsien du grand orteil	56,53	43,47

Les principanx faits qni ressortent de ces analyses soat qne

1° Les os longs des extrémités coutiennent plus de matière terreuse que cenx du tronc.

2° Les os de l'extrémité supérieure contiennent un peu plus de matière terreuse que les os correspondaos de l'extrémité inférieure; ainsi, l'humérus en contient plus que le fémnr, et le radius et le cubitus plus que le tibia et le péroné. La différence, cependant, est bien faible; elle est d'environ un demi pour cent.

3° Le tibia et le péroné contiennent, on peut dire, la même quantité exactement des deux matières; il en est de même du radius et du cubitus.

4° Les vertèbres, les côtes et la clavicule sont presque identiques sous le même rapport.

On a supposé que les os celluleux ou à tissu spongieux contenaient une plus forte quantité de matière animale; voici des résultats qui prouvent que cette opinion est vraie jusqu'à un certain point, mais que la différence est très faible.

	Matière terreuse.	Matière anim.
Tissu spongieux de la tête du fémur	60,81	39,19
Tissu spongieux du corps d'une côte	55,12	46,88
Tissu solide de la même côte	57,77	42,23

Après avoir démontré qne chez l'adulte les os offrent des proportions différentes dans la quantité des matières terreuse et animale qu'ils contiennent l'auteur a cru qu'il serait intéressant de s'assurer si la même loi s'appliquait aussi aux os dn fœtus. Voici maintenant le résultat des expériences qu'il a faites sur ces derniers.

	Matière terreuse.	Matière animale.
Fémur	57,51	42,49
Tibia	56,52	43,48
Péroné	56,00	44,00
Humérus	58,08	42,92
Radius	56,50	43,50
Cubitus	57,49	42,51
Clavicule	56,73	43,23
Os iliaque	58,50	41,50
Omoplate	56,60	48,40
Côtes	57,35	42,65
Os pariétal	55,90	44,10

En examinant ces résnltats ponr les os longs du fœtus, nons retrouvons plusieurs des conclusions que nous avons déjà signalées dans la constitution des os de l'adulte. Quant aux os conrts et compactes, ils offrent absolument la même proportion que chez l'adulte, en sorte que la différence de dureté qui existe entre eux doit dépendre plutôt de la disposition mécanique que d'une différence dans la proportion des matières animale et terrense.

NOUVEAU MOYEN POUR ARRÊTER LES PROGRÈS DESTRUCTEURS DES CONJONCTIVITES PURULENTES; par M. Tyrrell, chirurgien à l'hôpital St-Thomas.

Ce moyen consiste dans l'excision rayonnante de la conjonctive péricornéale. Partant de l'idée très exacte que les conjonctivites purulentes ne sont si désastreuses que par la mortification de la cornée qu'elles occasionnent, mortificatinn qui est elle-même le résultat de la compression étranglante du bourrelet chémosique, M. Tyrrell a pensé qu'en pratiquant une opération analogue à celle du paraphymosis ou de la hernie étranglée, il préviendrait ou dissiperait l'etranglement gangreneux de la cornée. Pour cela, il excise à coups de ciseaux qnelques rayons de la conjonctive, en partant de la cornée et se dirigeant vers la sclérotique, précisément dans les espaces intermédiaires à la direction des muscles droits. Il excise en conséquence la muqueuse d'une manière rayonnante et partiellement seulement, ce qui est bien différent quant aux résultats de l'excision circulaire qu'on avait prescrite avant lui. M. Tyrrell excise sur les points et dans la direction indiqués; « parce que, dit-il, c'est là qu'on évite les vaisseaux principaux qui nourrissent la cornée. » Cette dernière membrane ne vit, d'après lni, qu'exclusivement aux dépens des vaisseaux très fins que la conjonctive lui envoie; du moment qne la conjonctive est saisie du phlegmon, comme dans les cas de la maladie en question, le bourrelet chémosique péricornéal comprime les vaisseaux alimentaires de la cornée, les étrangle, en arrête la circulation et la gangrène très promptement. En excisant quatre rayons de ce bourrelet, on produit une déteute dans le reste de son cercle, et la circulation de la cornée se retablit. M. Tyrrell dit avoir guéri tous ses malades de cette terrible ophthalmie, à l'aide de ce mode de traitement. « L'excision circulaire, dit-il, qu'on avait pratiqnée jusqu'à ce jour, est plutôt nuisible qu'utile; car elle enlève tous les vaisseaux d'où la cornée tire sa nourriture. L'excision rayonnante respecte les troncs principaux qui fournissent la cornée. » Peu importe, du reste, l'explication; l'essentiel est de s'assurer si le procédé de M. Tyrrell réussit mieux que les autres; il affirme que l'opération est facile et sûre à toutes les périodes de la maladie.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ANATOMIE.

EXPOSÉ SOMMAIRE DES RECHERCHES FAITES SUR QUELQUES PARTIES DU CERVEAU, PRÉCÉDÉ DE CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR CET ORGANE; par le docteur F. Ribes père, médecin principal à l'hôtel royal des Invalides.

En 1668, Stenon, lisant un discours sur l'anatomie du cerveau dans une assemblée chez Thévenot, commença ainsi:

« Messieurs, au lieu de vous promettre de contenter votre curiosité touchant l'anatomie du cerveau, je vous fais une confession sincère et publique que je n'y connais rien. Je souhaiterais de tout mon cœur d'être le seul qui fût obligé de parler de la sorte, car je pourrais profiter avec le temps de la connaissance des autres. Ce serait un grand bonheur pour le genre humain, si cette partie était aussi bien connue que beaucoup de philosophes et d'anatomistes se l'imaginent. Il y en a peu qui imitent l'ingénuité de Sylvius qui n'en parle qu'en doutant, quoiqu'il y ait travaillé plus que personne que je connaisse. »

Stenon fait ici un aveu très consciencieux, car il connaissait le cerveau aussi bien que nous; mais ce qu'il en savait ne lui donnant pas la connaissance de la nature intime et de la véritable manière d'être des parties qui composent ce viscère, il considérait le cerveau comme un organe peu connu et très difficile à bien connaître. Aujourd'hui encore nous ne sommes guère plus avancés sur ce sujet que ne l'était cet illustre investigateur à l'époque où il écrivait.

On lit dans Cahanis: « Désormais toute tentative sur le cerveau est inutile et infructueuse; l'intime organisation de la pulpe cérébrale nous est mal connue; il ne paraît même pas que nos instrumens actuels puissent nnus y procurer beaucoup de nouvelles découvertes: nous avons, je crois, épuisé ce que peuvent l'emploi du microscope et l'art des injections. Si l'on veut pousser plus loin l'anatomie en général et celle du système nerveux en particulier, il faut imaginer d'autres méthodes, d'autres instrumens: aussi les conditions nrganiques, sans lesquelles ce système remplit mal on ne remplit point ses fonctions, sont an moins très difficiles à déterminer. »

Cahanis émet ici en termes précis nne opinion analogue à celle de Stenon.

Nous devons avouer qu'il nous sera difficile de parvenir à connaître les ressorts cachés et le jeu des parties qui composent le cerveau, et peut-être que nous ne les connaîtrons jamais, tandis que la circulation et la respiration sont en partie connues, dn moins d'une manière à satisfaire jusqu'à un certain point notre curiosité; en effet, le cœur et les vaisseaux agissent sur le sang, et nous permettent d'arriver à la connaissance de la circulation et de toutes les fonctions qui en dépendent; les poumnns agissent sur l'air; ils nous démontrent les phénomènes, le mécanisme de la respiration et le complément de la circulation.

La structure et l'action de tous ces organes, la composition du sang et de l'air nous sont à peu près connues; mais si la connaissance de la respiration et de la circulation approche de ses dernières limites, nous sommes encore loin de connaître l'arrangement et la structure intime des parties qui composent le cerveau, ainsi que le mécanisme de l'action de cet organe, par lequel nous recevons immédiatement nos sensations. Le cervean, comme le dit Condorcet, est à la faculté d'imaginer et de penser ce

---

Feuilleton.

M. AZAÏS. — DE LA PHRÉNOLOGIE, DU MAGNÉTISME ET DE LA FOLIE,

Ouvrage dédié à la mémoire de Broussais (1).

Les quelques lignes que nous allons consacrer à ce nouvel ouvrage de M. Azaïs ne seront qu'un renouvellement de connaissance. Il y a trois ans (Gaz. Méd. du 5 avril 1836), nous eûmes à nous occuper d'un autre écrit du même auteur, qui, par son objet apparent et surtout par son titre (La vraie morale et la vraie médecine), appelait nécessairement notre attention. La franchise de notre examen et de notre critique n'a pas empêché, ou plutôt a engagé l'auteur à nous envoyer son dernier ouvrage, dont le titre n'a certes, pas moins d'attrait pour nous que le précédent, quoique au fond il ne soit également qu'une étiquette un peu trompeuse. Mais si M. Azaïs ne nous donne pas précisément ce qu'il promet, nous confessons volontiers que ce qu'il promet ne valait pas à beaucoup près ce qu'il donne. En effet, les spéculations de métaphysique, de physique et de philosophie générales, qui composent ce livre, revêtues des riches couleurs de l'imagination de l'auteur, sont infiniment préférables, malgré leur caractère un peu vague et hypothétique, à tout ce que la littérature médicale actuelle nous livre journellement sous le titre de magnétisme animal, de phrénologie, etc. La pensée y trouve plus de matière à s'exercer, et si on n'en retire aucun de ces résultats positifs qu'on cherche dans les traités scientifiques, on a du moins le plaisir intellectuel d'entrer en communication avec un esprit élevé, ingénieux et brillant, et dont le commerce, sur quelque sujet que ce soit, ne peut manquer d'être très profitable. Les livres du plus haut prix ne sont peut-être pas ceux qui contiennent le plus de vérités; car, dans ce cas, il n'y aurait rien au-dessus d'un almanach; mais ceux qui donnent à l'intelligence l'occasion de développer sa spontanéité et sa force propres. Celui de M. Azaïs est certainement du nombre de ces derniers.

Nous ne voulons pas, du reste, examiner avec trop de rigueur si le contenu du livre de M. Azaïs répond à son titre. L'auteur a eu probablement ses raisons pour mettre à la file, sur la première page, deux ou trois mots techniques, auxquels la mode, le ridicule ont donné une certaine popularité. Il en est de même du nom de Broussais, qui arrive là on ne sait pourquoi. Nous passerons sur toutes ces circonstances extérieures.

Quant au fond, il est évident que M. Azaïs n'a eu d'autre but que de prendre la phrénologie, le magnétisme, etc., pour prétexte d'une nouvelle exposition de ce qu'il appelle son *principe universel*. Ce n'est qu'une nouvelle application d'une méthode d'explication et d'interprétation dont il a donné, depuis plus de trente ans, la formule. Pour bien entendre sa manière de procéder il faut se souvenir que M. Azaïs est du nombre de ces philosophes, dont

(1) 2 vol. in-8°. Chez Desessart, rue des Beaux-Arts, 13.

que l'œil est à la faculté de voir. De même que l'étude de l'œil et de l'oreille nous éclaire à quelques égards sur notre manière de voir et d'entendre, peut-être un jour une connaissance plus approfondie du cerveau nous fournira des lumières utiles sur quelques-unes des opérations de l'esprit.

Malgré l'opinion de Stenon et de Cabanis, et malgré ma propre conviction, je me suis décidé à étudier de nouveau l'organe encéphalique, sans toutefois me faire illusion sur les difficultés insurmontables que je devais rencontrer; et quoique je ne sois pas parvenu au but que je désirais atteindre, je serai néanmoins heureux si je n'ai pas commis d'erreur grave dans la route que j'ai suivie, et où il est si facile de s'égarer.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LE CERVEAU.

Les anatomistes ont procédé de différentes manières pour arriver dans l'intérieur du cerveau, et pour en étudier la structure. Les uns y ont pénétré par la face supérieure de cet organe, les autres par la face inférieure, mais presque tous ont cherché à connaître le cerveau en procédant de l'une et de l'autre manière.

Il y a des anatomistes qui ont tenté de développer et de déployer les circonvolutions du cerveau, et cela dans l'intention de savoir si la substance du cerveau était disposée en forme de membrane.

Ce mode de dissection qui était déjà ancien a été renouvelé par Gall dans ce dernier temps; mais soit qu'il fût erroné, soit qu'il n'offrît aucun avantage pour la science, ce procédé n'a été admis par aucun anatomiste de profession: toutefois voici en quoi consistait à peu-près le procédé de Gall.

La première fois que ce grand physiologiste démontra à Paris la manière de déplisser le cerveau, ce fut chez l'illustre Cuvier, au Jardin-des-Plantes. M. le baron Larrey, invité à cette séance, voulut bien me présenter et me faire admettre au nombre des assistans.

A cette époque le professeur Chaussier venait de terminer son travail sur le cerveau, et c'était moi qu'il avait chargé de préparer toutes les parties qui avaient servi à la confection de son ouvrage. J'étais extrêmement désireux de connaître et de comparer les différentes manières de voir de ces deux illustres physiologistes.

Avant de commencer la démonstration, Gall exposa en peu de mots, sous forme de conversation, mais de la manière la plus séduisante, les moyens de reconnaître plusieurs dispositions intellectuelles et morales de l'homme et des animaux, par la configuration de leur tête. Sur plusieurs points je suis resté en admiration pour Gall, mais il n'en a pas été de même sur plusieurs autres, tels que ceux relatifs au déplissement du cerveau et à la localisation précise des organes dont il croyait que ce viscère était composé.

Gall nous dit que chaque circonvolution était formée de deux couches médullaires fibreuses, unies par un tissu cellulaire très fin; que ces couches se séparaient facilement sur la ligne médiane de chaque circonvolution, et que c'était dans le dédoublement des circonvolutions que consistait le déplissement du cerveau. Il ajouta que la nature et l'art pouvaient également opérer ce dédoublement. Par exemple, dans le cas d'hydrocéphale, l'eau qui s'amasse graduellement dans les ventricules dilate ces cavités, les distend et écarte peu à peu l'une de l'autre les deux couches médullaires qui composent chaque circonvolution. Cette dilatation continue jusqu'à ce que les circonvolutions soient entièrement effacées, et que, le cerveau ne formant alors qu'une membrane très étendue, ses ventricules ne présentent plus que les parois d'une vaste cavité.

Ces préliminaires terminés, le déplissement du cerveau fut opéré par le docteur Spurzheim. Après avoir enlevé les méninges, cet habile anatomiste introduisit les doigts dans la fente latérale qui se trouve entre les couches des nerfs optiques qui sont en avant, et les cornes d'Ammon qui sont en arrière; par cette voie, il arriva bientôt dans les ventricules latéraux; alors il pressa avec ses doigts contre la paroi externe des ventricules; il déchira la substance médullaire des hémisphères, et parvint de cette manière jusqu'au fond des circonvolutions.

Après avoir examiné le cerveau déplissé par Spurzheim, je fus détrompé de ce qui m'avait d'abord séduit, parce que je reconnus que Spurzheim n'avait fait cette préparation, belle en apparence, qu'en déchirant la substance cérébrale; et cela ne pouvait pas être autrement. En effet, si nous regardons la paroi externe des ventricules latéraux, nous trouvons d'abord les pédoncules du cerveau protégés par les éminences quadrijumeaux; ensuite la couche des nerfs optiques au travers de laquelle on ne peut passer sans la déchirer pour arriver aux circonvolutions. Si un peu plus haut on examine la paroi externe, on trouve la portion spiroïde du corps cannelé, et plus profondément la portion horizontale de ce corps; enfin si on porte ses regards un peu au-dessus, on rencontre la fin de l'épanouissement des pédoncules du cerveau. Les fibres qui forment cet épanouissement s'unissent, se confondent, ou plutôt se continuent avec les fibres du bord externe du corps calleux. Il faudrait rigoureusement passer par quelqu'une de ces parties, il faudrait absolument les rompre pour arriver aux circonvolutions. Ainsi le déplissement du cerveau me paraît impossible à opérer, sans détruire la continuité des parties qui doivent rester réunies.

La démonstration du cerveau terminée, Gall nous dit encore quelques mots qui paraissaient être l'expression d'une conviction intime touchant les dispositions innées de l'homme et des animaux, telles que les aptitudes industrielles, les instincts, les penchans, les talens, les qualités morales et les facultés intellectuelles.

Malgré la vénération que je conserve pour la mémoire de ce grand physiologiste, d'après mes études sur le cerveau je ne puis pas admettre la localisation précise, ni même l'existence des organes dont Gall croyait que le cerveau était composé. Je reviens à mon sujet.

D'autres anatomistes ont proposé de couper le cerveau en divers sens, par tranches minces ou plus ou moins épaisses, pour s'assurer de la disposition, de la combinaison ou du mélange des lames de la substance médullaire avec la substance cendrée. De cette dissection il doit jaillir quelque lumière, mais cela ne suffit pas. Si l'on veut arriver à quelque chose de positif, il faut plus ou moins disséquer les différentes parties du cerveau; en effet, on ne connaîtra jamais la manière d'être des pédoncules des éminences mamillaires, si on ne les sépare pas de la substance grise qui les entoure. Il en sera de même de la portion horizontale du corps cannelé; elle restera enfouie dans l'épaisseur de la masse cérébrale, si on ne la dégage pas de la substance médullaire qui la recouvre. Presque toutes les autres parties du cerveau sont dans le même cas; il ne faut pas craindre d'y toucher, il faut les disséquer, les mettre méthodiquement à découvert, si l'on veut les voir dans tous les sens.

Plusieurs anatomistes, après avoir examiné les circonvolutions et les

---

la plupart sont des fous, quelques-uns des hommes de génie, qui pensent avoir trouvé la raison unique et dernière de tous les phénomènes de l'univers, et prétendent pouvoir déduire, *à priori*, d'une seule donnée (admise soit comme un fait, soit comme hypothèse), le mécanisme du système entier de la création dans ses moindres détails. La plupart des systèmes physiques de l'antiquité grecque, tels que ceux d'Empedocle, de Leusippe, d'Anaxagore, étaient des conceptions de ce genre, dans lesquelles l'inanité puérile du résultat est à peu près en raison directe de la force de tête de l'inventeur. Dans l'ère moderne, on trouve des exemples de cette gigantesque entreprise dans les spéculations de Descartes, de Leibnitz, et plus récemment de Schelling. Je ne cite que les grands noms. M. Azaïs croit aussi posséder cette clef d'or, qui ouvre toutes les portes de la nature, et, pour le prouver, il en fait l'essai sur toutes les questions qui se présentent. Il a successivement fait passer à ce crible la physique, la chimie, la morale, la politique, la médecine. Ce dernier écrit a plus particulièrement pour objet un ordre de faits appartenant à la physiologie, ou plutôt à cette science mixte, qui s'occupe des rapports du physique et du moral.

Nous n'avons ni l'intention, ni le temps de soumettre à une analyse et à une critique régulières les vues particulières de l'auteur sur les phénomènes de la vie intellectuelle et morale dans leurs rapports avec l'organisation. Quelques-unes sont justes, quelques-unes bizarres, plusieurs évidemment hasardées et injustifiables; presque toutes ingénieuses. Mais, nous le répétons, une analyse détaillée nous entraînerait plus loin que nous ne pouvons et ne voulons aller. Nous préférons nous borner à quelques remarques sur le procédé scientifique de ce philosophe, et sur la valeur du principe qui sert de base à toutes ses solutions.

Tout expliquer, c'est tout unir. Cet axiôme, qui sert d'épigraphe à un des livres de M. Azaïs, est très profond et très vrai; car expliquer une chose, c'est déterminer ses rapports avec d'autres choses; et tout expliquer, c'est faire voir tous les rapports de toutes les choses ; c'est-à-dire tout unir. Une explication *universelle* ne serait donc rien moins que la détermination complète et adequate de l'ordre universel. La science doit certainement tendre à ce but; mais la témérité seule du génie ou de la folie peut se flatter de l'avoir atteint. Il paraîtrait que M. Azaïs n'a pas bien senti toute la portée de sa maxime, et qu'il s'est engagé, comme tant d'autres illustres naufragés, à plus qu'il ne pouvait tenir. Le bon sens affirme *à priori* que la réussite est impossible, et que quiconque croit y être arrivé est nécessairement la dupe de quelque illusion.

Mais, sans nous en tenir à cette fin de non-recevoir générale, quoiqu'elle soit certainement très valable, consentons à écouter M. Azaïs.

« La nature, nous dit-il, n'a qu'un principe d'action. Ce principe explique seul tous les faits, parce que seul il les produit. » Accordons ces prémisses; avouons que la détermination de la cause qui produit tout serait en effet l'explication de tout. Mais quelle est cette cause? M. Azaïs répond : « C'est l'EXPANSION. L'expansion est le principe universel, la force unique. Cette force, inhérente à toute substance, tend continuellement à la projeter et répandre en tout sens par voie de rayonnement uniforme. Ce mouvement expansif de tout point matériel amènerait inévitablement une dissolution universelle, s'il n'était contre-balancé par le rayonnement expansif des autres substances. L'expansion de chacune est ainsi réprimée par celle de toutes les autres, et c'est à cette action réciproque que tous les êtres doivent leur permanence et leur durée, et les changemens variés dont ils sont le théâtre.— C'est à ce fait primordial ainsi

anfractuosités, faisaient une incision dans l'épaisseur du cerveau et mettaient en évidence un point de la substance de cet organe pour chercher à déterminer si la substance corticale donnait naissance à la substance médullaire, ou si celle-ci était seulement implantée dans la substance corticale. Comme il n'existe point de ligne exacte de démarcation entre les substances du cerveau, on ne peut pas déterminer d'une manière certaine si elles sont attachées l'une à l'autre, et si elles se continuent sans interruption. On ne sait point comment se fait le passage de l'une de ces substances dans l'autre.

On a également cherché à déterminer si le cerveau donnait naissance à la moelle allongée et épinière, ou si ces deux parties donnaient naissance au cerveau.

Théophile, Borelli et un grand nombre d'autres assurent que la moelle allongée et épinière sont le cerveau lui-même prolongé; d'autres anatomistes étant du même avis ont appelé la moelle allongée, apophyse du cerveau, production, parce qu'on croit qu'elle se produit et s'étend du cerveau dans la moelle allongée et épinière, et que leurs fibres leur sont continues.

Proxagore et Philotime ont été autrefois d'une opinion contraire; ils ont établi que la moelle n'est pas une production du cerveau, mais au contraire que le cerveau est comme une certaine production ou germination de la moelle dorsale.

Bartholin dit que la moelle n'est pas une extension ou allongement du cerveau, qu'au contraire, comme d'une racine, le cerveau s'élève et sort de cette moelle, et qu'il en est une apophyse ou production.

L'opinion de Malpighi est que toutes les fibres dispersées par le cerveau et le cervelet s'élèvent et sortent de la moelle épinière, comme d'un lieu où elles sont généralement toutes réunies et assemblées.

Gall fait procéder les fibres du cerveau de quatre faisceaux primitifs de la moelle allongée, qu'il regarde comme appareils de formation, savoir, des pyramides antérieures, des pyramides postérieures. Il admet des faisceaux olivaires, des faisceaux nerveux longitudinaux qui aident à former le quatrième ventricule, et il y ajoute aussi quelques autres faisceaux encore incomplètement déterminés. En sortant de la moelle, ces faisceaux se portent de bas en haut vers le cerveau, passant à travers le pont de Varol, les pédoncules du cerveau, la couche optique, les corps cannelés, le centre ovale de Viensseus, et vont se terminer dans la substance corticale des circonvolutions.

Mais en considérant attentivement ces diverses opinions, on voit que l'on ne peut pas raisonnablement admettre que les fibres du cerveau aient cette origine, pas plus qu'on ne pourrait affirmer qu'elles partent du cerveau et du cervelet pour aller à la moelle de l'épine.

Ainsi je pense que le cerveau ne doit pas plus sa naissance à la moelle de l'épine, que celle-ci ne la doit au cerveau, pas plus que l'estomac ne doit sa naissance à l'œsophage. Chaque partie du corps est formée à sa manière, pour être là où elle est, et ne doit pas sa naissance à une autre partie. Dans la première origine, toutes les parties sont chacune l'ouvrage immédiat de la nature; mais, en général, elles dépendent plus ou moins les unes des autres, et ordinairement l'une n'agit pas sans l'autre : il y a entre elles communauté de vie et d'action.

Les fibres placées entre la périphérie du cerveau et la moelle épinière sont-elles continues et sans interruption dans leur longueur ? Non, il n'y a pas continuité; elles sont divisées de manière que la plupart des fibres des éminences pyramidales s'arrêtent à la protubérance annulaire, ou du moins qu'il y a là une articulation ou une intersection bien marquée. De même les fibres qui traversent cette protubérance semblent s'arrêter ou se terminer aux pédoncules du cerveau, et de ces pédoncules elles vont jusqu'à la couche optique et au corps cannelé, où elles éprouvent encore une sorte d'arrêt; mais, de là, ces fibres, comme si elles naissaient des corps striés, montent et se multiplient tellement qu'elles vont former la masse cérébrale. Ainsi, il ne paraît pas qu'il y ait des fibres se continuant sans interruption, depuis les éminences pyramidales jusqu'à la substance corticale des circonvolutions.

Mais quelle est la forme des fibres du cerveau ? Willis a comparé ces fibres à de petits tuyaux ou cannelures. Malpighi, dans son épître à Fracassati, écrit que, par le moyen du microscope, il a très souvent observé dans le cerveau du bœuf et d'autres animaux, que toute la partie blanche du cerveau est évidemment divisée en très petites fibrilles rondes et tant soit peu plates. « Ou les voit, dit-il, si manifestement dans les cerveaux des poissons, que si on les regarde en les opposant au jour, on trouvera qu'elles ressemblent à un peigne d'ivoire ou à des orgues d'église. »

Le professeur Ehrenberg, de Berlin, qui émet une opinion en quelque sorte analogue à celle de Willis, dit que les fibres de la substance blanche sont disposées en petits tubes excessivement déliés et renflés de distance en distance : l'opinion de M. Ehrenberg sur ces renflemens pourrait bien être un peu hasardée.

La disposition des fibres et des lames qui existent dans le cerveau donne à cet organe un aspect celluleux. Velthusius prétend que le cerveau doit être semblable à une éponge. Fracassati dit que le cerveau et la moelle sont comme une éponge composée de filets entrelacés et liés les uns aux autres en tous sens.

Mais quelle que soit la disposition des fibres du cerveau, elles doivent observer un ordre plus ou moins composé, selon les actions qu'elles sont chargées d'exécuter.

Willis avance que les corps striés ou cannelés sont composés de deux tissures de fibres, dont l'une monte et l'autre descend; celles-ci pour servir aux mouvemens de haut en bas, et celles-là pour percevoir les impressions ascendantes des objets qui se font sentir.

Malpighi dit qu'il est difficile de concevoir qu'un même mouvement des esprits puisse passer des parties externes du cerveau aux parties internes, et de celles-ci aux parties externes, vu qu'il n'est pas dans l'ordre de la nature que les mêmes conduits servent aux mouvemens contraires d'un corps.

Il faut que les fibres du cerveau soient bien merveilleusement arrangées, puisque toutes les actions de notre volonté en dépendent. Ces actions sont exécutées sans confusion dans l'état sain; on n'y voit de désordre que dans l'état de maladie.

D'après ce que nous venons d'exposer, on voit bien que nous sommes encore loin de connaître la structure du cerveau. Bordeu, en parlant des plus grands anatomistes qui se sont occupés de l'étude de l'encéphale, dit : « Quelque curieuses que soient les recherches de Malpighi et de Ruisch sur le cerveau, ce qu'ils ont avancé sur la structure de cet organe est sujet à une infinité de difficultés insurmontables. »

« La plupart des anatomistes ont embrassé l'opinion de l'un ou de l'autre de ces deux hommes illustres : il n'y a jamais eu un système mieux soutenu et plus analysé que celui de Malpighi. A l'égard de Ruisch, la nou-

---

décrit que M. Azaïs rattache tous les faits du monde matériel et moral sans exception : la vie, la pensée, les phénomènes chimiques et physiques, etc. Toutes les propriétés des corps, telles que la pesanteur, l'élasticité, etc. ne sont que des accidens ou des manifestations de cette propriété unique, l'expansion. M. Azaïs tance très durement la philosophie moderne qui, depuis Newton, a adopté la formule de l'Attraction comme explication générale. Nous nous garderons bien de plaider pour l'attraction. Nous l'abandonnons volontiers, ainsi que toute autre hypothèse de ce genre, au courroux de M. Azaïs. Mais son expansion n'est guère plus soutenable. Cette conception offre aussi, sans que son inventeur semble s'en douter, des contradictions telles, qu'on peut, avant même de montrer son insuffisance pour l'explication des faits, prouver qu'elle se détruit elle-même. « L'attraction universelle, dit M. Azaïs, est une hypothèse absurde, elle frapperait l'univers d'immobilité. Avec l'attraction, tout mouvement est impossible; car elle tend essentiellement à la densité absolue et insoluble de tous les corps. — L'expansion a, selon nous, le défaut opposé. Elle tend à la dissolution universelle et au néant. Ce n'est pas la justifier que de dire qu'elle se borne elle-même. » Il y a ici une de ces tautologies inévitables quand on opère dans ces ténébreuses abstractions. Pour que l'expansion agisse, il faut qu'il y ait des corps, et pour qu'il y ait des corps, il faut que l'expansion agisse; car sans l'action coalisée et convergente de tous les êtres, nulle portion de matière ne saurait subsister un instant sous une forme et dans un point de l'espace déterminés. La matière donc, en tant que matière, a besoin pour commencer d'être d'une condition qui, *ex hypothesi*, ne saurait se produire qu'en elle et par elle.

Cette contradiction intrinsèque n'est pas la seule, mais ce serait perdre sa peine de rester plus longtemps dans ces régions métaphysiques. Il nous suffit de donner ici une des raisons qui nous font regarder ce principe de l'expansion comme insoutenable théoriquement et avant même toute application, en vertu des contradictions insolubles impliquées dans l'idée que l'auteur en donne.

Mais c'est surtout dans les applications que l'impuissance ou du moins l'insuffisance du principe éclate de toutes parts. Une vue spéculative de ce genre peut jusqu'à un certain point produire quelque illusion tant qu'on la laisse dans le vague des grandes généralités. Elle semble alors s'appliquer assez bien en bloc au gros des phénomènes. Mais dès qu'on descend dans le détail, elle ne s'applique plus à rien; ou si elle se hasarde à remplir sa fonction, c'est avec un effort et une maladresse notoires. Je n'en citerai qu'un exemple.

M. Azaïs veut, au moyen de son principe universel, expliquer les faits ou prétendus faits fournis par l'observation phrénologique sur les rapports de l'organisation cérébrale avec la nature morale. Voici sa déduction : c'est la tête de l'homme qui doit être le principal sujet de l'étude phrénologique, parce que c'est dans la tête que se trouve l'organe cérébral, organe le plus expansif et le plus composé, et qui a le plus d'influence par conséquent sur la distribution des forces extérieures, ainsi que sur la détermination des penchans, du caractère et des facultés. (Je laisse de côté toutes les assertions gratuites contenues dans ces propositions, et je continue.) L'organe cérébral est le terme où aboutissent toutes les productions nerveuses des viscères inférieurs. Chaque faisceau de fibres cérébrales est un corps en expansion vivement rayonnante, tendant à gonfler sphériquement la capsule qui le contient; mais ces faisceaux étant inégaux en volume et en force, ils agissent inégalement, et leur action d'ensemble

veauté avait donné du crédit à son opinion; mais les difficultés sans nombre qu'elle souffrait l'arrêtèrent bientôt. »

Winslow a paru prendre un milieu entre Malpighi et Ruisch. Il dit, en parlant du cerveau, que Ruisch a démontré que la substance corticale est principalement composée de vaisseaux, mais que ses injections ne nous découvrent pas encore le mystère, et qu'il faut revenir aux grains glanduleux, pelotons folliculeux de Malpighi. Il ajoute que ce n'est que par la combinaison des remarques de ces savans anatomistes, Ruisch et Malpighi, que l'on peut se faire une idée exacte de tout ce que l'on voit; il dit aussi qu'il faut reconnaître, par les belles injections de Ruisch, que ces petits corps folliculeux, ou grains glanduleux, sont un tissu vasculaire dont nous ne savons pas encore la structure, mais qu'on ne peut pas nier qu'il n'y ait là une grande quantité de vaisseaux, de replis membraneux, et beaucoup de paquets ou faisceaux comme en pelotons.

Mais ces corps ou pelotons dont parle Winslow, d'après Malpighi, existent-ils réellement dans le cerveau? Tout semble prouver leur existence, quoiqu'on n'ait pas encore pu les démontrer : ainsi, nous devons avouer notre ignorance sur la nature du cerveau et sur la disposition intime des parties qui le composent.

Quand nous réfléchissons sur les facultés intellectuelles, nous sommes en admiration; mais quand nous pénétrons dans le cerveau, qui en est l'instrument, nous n'y trouvons aucune trace de tant de merveilles; tout a disparu pour nous, excepté cette masse inerte, composée de deux substances, l'une grise et l'autre blanche. Elles sont en rapport avec les nerfs qui se distribuent par tout le corps. La substance grise sert d'écorce dans quelques endroits à la substance blanche, et dans d'autres elle sépare les lames, les bandelettes et les filamens blancs les uns des autres.

La composition du cerveau ne se borne pas à ces deux substances; il y a quelque chose de plus. Examinons de nouveau ce qui frappe nos sens dans la structure de cet organe; après cela nous tâcherons d'aller plus loin si nous pouvons.

D'abord, nous voyons une quantité innombrable de vaisseaux sanguins qui, après s'être ramifiés dans la pie-mère, et s'être revêtus d'un prolongement de cette membrane, s'enfoncent, se distribuent dans tous les points de la masse cérébrale, et vont s'y terminer sans que nous sachions comment. Le cerveau est-il donc composé de vaisseaux artériels et veineux, comme on l'a dit?

Voici ce que nous avons observé à cet égard, mon illustre maître Chaussier et moi. Les injections fines que nous avons faites ont été si heureuses, que les vaisseaux de la pie-mère et de la substance corticale nous ont paru aussi bien injectés que les vaisseaux dont Ruisch et Albinus ont représenté la figure gravée dans leurs ouvrages sur le cerveau.

Après avoir rempli ces vaisseaux, nous les avons fait flotter dans l'eau; alors nous avons vu que de chacun d'eux il partait un nombre infini de ramifications, qui, en se subdivisant, devenaient successivement plus fines, de manière que chaque tronc de vaisseau semblait couvert ou environné d'une sorte de duvet : on aurait pu les comparer aux villosités des intestins. Mais soit que nous ayons examiné ces vaisseaux immédiatement après les avoir injectés, soit que nous les ayons observés après quelques jours de macération, nous n'avons vu là qu'une petite portion de vaisseaux déchirés: la plus grande partie de leur longueur est restée enfoncée dans la substance du cerveau et s'y est sans doute encore subdivisée à l'infini. Est-ce entre les fibres et les lames de la substance cérébrale? Ensuite, se sont-ils terminés dans l'épaisseur de ces parties? Cela doit être; mais c'est ce qu'il nous a été impossible de voir, parce que la mollesse de ces vaisseaux est presque égale à celle du cerveau, et cette mollesse empêchera toujours de connaître les véritables rapports des vaisseaux avec les fibres et les lames de la substance du cerveau.

Il y a donc dans le cerveau des membranes et des vaisseaux. Ne connaissant pas la nature intime des substances de cet organe, voyons si nous pourrons découvrir quelque chose sur leur disposition et sur l'arrangement des parties qui le composent.

La dissection ne nous apprend presque rien touchant la substance grise; mais la substance blanche paraît réellement formée de fibres et de lames qui sont séparées par des espaces plus ou moins grands, ce qui donne au cerveau un aspect comme spongieux, ainsi que l'avait dit Velthasius et Fracassati. On rend cette disposition évidente en faisant cuire le cerveau dans l'huile, ou, d'après la méthode du professeur Chaussier, en le faisant macérer dans l'eau saturée de deuto-chlorure de mercure, ou bien plutôt en le faisant bouillir dans l'eau salée, selon le procédé de M. le docteur Leuret.

Quand nous avons examiné le cerveau après la coction et la macération dans l'eau saturée de deuto-chlorure de mercure, nous avons trouvé le corps calleux, dense, serré, ayant diminué d'épaisseur, et paraissant un corps inorganique, tandis que dans l'état sain le corps calleux est manifestement fibreux.

Il n'en est pas de même de la substance médullaire, des circonvolutions et des anfractuosités : ici, dans un grand nombre de points, nous trouvons un tissu lamineux, aréolaire, c'est-à-dire ayant des vides, des espaces et des aréoles irrégulières, séparant les lames de substance médullaire. Ainsi cette substance me paraît formée d'un amas de cellules ou de petites loges séparées par des cloisons très minces de substance médullaire, et elles pourraient être comparées jusqu'à un certain point aux cellules mastoïdiennes, quand elles sont très développées, chez certains vieillards.

Pendant la vie, ces cellules existent-elles? Sont-elles vides, ou contiennent-elles de la graisse, de la sérosité ou quelque autre fluide? Il faut qu'il y ait dans le cerveau, entre les fibres et les lames, un fluide quelconque, et même en quantité considérable, puisque par la dessiccation le cerveau perd les quatre cinquièmes de son volume et de son poids, ce qui ne peut arriver que par l'évaporation du fluide infiltré dans le tissu de cet organe.

Il s'opère dans ce tissu des fonctions importantes, tant sous le rapport organique que sous le rapport des facultés intellectuelles; mais la physiologie ne nous apprend presque rien sur ce sujet: l'anatomie ne nous éclaire pas beaucoup non plus sur la manière dont les différentes parties qui composent le cerveau se succèdent et se lient entre elles, en allant de la moelle épinière aux circonvolutions de cet organe. Jetons un coup-d'œil sur les parties qui composent les organes des sens, et sur la manière dont elles sont jointes ou articulées, et dédinons-en, si nous pouvons, la connaissance des rapports des différentes parties du cerveau entre elles. Commençons par l'organe de l'ouïe.

Nous voyons d'abord le pavillon de l'oreille avec ses anfractuosités, le conduit auditif externe; plus loin la membrane, la caisse et la corde du tympan, la chaîne formée par les osselets de l'ouïe, les muscles qui les

---

ne peut pas produire rigoureusement la forme sphérique. Chacun fait plus ou moins de saillie, et sur un point plutôt que sur un autre; en outre, l'effort de chacun est balancé et limité par l'effort de tous; chacun a ainsi une dimension et une place déterminées sous la paroi intérieure de l'enveloppe ductile qui les renferme, et dont la résistance les maintient. Voila comment les inégalités de la périphérie du cerveau sont expliquées par l'expansion universelle. Je néglige de rapporter la suite du roman qui est tout à fait dans le même goût.

Le *principe universel* n'est guère plus heureux dans la plupart des évolutions que lui fait faire son inventeur. Il reste le plus souvent au-dessous ou en dehors de sa tâche.

Nous nous hâtons d'arriver à la fin de ces remarques que nous voudrions rendre aussi bienveillantes que possible. Il ne dépend certes pas de nous d'approuver une méthode logique qui se sert de l'hypothèse, non pas seulement comme d'un guide, mais encore comme d'un criterium infaillible, ou, ainsi que le dit l'auteur, comme d'une boussole qui ne peut égarer. Mais tout en témoignant notre répugnance philosophique pour les spéculations de cette nature (que nous avons le courage de désapprouver même quand elles sont maniées par un Aristote, un Descartes ou un Leibnitz), nous devons confesser que le livre de M. Azaïs, en dépit du titre, et malgré la forte dose de *principe universel* qu'il contient, est un ouvrage rempli d'intérêt et de charme. Il abonde en observations fines sur notre nature morale, artistement exprimées, en vues ingénieuses qui décèlent un esprit réfléchi et observateur; et la nature seule des problèmes qui y sont agités et résolus est la marque d'une intelligence élevée. Disons aussi que c'est un spectacle à la fois noble et touchant que celui d'un vieillard qui, après avoir, comme il le dit lui-même, cherché toute sa vie la vérité, avec tant de candeur et de zèle sans parvenir à se faire écouter, vient encore après trente années, avec la même confiance et la même ardeur, répéter aux hommes d'aujourd'hui ce qu'il disait à ceux d'autrefois, avec quelque tristesse, quelques regrets peut-être, mais sans découragement, ni amertume.

— Le concours pour l'agrégation, section de chirurgie, a été terminé mercredi dernier. MM. Nélaton, Denonvilliers, Gerdy et Rigaud ont été nommés.

— M. Emile Littré, l'un des anciens collaborateurs de la GAZETTE MÉDICALE, auteur d'une nouvelle traduction d'HIPPOCRATE, vient d'être élu membre de l'Académie des inscriptions et belles-lettres (section de l'Institut de France) en remplacement de M. Pouqueville.

— TRAITÉ DE LA FOLIE DES ANIMAUX, DE SES RAPPORTS AVEC CELLE DE L'HOMME ET LES LÉGISLATIONS ACTUELLES; par PIERQUIN, officier de l'Université, ancien médecin de l'hospice de la Charité, membre de plusieurs académies royales, nationales et étrangères, etc. Revu par GEORGES, FRÉDÉRIC CUVIER, MAGENDIE, SCHNOELL, MATHEY, HUZARD, etc.—2 vol. in-8. Prix : 16 f.

Paris, chez Béchet jeune, libraire de la Faculté de médecine de Paris, place de l'École-de-Médecine, 4.

---

mettent en mouvement; après cela, on aperçoit la base de l'étrier appliquée sur la fenêtre ovale; à côté de celle-ci la fenêtre ronde bouchée par le tympan secondaire; plus en dedans on trouve le vestibule dans lequel vont s'ouvrir les canaux demi-circulaires, l'orifice de la rampe externe du limaçon, et les petites ouvertures qui communiquent avec le conduit auditif interne qui s'ouvre dans le crâne et donne passage au nerf acoustique; enfin, on découvre le limaçon avec ses rampes séparées par une cloison osseuse et membraneuse qui forme deux tours et demi sur le noyau commun, et c'est sur la portion membraneuse du limaçon que se distribuent principalement les rameaux des nerfs acoustiques.

En général, voilà les pièces qui composent l'organe de l'ouïe. Toutes sont visibles, palpables, et peuvent, chacune en particulier, être facilement démontrées; mais si ces parties étaient molles comme celles qui composent le cerveau, aurions-nous sur le mécanisme des mouvemens des parties de l'oreille, et sur l'audition une idée aussi exacte et aussi nette que celle que nous possédons? Non, certainement. En effet, on sait que la quantité des sons qui viennent frapper l'oreille est innombrable; ce n'est qu'après avoir été successivement modifiés de mille manières par toutes les parties de l'oreille par lesquelles ils passent, que les sons vont se rendre à la membrane acoustique du labyrinthe, qui est le centre commun où ils vont tous se réunir, à quelque degré qu'ils soient.

Chaque partie de l'oreille isolément prise peut servir à modifier, à perfectionner l'audition, à la rendre le plus exacte possible; mais la membrane du labyrinthe seule peut percevoir les sons et les transmettre au siége de l'âme, au moyen du nerf acoustique.

Ce qui vient d'être dit à l'égard de l'organe de l'ouïe peut être appliqué à l'organe de la vue. Ici, toutefois, nous rencontrons des difficultés que ne nous a pas présentées l'examen que nous venons de faire des différentes parties de l'oreille et de leurs rapports entre elles; ici nous voyons la conjonctive, la cornée transparente, l'humeur aqueuse et sa membrane, l'iris, les procès ciliaires, le crystallin, le corps vitré; puis la rétine, la choroïde et la sclérotique : tous ces objets, qui paraissent si clairs et si simples, semblent au premier coup-d'œil ne devoir soulever aucune discussion; cependant les opinions ne sont rien moins qu'arrêtées sur un grand nombre de points à leur égard. Nous voyons des anatomistes qui prétendent que la conjonctive se continue sur la cornée transparente, quoiqu'on leur démontre que la lame qui est devant la cornée est transparente comme la cornée elle-même, tandis que la conjonctive est opaque, et que l'une de ces parties ne peut pas être organisée comme l'autre. En effet, la conjonctive reçoit évidemment des nerfs, et aucun anatomiste n'a encore suivi de nerfs dans la lame de la partie antérieure de la cornée; par conséquent, si l'organisation en est différente, ces deux parties doivent faire deux êtres différens. La conjonctive est une membrane organisée, formée de tissu cellulaire, de vaisseaux et de nerfs, comme toutes les membranes opaques, tandis que la tunique qui est devant la cornée est d'apparence muqueuse et doit avoir une organisation différente.

On a dit que dans le cas d'ophthalmie, des vaisseaux s'y développent; mais où ne se développe-t-il pas des vaisseaux? Et, d'ailleurs, ici, cela n'arrive pas constamment. Dans certaine ophthalmie, on voit les vaisseaux de la conjonctive enflammée s'arrêter à la circonférence de la cornée, là s'envoyer mutuellement des branches de communication, et former autour de cette membrane une sorte de couronne ou d'anneau; les rameaux artériels et veineux qui en partent, au lieu de se prolonger sur la cornée, se recourbent et rétrogradent; ils se portent en arrière et s'éloignent de la cornée transparente : ceci se remarque très évidemment dans quelques cas de *chémosis*, espèce d'ophthalmie dans laquelle la conjonctive, énormément gonflée autour de la cornée transparente, forme un bourrelet très élevé, rouge, circulaire, de telle sorte que la cornée paraît être comme au fond d'un trou: et même quelquefois cette tunique, entièrement recouverte par le boursoufflement de la conjonctive, ne paraît plus, et l'œil semble en quelque façon carnifié; mais à mesure que la résolution de l'ophthalmie s'opère, la cornée reparaît peu à peu, et l'on voit qu'elle est restée presque saine pendant tout le temps de la maladie, malgré l'inflammation de la conjonctive (1). La cornée serait-elle restée intacte si la conjonctive s'était continuée sur cette membrane? Non, assurément; le boursoufflement se serait continué sur la cornée.

Certainement la membrane qui est à la partie antérieure de la cornée, quoique d'apparence muqueuse, est organisée; mais elle l'est à sa manière et non comme la conjonctive. J'ai expliqué dans mon mémoire sur les procès ciliaires comment le sang peut passer dans les vaisseaux blancs et rendre momentanément opaques les parties qui sont naturellement transparentes, sans cependant les faire changer de nature; j'ai même prouvé ailleurs que les membranes analogues à la conjonctive différaient essentiellement entre elles par leur organisation. En effet, on voit la membrane interne des lèvres différer de la membrane de la voûte palatine, et ces membranes sont entièrement différentes de la membrane qui recouvre la face supérieure de la langue; cependant, ce sont des membranes muqueuses, se continuant de l'une à l'autre sans interruption, quoique différemment organisées. Pourquoi n'en serait-il pas de même à l'égard de la conjonctive et de la lame extérieure de la cornée?

D'après ce qui vient d'être dit, la conjonctive et la lame qui est sur la partie antérieure de la cornée devraient être considérées par tous les anatomistes comme deux parties de nature entièrement différente; et cependant les avis sont partagés, et le seront probablement longtemps encore: ainsi le veulent notre organisation et l'imperfection de nos facultés et de notre jugement.

On ne s'en est pas tenu là. Un grand nombre d'anatomistes ont été autrefois aussi loin à l'égard de la cornée transparente qu'à l'égard de la conjonctive. Ils ont considéré la cornée comme la continuation de la sclérotique : cependant ces deux membranes sont bien différentes.

Qui le croirait? On m'assure qu'aujourd'hui encore on renouvelle cette même opinion. C'est le cas de convenir que souvent la lumière a autant de peine à dissiper l'obscurité que la vérité en éprouve pour repousser l'erreur.

On a admis pour les chambres de l'œil une membrane qu'on a nommée membrane de l'humeur aqueuse, et que l'on dit tapisser toute l'étendue des deux chambres. Ici encore, rien de moins exact. A la vérité, on voit à la face postérieure de la cornée une lame qui ressemble à une couche de vernis, et qui est différente des lames de la cornée, mais qui ne la dépasse pas; elle est transparente; elle se termine à la circonférence de la cornée et ne va pas plus loin. On n'en trouve pas de trace sur l'iris ni à la circonférence de la chambre postérieure.

Après le cristallin et le corps vitré, qui sont de densité différente, on voit la rétine, que l'on regarde comme formée par l'épanouissement du nerf optique, quoiqu'elle soit une membrane d'une nature bien différente de celle de ce nerf; car celui-ci est membraneux à l'extérieur et pulpeux à l'intérieur, tandis que la rétine est membraneuse en dedans, du côté du corps vitré, et pulpeuse en dehors, du côté de la choroïde.

Si j'examinais les parties qui composent l'organe du toucher, du goût et de l'odorat, je trouverais la même évidence dans certains points, la même obscurité et la même incertitude dans d'autres; mais je ne pousserai pas plus loin ce parallèle.

Nous voyons donc que chaque organe des sens est composé de parties qui sont tissues pour être là où elles sont, et qui forment une chaîne non interrompue, dont les chaînons ont chacun une disposition différente, dont l'enchaînure ou l'encadrement est tantôt visible, tantôt bien difficile à déterminer.

Si nous passons des organes des sens aux parties qui composent le cerveau, nous trouverons bien d'autres difficultés, et nous sera-t-il jamais possible de nous entendre? car là tout est tellement obscur qu'il est à craindre que la lumière ne puisse que très difficilement y pénétrer.

Ce que l'on voit, ce sont les circonvolutions et les anfractuosités du cerveau, la substance corticale qui les recouvre. En pénétrant dans cet organe, on y trouve la substance médullaire. Ces deux substances sont combinées de mille manières; mais, en général, le centre des éminences est formé par la substance grise et entouré par la substance blanche; toutes les deux forment la masse entière du cerveau, et en particulier chaque partie de l'organe encéphalique.

Ces parties sont la glande pituitaire, la tige du même nom, la lame grise, les éminences mamillaires, le pédoncule de ces éminences, la rêne de la glande pinéale et cette glande elle-même, la bandelette demi-circulaire, la cloison transparente se développant et tapissant les ventricules latéraux, la voûte à trois piliers, le corps frangé, la corne d'Ammon, le corps go-

(1) Beaucoup plus souvent l'iritis coïncide avec l'inflammation des autres membranes, et surtout avec celle de la conjonctive. Dans ce dernier cas, la membrane extérieure est rouge et enflammée, beaucoup plus toutefois vers l'union de la sclérotique avec la cornée transparente, que partout ailleurs. Quelque intense que soit l'inflammation, la rougeur ne se communique jamais à cette partie de la conjonctive qui recouvre la cornée : on remarque toujours, au contraire, que les vaisseaux distendus par le sang forment un bourrelet vers l'union de la cornée avec la sclérotique, et s'enfoncent dans le globe de l'œil. La cornée conserve le plus souvent la transparence ordinaire.

Extrait d'une NOTICE SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DE L'IRITIS; par M. GIMELLE, chirurgien-major des Invalides.

(JOURNAL UNIVERSEL DES SCIENCES MÉDICALES, 3e année, 33e numéro; septembre 1818, p. 257.)

dronné de Vicq-d'Azyr, le corps calleux, les circonvolutions du cerveau, le corps cannelé, la couche des nerfs optiques, les tubercules quadrijumeaux, les commissures antérieure, moyenne et postérieure, les pédoncules du cerveau, le pont de Varol, la valvule de Vieussens, le cervelet, le bulbe rachidien et la moëlle épinière, enfin les nerfs qui en naissent. Ces nerfs vont recevoir les sensations dans les parties où ils se distribuent, les transmettent au cerveau, et, par leur moyen, cet organe on le principe qui l'anime se met en rapport avec les objets extérieurs.

Mais l'étendue, la forme, la direction, le nombre et l'arrangement des bandelettes, des cordons, des lames de substance blanche ou grise, qui composent la plupart des parties dont nous venons de faire l'énumération, sont tellement variables que l'attention la mieux soutenue est déconcertée par les difficultés qu'on éprouve quand on cherche à arriver à quelque chose de fixe.

Dans les organes des sens, nous avons pu voir, jusqu'à un certain point, comment chaque partie s'articule avec l'autre, et il nous a été possible quelquefois de parvenir à connaître l'harmonie de leur union et le mécanisme de leur action, tandis que, dans presqu'aucune partie du cerveau, nous n'avons pu découvrir exactement la manière dont l'union ou l'articulation entre elles peut avoir lieu.

Quand on considère la multiplicité et la merveilleuse disposition des parties qui composent chaque sens en particulier, on conçoit combien plus grande doit être la multiplicité, la merveilleuse disposition des parties du cerveau dans lesquelles toutes les sensations sont perçues. Chaque sens a un centre qui reçoit les sensations sans les apprécier, et les transmet au cerveau au moyen des nerfs.

Je dis que les organes des sens n'apprécient pas les sensations perçues; en effet, nous voyons tous les jours des hommes qui, après avoir éprouvé de vives douleurs aux extrémités des membres supérieurs ou inférieurs, sont obligés de se faire amputer la jambe ou le bras, et qui éprouvent encore des douleurs au bout de longues années, quelquefois aussi pendant toute leur vie, dans le membre que depuis longtemps ils ont perdu.

Ainsi, chaque organe des sens est réellement un centre où la sensation est reçue. Mais cette sensation, qui ne reste pas là, est-elle transmise au cerveau dans un lieu commun, ou bien dans un point particulier de cet organe? Et, arrivées au cerveau, quelles routes suivent les sensations à travers les substances de cet organe pour parvenir au siége de l'âme? C'est ce qu'il nous est impossible de démontrer par l'inspection anatomique. Cependant, si nous pouvions juger par analogie, nous pourrions penser qu'il y a dans le cerveau un centre commun pour les sensations et pour le siége de l'âme, comme il y en a un hors du cerveau pour chaque sens en particulier.

Nous verrons si, en poursuivant nos recherches, nous trouverons dans le cerveau quelque chose qui ait de la ressemblance avec les organes des sens, et qui puisse être réellement considéré comme centre commun aux sensations et aux facultés intellectuelles; car en physiologie je me défie trop des apparences pour juger seulement par analogie une question aussi grave et devant laquelle de très grands physiologistes ont reculé: ceux qui ont voulu l'aborder n'ont fait que divaguer et ont laissé la question indécise.

En effet, Stenon dit que les anciens, persuadés que les principales opérations de l'esprit s'exécutaient dans les grandes cavités du cerveau, avaient pris les ventricules antérieurs pour le siége du sens commun, et avaient destiné les postérieurs à la mémoire, afin que le jugement, logé dans celui du milieu, pût faire plus aisément les réflexions sur les idées qui lui viennent des autres ventricules.

Œtius et plusieurs autres après lui disent que les facultés intellectuelles ont leur siége distinct. Il assignait à la faculté imaginative ou fantaisie la partie antérieure du cerveau; à la faculté de raisonner ou à la raison, celle du milieu; à la mémoire, celle de derrière, se fondant sur ce qu'il arrive souvent que l'une de ces facultés est blessée sans que les autres le soient; que dans les blessures des parties de devant du cerveau l'imagination est blessée; dans celles du milieu, la raison, et, dans celles de derrière, la mémoire.

Fernel dit que la faculté sensitive réside dans les méninges, parce qu'elles ont du sentiment et point de mouvement, et que la faculté motrice a son siége dans la moelle du cerveau, parce qu'elle a du mouvement et point de sentiment.

Sennert et Plempius disent que les actions de ces facultés s'exercent par tout le cerveau; qu'elles ne diffèrent entre elles que selon qu'elles agissent, c'est-à-dire selon la manière ou raison en laquelle elles opèrent, et enfin que le cerveau s'occupe en différentes façons envers elles, tant en leur production que lorsqu'elles agissent.

Mercatus dit: Quoique toutes les facultés aient leur siége généralement dans tout le cerveau, il est certain que quelques-unes opèrent plus parfaitement en certaines cavités qu'en d'autres, selon qu'en ces cavités les esprits sont plus subtils, plus parfaits, plus élaborés, ou plus disposés à une action qu'à une autre.

Willis établit le siége de la perception dans les corps cannelés, le siége de l'imagination dans le corps calleux, et il pensait que la mémoire consistait en ce que les images de nos pensées venaient frapper la substance corticale du cerveau, et étaient repoussées par cette substance. Il destinait les *nates* et *testes* à la communication des actions du cerveau avec le cervelet. Il assigne de plus dans les *nates* le siége de l'instinct naturel; dans la protubérance annulaire, il place les passions de l'âme.

Descartes croyait que l'âme résidait dans la glande pinéale.

Perrault dit que le siége des sensations est partout où il y a des nerfs.

Lancisi a établi, avant de Lapeyronie, le siége de l'âme dans le corps calleux, dont il donne la description. Il fait observer l'entrecroisement des nerfs.

Vieussens a placé la première impression des sensations dans les corps cannelés; il a mis l'imagination dans le centre ovale, ainsi que le sens commun et la mémoire.

Stuart nie le *sensorium commune;* il le met à chaque dernière extrémité des nerfs, parce que ceux qui souffrent de la douleur dans un membre qu'on leur a coupé souffrent à l'extrémité des nerfs des parties qu'ils n'ont plus.

Rosett a mis l'âme dans les méninges, ce qui prouve qu'on ne connaît guère plus son siége que sa nature. Les plus grands philosophes de l'antiquité, les hommes les plus éclairés de tous les temps et de toutes les religions n'en savaient pas plus que nous sur le siége de l'âme et le lieu commun ou particulier des sensations.

D'après ces diverses opinions, nous voyons que la nature semble nous interdire à jamais la connaissance de ses secrets. De quelque manière que nous pénétrions dans le cerveau, nous ne trouvons aucune trace, aucun indice qui puisse directement nous conduire vers un centre commun, ni même vers un centre particulier, parce que toutes les parties sont si molles, qu'elles paraissent confondues les unes avec les autres. Nous allons cependant en trouver quelques-unes qui, jusqu'à un certain point, sont distinctes et séparées, sans que nous puissions affirmer à quel sens ou à quelle faculté elles servent, et sans que nous puissions dire s'il y a ou s'il n'y a pas un centre commun des sensations. Enfin de quelque manière que ces parties soient expérimentées ou disséquées, la plupart restent muettes sous le scalpel de l'investigateur.

On reconnaît donc que l'anatomie du cerveau est peu avancée, malgré les nombreux travaux que nous ont laissés de grands anatomistes.

Mais il ne faut pas nous décourager; continuons nos recherches, et ce que nous ne pourrons pas découvrir par les vivisections, peut-être un jour l'anatomie pathologique nous l'apprendra. Ainsi ouvrons les corps de tous les sujets morts de quelque maladie de l'organe encéphalique; examinons avec soin le cerveau, non seulement dans sa masse, mais encore dans chacune des plus petites parties qui le composent; notons exactement tous les changemens que ces parties auront éprouvés; joignons à l'histoire des altérations l'histoire fidèle des phénomènes qui auront précédé la mort du sujet, peut-être arriverons-nous à quelque heureuse découverte.

En attendant, voici le résultat assez peu satisfaisant des nombreuses recherches que j'ai faites sur quelques parties du cerveau et de ses membranes.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE MÉDICALE.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL DE GENÈVE; par le docteur H. C. LOMBARD, médecin de cet hôpital.

3e PARTIE. — ÉTUDES CLINIQUES SUR DIVERS POINTS DE L'HISTOIRE DES FIÈVRES BILIEUSES ET TYPHOÏDES.

Les études cliniques que je viens faire connaître par ce mémoire ont porté sur divers points de l'histoire des fièvres bilieuses et typhoïdes. J'ai cherché à reconnaître s'il existait une fièvre ou maladie bilieuse indépendante de la fièvre typhoïde et si des symptômes et des lésions caractéristiques pouvaient être assignés à ces deux ordres de maladies. J'ai été conduit, par cette recherche, à reconnaître l'existence des cas légers de fièvre typhoïde. J'ai décrit un cas récent de développement des plaques de Peyer et étudié les lésions intestinales des premiers jours de la fièvre typhoïde. Je fais ensuite connaître le résultat de mon observation sur la contagion de cette maladie, sur l'influence des saisons quant au développement des fièvres typhoïdes, sur la mortalité qui en est la conséquence, et sur le meilleur traitement hygiénique et thérapeutique que l'on puisse op-

poser à la dothinentérite. Telles sont les questions qui m'ont occupé et sur lesquelles je vais attirer l'attention du lecteur.

Existe-t-il une fièvre bilieuse indépendante de toute inflammation gastro-hépatique et différente de la fièvre typhoïde? Y a-t-il des caractères bien tranchés pour distinguer une fièvre bilieuse d'une fièvre typhoïde, ou bien ces deux maladies ne sont-elles que des degrés différens de la dothinentérite? Telles sont les questions qui se sont souvent présentées à mon esprit et que j'ai cherché à résoudre par l'observation clinique. Malheureusement les faits qui ont pu servir à mes recherches sur cet objet sont trop peu nombreux pour entraîner la conviction et trancher définitivement la question; mais il me suffira de montrer l'intérêt que présente la solution de ce problème pour que d'autres praticiens cherchent à le résoudre avec des faits plus nombreux et dans des localités où toutes les nuances des fièvres bilieuses et typhoïdes s'offrent fréquemment à leur observation.

Il n'est, certes, pas difficile de distinguer un simple embarras gastrique fébrile ou non fébrile d'une fièvre typhoïde bien caractérisée; mais lorsque celle-ci est peu grave, lorsque les symptômes caractéristiques manquent en partie, c'est alors que la distinction devient plus difficile; et, d'autre part, lorsqu'un embarras gastrique se prolonge, s'accompagne de quelques symptômes nerveux, de diarrhée et d'éruption typhoïde, n'est-il pas aussi très-difficile de le distinguer d'une fièvre typhoïde? Mais, avant d'étudier cette question par les symptômes, recherchons si l'anatomie pathologique peut nous fournir quelques lumières.

La fièvre bilieuse de nos climats tempérés cause trop rarement la mort pour que nous ayons l'occasion de reconnaître la nature des lésions anatomiques; cependant il est des cas où l'ensemble des symptômes n'a fait reconnaître qu'une fièvre bilieuse et dont cependant la terminaison a été fatale. Je sais qu'il est bien difficile d'établir d'une manière indubitable l'absence de toute inflammation gastro-hépatique dans les cas que l'on désigne sous le nom de fièvre bilieuse; mais si l'on considère que le traitement évacuant par émétique et purgatif, qui guérit avec rapidité les symptômes d'embarras gastrique fébrile ou non fébrile, devrait nécessairement les aggraver s'ils dépendaient d'une inflammation gastro-hépatique, l'on est conduit à admettre qu'il y a des cas où l'élément bilieux joue un rôle plus important que l'élément inflammatoire. D'ailleurs, la marche des fièvres bilieuses qui se prolongent souvent deux ou trois septennaires, sans aggravation ou diminution bien notable, peut être considérée comme les différentiant suffisamment de la marche des maladies inflammatoires. Enfin, dans les cas qui se sont terminés par la mort, l'on ne trouve quelquefois aucune trace d'inflammation hépatique ou gastro-intestinale, en sorte qu'on est conduit à admettre l'existence d'une maladie bilieuse différente de l'hépatite ou de la gastro-entérite. Mais avant d'aller plus loin, je citerai les seuls faits de fièvre bilieuse que j'ai vus se terminer par la mort.

Dans le courant de l'été de 1836 et à la suite de chaleurs très prolongées, pendant lesquelles j'eus l'occasion de soigner plusieurs cas d'embarras gastrique fébrile et non fébrile, deux femmes âgées réclamèrent mes soins. L'une d'elles avait soixante et quatorze ans, et jusqu'alors avait conservé toute sa force et toute son activité, lorsqu'elle fut prise de diarrhée, revenant par crises assez fréquentes; environ huit jours après l'apparition de la diarrhée, des vomissemens porracés, verdâtres et peu abondans sont venus compliquer la maladie et ont nécessité le séjour au lit. C'est alors que je fus appelé et que je trouvai la malade dans l'état suivant: le pouls est plein, assez vif, sans fréquence, de 60 à 68, un peu intermittent, la langue est rouge et un peu sèche, la soif vive, l'épigastre est un peu douloureux sous la pression, l'abdomen est mou, indolent, sans apparence d'éruption typhoïde; les vomissemens reviennent huit à dix fois par jour; ils sont complètement bilieux; les selles sont fréquentes, liquides, jaunâtres et assez abondantes; il n'y a jamais eu ni céphalalgie, ni surdité, ni bourdonnemens d'oreille, ni délire. Cet état dura sept semaines sans changemens bien notables et sans mouvement fébrile bien prononcé; la malade succomba après avoir beaucoup maigri, mais sans prostration bien considérable. L'ensemble des symptômes que je viens de décrire paraissait bien reconnaître pour cause une surabondance de bile; mais ils pouvaient aussi dépendre d'une gastro-duodénite. Malheureusement l'autopsie ne put être faite, en sorte que je serais resté dans le plus grand doute si, à peu près à la même époque, un nouveau cas de la même maladie ne s'était présenté à mon observation.

Une dame, âgée de cinquante-huit ans, me fit demander après quinze jours de maladie; elle avait alors des vomissemens bilieux très abondans, des selles jaunâtres et fréquentes, beaucoup de prostration, la langue sèche et rouge, une soif intense, un peu de céphalalgie, mais ni de vertiges, ni de bourdonnemens d'oreille, ni de surdité; l'abdomen était un peu douloureux sous la pression de la région épigastrique, indolent partout ailleurs; le pouls était plutôt lent, la peau chaude et brûlante; il n'y avait aucune trace d'éruption typhoïde. La maladie parcourut les mêmes phases que celle de la malade précédente; les vomissements et la diarrhée bilieuse résistèrent à toutes les médications, et il n'y eut aucun symptôme typhoïde pendant les six semaines que dura cette affection. A l'autopsie, je ne trouvai aucune lésion qui pût me rendre compte de la mort. La muqueuse de l'estomac n'était ni épaissie, ni injectée, ni ramollie, et, en un mot, d'apparence tout-à-fait normale; le duodénum, le jéjunum et l'iléum étaient remplis de bile jaunâtre, qui avait coloré la membrane muqueuse; celle-ci n'était ni injectée, ni ramollie, ni tuméfiée. Les plaques de Peyer n'étaient point apparentes, non plus que les follicules isolés; il n'y avait point d'ulcération ni de cicatrice récente autour de la valvule et dans la partie inférieure de l'iléum. Le gros intestin présenta cette même absence de toute lésion anatomique; le foie était de couleur normale, ses deux substances étaient distinctes et sans altération aucune ni de dimension, ni de couleur, ni de consistance; les vaisseaux ne paraissaient ni dilatés, ni rétrécis; la vésicule du fiel était assez distendue par de la bile verdâtre très liquide; le péritoine hépatique présentait la même absence de lésion.

Voilà donc deux cas de fièvre bilieuse mortelle; dans le premier, l'âge de la malade et l'absence de tout symptôme morbide des centres nerveux ne permettent pas d'admettre qu'il y eût en fièvre typhoïde; dans le second cas, ce n'est plus une probabilité, mais une certitude, puisque l'autopsie n'a révélé aucune lésion des plaques de Peyer. Le second cas que je viens de citer ne peut pas mieux être rapporté à une inflammation du foie, de l'estomac ou du duodénum, puisque ces organes n'ont présenté aucune lésion anatomique qui pût être considérée comme le résultat de l'inflammation, et que l'on se rappelle bien que la maladie ayant duré six à sept semaines, et ayant entraîné la mort, les lésions anatomiques auraient dû être assez distinctes pour qu'il n'y eût aucun doute sur leur origine inflammatoire, tandis qu'on n'a trouvé qu'une grande surabondance de bile dans tout le canal intestinal. D'où l'on est amené à conclure que la *polycholie* ou maladie bilieuse existe bien réellement et doit être distinguée, soit de la fièvre typhoïde, soit de l'inflammation hépatique ou gastro-duodénale.

Après avoir donné par l'anatomie pathologique la solution de la première question, passons à la seconde, qui consiste à rechercher s'il existe des symptômes distincts pour les fièvres bilieuses et les fièvres typhoïdes. Mais les faits que je viens de citer montrent qu'il y a des cas de maladie bilieuse, dont les symptômes n'offrent aucune ressemblance avec ceux de la fièvre typhoïde; ces cas sont bien tranchés et peuvent servir à démontrer les différences qui existent entre ces deux maladies; nous y voyons que la distinction essentielle réside dans l'absence de symptômes typhoïdes, la persistance des vomissemens et de la diarrhée et l'absence d'éruption lenticulaire sur l'abdomen. Mais il s'en faut que tous les cas de maladies bilieuses soient aussi tranchés que les précédens, et, dans certaines circonstances, la réunion de ces divers symptômes rend le diagnostic assez difficile.

La recherche des symptômes propres aux deux affections qui nous occupent m'a conduit à un résultat fort remarquable, c'est qu'il existe des cas si légers de maladie typhoïde que ceux qui en sont atteints ne sont pas alités, n'ont pas de fièvre et peuvent continuer leurs occupations. M. Bouillaud avait déjà énoncé cette opinion (1), mais sous forme dubitative, et il n'avait pu, comme je vais le faire, s'appuyer sur des ouvertures de cadavre pour démontrer la lésion des plaques de Peyer dans des cas si légers qu'on les aurait bien plutôt désignés sous le nom d'embarras gastrique ou de fièvre bilieuse légère que sous celui de fièvre typhoïde. Au reste, voici les preuves de cette assertion. En premier lieu, M. Louis (2) dit avoir rencontré l'éruption typhoïde quatre fois sur dix malades qui offrirent les symptômes de l'embarras gastrique plus ou moins prolongés, d'où il résulte que quatre personnes atteintes d'une maladie aussi légère que l'embarras gastrique présentaient cependant l'éruption lenticulaire qui est un des symptômes les plus constans de la maladie typhoïde.

J'ai vérifié l'observation de M. Louis sur plusieurs malades atteints d'embarras gastrique et de fièvre bilieuse très légère. En second lieu, chez un malade qui avait travaillé le matin même de sa mort, et qui n'avait point interrompu ses occupations les jours précédens, j'ai trouvé le boursoufflement des plaques de Peyer et toutes les lésions cadavériques d'une fièvre typhoïde. Enfin j'ai soigné un malade qui a présenté tous les symptômes considérés par MM. Louis et Chomel comme caractéristiques de l'affection typhoïde et qui a pu cependant venir me consulter chez moi, continuer ses occupations et mener la vie d'une personne bien por-

(1) Il se pourrait bien, dit M. Bouillaud, que la simple fièvre bilieuse ou gastrique coïncidât avec un léger degré d'inflammation des plaques de Peyer, et qu'ainsi elle fût à l'entéro-mésentérite intense ce qu'est la variole bénigne à la variole intense ou confluente. (Clin. méd., t. i., p. 184.)

(2) Fièvres typhoïdes, t. ii, p. 242.

tante. L'ensemble de ces documens me permet de conclure qu'il y a des degrés insensibles entre les cas les plus légers d'embarras gastrique et la fièvre typhoïde la plus grave; mais comme cette conclusion pourrait paraître hasardée, si je ne l'appuyais sur les faits qui ont entraîné ma conviction, voici le détail de quelques-unes de ces observations.

FIÈVRE BILIEUSE TRÈS LÉGÈRE AVEC ÉRUPTION TYPHOIDE.

Obs. I. — Un militaire, âgé de 22 ans, de constitution robuste et de taille assez élevée, habituellement bien portant, entre à l'hôpital le 24 septembre; il raconte qu'il a été pris, sans cause connue, depuis deux jours, de céphalalgie, de chaleur à la peau et de faiblesse des membres.

A son entrée, le pouls est à 100, la peau chaude, halitueuse; la céphalalgie occupe toute la tête; il n'y a ni vertiges, ni éblouissemens, ni bourdonnemens d'oreille; la langue est blanche et humide; il n'y a pas d'appétit depuis deux jours, pas d'évacuation alvine depuis la même époque; l'abdomen est mou et indolent dans toute son étendue; il n'y a pas de trace d'éruption typhoïde. (On prescrit un vomitif.)

Le 25 septembre, continuation de tous les symptômes, cessation de la céphalalgie, pouls à 80, langue humide et nette, n'accuse aucune douleur; le vomitif a amené d'abondantes évacuations par les efforts de vomissemens et par les selles. L'anorexie continue.

Le 26, le pouls est à 60, la langue est nette, n'accuse aucune douleur de tête, n'éprouve ni vertiges ni bourdonnemens d'oreille ni éblouissemens. L'abdomen est mou et indolent. Apparition de trois à quatre taches roses lenticulaires disparaissant sous la pression et tout à fait caractéristiques de l'éruption typhoïde. (On prescrit un purgatif salin.)

Le 27, a eu cinq à six selles par l'effet du purgatif, n'accuse aucune douleur et se sent parfaitement bien.

Le 28, demande sa sortie, l'abdomen examiné avec soin ne présente plus qu'une seule tache typhoïde; il est du reste parfaitement bien, et sort guéri.

FIÈVRE BILIEUSE SUB-TYPHOIDE.

Obs. II. — Un jardinier, âgé de 30 ans, habituellement bien portant, a été pris il a quinze jours, après un bain froid, d'une diarrhée peu intense, et qui ne l'a point empêché de continuer son travail. Il y a neuf jours qu'il a ressenti de la céphalalgie, des bourdonnemens dans les oreilles, des éblouissemens, des douleurs dans tous les membres, de la faiblesse et de la fièvre. Il fut alors traité par une saignée et un purgatif.

Maintenant (dixième jour) les éblouissemens et les bourdonnemens d'oreille continuent; la tête est pesante, douloureuse; la langue est jaunâtre, humide; il y a soif vive, et anorexie complète; il n'y a pas de selles depuis deux jours; l'abdomen est mou et indolent sans apparence d'éruption typhoïde; le pouls est à 72; il n'y a pas de toux ni de douleur thoracique. (On prescrit un purgatif salin.)

Le 4 août (onzième jour), selles très fréquentes par l'effet du purgatif; langue jaunâtre, sub-humide; soif vive; même état des bourdonnemens d'oreille et des éblouissemens; sommeil assez agité par des rêves; peau toujours chaude; abdomen mou et indolent; on y trouve trois taches roses lenticulaires disparaissant sous la pression et tout à fait caractéristiques. Ces taches avaient été cherchées hier inutilement, et ont dû se développer dans la nuit. (On prescrit un bain tiède.)

Le 5 (douzième jour), le pouls est à 60, la langue est toujours jaunâtre au centre et rouge au bout, la soif continue, l'éruption typhoïde se compose maintenant de six taches bien distinctes. Moins de bruit dans les oreilles, se trouve assez bien pour se lever et se promener. (On répète le purgatif salin.)

Le 6 (treizième jour), l'éruption typhoïde se compose maintenant de quize à seize taches lenticulaires. Le pouls est à 64, l'abdomen mou et indolent, la langue moins jaune et moins sèche; il y a eu six selles par l'effet du purgatif. (On répète le bain tiède.)

Le 7 (quatorzième jour), le mieux fait des progrès, mais la bouche reste amère et la langue jaunâtre. (Répéter le purgatif.)

Le 8 (quinzième jour), la convalescence est complète, le pouls est à 56, l'appétit est revenu depuis la purgation. (On donne le demi-régime.)

Le 13, il sort guéri.

FIÈVRE BILIEUSE SUB-TYPHOIDE.

Obs. III. — Un cordonnier, âgé de 26 ans, habituellement bien portant, a été pris il y a quatre jours, sans cause appréciable, de douleurs abdominales, sans diarrhée.

Le lendemain, il a commencé à ressentir des douleurs de tête assez vives avec vomissemens qui ont persisté avant-hier et hier.

Maintenant, 12 mars (cinquième jour), la peau est chaude et humide, le pouls fréquent de 104 à 108, petit, irrégulier, facilement compressible; la céphalalgie est toujours très prononcée; la langue est humide et couverte d'un enduit blanchâtre et un peu jaunâtre; l'abdomen est mou et indolent; il présente trois taches rosées lenticulaires disparaissant sous la pression; une selle depuis deux jours; a bien dormi cette nuit, mais avec rêves. et maintenant il y a de la confusion dans les idées, quoiqu'il réponde exactement aux questions qui lui sont faites. (On prescrit un vomitif.)

Le 13 mars, vomissemens très abondans, et quelques selles sous l'influence du vomitif; a beaucoup d'agitation, parle beaucoup et avec volubilité, peau chaude sans sueur, le pouls est à 104 ou 108, la soif est très intense, la langue très blanche, l'éruption typhoïde est toujours peu nombreuse, mais très distincte. (On fait faire des lavages froids sur tout le corps plusieurs fois dans la journée.)

Le 14, mieux très prononcé, les idées sont plus nettes, parle moins et sans divagation; la langue est moins blanche, l'abdomen est toujours mou et indolent; il n'y a pas eu de selle depuis l'action du vomitif; le pouls est à 92, (On donne de l'huile de ricin.)

Le 16, il a été bien purgé avant-hier, et dès lors le mieux continue à faire des progrès; le pouls reste cependant encore un peu fréquent; l'appétit a repris avec vivacité. (On donne le demi-régime et de la viande rôtie.)

Le 17, le pouls est à 84; du reste bien.

Le 19, la langue est encore blanche et l'appétit est moins prononcé que précédemment. (On répète l'huile de ricin.)

Le 20, il est parfaitement bien, et sort guéri.

Les trois observations qui précèdent ont été inscrites dans mes notes, sous le nom de fièvres bilieuses, et correspondent très probablement à ce que M. Louis aurait désigné sous le nom d'embarras gastrique, accompagné d'éruption typhoïde. Si on lit avec soin ces trois observations, on pourra suivre une gradation insensible entre la première et la seconde, entre celle-ci et la troisième. Dans la première, la plupart des symptômes caractéristiques de la maladie typhoïde manquent complètement; il n'y a eu ni diarrhée, ni vertiges, ni éblouissemens, ni bourdonnemens d'oreille; la fièvre ne dure qu'un seul jour, et la durée totale de la maladie est à peine de huit jours. Il est donc difficile avec les notions généralement reçues de reconnaître ici une fièvre typhoïde; mais si l'on étudie les deux autre observations, la distinction ne paraîtra plus si facile; en effet dans la seconde observation, nous trouvons la diarrhée précédant de quinze jours l'entrée du malade à l'hôpital, et plus tard tout le cortége des symptômes qui annoncent une profonde modification des centres nerveux, de la céphalalgie, des vertiges, des bruits dans les oreilles, des éblouissemens, et une faiblesse si grande que le malade ne pouvait se tenir sur ses jambes, et, avec tous ces symptômes, le pouls n'a jamais dépassé 72, et quatre jours après son entrée, le malade a pu se lever et se promener. Cette seconde observation se rapproche plus que la première des véritables fièvres typhoïdes dont elle ne diffère que par la durée de la fièvre et l'absence des symptômes secondaires. Dans la troisième observation, nous avons, il est vrai, moins de symptômes des centres nerveux, mais un mouvement fébrile plus prolongé; le malade ne présente pas les vertiges et les éblouissemens observés dans les cas précédens, mais ces divers symptômes sont remplacés par des vomissemens au début, une céphalalgie intense, beaucoup de loquacité et de confusion dans les idées. La soif est vive, et la langue est couverte d'un enduit blanchâtre très prononcé. En résumé quel que soit le nom donné à ces trois observations, qu'on les classe dans les embarras gastriques ou dans les fièvres bilieuses, toujours est-il qu'outre l'éruption lenticulaire, elles ont présenté la plupart des symptômes caractéristiques des fièvres typhoïdes; en sorte qu'il me paraît difficile d'établir d'autre distinction entre ces deux ordres de maladies que celles d'un degré moindre de gravité dans les observations que je viens de citer. Au reste, cette conclusion sera encore confirmée par les faits qui me restent à faire connaître; ce sont les observations de deux malades qui ont continué leurs occupations, quoique présentant, l'un tous les symptômes des fièvres typhoïdes, et l'autre les lésions caractéristiques de cette maladie.

FIÈVRE TYPHOIDE AU DÉBUT CHEZ UN JEUNE HOMME QUI S'EST SUICIDÉ.

Obs. IV. — Un ouvrier confiseur, âgé de 25 ans, établi à Genève depuis quelques mois, avait continué ses occupations et ne s'était plaint à personne d'éprouver aucun mal, lorsqu'un matin il s'absenta pendant quelques heures, et fut se coucher sur son lit. Appelé à midi pour venir prendre son repas, il répondit qu'il allait descendre, et, à l'instant même, il se jeta par la fenêtre sur le pavé; la mort fut instantanée à la suite de fractures nombreuses du crâne et des membres.

A l'autopsie, les fractures du crâne ne permirent pas de reconnaître l'état du cerveau; la poitrine ne présenta aucune lésion appréciable; l'estomac était sain; la muqueuse n'était ni injectée ni ramollie; les alimens contenus dans l'estomac furent recueillis et examinés dans le but de rechercher s'il y avait eu empoisonnement; mais aucune substance vénéneuse n'y fut découverte. La fin de l'iléum présenta tous les symptômes caractéristiques de la fièvre typhoïde. A dater de deux ou trois pouces au-dessus de la valvule iléo-cœcale, on trouve la muqueuse parsemée de points blancs assez nombreux et disposés à intervalles égaux et réguliers; ces follicules hypertrophiés sont d'un blanc mat et font saillie dans l'intestin; leur couleur tranche avec celle de la muqueuse qui est d'une teinte jaune uniforme, sans aucune arborisation ou injection dans toute l'étendue du petit intestin. Outre ces follicules isolés, on trouve un grand nombre de plaques boursoufflées et tuméfiées, d'un blanc mat et d'un tissu assez résistant. Ces plaques sont si nombreuses et si volumineuses autour de la valvule iléo-cœcale qu'elles obstruent l'intestin et ne laissent passer qu'avec peine l'entérotome; elles sont à peu près confluentes dans les cinq derniers pouces de l'intestin grêle; leur volume est de moins en moins considérable à mesure que l'on s'éloigne de la valvule.

Examinées à la loupe, ces plaques sont formées par un tissu blanc, assez résistant et traversé par un grand nombre de vacuoles ou canaux allongés qui lui donnent la plus grande ressemblance avec l'éponge marine. Le tissu sous-muqueux ne présente aucune injection ou épaississement à la fin de l'iléon (1).

(1) J'ai fait faire un dessin colorié de ces diverses altérations vues à l'œil nu et sous le microscope. Ce dessin a été copié par un élève de M. Chomel.

Il existe quelques plaques et quelques follicules dans le gros intestin; mais leur nombre et leur volume sont peu considérables.

Les ganglions mésentériques sont volumineux dans les parties correspondant aux plaques gaufrées.

La rate ne fut pas examinée.

Cette autopsie nous présente bien des particularités dignes de remarque; en premier lieu, quant à l'objet qui nous occupe maintenant, nous y voyons un jeune homme qui présente toutes les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde, et qui cependant a pu, jusqu'à quelques heures avant sa mort, continuer ses occupations et vaquer à ses travaux habituels, sans qu'aucun de ses camarades se soit aperçu qu'il était souffrant. Ce fait me paraît mettre hors de doute l'existence des cas légers de fièvre typhoïde, surtout si on le rapproche de l'observation qui va suivre.

Mais l'autopsie que nous venons de citer présente un autre genre d'intérêt, en ce qu'elle nous montre l'état de l'intestin au début de la fièvre typhoïde. Nous y voyons, en premier lieu, l'absence complète d'injection et de trace d'inflammation; la muqueuse du petit intestin, siége d'une lésion aussi étendue, était jaunâtre, de bonne consistance, et ne présentait aucune arborisation; les plaques gaufrées étaient d'un blanc laiteux, leur tissu ne laissait pas écouler, par la section, une seule goutte de sang, en sorte qu'il était impossible de reconnaître dans cette lésion aucun des caractères de l'inflammation. Il est donc inexact de considérer l'éruption intestinale comme le produit d'une entérite, et si, plus tard, l'intestin vient à s'ulcérer, c'est qu'un travail éliminatoire est nécessaire pour faire disparaître cette production morbide développée dans les plaques de Peyer et dans les follicules de Brunner. Cette manière de considérer les ulcérations de l'iléum me paraît être confirmée par le résultat des autopsies à diverses époques de la fièvre typhoïde. En effet, d'après les observations citées par MM. Trousseau, Louis et Chomel, l'on voit que la muqueuse intestinale, le tissu sous-muqueux et les plaques elles-mêmes sont de plus en plus injectés, ramollis ou ulcérés à mesure que la maladie est plus avancée.

J'ai cherché à découvrir quelle était la date précise de la maladie dans le cas qui nous occupe, et, comme les détails commémoratifs manquent complètement, j'ai recherché dans les descriptions de MM. Trousseau, Louis et Chomel, les cas qui pourraient avoir quelque analogie avec celui de notre suicidé. M. Louis a rencontré trois cas de fièvre typhoïde terminée par la mort le huitième jour. M. Chomel a décrit un cas de mort entre le septième et le huitième jour; or, dans ces quatre cas, la muqueuse intestinale était ramollie; dans trois, elle était injectée; et dans le quatrième, le tissu sous-muqueux était injecté et épaissi; dans trois cas, les plaques étaient rouges et ramollies; dans un seul, celui de M. Chomel, les plaques étaient blanches et non ramollies; mais la muqueuse était d'un rouge vif et ramollie. En sorte qu'on peut établir en règle déduite de l'observation clinique, qu'à dater du huitième jour, il y a déjà des traces évidentes d'inflammation et de ramollissement, ou des plaques de Peyer, ce qui est le cas le plus ordinaire, ou de la muqueuse intestinale et du tissu cellulaire sous-muqueux. Or, dans le cas que nous avons cité, il n'y avait de rougeur ou de ramollissement, ni dans les plaques, ni dans l'intestin, ni dans le tissu cellulaire sous-jacent; il faut donc considérer l'époque du début comme plus voisine de la mort qu'aucun des cas précédens.

M. Trousseau n'a pas cité les cas sur lesquels M. Bretonneau a fondé son opinion; mais, dans sa description générale, il donne pour caractères constans du sixième jour de l'éruption intestinale, l'opacité et le ramollissement des plaques, et pour caractère variable l'injection de la muqueuse intestinale des portions voisines. Or, dans le cas qui nous occupe, il n'y avait encore ni ramollissement des plaques, ni injection de la muqueuse; nous sommes donc amenés à considérer l'époque de la mort comme plus voisine encore du début que le sixième jour. M. Bretonneau n'a pas fait d'autopsie de fièvre typhoïde avant le cinquième jour, et la description de M. Trousseau est malheureusement très incomplète; il donne la tuméfaction des plaques et des follicules isolés comme les seuls caractères de cette époque de la maladie. Or, rien ne nous démontre que cette tuméfaction n'existe pas déjà avant le cinquième jour, et que par conséquent le cas de notre suicidé ne soit antérieur à cette époque. Quoiqu'il en soit de ces diverses suppositions, il n'en est pas moins certain que le cas précédent nous fait connaître, mieux qu'on ne l'avait fait jusqu'à présent, les lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde à une époque où les malades ne succombent pas ordinairement, et il a fallu un suicide pour nous montrer l'état de l'intestin dans les trois ou quatre premiers jours de la fièvre typhoïde; nous y voyons la tuméfaction des plaques de Peyer poussée au point d'obstruer l'intestin autour de la valvule iléo-cæcale; nous voyons ces mêmes plaques transformées en un tissu résistant, blanc, opaque, spongieux et sans aucune trace d'injection; les follicules isolés sont aussi très saillans, et ont subi la même transformation que les follicules agminés; la muqueuse intestinale n'est ni rouge, ni ramollie, et le tissu cellulaire n'est ni épaissi, ni injecté. En sorte qu'on peut dire que, dans cette première période de la fièvre typhoïde, l'éruption intestinale n'est accompagnée d'aucun travail inflammatoire, et que si plus tard la membrane muqueuse et les tissus sous-jacens viennent à s'enflammer, c'est qu'une seconde période de la maladie, celle d'un travail éliminatoire, succède à la période d'éruption pendant laquelle les plaques et les follicules paraissent être les seuls organes modifiés, et encore ne le sont-ils pas dans le sens d'une lésion inflammatoire, puisqu'on ne trouve dans leur tissu blanc, opaque et résistant, aucun des caractères anatomiques de l'inflammation (1).

Après cette longue digression, revenons à l'objet de l'observation que nous venons de citer, et continuons à démontrer par des faits l'existence des cas légers de fièvre typhoïde; nous venons de voir un cas assez peu grave pour permettre au malade de continuer ses occupations; mais l'on pourrait dire que le jeune homme serait probablement devenu plus malade, s'il ne s'était pas suicidé avant le développement des symptômes graves de la fièvre typhoïde. Voici un nouveau cas qui ne permet pas cette explication.

EMBARRAS GASTRIQUE PRÉSENTANT LA PLUPART DES SYMPTÔMES D'UNE FIÈVRE TYPHOÏDE.

Obs. V. — Un horloger, âgé de 20 ans, de taille élevée et de constitution très robuste, vint me consulter le 1er août; il se plaignait depuis six jours d'avoir du dévoiement sans douleurs de ventre bien prononcées; il avait eu des épistaxis à plusieurs reprises; maintenant son teint est très pâle, sa démarche chancelante; la langue est très blanche, la soif vive, l'anorexie complète; il se plaint de violentes douleurs de tête, qui sont accompagnées de vertiges, d'éblouissemens et de bourdonnemens dans les oreilles; la peau est blanche; le pouls un peu fréquent (84 à 88); il y a de la toux, mais elle n'est point fatigante. (Je prescris un vomitif.)

Le 3 août. A beaucoup vomi et a eu plusieurs selles; la langue est blanche et un peu sèche; la soif continue à être très vive, a recommencé à manger un peu, n'a plus autant de vertiges dans le jour, mais le ressent toujours quand il se réveille et qu'il veut se lever; sa démarche est alors chancelante, mais se raffermit plus tard. L'abdomen est mou; il présente sept ou huit taches roses lenticulaires disparaissant sous la pression, et tout à fait caractéristiques; le pouls ne présente pas de fréquence. N'a pas cessé de travailler depuis le début de sa maladie, quoiqu'il se sentit peu de force et peu de vivacité. (Je prescris un bain tiède et une purgation avec l'eau de Sedlitz.)

6 août. A été bien purgé par l'eau de Sedlitz, se trouve beaucoup mieux; la tête est plus légère, la démarche est plus facile, la langue est moins blanche, mais la soif continue; l'appétit est revenu depuis la purgation, la toux a continué depuis le premier jour, mais sans augmentation ni diminution; l'éruption de l'abdomen est toujours très apparente. (Répéter l'eau de Sedlitz.)

9 août. La plupart des symptômes morbides ont disparu, et le malade commence à se sentir beaucoup mieux.

11 août. Le malade est tout à fait bien.

Voilà donc un malade qui a présenté tous les symptômes considérés comme caractéristiques du début de l'affection typhoïde, et qui cependant a continué à travailler, et a pu venir me consulter tous les deux ou trois jours. Nous avons rencontré chez ce malade, outre l'éruption typhoïde, tous les symptômes précursens : la diarrhée, la toux, les épistaxis, les vertiges, la faiblesse des jambes, et plus tard les éblouissemens, les bourdonnemens dans les oreilles; la céphalalgie, la soif, la fréquence du pouls, la chaleur de la peau; en un mot, tous les symptômes qui font reconnaître une fièvre typhoïde, et cependant celle-ci ne s'est point développée, et le malade a guéri au bout de huit à dix jours, sans avoir jamais interrompu ses occupations journalières ni son genre de vie habituel.

L'ensemble des faits qui précèdent nous permet donc de conclure qu'il existe des degrés insensibles entre un simple embarras gastrique et la fièvre typhoïde la plus grave; mais il ne s'en suit pas, comme nous l'a-

(1) Les ouvrages cités sur ce sujet sont ceux de M. Trousseau : De la Dothinentérite, d'après M. Bretonneau (Archives de médecine, janvier 1836). M. Louis : Recherches sur les fièvres typhoïdes, 1er vol., 1829. M. Chomel, Leçons cliniques sur la fièvre typhoïde, publiées par M. Genest. Ce dernier ouvrage m'a paru présenter une inexactitude dans la description de la lésion anatomique de la première période de l'éruption intestinale. En effet, dans la description générale, M. Chomel dit « que la couleur des plaques varie comme celle des parties qui les entourent; mais qu'elle est toujours plus foncée; que, lorsque la muqueuse est pâle, les plaques sont d'un blanc mat remarquable; lorsqu'elle est rouge, les plaques offrent une coloration rouge plus prononcée. » Or, dans la seule description qu'il y ait d'un cas récent, c'est justement le contraire qui a été trouvé par M. Chomel; l'on y voit « que la muqueuse est d'un rouge vif tout autour des plaques, tandis que celles-ci sont d'un blanc mat opaque et sans injection. » Il y a donc contradiction entre le fait cité et la description générale. M. Chomel aurait été plus exact s'il avait précisé la succession des divers phénomènes de l'éruption intestinale, depuis le boursouflement des plaques jusqu'à leur destruction par ulcération,

vons vu précédemment, qu'il n'y ait pas de véritables embarras gastriques ou de maladies vraiment bilieuses, puisque nous avons cité des cas de ce genre qui se sont terminés par la mort, sans présenter aucune des lésions caractéristiques de la fièvre typhoïde; seulement il paraît très difficile de distinguer si un cas léger d'embarras gastrique provient d'un simple dérangement des voies digestives, ou bien s'il est accompagné du développement des plaques de Peyer, ainsi que nous l'avons vu chez notre suicidé. Peut-être trouverait-on dans l'existence des taches roses lenticulaires le signe distinctif de l'éruption intestinale et de la maladie bilieuse. C'est ce que de nouvelles observations pourrout peut-être démontrer d'une manière satisfaisante.

Les faits qui précèdent nous permettent d'établir un nouveau point de rapprochement entre la fièvre typhoïde et les maladies éruptives; en effet, de même que l'on rencontre des cas très légers de variole, de scarlatine ou de rougeole, où ces maladies sont bornées à un mal de gorge, à quelques pustules ou à un coryza, de même aussi l'on rencontre des cas de fièvres typhoïdes sans mouvement fébrile, sans prostration des forces, et peut-être aussi sans éruption lenticulaire, en sorte qu'on peut déduire des symptômes de cette dernière maladie un nouveau point de contact avec les maladies vraiment éruptives; au reste, la contagion, qui paraît être un symptôme essentiel de cet ordre d'affections, peut aussi bien être démontrée pour la fièvre typhoïde qu'elle l'est pour la variole, la rougeole ou la scarlatine. C'est ce que nous allons chercher à faire au moyen de faits qui serviront à éclairer une question jusqu'à présent très controversée.

Eu premier lieu, depuis quatre ans que je fais le service de l'hôpital civil et militaire de Genève, deux infirmiers ont été atteints de fièvre typhoïde, après avoir soigné des malades de ce genre. Eu second lieu, de nombreux exemples se sont présentés de la transmission de la maladie à divers membres de la même famille, ou à divers inquilins de la même maison. En troisième lieu, j'ai pu suivre dans un des faubourgs la filiation de la maladie chez quinze personues qui furent successivement atteintes de fièvre typhoïde. Voici les détails de ce dernier fait. Dans le courant de l'automne de 1835, je fus appelé à soigner le fils d'un charpentier qui demeurait dans un des faubourgs de la ville; je le trouvai atteint de fièvre typhoïde, ainsi qu'une de ses tantes qui l'avait soigné pendant les premiers jours de sa maladie. Ces denx personnes avaient la peau chaude, la langue sèche, du dévoiement, une grande prostration de force, de la surdité, des éblouissemens, beaucoup de stupeur et de délire, une éruption lenticulaire très distincte sur l'abdomen; enfin, chez l'un de ces malades il y eut dans la troisième semaine des hémorragies intestinales qui faillirent devenir mortelles. L'ensemble de ces symptômes ne permet pas de conserver du doute sur l'existence de la fièvre typhoïde chez nos deux malades. Ceux-ci occupaient un logement fort étroit, et je jugeai convenable de les faire transporter dans un autre corps de bâtiment où ils occupèrent des chambres attenantes à une galerie; l'un de ces malades ne tarda pas à entrer en convalescence, et vint s'établir sur cette galerie, qui était commune à une autre famille. Peu de jours après, une jeune fille de 12 ans, qui appartenait à cette dernière famille, et qui venait souvent sur la galerie, fut atteinte de fièvre typhoïde : cette maladie fut fort grave, et la convalescence ne s'établit qu'après plusieurs semaines, et même cette jeune fille succomba à une maladie aiguë de l'abdomen, qui survint brusquement deux ou trois mois après la première invasion de la fièvre typhoïde. Une domestique qui donna des soins à cette jeune fille tomba elle-même malade; une autre domestique, qui la soigna et la remplaça dans la maison, fut également atteinte de fièvre typhoïde; enfin, la sœur de cette dernière, qui vint de la ville pour passer deux nuits auprès de la malade, ne tarda pas à contracter le même mal; elle fut admise à l'hôpital, où sa maladie suivit toutes les phases d'une fièvre typhoïde des plus graves, et se termina par la mort; à l'autopsie, je trouvai les ulcérations de l'iléum, et toutes les autres lésions caractéristiques de la dothinentérite. Un ecclésiastique qui vint visiter la jeune fille dont nous avons parlé tomba malade, et succomba avec tous les symptômes de la fièvre typhoïde; une domestique qui vint rendre quelques services dans la maison de ce dernier malade fut atteinte de fièvre typhoïde, et succomba dans la troisième semaine. Une demoiselle était venue visiter la jeune fille que nous avons déjà signalée comme origine de plusieurs autres cas; cette demoiselle était dans des circonstances d'habitation et de fortune bien différentes de la personne qu'elle venait visiter, et à qui elle rendit quelques soins de garde-malade; elle ne tarda pas à tomber malade et à présenter pendant sept ou huit semaines tous les symptômes de la fièvre typhoïde. Une dame anglaise, qui demeurait dans la même maison, et fut fréquemment en rapport avec cette dernière malade, le devint elle-même de la même manière : la stupeur, le délire, l'éruption typhoïde et une fièvre qui dura près de sept semaines, ne purent laisser aucun doute sur la nature du mal; deux filles de cette dame furent successivement malades; l'une pendant quinze jours, et l'autre pendant six ou sept semaines. Deux autres dames qui vivaient dans la même maison subirent aussi la même influence et guérirent après trois semaines de maladie; il n'en fut pas de même d'une dernière dame qui succomba après avoir présenté l'ensemble des symptômes de la fièvre typhoïde, et dont l'autopsie vint vérifier le diagnostic, en montrant des ulcérations à la fin de l'iléum.

Voilà certes une transmission d'individu à individu aussi bien établie qu'on peut le désirer; ces divers malades étaient dans des circonstances d'habitation, de fortune et de constitution bien différentes les uns des autres, et cependant ils ont présenté des symptômes qui ont été ceux d'une seule et même maladie à laquelle on ne peut refuser le nom de fièvre typhoïde, puisque chez ceux qui ont succombé les ulcérations de la fin de l'iléum sont venues lever tous les doutes. Quant à l'apparition de la maladie, elle a suivi de bien près la visite des malades et leur exposition à la source de contagion qui se trouvait concentrée dans trois maisons, dont l'une compta six malades, une autre sept et une autre deux. On peut donc considérer la fièvre typhoïde comme devenant contagieuse dans certaines circonstances qui ne sont pas encore bien connues, mais qui ne tarderaient pas à l'être si l'on cherchait à réunir un certain nombre de faits semblables à ceux que je viens de citer. C'est au reste ce qui a déjà été fait par plusieurs auteurs qui ont pu suivre dans diverses localités la trausmission de la maladie d'individu à individu.

MM. Leuret (1), Gendron (2), Bretonneau (3), Berlann (4), Putegnat (5), ont publié sur ce sujet des mémoires bien propres à entraîner la conviction.

L'influence des saisons sur le développement des fièvres bilieuses et typhoïdes a été jusqu'à présent peu étudiée. MM. Louis et Bouillaud n'en parlent pas. M. Ghomel ne mentionne les saisons qu'à l'occasion de la mortalité et n'a point recherché quelle pouvait être l'influence des variations atmosphériques sur le développement des fièvres typhoïdes. Voici les documens que j'ai recueillis à Genève; mais comme pour toutes les petites localités, ils consistent dans des faits trop peu nombreux pour résoudre définitivement la question.

En comparant la fréquence des fièvres bilieuses et typhoïdes dans plusieurs années successives, on peut résoudre en partie le problème qui nous occupe, puisque les circonstances atmosphériques d'une année diffèrent de celles d'une autre année. Or en étudiant la constitution atmosphérique des cinq dernières années, on peut les caractériser de la manière suivante.

Pendant l'année 1834, la température fut généralement assez élevée, la sécheresse fut prolongée et le vent du nord régna plus longtemps et d'une manière plus prononcée que dans les autres années. La température moyenne de l'année qui, en 1833, n'avait été que de 5° 19 R, fut de 8° 93 en 1834; cette moyenne est supérieure à celle des trente-neuf années précédentes; elle se rapproche sans être égalée de celle de 1811, où l'on eut une température moyenne de 8° 89. Les résultats de l'hygromètre confirment ce que nous venons de dire sur l'année 1834 qui fut à la fois chaude et sèche; la moyenne de l'hygromètre fut inférieure à celle de trente-six ans. La quantité de pluie tombée dans l'année fut de 22 pouces 10 lignes, la moyenne de dix ans étant 28 pouces 4 lignes.

En 1835, la température fut moins élevée qu'en 1834, 7° 49 au lieu de 8° 93; il y eut plus de variations atmosphériques et une plus grande dose de pluie, 26 pouces 10 lignes au lieu de 22 pouces 10 lignes en 1834. Les vents du midi et du sud se répartirent dans des proportions différentes qu'en 1834, ceux-ci ayant été plus fréquens en 1834 et ceux-là en 1835. L'été de cette dernière année fut très court et l'hiver très précoce.

En 1836, la température fut plus élevée que dans l'année précédente et la quantité de pluie moindre; mais ce qui caractérisa cette année, ce fut la fixité du temps; au lieu de ces variations si fréquentes dans notre pays, nous avons eu en 1836 un temps, tantôt clair et sec, tantôt humide et couvert; mais dans les deux cas, le même temps a persisté pendant plusieurs jours, souvent même pendant plusieurs semaines. L'automne de 1836 fut froid et pluvieux, quoiqu'il le fût moins cependant qu'en 1835 où il commença dès la fin de septembre.

En 1837, la température fut moins élevée que pendant l'année précédente, et la quantité de pluie fut inférieure à celle des autres années; les vents du nord régnèrent beaucoup en été, et ceux du midi furent presque constans pendant les deux derniers mois de l'année. L'année 1837 fut

(1) ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, t. XVIII.
(2) Id., t. XX.
(3) Id., t. XXI.
(4) GAZETTE MÉDICALE, 1837, p. 337.
(5) GAZETTE MÉDICALE, juin 1838.

froide en hiver et au printemps, chaude et sèche en été, humide et froide en automne et au commencement de l'hiver.

Les huit mois de 1838 qui sont écoulés nous ont présenté un hiver très froid et très prolongé, des alternatives de grandes chaleurs et de température très peu élevée pendant le printemps et l'été et une quantité de pluie plutôt au-dessous qu'au-dessus de la moyenne.

En résumé, nous pouvons dire que l'année 1834 a été chaude et sèche, 1835 humide et variable, 1836 ni bien chaude ni bien sèche, mais avec un degré de fixité rare dans notre climat, 1837 alternativement froide et humide ou chaude et sèche, 1838 enfin a été jusqu'à présent très froide au début et alternativement chaude et froide dès lors. Voyons quelle a pu être l'influence de cet état de l'atmosphère sur le développement des fièvres bilieuses et typhoïdes pendant ces cinq ans.

	1834.	1835.	1836.	1837.	1838.
Fièvres bilieuses.....	29	16	5	4	quelques cas.
Fièvres typhoïdes.....	13	27	13	21	0
	42	43	18	25	0

Il résulte de ce tableau que le maximum des fièvres bilieuses correspond à l'année la plus chaude, tandis que le maximum des fièvres typhoïdes a eu lieu pendant l'année dont la température fut remarquablement humide et variable. Le minimum des fièvres bilieuses a été pendant les années qui ont présenté des alternatives de froid et de chaud, et le minimum des fièvres typhoïdes correspond jusqu'à présent à l'année où nous sommes, puisque je n'ai pas encore rencontré un seul cas de cette maladie; en sorte qu'en définitive l'on serait mené à conclure du tableau précédent que la chaleur et la sécheresse favorisent le développement des fièvres bilieuses, tandis que l'humidité, le froid et la variabilité de la température augmenteraient le nombre des fièvres typhoïdes; mais il ne faut pas oublier que pour cette dernière maladie il existe probablement des circonstances de développement qui nous sont encore inconnues, puisque l'année où nous sommes, quoique peu différente des précédentes, a cependant été jusqu'à présent complètement préservée des fièvres typhoïdes; peut-être le froid excessif de cet hiver a-t-il détruit le principe contagieux que nous avons reconnu exister comme l'une des causes du développement de la dothinentérite? C'est ce que l'observation clinique pourra nous apprendre dans les années qui suivront ou dans d'autres localités.

Mais le problème qui nous occupe peut être résolu par une autre voie; en effet, si l'on réunit les cas de fièvres bilieuses et typhoïdes observés dans les diverses saisons, on arrivera au même résultat, puisque les circonstances atmosphériques de chaleur ou de froid, d'humidité ou de sécheresse, se reproduisent invariablement dans le cours de la même année. J'ai réuni les mois de décembre, janvier et février, comme représentant l'hiver atmosphérique; ceux de mars, avril et mai pour le printemps; juin, juillet et août pour l'été, et pour l'automne, septembre, octobre et novembre. Le nombre total des fièvres bilieuses et typhoïdes de 1834 à 1837 se répartit de la manière suivante dans les quatre saisons de l'année.

	Fièvres bilieuses.	Fièvres typhoïdes.	Total.
Hiver..........	6	15	21
Printemps......	14	7	21
Été............	26	24	50
Automne........	13	28	41

Le maximum des fièvres bilieuses correspond à l'été et son minimum à l'hiver, tandis que, pour les fièvres typhoïdes, le maximum tombe sur l'automne et le minimum sur le printemps; les saisons intermédiaires sont, pour les fièvres bilieuses, le printemps et l'automne, qui sont à peu près sur la même ligne, tandis que les fièvres typhoïdes sont beaucoup plus fréquentes en été qu'en hiver. L'on est donc amené à conclure de cette comparaison que le froid d'hiver fait cesser presque complètement les fièvres bilieuses; que les températures modérées du printemps et de l'automne les rendent peu nombreuses, mais que les chaleurs de l'été sont la saison favorable au développement des maladies bilieuses. Cette conclusion est en accord parfait avec celle que nous avions déduite de la comparaison des années entre elles. Quant à la fièvre typhoïde, nous la voyons deux fois plus fréquente en automne et en été qu'en hiver et au printemps, d'où il faut conclure que les chaleurs de l'été ne sont probablement pas aussi étrangères à sa production que nous avions été amenés à le croire par la comparaison des quatre années précédentes, et, quant à l'influence des variations de la température, du froid et de l'humidité, elle pourrait être considérée comme n'agissant, pour développer les fièvres typhoïdes, que lorsque ces circonstances atmosphériques succèdent aux chaleurs de l'été. Au reste, cette question ne peut être décidée que par de nouvelles recherches et avec des documens plus nombreux.

M. Chomel a donné dans son ouvrage sur les fièvres typhoïdes le tableau des entrées, mois par mois, à la clinique de l'Hôtel-Dieu; je donne ici ce document en le groupant par saison, suivant les principes émis plus haut.

Hiver..........................	79
Printemps......................	29
Été............................	19
Automne........................	40
Total......................	167

Il résulterait de ce tableau que l'hiver est la saison du maximum et l'été celle du minimum; mais il serait possible que les médecins du bureau central eussent dirigé sur la clinique de l'Hôtel-Dieu un plus grand nombre de cas de fièvres typhoïdes pendant la durée des cours et un moins grand nombre pendant les vacances, en sorte que je n'oserais déduire aucune conclusion d'un résumé qui pourrait être fondé sur des circonstances exceptionnelles.

La mortalité des fièvres typhoïdes a été étudiée dans ces derniers temps avec beaucoup de soin, principalement en vue des conséquences que l'on en tirait sur la meilleure méthode de traitement; je dirai quelques mots sur ce sujet; mais auparavant voici les faits qui me sont propres et leur comparaison avec ceux publiés par d'autres praticiens.

TABLEAU DE LA MORTALITÉ DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE DANS L'HÔPITAL DE GENÈVE.

	MALADES.		MORTS.		TOTAL.	
	Hommes.	Femmes.	Hommes.	Femmes.	Malades.	Morts.
1834	8	5	1	1	13	2
1835	22	5	4	2	27	6
1836	6	7	1	2	13	3
1837	19	2	2	1	21	3
Total....	55	19	8	6	74	14

Le premier fait qui résulte de ce tableau c'est que sur soixante-quatorze cas graves de fièvres typhoïdes, quatorze ont succombé, ce qui fait une mortalité de dix-neuf sur cent ou d'environ un cinquième. Mais il faut se rappeler que je n'ai compris dans ces 74 cas que ceux d'une gravité évidente, les cas légers ayant été réunis aux fièvres bilieuses et désignés dans mes notes sous le nom de fièvre bilieuse sub-typhoïde, ainsi qu'on peut en avoir des exemples dans ce manuscrit.

M. Chomel a perdu 47 malades sur 147 fièvres typhoïdes admises à la clinique de l'Hôtel-Dieu; ce qui fait 1 mort sur 3 malades environ. Pendant qu'il pratiquait à l'hôpital de la Charité, le même praticien avait perdu 50 malades sur 138, ce qui donne une mortalité encore plus considérable, 1 mort sur 2 et 2/3 (1).

M. Cless à Carlsruhe a perdu 37 malades sur 118 cas de fièvre typhoïde grave, ce qui fait environ un mort sur trois malades (2).

M. Bouillaud n'a perdu que 25 malades sur 205 cas de fièvre typhoïde bien caractérisée (3), ce qui ferait une mortalité de 1 sur 8. Mais il est important de remarquer à ce sujet que sur les 27 cas désignés dans l'ouvrage de M. Bouillaud comme des fièvres typhoïdes bien caractérisées, il en est plusieurs qui sont décrits assez brièvement et d'une manière assez incomplète pour laisser quelque doute dans l'esprit du lecteur; telles sont les observations XI, XVI, XXIV, XXV et XXVII; or, si dans les 178 autres cas, il existe une proportion aussi considérable de cas douteux, l'on ne peut en conclure rien de bien précis sur la mortalité de la fièvre typhoïde.

En résumé, nous voyons que la proportion des morts à l'hôpital de Genève n'a pas été aussi considérable qu'à Carlsruhe ou à Paris, du moins dans les hôpitaux dirigés par M. Chomel. Quant à celle obtenue par M. Bouillaud, nous en reparlerons à l'occasion du traitement.

Un second fait qui découle de notre tableau, c'est la forte mortalité des fièvres typhoïdes chez les femmes; elle a été de 6 sur 19, soit un tiers, tandis que chez les hommes la mortalité n'était que de 8 sur 55, soit un septième. J'ai cherché inutilement à me rendre compte d'une différence aussi notable; mais il m'a été impossible de trouver d'autre explication que celle-ci: les femmes pouvant être plus facilement soignées à domicile que les hommes, on n'envoie à l'hôpital que les cas les plus graves; tandis que pour les hommes les cas de toute espèce sont également envoyés. Cette supposition se trouverait en partie vérifiée par la mortalité générale, qui est plus considérable chez les femmes que chez les hommes: 77 sur 413 chez celles-là, au lieu de 156 sur 1,079 pour ceux-ci; ce qui fait une différence de 4 pour 100 (0,18, au lieu de 0,14).

(1) Leçons de clinique médicale sur la fièvre typhoïde, art. *Pronostic*.
(2) Gazette médicale, 1837, p. 748.
(3) Clinique médicale de la Charité, t. I, p. 377.

Mais cette hypothèse n'explique qu'une partie du phénomène, puisque la différence entre la mortalité des fièvres typhoïdes dans les deux sexes est beaucoup plus considérable, 0,32 pour les femmes, et 14 centièmes pour les hommes.

J'ai été d'autant plus surpris de ce résultat que M. Louis n'a trouvé aucune différence dans la mortalité des deux sexes (1); que M. Chomel (2) est arrivé au même résultat dans les cas observés à l'Hôtel-Dieu; et que M. Cless a trouvé un rapport inverse, c'est-à-dire une mortalité plus grande chez les hommes 1/12 que chez les femmes, 1/14. L'on pourrait croire que la grande fréquence de la fièvre typhoïde dans le sexe masculin influerait sur ce résultat; mais encore ici rien ne vient expliquer cette différence de la mortalité, puisque la fièvre typhoïde n'est proportionnellement pas plus fréquente dans un sexe que dans l'autre. En effet, sur 1,514 hommes malades, on a compté 55 fièvres typhoïdes; et sur 582 femmes, 19 cas de fièvres typhoïdes, ce qui donne pour proportion des fièvres graves chez les hommes, 0,036; et chez les femmes, 0,033; c'est-à-dire qu'elle est à peu de chose près identique. MM. Louis et Chomel avaient trouvé une beaucoup plus forte proportion d'hommes que de femmes dans les hôpitaux de Paris. On voit donc que sous plusieurs rapports la fièvre typhoïde des divers pays diffère notablement; mais cela ne doit point étonner quand l'on compare la même maladie à diverses époques, ainsi que M. Chomel l'a fait à Paris pour les années 1830, 1831, 1832 et 1833; il a montré qu'à certaines époques la mortalité augmentait ou diminuait d'une manière très notable. L'on peut vérifier cette remarque de M. Chomel dans le tableau des fièvres typhoïdes à Genève, et y voir que, dans l'année 1835, 6 malades sur 25 avaient succombé; tandis qu'en 1837 cette proportion n'avait plus été que de 3 sur 21. Ces variations montrent combien l'on doit être prudent dans les conclusions à tirer des résultats obtenus par divers traitemens; car très souvent une différence notable dans la fièvre même influe bien plus sur la mortalité que telle méthode thérapeutique qui aura été employée; il serait difficile sans cela d'expliquer comment le même praticien perdrait tantôt un tiers, tantôt un septième de ses malades, ainsi que cela est arrivé à M. Chomel et à moi. Au reste, nous verrons en parlant du traitement quelles sont les différences qu'ont présentées entre elles les fièvres typhoïdes des années successives.

Mais avant de quitter la question de la mortalité des fièvres typhoïdes, j'ajouterai quelques mots sur l'influence de l'âge, quant à la gravité de cette maladie. MM. Chomel et Louis ont trouvé que la mortalité était très faible au-dessous de 20 ans, et je puis confirmer l'exactitude de cette conclusion, puisque sur 12 malades qui n'avaient pas accompli leur vingtième année, aucun n'a succombé; tandis que sur 52 malades âgés de 20 à 30 ans, il en est mort 12, soit près d'un quart. L'influence de l'âge peut aussi se faire sentir plus tard, puisque sur 7 malades âgés de 30 à 40 ans, 2 ont succombé, ce qui donnerait une proportion plus forte au-dessus qu'au-dessous de 30 ans; mais ce dernier chiffre est trop peu considérable pour permettre une conclusion définitive. Au reste, voici le tableau des fièvres typhoïdes traitées à l'hôpital de Genève, en ayant égard à l'âge des malades et à la terminaison de la maladie par la mort et la guérison.

NOMBRE DES MALADES.

	Guéris.	Morts.	Total.
Au-dessous de 10 ans........	1	»	1
De 10 à 20 ans..............	11	»	11
De 20 à 30 ans..............	40	12	52
De 30 à 40 ans..............	5	2	7
De 40 à 50 ans..............	1	»	1
De 50 à 60 ans..............	2	»	2
Total,......	60	14	74

L'influence fâcheuse de l'âge sur la gravité de la fièvre typhoïde peut être déduite par une méthode autre que celle du tableau précédent; c'est-à-dire en prenant l'âge moyen des 60 cas qui ont guéri et des 14 qui ont succombé; en effet, ces derniers ont vécu en moyenne 25 ans et 2 mois; tandis que les premiers, ou ceux dont la maladie a eu une terminaison favorable, n'avaient vécu en moyenne que 24 ans et 3 mois. Cette différence de deux ans, quoique peu considérable en apparence, mérite cependant d'être prise en considération, puisqu'elle se trouve être dans le même sens que celle obtenue par le moyen du tableau précédent, et ce qu'il y a eu outre d'assez remarquable, c'est que cette même différence de deux ans a été observée par M. Louis, qui avait trouvé 21 ans pour l'âge moyen des malades qui avaient guéri; tandis que ceux qui avaient succombé étaient âgés en moyenne de 23 ans.

L'influence fâcheuse de l'âge sur la mortalité des fièvres typhoïdes peut donc être considérée comme bien démontrée, puisque les travaux de MM. Chomel et Louis se trouvent confirmés par les observations que j'ai faites dans une localité et sur une catégorie de malades complètement différentes de celles qui ont servi aux recherches des professeurs de Paris.

Le tableau des âges de nos malades présente encore la confirmation d'une autre loi signalée par les mêmes auteurs, c'est-à-dire qu'à Genève comme à Paris la fièvre typhoïde est essentiellement une maladie de la jeunesse; en effet, on voit que sur 74 malades il y en avait 63 âgés de dix à trente ans, et sur ce nombre 52 entre vingt et trente ans. Les extrêmes ont été un enfant de sept ans et une femme de cinquante-sept. Je crois bien avoir observé dans ma pratique particulière un cas de fièvre typhoïde chez un vieillard de soixante-seize ans; mais comme l'autopsie n'est point venue vérifier ce diagnostic, je ne puis présenter cette observation que sous forme dubitative, quoique cet homme m'ait présenté les vertiges, les bruits dans les oreilles, la sécheresse de langue, la fièvre, la diarrhée, l'éruption typhoïde, et tout le cortége des symptômes de la dothinentérite, à laquelle cependant il ne succomba pas; mais sa convalescence fut incomplète, et trois mois après il mourut dans le marasme à la suite d'une diarrhée que rien ne put arrêter. Malheureusement l'autopsie ne fut point faite, en sorte que le fait doit être considéré comme trop incomplet pour en tirer aucune conséquence. D'autant plus que dernièrement encore j'avais cru reconnaître chez un homme de soixante-six ans une véritable fièvre typhoïde avec tout l'ensemble des symptômes caractéristiques, tels que la surdité, les éblouissemens, le délire, la diarrhée, le gargouillement dans la région cæcale, et même j'avais cru remarquer une tache typhoïde; mais l'autopsie vint détruire mon diagnostic, et me découvrir une hépatite aiguë avec abcès circonscrits que rien dans les symptômes n'aurait pu faire reconnaître.

En terminant la question de la mortalité et pour commencer celle du traitement, je dirai que les soixante malades qui ont guéri sont restés à l'hôpital en moyenne trente-trois jours; tandis que chez ceux qui ont succombé, la durée moyenne n'a été que de quinze jours. Cette durée de trente-trois jours pour les malades qui ont guéri suppose un traitement de quinze à dix-huit jours, car dans les cas de fièvres typhoïdes, la convalescence marche assez lentement pour qu'on puisse établir que la moitié du séjour à l'hôpital est employée à rétablir les forces et à mettre les malades en état de reprendre leurs occupations pénibles; principalement pour les militaires qui forment environ la moitié des malades de vingt à trente ans, et que l'on ne peut renvoyer à la caserne avant qu'ils aient complètement recouvré leurs forces.

L'étude du traitement de la fièvre typhoïde a beaucoup occupé les médecins de Paris depuis quelques années. M. Chomel a préconisé l'emploi des chlorures à l'intérieur et à l'extérieur. M. de la Roque a fait connaître les résultats obtenus au moyen de purgatifs. M. Andral a communiqué à l'Académie royale de médecine les essais comparatifs qu'il a faits avec les purgatifs, les toniques et les émissions sanguines; enfin M. Bouillaud a proclamé les avantages d'un traitement antiphlogistique. Voyons ce que l'expérience clinique nous a appris sur ces diverses méthodes de traitement.

J'ai trop peu employé les chlorures pour pouvoir donner une opinion éclairée sur ce sujet; plusieurs de mes collègues les ont employées en ville; mais à l'hôpital aucun cas n'a été traité complètement par la méthode de M. Chomel.

La méthode des purgatifs a été de nouveau expérimentée par M. de la Roque, et après lui par MM. Piedagnel, Louis et Andral; les résultats obtenus par ces divers praticiens ont été dans le service de M. de la Roque dix morts sur cent malades; par M. Piedagnel, dix-neuf morts sur cent trente-quatre malades, et par M. Andral, six morts sur dix-huit malades. Mais, ainsi que cela a été dit au sein de l'Académie de médecine, plusieurs des cas qui ont été compris dans le résumé de MM. Piedagnel et de la Roque étaient des cas légers, en sorte qu'on ne peut rien en conclure sur la mortalité des cas graves de fièvres typhoïdes. Pour moi, j'ai constamment employé la méthode évacuante par émétique et purgatif dans les cas légers de fièvre typhoïde, ceux que j'ai désignés sous le nom de fièvre bilieuse sub-typhoïde, et ces cas ont toujours guéri; quant aux cas graves, je ne les ai que très rarement traités par les purgatifs seuls, mais le plus ordinairement par l'emploi alternatif des bains et des purgatifs. J'administrais un jour un bain de deux heures, et le lendemain un purgatif salin. Sous l'influence de ce traitement, j'ai vu guérir des cas de la plus haute gravité, j'ai vu la langue s'humecter, la stupeur cesser et la fièvre disparaître. Cependant je dois dire que la journée qui succédait au bain était en général meilleure que le lendemain du purgatif, en sorte que j'étais amené à considérer les bains comme donnant un résultat plus satisfaisant que les purgatifs; il est vrai que j'avais

(1) Op. cit., t. II, p. 455.
(2) Op. cit., art. Pronostic.

soin de prolonger le bain pendant deux heures, et de cette manière je réussissais mieux à calmer la fièvre et à diminuer la chaleur de la peau que je ne l'aurais fait avec un bain moins prolongé. Je ne puis trop recommander cette méthode dans tous les cas où il importe de diminuer les forces du malade sans cependant en tarir la source, ainsi qu'on le fait par des émissions sanguines fréquemment répétées. C'est pendant l'année 1835 que j'ai employé la méthode alternative des bains et des purgatifs; j'ai traité par cette méthode seize cas légers de fièvre sub-typhoïde et vingt-sept cas graves; sur le nombre total de quarante-trois, il en est mort six (1), ce qui fait une mortalité d'un septième en réunissant les cas légers et les cas graves, ainsi que l'ont fait MM. de la Roque et Piedagnel on de six sur vingt-sept, en ne comprenant que les cas graves, ce qui fait un mort sur quatre ou cinq malades, résultat moins satisfaisant que celui des autres années et des autres méthodes de traitement, ainsi que je le dirai plus tard.

Mais avant de quitter ce sujet, je pense qu'il peut être utile de communiquer le tableau de l'état du pouls chez un certain nombre de malades soumis à l'usage alternatif des bains et des purgatifs; j'avais fait ce tableau dans le but de me rendre compte de ces deux médications; et comme il contient quelques documens intéressans, je vais le transcrire en faisant remarquer que, si l'on veut juger de l'effet du traitement, il faut prendre l'état du pouls le lendemain du jour où il a été administré, puisque la visite se fait le matin avant l'emploi d'aucun médicament, et que s'il y a eu quelque aggravation ou amélioration, elle doit dépendre du traitement de la veille.

TABLEAU DE L'ÉTAT DU POULS CHEZ DES MALADES ATTEINTS DE FIÈVRE TYPHOÏDE ET TRAITÉS PAR L'EMPLOI ALTERNATIF DES BAINS ET DES PURGATIFS.

JOUR DE LA MALADIE OU L'ON A COMMENCÉ LE TRAITEMENT.

Nombre des pulsations par minute.

	9e jour.	14e jour.	23e jour.	8e jour.	11e jour.	9e jour.
Bain.....	00	00	100	88	100	00
Purgatif..	100	72	98	92	100	90
Bain.....	100	84	102	90	90	84
Purgatif..	96	84	98	92	84	72
Bain.....	100	98	100	80	84	00
Purgatif..	90	84	00	70	92	72
Bain.....	100	80	100	00	100	75
Purgatif..	80	62	100	00	90	72
Bain.....	76	00	104	00	100	64
Purgatif..	76	00	100	00	90	00
Bain.....	00	00	00	00	88	00

L'on voit que dans les trois premières observations l'élévation du pouls s'est toujours rencontrée le lendemain du purgatif, tandis que l'abaissement a suivi l'emploi du bain; dans la quatrième observation, les différences ont été peu tranchées; mais l'abaissement définitif a suivi l'emploi du bain; enfin, dans les deux dernières, le commencement nous a présenté une marche inverse et la fin est rentrée dans la règle signalée plus haut, c'est-à-dire que le pouls s'élevait après chaque purgatif et s'abaissait après chaque bain. Mais si l'on cherche le résultat général de ce traitement, l'on verra que chez 5 de ces malades, il a suffi de 8 à 10 jours de traitement pour amener la convalescence; chez un seul, la maladie s'est prolongée au-delà de dix jours; mais la durée de la fièvre n'a guère été que de quatorze jours après lesquels le malade est entré en convalescence, en sorte qu'on ne doit pas considérer cette aggravation momentanée sous l'influence du purgatif comme ayant empêché la guérison qui, dans presque tous les cas, a été prompte et définitive.

J'ai quelquefois employé les bains prolongés comme seule méthode de traitement, et j'en ai obtenu de bons résultats; mais cette médication ne peut être employée également dans toutes les saisons; car, en hiver, le catarrhe bronchique habituel aux fièvres typhoïdes devient facilement une pneumonie; cependant, je n'ai perdu aucun malade de cette complication survenue après l'emploi des bains, ce qui n'empêche pas que l'on doive être très prudent dans leur administration pendant la saison froide, surtout dans les hôpitaux, où les soins des infirmiers ne sont pas toujours assez complets pour empêcher un refroidissement, et par conséquent une bronchite ou une pneumonie. La même remarque s'applique à la méthode des lavages froids ou tièdes dont j'ai fait un grand usage en 1834.

Je faisais laver quatre fois par jour tout le corps avec de l'eau et du vinaigre froids ou tièdes, suivant la saison; le malade était placé sur un

(1) Sur ce nombre, un malade succomba à une perforation intestinale qui suivit de fort près une indigestion; la convalescence était bien établie depuis quinze jours lorsqu'on donna au malade des fruits indigestes; il fut pris de vomissemens peu de temps après les avoir mangés, et c'est pendant les efforts d'expulsion que l'intestin se perfora.

autre lit, lavé, essuyé avec soin et replacé dans son lit immédiatement. Sous l'influence de ce traitement, la peau perdait sa chaleur brûlante, elle s'humectait, et le malade en éprouvait un grand soulagement; le délire diminuait, la fièvre s'abaissait, et la convalescence ne tardait pas à s'établir. La plupart des fièvres typhoïdes de 1834 ont été traitées par cette méthode, et si l'on juge par le résultat, l'on ne peut pas dire qu'elle soit mauvaise, puisque cette année est une de celles qui ont compté la plus faible mortalité, 2 sur 13. Néanmoins, les complications thoraciques m'ont souvent obligé à suspendre ce traitement pendant la saison froide.

J'ai fait peu usage du traitement anti-phlogistique par les émissions sanguines, sauf quelques applications de sangsues qui ont été employées plutôt contre les symptômes que contre la maladie. Je n'ai jamais fait de saignée générale, considérant que la fièvre typhoïde est une maladie de long cours, et qu'il est important de laisser au malade toutes ses ressources pour parvenir jusqu'à la convalescence qui se fait souvent attendre trois, quatre, cinq, et même six semaines. Les résultats définitifs que j'ai obtenus en m'abstenant d'émissions sanguines ne sont pas moins satisfaisans que ceux de plusieurs praticiens qui les ont fréquemment employées; nous avons vu que MM. Louis et Chomel qui ont toujours fait une ou plusieurs émissions sanguines au début de la fièvre typhoïde ont cependant compté un plus grand nombre de décès que ceux de l'hôpital de Genève où je n'ai fait aucune saignée générale et très rarement de saignée locale. M. Andral, dans son rapport sur le travail de M. de la Roque, a dit avoir perdu 6 malades sur 27, qu'il traita par les émissions sanguines, et encore la moitié seulement de ces malades ont-ils présenté une forme grave de la fièvre typhoïde (1), d'où il résulterait que la méthode des émissions sanguines serait inférieure à toute autre dans le traitement de la fièvre typhoïde. Mais avant de tirer une pareille conclusion, il faut examiner le travail de M. Bouilland (2), et la méthode qu'il désigne sous le nom des saignées coup sur coup. Cette méthode consiste à faire une saignée générale le matin et le soir, et une ou deux saignées locales dans la journée et à répéter les émissions sanguines, tant que les symptômes persistent. Les résultats de ce traitement me paraissent démontrer de la manière la plus évidente que les saignées fréquemment répétées ne sont pas aussi nuisibles dans la fièvre typhoïde que je l'avais toujours cru et que la majeure partie des praticiens le pensent avec moi. Je crois donc pouvoir signaler cette conséquence pratique comme déduite rigoureusement des faits publiés par M. Bouilland qui, conduit par sa conviction, a employé une méthode d'une activité vraiment effrayante.

Il s'en faut de beaucoup cependant que tous les cas cités par M. Bouilland aient été améliorés par le traitement anti-phlogistique; plusieurs m'ont paru aggravés d'une manière évidente sous l'influence des émissions sanguines, telle est son observation v (3) où le malade allait de moins en moins bien, tant qu'on a persisté dans les saignées; tandis que les bains chlorurés ont coïncidé avec la convalescence. J'en dirai autant des Obs. x et xii. Dans l'Obs. xiv, l'effet des émissions sanguines paraît avoir été presque nul; enfin, dans l'Obs. xvi, les saignées ont amené une anémie et une convalescence d'une longueur très remarquable. Mais après avoir fait la part de la critique, il est juste de dire que plusieurs des observations citées dans l'ouvrage de M. Bouilland me paraissent avoir été des exemples frappans des bons effets des émissions sanguines. Cependant, il ne faut point trop chanter victoire avant que l'expérience de plusieurs années ait prononcé. M. Bouilland n'a perdu, il est vrai, que 3 malades sur 14 cas très graves, et sur 13 cas de moyenne gravité; mais nous avons vu que sur ces 27 cas désignés par M. Bouilland comme des fièvres typhoïdes bien caractérisées, il y en avait 5 que d'autres praticiens auraient probablement rapportés à une autre classe de maladies, en sorte que la proportion des morts serait de 3 sur 22, soit approximativement un septième. Or, on peut voir dans le tableau de mon service, que c'est à peu de chose près la mortalité de l'année 1837, pendant laquelle j'ai perdu 3 malades sur 21 cas de fièvres typhoïdes, soit exactement un septième, et ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'il se trouve, ainsi que nous le verrons plus bas, que c'est l'année où j'ai suivi un traitement complètement opposé à celui de M. Bouilland que j'ai obtenu un résultat qui diffère peu du sien.

La méthode des saignées coup sur coup n'ayant été expérimentée par M. Bouilland que sur les 27 cas cités dans son ouvrage, il est inutile de parler des 178 fièvres typhoïdes qu'il avait traitées antérieurement par les émissions sanguines et desquels 22 avaient succombé, ce qui donnait une mortalité d'un huitième. Mais ce qu'il importerait au monde médical pour juger la méthode de M. Bouilland, ce serait de connaître la mortalité des fièvres typhoïdes qu'il aura traitées non seulement pendant six

(1) Gaz. Méd., 1837, p. 174.
(2) Clinique médicale, t. i.
(3) Op. cit., t. i, p. 72.

mois d'une seule année, mais pendant l'espace de quatre ou cinq années, en y comprenant toutes les saisons; car, ainsi que nous l'avons vu dans les tableaux de M. Chomel et dans les miens, la mortalité a beaucoup varié de saison à saison et d'année en année, et tandis qu'en 1837 je n'avais perdu qu'un malade sur 7, la mortalité avait été en 1836 de 1 sur quatre, d'où il résulte que de nouveaux documens sont nécessaires pour se prononcer d'une manière définitive sur le traitement proposé par M. Bouillaud dans les cas de fièvres typhoïdes. Je signale ce point de recherches comme une lacune qu'il importerait de remplir avec des faits bien observés et suffisamment détaillés pour entraîner la conviction.

Le traitement auquel j'ai fait allusion dans la comparaison établie avec M. Bouillaud est la médication par les toniques. Dans la majeure partie des cas traités pendant l'année 1837, j'ai fait usage des toniques, et, ainsi qu'on vient de le voir, les résultats n'ont pas été trop défavorables, puisque, sur 21 cas graves, je n'ai perdu que trois malades. Les toniques ont été employés quelquefois dans le début de la maladie, ou plutôt dès l'arrivée du malade à l'hopital, lorsque le cas paraissait être fort grave; mais, dans la plupart des cas, je commençais par les bains et les purgatif, et, si le cas s'aggravait, malgré leur emploi, je faisais usage des toniques, en sorte qu'on peut dire que, s'ils réussissaient, c'était un plus grand succès que s'ils eussent été employés indifféremment dans tous les cas et dès le début des fièvres typhoïdes.

Les toniques dont je faisais le plus grand usage étaient une mixture camphrée édulcorée avec le sirop de quinquina; j'y ajoutais le plus souvent l'acétate d'ammoniaque, et quelquefois le polygale sénéka, lorsqu'il y avait quelque complication thoracique. J'ai fait usage des vins de Bordeaux et de Malaga, et de quelques boissons spiritueuses. J'ai aussi donné assez fréquemment le sulfate de quinine et le benjoin; le premier comme tonique; et le second comme expectorant.

Les effets des toniques n'ont point été aussi désastreux que quelques praticiens l'ont publié; au lieu de voir le pouls s'accélérer, la langue se sécher, et les dents s'encroûter de fuliginosités, c'était plutôt le contraire que l'on observait. Le pouls perdait de sa fréquence dans la majeure partie des cas, et ce résultat ne se faisait pas attendre longtemps, ainsi qu'on le verra dans le tableau ci-joint. Mais ce qu'il y avait de remarquable, c'est que chez plusieurs des malades traités par les toniques, le pouls est resté petit, mou et compressible pendant fort longtemps, et alors même que la convalescence était complète et promptement établie. Je ne sais comment me rendre compte de ce phénomène que j'ai observé assez souvent pour pouvoir le signaler aux praticiens comme un objet d'études. La peau, qui était chaude et sèche chez la plupart des malades traités par les toniques, est devenue fraîche et humide, et chez plusieurs elle était même si froide au toucher, que l'on a dû recouvrir les malades, les réchauffer et les nourrir, comme s'ils eussent éprouvé une grande déperdition de substance.

Chez les malades atteints de fièvre typhoïde assez graves pour qu'ils fussent traités par les toniques, la langue était toujours sèche et quelquefois fendillée, noirâtre et saignante; l'emploi des moyens excitans a triomphé de cet état morbide avec assez de rapidité, ainsi qu'on en jugera par le tableau ci-joint; on y verra que dans l'espace de trois ou quatre jours, la langue est devenue moins sèche, ce que j'ai désigné par l'épithète de sub-humide, et que dans huit à dix jours au plus la muqueuse buccale n'a pas tardé à reprendre son état normal. Je signale ce résultat comme l'un des plus constans effets des toniques, du moins chez les malades qui ont guéri; chez les autres, la langue est restée sèche et n'a éprouvé aucune modification sous l'emploi des excitans intérieurs, ce qui tenait, ou à la gravité de la maladie, ou à quelque disposition individuelle.

TABLEAU DE L'ÉTAT DU POULS CHEZ QUATRE MALADES ATTEINTS DE FIÈVRE TYPHOÏDE ET TRAITÉS PAR LES TONIQUES.

AVANT L'EMPLOI DES TONIQUES.	JOUR DE LA MALADIE OU L'ON A COMMENCÉ LE TRAITEMENT. 20e jour (1).		10e jour (2).		10e jour (3).		16e jour (4).	
	Langue	Pouls.	Langue	Pouls.	Langue	Pouls.	Langue	Pouls.
	sèche	94	sèche	100	sèche	100	sèche	100
2e jour	subhumide	80	sèche	94	sèche	96	subhumide	100
4e —	humide	72	subhumide	94	sèche	100	humide	108
6e —	humide	72	humide	84	sèche	84	subhumide	104
8e —	humide	72	humide	96	subhumide	84	subhumide	102
10e —			humide	96	subhumide	74	subhumide	100
12e —			humide	80	subhumide	80	humide	90
14e —					humide	72	humide	96
16e —					humide	72	humide	90
18e —					humide	72	humide	90
20e —							humide.	
22e —							humide	76

On peut voir d'après ce tableau qu'il n'est pas exact de dire que l'emploi des toniques sèche la langue et augmente la fièvre: les deux propositions contraires seraient plutôt l'expression de la vérité, et cet heureux effet d'une médication stimulante ne s'est pas fait longtemps attendre, sauf dans un cas où il a fallu près de trois semaines pour obtenir une convalescence franche et complète.

Quant au délire, je l'ai vu plutôt diminué qu'augmenté par les toniques, et en examinant avec soin mes observations, je n'ai trouvé qu'un seul cas où il y ait eu une augmentation notable de l'agitation, de la loquacité et du délire; dans tous les autres cas, ces divers symptômes ont diminué ou ont disparu complètement. La même remarque s'applique à la diarrhée qui existait dans presque tous les cas où j'ai administré les toniques, et cette médication ne m'a paru avoir aucun effet fâcheux sur ce symptôme. En résumé, on peut dire que la médication tonique peut et doit être employée avec avantage dans un grand nombre de cas de fièvres typhoïdes; mais il vaut mieux cependant n'y avoir recours que dans les cas graves, lorsque les symptômes de stupeur sont très prononcés, lorsque la faiblesse est considérable et que le malade porte avec lui une atmosphère fétide et comme gangreneuse; c'est alors que cette méthode de traitement sera suivie des plus beaux succès, et que l'on verra sous son emploi des malades revenir à la vie, et reprendre des forces alors qu'ils paraissaient voués à une mort certaine. Au reste j'ai eu l'occasion de faire une remarque pratique qui n'est pas sans importance, c'est qu'il est des époques où les toniques réussissent bien et d'autres où ils échouent; il y a quatre ou cinq ans que j'en tentai souvent l'emploi dans des cas où ils me paraissaient être tout à fait indiqués; mais alors leur usage ne fut d'aucune utilité, et presque tous nos malades succombèrent; si j'avais eu à donner une opinion sur l'emploi des toniques dans les fièvres typhoïdes, elle eût été alors bien défavorable, tandis que depuis deux ans les circonstances ont complètement changé, et c'est au contraire la médication excitante qui m'a paru réussir le mieux soit dans le début, soit lorsque les autres méthodes avaient échoué. Le phénomène qui dépend des constitutions médicales est, comme ce qui touche à cet objet, entouré de la plus grande obscurité; néanmoins je pense devoir signaler cette observation aux praticiens, et je le fais d'autant plus volontiers que, lors de mon séjour à Londres il y a deux ans, les médecins des hôpitaux me dirent avoir fait une remarque semblable sur la modification des fièvres typhoïdes, qui, suivant eux, étaient beaucoup moins inflammatoires et beaucoup plus asthéniques que pendant les années précédentes.

Mais c'est peu faire que de s'occuper du traitement médical des fièvres typhoïdes, si l'on ne soigne l'hygiène de ces malades qui, semblables à des enfans, sont incapables de se rendre aucun service et ne peuvent se soustraire aux circonstances fâcheuses dont ils sont entourés. Ainsi que l'a très bien fait sentir M. Chomel, il est important de maintenir autour d'eux la plus grande propreté, de les changer et de les laver aussi souvent que les excrémens viennent salir leur lit; il faut autant que possible avoir constamment l'œil sur ces malades et leur rendre une multitude de petits services que leur état réclame impérieusement.

Voici les règles que j'ai établies dans l'hôpital de Genève; tous les cas graves de fièvres typhoïdes sont transportés dans la portion de la salle la mieux ventilée; ils ont toujours deux lits à leur disposition, de manière à

(1) Sulfate de quinine, ratanhia et vin de Bordeaux.
(2) Acétate d'ammoniaque, camphre, sirop de quinquina et vin de Bordeaux.
(3) Idem.
(4) Idem.

les changer dans tous les cas le matin et le soir, et plus souvent si cela est nécessaire; on fait la plus grande attention à la disposition des draps pour éviter les plis qui pourraient amener des escarres; on saupondre les draps avec de l'amidon lorsque la peau est rouge et menace de se gangrener; si les malades ne se laissent pas aller dans leur lit, on place sous le drap une pean de basane qui, par sa surface unie, empêche les plis, et par conséquent les blessures du sacrum ou des trochanters; on a soin de laver souvent le visage et les mains, de manière à diminuer la chaleur brûlante de ces parties; les dents et la langue sont humectées et nettoyées au moyen d'un pinceau fait exprès. Si l'on ajoute à ces divers moyens hygiéniques l'ablation des cheveux par le rasoir, on aura l'ensemble des circonstances favorables auxquelles on soumet les malades atteints de fièvres typhoïdes graves, et l'on ne saurait trop insister sur leur importance, car le plus souvent de leur négligence résultent des complications assez fâcheuses pour entraîner la mort, alors même que le traitement médical eût réussi à triompher du mal.

RÉSUMÉ.

L'étude clinique des fièvres continues a, depuis plusieurs années, fixé mon attention et fait l'objet de mes recherches. J'ai fait connaître en 1836 les résultats de mon observation sur les fièvres continues de l'Angleterre, et j'ai montré qu'il y avait dans ce pays deux genres de fièvre continue très distincte l'une de l'autre; une fièvre sporadique peu contagieuse qui se rencontre dans toutes les parties de l'Angleterre, et qui ne diffère pas de notre fièvre typhoïde, et une fièvre éminemment contagieuse qui a sa source et son foyer en Irlande d'où elle se répand en Angleterre et en Ecosse, en suivant très exactement les migrations des ouvriers irlandais.

Maintenant je viens de faire connaître les résultats de mes observations sur les fièvres continues de notre pays. L'existence d'une fièvre ou maladie bilieuse indépendante de la fièvre typhoïde a été niée dans ces derniers temps par plusieurs auteurs et en particulier par M. Chomel; j'ai cherché à reconnaître s'il existe réellement une maladie qui ait pu être confondue avec la fièvre typhoïde, et qui cependant en fût différente par les lésions anatomiques; j'ai cru pouvoir résoudre cette question par l'affirmative; c'est, au reste, ce dont on a pu juger par la lecture de ce mémoire. Mais en faisant cette recherche et en arrivant à la conclusion qu'il existe bien deux maladies distinctes, la fièvre bilieuse et la fièvre typhoïde, j'ai été amené à reconnaître que dans les cas légers il était bien difficile de les distinguer, et qu'outre qu'un grand nombre de cas que l'on désigne ordinairement sous le nom d'embarras gastrique ou de fièvre bilieuse sont, en réalité, des fièvres typhoïdes, présentant la plupart des symptômes caractéristiques de cette affection, et de plus dans un cas qui s'est terminé par une mort violente, j'ai trouvé toutes les lésions propres à la dothinentérite chez un malade qui avait travaillé jusqu'au moment de sa mort. Cette dernière observation m'a conduit à rechercher quel est l'état de l'intestin dans les premiers jours de la fièvre typhoïde, et j'ai été amené à conclure que le cas soumis à mon observation était probablement plus récent que tous ceux observés jusqu'à présent, c'est-à-dire qu'il ne remontait pas au cinquième jour. Le même fait m'a démontré également l'absence de toute injection ou trace d'inflammation dans les premiers jours de l'éruption intestinale.

J'ai souvent observé que la fièvre typhoïde se transmettait d'individu à individu, et je fais connaître dans le mémoire quelques-uns des faits qui ont entraîné ma conviction sur la nature contagieuse de cette maladie. Cette conclusion se trouve en harmonie avec celle que la plupart des médecins de province ont tirée de leurs observations; tandis que, dans la capitale, les principaux praticiens affirment n'avoir rien vu qui pût les conduire à considérer la fièvre typhoïde comme contagieuse; mais il faut se rappeler qu'en matière d'observation, des faits négatifs, quelque nombreux qu'ils soient, ne peuvent détruire l'évidence déduite de faits positifs et bien avérés.

J'ai fait connaître l'influence des saisons sur le développement des fièvres typhoïdes, et montré que l'automne et l'hiver sont l'époque du maximum, et l'été et le printemps l'époque du minimum de ces maladies; la comparaison des diverses années entre elles nous a montré que les années variables et humides avaient compté un plus grand nombre de fièvres typhoïdes que lorsque la température avait été uniformément chaude et sèche.

L'étude de la mortalité des fièvres typhoïdes nous a montré qu'elle variait souvent d'année en année, qu'elle n'était pas plus considérable à Genève qu'à Paris; que chez les hommes elle était moins forte que chez les malades du sexe féminin, résultat contraire à celui du professeur de Carlsruhe, et différent de ceux obtenus à Paris; tandis que pour l'influence de l'âge sur le développement et la gravité de la fièvre typhoïde, j'ai pu confirmer des lois établies par MM. Chomel et Louis, en montrant que la jeunesse était l'époque du plus grand nombre des fièvres typhoïdes; mais qu'elles étaient d'autant moins graves que les malades étaient moins âgés, ce qui s'applique surtout à ceux qui n'avaient pas atteint leur vingtième année.

J'ai fait connaître les diverses observations que j'ai pu faire sur le traitement de la fièvre typhoïde; j'ai montré les bons effets des bains prolongés, et leur influence pour diminuer la fièvre et amender la plupart des symptômes. J'ai signalé les avantages que l'on retire des lavages froids ou tièdes pour remplir la même indication; mais en faisant remarquer que dans la saison froide, cette méthode n'est pas sans inconvénient. J'ai discuté la valeur des émissions sanguines dans la fièvre typhoïde, et montré que les résultats obtenus par M. Bouillaud n'étaient pas aussi extraordinaires qu'on pourrait le penser au premier abord, tout en reconnaissant cependant que les travaux du professeur de la Charité ont démontré l'innocuité de grandes émissions sanguines chez les malades atteints de fièvre typhoïde. J'ai montré quels sont les effets du traitement tonique et excitant, en étudiant jour par jour l'état du pouls et de la langue chez quelques malades soumis à cette médication; en passant en revue les diverses fonctions, j'ai vu que le traitement tonique, bien loin d'être nuisible, réussissait souvent à triompher des cas les plus graves, et guérissait presque autant de malades que M. Bouillaud par la méthode des saignées coup sur coup.

Enfin, pour terminer l'histoire du traitement de la fièvre typhoïde, j'ai fortement insisté sur l'importance des soins hygiéniques bien entendus et continués pendant toute la durée du traitement; j'ai dit que dans l'hôpital de Genève je faisais presque toujours raser la tête du malade; je lui donnais deux lits et l'entourais de tous les soins de propreté si nécessaires à son état. Je m'estimerai heureux si ces études cliniques ont jeté quelque jour sur une maladie aussi grave, et surtout si elles contribuent à diminuer le nombre des victimes qu'elle fait annuellement.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 26 FÉVRIER.

La correspondance offre : 1° Lettre de M. Desruelles sur la blénorrhagie virulente. L'auteur se demande s'il existe réellement une blénorrhagie virulente; il ne le pense pas, et il motive son opinion. Cette lettre est envoyée à la même commission qui doit juger les deux communications faites depuis longtemps par M. Ricord sur le même sujet; 2° Lettre de M. Renauld, membre correspondant à Toulon, sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui, à ce que les journaux avaient dit, régnait dernièrement dans ce pays. On se rappelle que sur la proposition de M. Londe, l'Académie avait écrit pour avoir des renseignemens à ce sujet. D'après la lettre de M. Renauld, il paraîtrait qu'il n'en était rien et qu'aucune épidémie de ce genre n'a été observée à Toulon depuis le choléra; 3° Lettres de MM. Chassaignac, Broc, Manec, Sédillot et Thierry qui demandent à être portés sur la liste des candidats pour la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie.

A la suite de la correspondance, M. Dupuy demande à faire l'observation suivante. Je trouve dans le compte-rendu d'une des dernières séances imprimé dans le Bulletin, que, dans la discussion sur le tournis, plusieurs membres ont soutenu qu'il y avait dans le cerveau des moutons, des acéphalocystes. On se trompe. Chez le mouton, l'acéphalocyste a été rencontré dans le foie, jamais dans le cerveau, et Laënnec, qui a créé cette dénomination d'acéphalocyste, dénomination qui veut dire animal sans tête, a fait précisément cette remarque, que ces êtres ne se rencontrent jamais dans le cerveau du mouton. Le ver intra-crânien qui occasione le tournis chez le mouton est d'une autre espèce, il a une tête très manifeste.

CHIMIE ORGANIQUE ET MÉDECINE LÉGALE.

M. CAVENTOU vient au nom d'une commission, composée de MM. Duméril, Delens, Pelletier et lui, faire un rapport sur deux communications faites dernièrement par M. Devergie, l'une relative aux zoospermes, l'autre aux sels de cuivre trouvés dans le corps de l'homme (V. GAZ. MED., 1838). La première de ces communications ayant été publiée par l'auteur, la commission exprime le regret de ne pas pouvoir s'en occuper. Quant à la seconde, la commission déclare d'après des expériences auxquelles elle vient de se livrer qu'elle ne peut partager les idées de M. Devergie. En conséquence, elle propose des remercimens à l'auteur et le dépôt de sa note aux archives.

M. BOUILLAUD : Le rapport que M. Caventou vient de lire est si bien fait qu'il serait à désirer que l'Académie eût plus souvent à entendre des travaux si minutieusement élaborés. Bien que la question purement chimique ne soit pas de ma compétence, j'ai cru devoir demander la parole pour faire une simple remarque sur une phrase du rapport. M. Caventou a dit qu'il existe de l'hydrochlorate d'ammoniac dans toutes les sécrétions normales du corps et en particulier dans les matières sécrétées par la muqueuse gastro-intestinale. Je lui demanderais si les analyses qui l'ont conduit à ce résultat ont été faites en masse, c'est-à-dire sur l'estomac et les intestins à la fois, ou sur chacun de ses viscères séparément.

M. CAVENTOU : En masse.

M. BOUILLAUD : Ce mode d'expérimentation me paraît peu concluant. Si vous examinez sur les cadavres frais le mucus qu'on trouve dans l'estomac et dans les intestins séparément, vous ne trouverez de l'acescence que sur celui

seulement qui réside dans le grand cul-de-sac de l'estomac. Ce liquide rougit constamment le papier tournesol, tandis que rien de pareil ne s'observe dans celui qu'on rencontre dans le reste du même viscère, vers le cardia, par exemple, ni dans celui des intestins. Cette acidité paraît dépendre, à ce que je présume, de la présence de l'acide hydrochlorique, ainsi qu'on peut s'en assurer à l'odeur, bien que quelques personnes l'attribuent plutôt à l'acide lactique, d'autres à l'acide acétique. Comme une pareille condition ne se rencontre que dans le grand cul-de-sac de l'estomac, nous avons été obligés de conclure qu'elle est due à une sécrétion spéciale de ce point de la muqueuse. J'ajouterai que si l'on examine le cadavre après un certain temps de la mort, la muqueuse correspondante est plus particulièrement ramollie et facile à détacher, ce qui dépend probablement de l'action de l'acide en question. Il importe d'en tenir compte surtout dans les autopsies judiciaires (1).

Je vais maintenant plus loin, et je dis que, de ce que M. Caventou a trouvé de l'hydrochlorate d'ammoniac dans les intestins et l'estomac, qu'il a analysés en masse, on ne peut dire que cette substance ait été sécrétée par la muqueuse de ces deux parties, car elle pourrait bien, à la rigueur, dépendre de la matière qui émane du grand cul-de-sac de l'estomac. On conçoit qu'en passant dans le duodénum et dans les intestins grêles cette matière acide puisse subir des changements par le mélange de la bile, de l'humeur pancréatique, etc., et donner naissance au sel dont il s'agit. Je désirerais, en conséquence, que, jusqu'à ce que de nouvelles recherches plus décisives aient été faites à ce sujet, M. Caventou n'affirmât pas, d'une manière aussi certaine, dans son rapport, que la matière sécrétée par la muqueuse intestinale contient de l'hydrochlorate d'ammoniac.

M. Caventou : L'observation de M. Bouillaud me paraît d'autant plus importante qu'elle confirme les idées émises à ce sujet par Proust et Braconneau. Il est même remarquable qu'à l'aide du seul sens de l'odorat M. Bouillaud a été conduit à une connaissance qui peut avoir d'heureuses applications en médecine légale.

M. Dubois (d'Amiens) : L'hydrochlorate d'ammoniac dont a parlé M. Caventou se rencontre non-seulement dans les liquides normaux, mais encore dans les liquides anormaux: je l'ai, par exemple, rencontré dans le pus (2). Du reste, je ne crois pas que l'épreuve avec le papier tournesol, dont M. Bouillaud a fait mention, soit toujours suffisante pour décider s'il y a dans un liquide excès d'acide ou d'alcali.

M. Hip. Cloquet : Il y a déjà longtemps que je me suis occupé avec Béclard de l'examen chimique du chyle. Nous y avons constaté la présence de l'acide acétique.

M. Chevallier : La question que M. Bouillaud vient de soulever est fort importante, mais on ne peut l'accepter avant que le fait capital qu'il a signalé soit constaté chimiquement. Il serait donc à désirer que des expériences fussent faites sur ce sujet avant de rien conclure.

M. Castel : M. Bouillaud vient de signaler comme un fait nouveau la présence d'un acide dans les sucs sécrétés par l'estomac. Ce fait est connu depuis la plus haute antiquité, et je n'aurai même pas besoin de fouiller dans les fastes de la science pour le prouver. Nos ménagères nous apprennent tous les jours que, pour faire cailler le lait, il suffit d'y mêler des sucs d'un estomac d'agneau. (Hilarité.) D'un autre côté, qui d'entre nous n'a pas vu le lait, chez les enfans par exemple, être quelquefois vomi tout caillé; preuve évidente qu'un acide avait agi sur lui. Il m'est assez souvent arrivé de voir le phénomène en question disparaître, par la diminution de l'acide, avec les seuls progrès de l'âge. J'ai dit.

M. Rochoux appuie l'amendement proposé par M. Bouillaud.

M. Girardin : Je dois rappeler à l'Académie qu'elle a reçu, il y a quelques années, un excellent travail manuscrit de M. Carswell, travail sur lequel M. Andral a fait un rapport très favorable, et qui contient beaucoup d'observations propres à éclairer la question qu'on discute en ce moment. Il serait peut-être bon que la commission en prît connaissance avant de demander l'adoption du rapport et d'en donner, en attendant, un extrait dans le Bulletin.

Le rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés.

Vers la fin de la séance, M. Nonat présente des pièces d'anatomie pathologique d'un sujet mort de morve aiguë à l'Hôtel-Dieu.

M. Broc présente une tête mécanique de son invention pour l'étude de l'anatomie du cerveau.

(Séance levée à cinq heures.)

(1) On sait par les expériences de Spallanzani que l'action des sucs gastriques est quelquefois capable de perforer l'estomac après la mort, et que souvent la perforation de ce viscère n'a pu être attribuée qu'à cette seule cause (v. les faits cités par Rasori dans sa Teoria della Flogosi); mais quelles sont les conditions chimiques des sucs gastriques capables de produire cet effet? Nous l'ignorons. Nous devons ajouter néanmoins qu'en supposant que l'acide hydrochlorique soit sécrété en très grande abondance dans l'estomac, il ne paraît pas produire *pendant la vie* l'altération de la muqueuse dont a parlé M. Bouillaud; nous rappellerons à ce sujet les expériences de M. Coindet et de M. Christison, professeur de toxicologie et de médecine légale à Edimbourgh (A treatise on poisons, etc., 1829). Il résulte de ces expériences qu'en mettant dans un estomac de cadavre une certaine quantité d'acide oxalique concentré, ce viscère est promptement perforé, tandis qu'étant injecté dans l'estomac d'un animal vivant, non seulement ce viscère n'est point perforé durant la vie, mais encore la muqueuse en est fort peu altérée. On conçoit de quelle importance ces remarques pourraient être dans certaines autopsies judiciaires.
(N. de R. des séances de l'Acad.).

(2) La connaissance de ce fait est due à M. Bonnet, de Lyon. (Voy. le mémoire de ce médecin, Gaz. Méd., 1837.)

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire a l'appui du projet d'un asile d'aliénés commun a cinq départemens : Aisne, Aube, Ardennes, Marne, Seine-et-Marne; par G. Dagonet, docteur en médecine de la Faculté de Paris, directeur de la maison de santé du département de la Marne.

L'auteur de l'important mémoire que nous analysons, attaché d'abord en 1829, comme médecin-adjoint, au dépôt de mendicité du département de la Marne, ne tarda pas à en devenir le directeur. Plus tard, en 1834, ce dépôt fut converti en hospice départemental, par ordonnance royale, et c'est sur l'emplacement qu'occupe cet hospice, à Châlons-sur-Marne, chef-lieu du département de ce nom, que M. Dagonet voudrait voir s'élever un asile pour les aliénés des cinq départemens de l'Aisne, de l'Aube, des Ardennes, de la Marne et de Seine-et-Marne. Le département de la Marne est le plus central des cinq; c'est là ce que rappelle une petite carte géographique que l'auteur a placée à la fin de son travail. Cette position doit y déterminer la fondation de l'asile d'aliénés dont M. Dagonet donne aussi le plan, d'après la connaissance qu'il a des localités et de leur appropriation à tous les besoins d'un établissement semblable.

Dans une première partie de son travail, M. Dagonet, après avoir signalé le défaut d'uniformité des établissemens consacrés, en France, au traitement de l'aliénation mentale, avait traité de l'association départementale, comme le seul moyen d'arriver à une constitution satisfaisante de ces sortes d'asiles. Il avait rappelé les discussions qui avaient eu lieu à cet égard au sein des chambres, et en avait conclu que, soit cette partie d'un pouvoir, soit le ministère, avaient admis le principe de cette association. C'est ce principe qu'il applique au cas particulier auquel a trait son mémoire. M. Dagonet voudrait, en effet, que chacun des cinq départemens que nous avons déjà cités eût sa part, et aux dépenses, et à la propriété, et à la jouissance de l'asile central ou communal de la Marne. « Les travaux les plus urgens, dit-il, pour approprier la maison de santé de la Marne à sa nouvelle destination demanderaient quatre années pour être achevés. Les départemens appelés à cette constitution n'auraient à y contribuer que pour une somme bien faible; leur contingent, calculé seulement sur leur impôt territorial, ne grèverait que d'environ un demi-centième additionnel l'ensemble de leurs contributions, et cela seulement pendant quatre ans. »

Nous donnons assez pleinement les mains à tout ce que l'auteur dit des conditions essentielles au traitement des aliénés, à la nécessité de donner le travail manuel comme moyen auxiliaire à la thérapeutique. Nous pensons, autant que nous pouvons en juger par l'étude du plan de l'asile et de la légende, que les divisions, les distributions et les affectations des bâtimens sont tout ce qu'elles peuvent être, et il nous semble, en effet, que l'auteur est dans les vrais principes à cet égard. Mais il y a un point sur lequel nous ne saurions être d'accord avec lui, c'est celui de la multiplicité des médecins dans un établissement d'aliénés. L'auteur veut pour le sien un médecin en chef, un médecin ordinaire, un chirurgien ordinaire, un médecin-adjoint, un chirurgien-adjoint. Pour nous, il est clair comme le jour qu'il y a là quatre médecins ou chirurgiens de trop. Un seul médecin pour un établissement d'aliénés, c'est là pour nous un axiôme. Si le médecin ne sait pas opérer, comme cela a lieu d'ordinaire, adjoignez-lui un chirurgien qui ne soit qu'un instrument, rien qu'un instrument. Hors de là, il n'y a ni ordre, ni convenance, ni recherches, ni succès possible.

Quoi qu'il en soit de ce dissentiment, sur lequel nous appelons l'attention de M. Dagonet lui-même, nous reconnaissons tout le mérite de son travail, et toute l'utilité que trouveront à le consulter, non pas seulement les membres des conseils-généraux des cinq départemens intéressés dans la question qu'il traite, mais encore ceux des conseils-généraux de tous nos autres départemens. La question de la fondation en commun d'asiles pour les aliénés par plusieurs départemens ne saurait être résolue que par l'affirmative, c'est-à-dire comme l'a résolue M. Dagonet; et les bases qu'il a cherché à établir, soit pour les dépenses de construction, soit pour les dépenses journalières et par tête, peuvent avantageusement servir de guide ou de point de repère pour des déterminations semblables.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) parait tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

MÉMOIRE ET OBSERVATIONS SUR LES RÉTRÉCISSEMENS ORGANIQUES DU RECTUM; par MM. A. BÉRARD, agrégé à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Necker, etc., et E. MASLIEURAT-LAGÉMARD, chirurgien interne des hôpitaux, membre de la société anatomique, etc.

Dans les hôpitaux comme partout ailleurs, il est de ces hasards qui frappent quelquefois par leur singularité, et qui opèrent des rapprochemens qu'on ne pouvait espérer de voir. Tantôt dans le même lit se trouvent successivement placés et sans qu'on y ait attaché la moindre importance, des individus atteints de la même affection; tantôt s'offriront réunies à l'observation des maladies qui ne se présentent isolément que dans des espaces de temps quelquefois très éloignés.

Nous avons vu à plusieurs reprises différentes s'opérer ce rapprochement singulier, et pendant que M. A. Bérard était chargé par la faculté de médecine, de remplacer M. le professeur Jules Cloquet, dans la même semaine, je ne dirai pas dans le même lit, mais dans la même salle, ont été couchés trois malades atteints de rétrécissement du rectum.

Cette affection est loin d'être la même dans sa marche et ses degrés, sa nature, ses causes et sa terminaison. Si les cas qui ont été soumis à notre observation avaient certaines analogies, ils avaient aussi de grandes dissemblances sous plusieurs points de vue, et pour cette raison, il a fallu, dans le traitement, suivre des procédés divers.

Cette variation du mal et de sa thérapeutique est un point important dans son histoire, et l'étude que nous en avons pu faire sur les trois malades soumis simultanément à notre examen, nous a fourni quelques remarques utiles, peut-être à ceux qui n'auraient pu voir par eux-mêmes.

On donne le nom vague de rétrécissement du rectum à toute cause qui met un obstacle au libre passage des matières stercorales. Cette dénomination est beaucoup trop étendue et nous sortirions tout à fait de notre sujet, si nous regardions comme rétrécissement, par exemple, l'obstacle causé par une tumeur voisine de cet intestin, un pessaire, etc. Dans ce cas, en effet, l'intestin n'est pas rétréci, les parois sont appliquées l'une contre l'autre par la pression, mais leur capacité reste la même et peut facilement reprendre sa forme et son diamètre primitifs.

Par rétrécissement du rectum, nous entendons une affection organique qui porte essentiellement son action sur les parois même de cet intestin, qui ne peut revenir à son état normal qu'après un traitement méthodique susceptible de faire disparaître l'induration, les brides, les végétations, etc., qui affectent les diverses tuniques qui entrent dans sa composition.

Feuilleton.

GALERIE RÉTROSPECTIVE. — GUY-PATIN.

Voltaire a dit du recueil des lettres de Guy-Patin qu'il sert à faire voir combien les auteurs contemporains qui écrivent précipitamment les nouvelles du jour sont des guides infidèles pour l'histoire, et que cette multitude de petits faits n'est guère précieuse qu'aux petits esprits. Desgenettes, qui a consacré quelques lignes à cette grande existence médicale du dix-septième siècle (Bibliogr. méd.), fait peser sur elle une sorte de discrédit historique et assigné à Guy-Patin sa place parmi les savans littérateurs plutôt que parmi les grands médecins.

Ces deux jugemens reposent, le premier, sur un faux point de vue, l'autre sur une étude incomplète des détails scientifiques qui se rencontrent épars dans la correspondance de Guy-Patin. L'auteur du SIÈCLE DE LOUIS XIV n'a point distingué les documens bien différens que doit interroger l'histoire; il a méconnu la valeur de ces chroniques familières qui, tombées d'une plume contemporaine, traduisent les passions du temps et notent, pour ainsi dire sous l'œil de la postérité, les accidens fugitifs de la vie sociale de nos aïeux comme les événemens retentissans de leur monde politique. Le spirituel collaborateur de la Bibliographie médicale, qui avait plus d'un trait de ressemblance avec Guy-Patin, qui ne laisse guère comme lui que des mémoires, et dont les causeries publiques à l'école de médecine, sous prétexte d'hygiène, rappelaient peut-être l'enseignement de Guy-Patin au collége de France, Desgenettes, doué de ant de finesse et de verve mordante, aurait été mieux avisé d'exercer ces facultés à l'appréciation originale de cette célébrité du dix-septième siècle, que de transcrire les jugemens de don Bonaventure, de Bayle et même de Voltaire.

Guy-Patin avait promis au public plusieurs ouvrages; il n'a guère laissé que le recueil de ses lettres; le Traité de la conservation de la santé, les notes sur Galien et sur l'ouvrage de Nicolas Ellain, n'auraient point fixé sur lui les regards de la postérité; et la renommée européenne qui l'environnait vivant ne nous resterait que comme un écho historique. Mais Guy-Patin qui a été doyen de la faculté, qui professait au Collége de France trois sciences diverses (la botanique, la pharmaceutique, l'anatomie), qui écrivait thèses et consultations et se répandait largement dans la pratique, trouvait encore le temps pour trois choses : 1° projeter des livres au milieu des nombreux livres de sa bibliothèque qu'il aimait comme le paisible sanctuaire de son esprit; 2° colporter sa spirituelle malice de dîners en dîners avec l'assaisonnement du louis d'or offert sous l'assiette par ses amphitryons du grand monde; 3° écrire force lettres sur tous les sujets qui abondaient sous sa plume ou que lui jetait la fortune du jour, et cette fortune ne manquait alors ni de bizarrerie ni d'inattendu; c'était une époque de fronde, de mazarinade, de huguenoterie, de controverse théologique, de médicastrerie; c'était le temps où se débattait à la grand'-chambre du parlement de Paris la cause des chirurgiens revendiquant la robe et le bonnet *«pour marque de l'honneur qu'ils méritent par leur doctrine en chirurgie quoiqu'ils n'ayent point de litérature;»* où saint Côme, vaincu par saint Luc, voyait biffer de la maison de ses disciples, par arrêt de parlement, le titre *de collegium chiriatricum;* où la faculté de Paris répudiait, dans la personne du sieur Renaudot, sa rivale de Montpellier; où les chimistes *« ces singes de la médecine »* n'avaient encore réussi qu'à faire d'une science, aujourd'hui la plus féconde en résultats, que la fausse monnaie de notre art; où le grand et

D'après cet exposé, on voit combien ces rétrécissemens doivent varier par leur étendue, leur forme, leur nature. Ce sont ces divers états qu'il faut maintenant étudier, afin d'arriver, si faire se peut, à la connaissance de la cause qui les a fait naître et des moyens susceptibles d'en opérer la disparition.

NATURE ET FORMES.

Le plus souvent, ils sont dus à une cause inflammatoire qui, apparaissant fréquemment, détermine une irritation permanente dans cette partie de l'économie : l'afflux sanguin qui s'y opère augmente la vitalité, l'induration, l'épaississement des parois de cet intestin. Tantôt cette congestion commence par plaque dans le tissu cellulaire sous-muqueux; devient dure, résistante, fait participer à cette hypertrophie les couches musculaires, et devient le premier degré de l'état squirreux qui, le plus souvent, n'affecte qu'un des côtés du tube intestinal; d'autres fois cependant il peut l'envahir tout entier dans une étendue qui varie. En faisant des progrès, il peut corroder et ulcérer la muqueuse, donner lieu à des végétations fongueuses ou se ramollir à son centre et passer à l'état encéphaloïde. C'est de tous les rétrécissemens le plus opiniâtre et le plus rebelle à guérir.

La muqueuse peut être primitivement le siége de l'hypertrophie qui gagne ensuite les parties voisines. Elle est boursoufflée, molle, fongueuse, ayant dans la partie malade une surface uniforme; ou bien s'accroît d'une manière anormale et donne naissance à des végétations polypiformes. Dans d'autres circonstances, au lieu de se ramollir, elle devient indurée, saillante dans la cavité intestinale, soit que cet état soit dû à son hypertrophie, soit que, par l'abondance de la circulation, il se dépose là de véritables couches plastiques qui augmentent ainsi son épaisseur. La partie malade affecte alors plusieurs formes; tantôt c'est une demi-colonne saillante comme celles que l'on rencontre dans l'intérieur des ventricules du cœur, qui peut avoir une étendue de 1, 2 ou 3 pouces en hauteur, tantôt c'est un véritable anneau circulaire, une espèce de cloison percée à son centre et qui rétrécit de toute sa largeur le diamètre intestinal. Quelquefois il n'existe que la moitié de la cloison, et alors elle forme un croissant qui a sa concavité dirigée, tantôt en avant, tantôt en arrière; qu'on ne croie pas cependant, comme l'a indiqué M. Tanchou, que ce croissant soit dû à l'augmentation des valvules conniventes dont il représente la forme. Il n'existe pas de valvules conniventes dans l'intestin rectum : ce n'est qu'aux formes de l'épaississement de la muqueuse. Dans d'autres cas, on ne trouve dans ce point rétréci du rectum qu'une foule de petites végétations dures, saillantes à l'intérieur, réunies en grand nombre, et occupant une étendue plus ou moins considérable. Sur un des malades de notre service existaient en même temps une bride et les tubercules dont je parlais tout à l'heure.

Enfin toutes ces parties peuvent passer à un état d'induration telle qu'une véritable transformation cartilagineuse et même osseuse en est quelquefois le résultat.

SIÉGE.

Le siége le plus fréquent des rétrécissemens du rectum n'a pas été déterminé d'une manière bien précise et tous les auteurs ne sont pas du même avis pour le désigner. Les uns le placent au niveau de l'angle sacro-vertébral et mettent la saillie plus ou moins prononcée des os qui le forment au nombre des causes qui peuvent irriter l'intestin et donner lieu à l'affection dont nous parlons. D'autres au contraire les ont remarqués plus fréquemment à la partie inférieure du rectum, immédiatement au-dessus du sphincter interne. Les trois malades qui ont été couchés dans nos salles portaient leur mal à l'extrémité inférieure. Nous avons pu recueillir quarante autres observations d'affection semblable, dont trente occupaient, comme celles que nous avons vues, l'extrémité inférieure; douze seulement une portion de l'intestin qu'on n'a pu explorer avec le doigt et qui correspondait chez les malades dont on a fait l'autopsie à l'angle sacro-vertébral ; un seul avait malade la totalité de l'intestin. D'après ce relevé, nous pouvons conclure, jusqu'à ce qu'un plus grand nombre de faits viennent démontrer le contraire, que le siége le plus fréquent des rétrécissemens du rectum est à 2 ou 3 pouces de l'ouverture anale.

AGE ET SEXE.

Sans chercher à vérifier l'exactitude de la proportion de 10 à 1 que Desault avait établie sur la plus grande fréquence du mal chez les femmes que chez les hommes, presque tous ceux qui sont venus après ce célèbre chirurgien ont répété la même erreur, au moins si nous en jugeons par le relevé dont nous avons déjà parlé. Il est vrai que nos trois malades étaient trois femmes; mais, si nous les ajoutons aux 40 arrivées, nous aurons un total de 43, dont 23 femmes et 20 hommes. On voit que la différence entre l'un et l'autre sexe est bien peu marquée. C'est de 30 à 45 ans qu'en général il se montre chez les femmes, rarement plus tôt ou plus tard; tandis que c'est de 55 à 70 ans qu'il apparaît le plus souvent chez les hommes, nous fondant pour établir ces données sur nos 43 observations.

CAUSES.

Les rétrécissemens du rectum dus à une hypertrophie de ses parois reconnaissent, comme toutes les affections organiques de ce genre, certaines dispositions individuelles sur lesquelles je n'insisterai pas, telles qu'un état pléthorique, des irritations prolongées et répétées plus ou moins fréquemment, et qui par cela même y occasionnent une surabondance des fluides sanguins. Toutes les causes qui peuvent mettre ces parties dans un état d'éréthisme continuel y produisent des effets analogues; tel est l'abus des purgatifs, des astringens, la présence de flux ou de tumeurs hémorroïdaires, la répercussion de certaines maladies cutanées, de la gale, des dartres, etc., une congestion sanguine due à la compression des parties voisines et à la gêne de la circulation. C'est, sans doute, de cette manière et par l'irritation que cette même pression exerce qu'on a rangé au nombre des causes la constipation opiniâtre et l'accumulation des matières stercorales dans l'extrémité inférieure de l'intestin, la pression qu'exerce sur lui l'utérus distendu par le produit de la conception. Chez les femmes il apparaît à un âge peu avancé, et presque toutes celles qui en ont été affectées se trouvaient dans les conditions indiquées : elles avaient eu des enfans.

Chez les hommes, au contraire, il se montre en général à une époque beaucoup plus avancée de la vie, là où l'organisation intestinale permet l'accumulation des matières stercorales dans l'extrémité inférieure du rectum : ce qui arrive rarement dans l'âge adulte. En effet, Ohernn, par des recherches minutieuses, a pu constater que toutes les fibres annulai-

---

le petit Châtelet ne désemplissaient point de procès entre malades et apothicaires; où ceux-ci, «cuisiniers arabesques,» exploitant les arcanes d'une superstitieuse pharmacopée avec une industrie que n'ont peut-être point surpassée leurs arrière-neveux, inventeurs de pâte et d'affiches, avaient encouru cette plaisante définition de leur individualité : « *animal bene faciens partes et lucrans mirabiliter;* » où maître l'Orviétan, l'un des pères du charlatanisme cosmopolite, débitait sur le Pont-Neuf sa drogue, approuvée par les signatures achetées d'une douzaine d'Esculapes félons et besogneux; c'était le temps où les questions de médecine pratique se traitaient comme des thèmes litigieux de philologie, à coups d'érudition grecque et latine; où Simon Piètre, que Guy-Patin appelle l'incomparable, luttait au lit des malades contre « les superstititions lunaires et sydérales; » où Guy-Patin lui-même est obligé de rassurer un ami et confrère sur les dangers que redoutait celui-ci pour sa progéniture, née dans la nouvelle-lune; où le médecin qui a guéri son malade par un purgatif (lettre XXVI), mais qui s'est permis de purger le quatrième jour, est mis en demeure de répondre de cette cure et demande des argumens apologétiques à Guy-Patin, lequel, après avoir cité Hippocrate, Galien, Baillon, Messaria, etc., ajoute : « Si la querelle dure plus longtemps, faites valoir l'autorité de Fernel qui est le prince des modernes, et vous appuyez de l'événement qui est de votre côté. » (Fernel d'abord, puis le succès.) Epoque de grandeur politique et de petitesse morale, où Richelieu, Mazarin achevaient l'œuvre monarchique de Louis XI, et où la cour et la ville s'ébattaient en controverse passionnée à propos du petit livre d'un oratorien sur la beauté physique de Jésus-Christ; époque de splendeur littéraire et de pâleur médicale, où « M. Corneille, illustre faiseur de comédies » (G. Pat.), Pascal, Boileau, Molière, Racine, et tant d'autres, formaient autour du trône une glorieuse ceinture de génies; où tous les genres de la haute littérature s'enrichissaient de chefs-d'œuvre, objet d'une intarissable admiration, tandis que la médecine chancelait, boiteuse, sur le terrain des traditions galéniques et des fausses découvertes de l'alchimie, jetant sur les faits mal observés les gratuites fabulations de la poésie humorale et s'écriant, dans son enthousiasme pour les anciens : « l'érudition et le bon sens font tout. » (Lettre XXXIII.)

Voilà l'époque où vient s'inscrire le nom de Guy-Patin; voilà le cadre historique où s'agite et se démène sa pétulante personnalité. C'est dans les *Lettres* que cette personnalité s'est fixée vivante et colorée, avec l'horizon contemporain, dont elle est une des plus saillantes figures; je ne sais si, en les écrivant, il leur promettait, dans une espérance posthume, le regard du public; dans ce cas il ne s'est pas plus gêné envers la postérité qu'envers son siècle qu'il rudoie, jour par jour, avec une singulière vigueur de sarcasme et de dedain. Politique, littérature, théologie, médecine, nouvelles, anecdotes, confidences de la vie domestique, tout cela se succède, se mêle et se remue dans ces entretiens épistolaires, que l'on dirait des conversations fugitives au coin du feu ou dans le cabinet du savant, sténographiées par une plume assidue pour la récréation et l'enseignement de la postérité. Nul autre recueil ne déroule une telle variété de sujet, une telle facilité de multiple discussion, un tel mélange de trivialité curieuse et de sagace observation, d'inculte facétie et de raillerie fine; rien n'égale le mouvement de cette chronique; les événemens, les personnages s'y heurtent; chaque lettre est comme un vivant lambeau de l'époque; l'auteur se tient au courant de tout; sa curiosité, toujours en haleine, va et vient de par tous les états de l'Europe, comme elle fouille avec une clandestine hardiesse dans les mœurs de la cour, dans la vie privée des grands, dans les intrigues des jésuites qu'il appelle les janissaires du pape, dans les querelles du

rès de l'intestin se terminaient au niveau de l'angle sacro-vertébral, et que, formant dans ce point un véritable hourrelet, elles avaient une force de résistance assez grande pour maintenir dans le colon les matières stercorales qui tendaient à se porter plus has. L'âge affaiblissait peu à peu cette force musculaire, et l'extrémité inférieure du rectum chez les vieillards formait une espèce de réservoir dans lequel s'accumulaient souvent des parties dures qui exerçaient une compression sur les parois de ce canal, et le prédisposaient de la sorte à une affection dangereuse.

Sur onze observations, dont l'âge des hommes a été noté, quatre cas de rétrécissement siégeaient au sommet du rectum : l'on avait 30 ans, le second, 45, le troisième, 55, et le dernier enfin, qui était Talma, et qui portait depuis longtemps le germe de son mal, en avait 66. Trois de ces cas au moins coïncidaient avec la disposition anatomique signalée par Obernn, tandis que le mal semblait affecter de prédilection l'extrémité inférieure de ceux qui ne se trouvaient plus dans les mêmes conditions, et dont la force contractile intestinale était dissipée par l'âge.

Sur les 18 femmes, trois seulement étaient affectées au niveau de l'angle sacro vertébral. Deux avaient 40 ans et une 39. On comprend qu'elles sont dans des conditions toutes particulières, surtout si nous regardons comme cause prédisposante la pression de l'utérus. Aussi chez elles l'âge entre-t-il pour peu de chose dans l'étiologie du siége du mal.

La saillie de l'angle sacro-vertébral, signalée par Ancelin, doit avoir une bien faible influence, et c'est à peine si elle mérite d'être signalée.

La sodomie a été notée par bien des auteurs, et l'on conçoit que cet acte souvent répété puisse occasioner cette irritation et cet afflux sanguin dont nous avons parlé plus haut. La difficulté qu'on éprouve d'obtenir des malades de semblables aveux fait que cette cause n'est pas appréciée ce qu'elle devrait être.

Une cause bien plus puissante et sur laquelle on a élevé et on élève encore des doutes, et à tort, selon nous, c'est la syphilis. M. Tanchon tranche la question et avec bien peu de fondement, comme il le fait, du reste, pour beaucoup d'autres, par la négative. M. Costallat semble y ajouter foi, disant cependant que le traitement mercuriel augmente la maladie. Deux de nos observations le feront, nous l'espérons, revenir de son erreur et lui montreront ou que les sienes n'ont pas été exactes, ou que les malades nut subi des traitemens peu méthodiques. D'après notre statistique, qui ne peut qu'être très utile employée de la sorte, nous voyons 14 rétrécissemens développés chez des individus qui étaient sous l'influence d'une affection syphilitique ; 9 revêtent des caractères propres à les faire distinguer. On ne comprend pas que, d'après de tels relevés, on ne partage pas la manière de voir de Morgagni, Desault, J.-L. Petit, etc., qui, assurément, savaient observer. Enfin disons, pour terminer ce qui a trait à ce sujet, que le plus souvent ces rétrécissemens survienneut sans qu'il nous soit donné de pouvoir saisir la cause qui a présidé à leur apparition.

SYMPTÔMES.

On peut distinguer parmi les symptômes qui annoncent cette maladie et qui peuvent la faire reconnaître ceux qui portent leur action sur l'économie tout entière et ceux qui sont seulement bornés au voisinage de la partie malade ; ils varieront et ils accroîtront en intensité à mesure que le mal fera des progrès. Au début, le plus souvent, il y a une constipation opiniâtre, à moins que l'abus des purgatifs que nous avons indiqué au nombre des causes n'entretienne un état de diarrhée permanente. Le ventre devient tendu, douloureux ; il existe un malaise général, qui rend le malade inquiet, de mauvaise humeur et cela sans qu'il se doute encore du mal dont il est atteint. Il survient peu à peu, à mesure que la gêne augmente, des nausées, des hoquets, quelques régurgitations, qui ont souvent une odeur de matières stercorales. L'appétit se perd, la langue devient blanchâtre, saburrale. Les digestions sont difficiles et le malade maigrit, sans qu'il y ait un changement notable dans la circulation ; le pouls devient petit, mou, concentré, offrant de loin en loin quelques intermittences, comme dans les affections abdominales ; la peau est sèche, terreuse et prend peu à peu une teinte jaunâtre, commune à la plupart des affections organiques. Souvent il existe une gêne considérable dans l'émission de l'urine ; la douleur, qui au début n'était que passagère, devient presque continuelle, surtout lorsque le besoin de la défécation se fait sentir, et ce besoin arrive souvent. Le malade éprouve des horripilations, des épreintes, des pesanteurs sur le fondement, et, au lieu de matières stercorales, il ne rend plus à la fin qu'une sanie fétide et purulente. Tous ces accidens s'accroissent dans un temps qui varie et finissent souvent par entraîner la mort.

A ces symptômes généraux se joignent le plus souvent tout le cortège des accidens, qui accompagnent une gêne au libre cours des matières stercorales, tels que les douleurs locales, les épreintes, les efforts que le malade est obligé de faire et surtout sans résultat. Un écoulement de sang, semblable au flux hémorroïdal, survient dans d'autres circonstances. Peu à peu, et c'est un symptôme constant, à mesure que le rétrécissement fait des progrès, le volume des matières fécales devient de moins en moins considérable ; elles prennent une forme rubannée, et paraissent être passées comme à la filière. C'est un symptôme précieux pour arriver au diagnostic de cette affection.

A tout cela, il faut ajouter l'état local de la partie malade, et c'est le toucher qui le fait connaître, lorsque toutefois le siége ne dépasse pas trois pouces ou trois pouces et demi, qui sont les limites auxquelles peut parvenir le doigt indicateur. On peut bien, à l'aide de bougies, reconnaître un rétrécissement, mais alors on n'a ni sa forme, ni sa structure, ni son étendue, etc., circonstances importantes, comme on va le voir, pour arriver à la connaissance de la nature de la maladie.

On trouve l'intestin rétréci par des productions de diverses natures et de formes variables, qui sont d'une haute importance lorsqu'il s'agit de décider le choix des moyens thérapeutiques qui conviennent dans tel ou tel cas. Tantôt on rencontre dans l'épaisseur des tuniques intestinales des tumeurs plus ou moins considérables, en nombre variable ; quelquefois dures, rénittentes, squirreuses, recouvertes encore par la membrane muqueuse ; d'autrefois, à surface fongueuse, ulcérée, passées à l'état de ramollissement ; acquérant, dans quelques cas, un volume assez considérable pour remonter dans l'intestin ou faire saillie au-dehors par l'ouverture anale ; tantôt de prime abord apparaît le cancer encéphaloïde. La première variété de ce rétrécissement est la plus commune et a été notée quinze fois dans nos observations.

Il arrive que les parties ont subi parfois une telle perversion dans la nutrition, qu'elles ont été transformées en phosphate calcaire, comme dans le cas que rapporte Ruysch, au point, ajoute-t-il, qu'il fallut un ciseau et un maillet pour détacher le rectum de la face antérieure du sacrum. La transformation n'a pas toujours été aussi complète que dans ce cas :

---

clergé; et comme il n'oubliait point qu'avant de primer dans la faculté de Paris, il avait corrigé des épreuves typographiques pour sustenter sa vie et ses études, la fibre populaire se prononce en relief sous la robe du professeur royal; comme il contribue à la publication du *médecin charitable* pour soustraire les classes peu aisées à l'exploitation des apothicaires, il n'a garde de passer sous silence, dans ses lettres, les misères du temps, les abus du pouvoir, les actes de vénalité, les dilapidations; on sent qu'il a grimpé de bas en haut, et qu'il a respiré longtemps dans l'atmosphère du peuple; ami de la médiocrité domestique, il dédaigne la compagnie des grands, qui s'efforcent de l'attirer par des présens dans leurs réunions; invité tour à tour par le nonce du pape à aller professer *in primo loco* à Bologne, par le sénat de Venise à s'y rendre comme médecin d'état, il décline ces occasions de fortune et d'autres : « car, dit-il, je suis guéri de la pérégrinomanie et de la la philargyrie, ou plutôt je n'en ay jamais été malade. » Le zèle de la vieille nationalité française exalte en lui la haine de l'influence étrangère, et il la poursuit dans Mazarin qu'il déteste, avec une âcreté qui obscurcit parfois son jugement. Médecin convaincu de l'utilité de notre science, praticien pénétré de la dignité de son ministère, il n'est pas de ceux qui prétendent la ménager en laissant dans l'ombre les charlatans et les ignorans qui déshonorent la profession: il leur fait une guerre sans relâche; il se fait tour à tour, dans l'intérêt de la cause médicale, avocat au parlement, pamphlétaire dans le *Martyrologe de l'antimoine*, alors que les empiriques prodiguaient à tort et à travers ce médicament, et, comme dit Pline, *experimenta per mortes agebant*. Toutes ces faces de son individualité se réfléchissent sur les pages de ses *Lettres;* s'il en est une qui se prolonge à travers toute sa correspondance et l'empreint de la monotonie d'une préoccupation, il faut en accuser, non la tournure d'esprit de l'auteur, mais le temps où il vivait; les nouvelles religieuses y sont, en effet, en première ligne; il y est autant question du pape, des prélats, des moines, des églises, des convens, que de la faculté et de ses membres et de leurs travaux; c'est que le vent soufflait alors à la théologie; la réforme se développait en France; Luther et Calvin surgissaient comme une grave apparition au milieu de la frivolité parisienne; la théologie était véritablement la chose publique du temps. Joignez-y la querelle des jansénistes, et vous pardonnerez à Guy-Patin sa prédilection pour les anecdotes, les disputations concernant l'église et sa haute et sa basse milice. Il y a sans doute un air de petitesse et de menue tracasserie dans les attaques sans fin qu'il dirige contre les hommes et les choses du sanctuaire; il ne leur fait grâce d'aucune nouvelle scandaleuse, d'aucune saillie de son esprit entaché de calvinisme; mais il y met au moins de la franchise, et l'on n'a plus le droit de suspecter la sincérité de sa verve caustique, après cette déclaration qu'il jette en passant dans une lettre : « Je pense que de tout temps on a trompé le monde sous prétexte de religion. C'est un grand manteau qui affuble bien de pauvres et sots animaux. »

Nous ne prétendons pas esquisser le portrait de Guy-Patin, ni apprécier la collection de ses lettres dans tous les détails qu'elle contient; ce serait œuvre de biographe; or, la matière abonde en cette brillante organisation où la nature rabelaisienne se mêle aux élégances de l'antiquité latine, le bon sens bourgeois aux théories d'une médecine absurde, l'argutie d'un docteur en Sorbonne à une sorte d'incrédulité rentrée; celui qui voudra s'essayer à la peinture de cette originale célébrité se rappellera avec avantage les auteurs favoris dont il vante continuellement les mérites : Erasme, Scaliger, Saumaise, et, à coup sûr, Rabelais, dont il ne parle point : son caractère est un ensemble de traits que l'on retrouve dispersés entre ces écrivains dont il reflète l'intime in-

chez deux individus, les parties avaient seulement subi la transformation cartilagineuse.

Chez neuf autres, de véritables cloisons, placées en travers, occupaient cinq fois toute la circonférence, et leur partie centrale était percée d'une ouverture plus ou moins complète; dans les quatre autres, ce n'était qu'une bride, qu'un véritable croissant, qui variait en étendue. Cinq des neuf cas qui offraient cette disposition cloisonnée étaient compliqués d'affection syphilitique.

Enfin, la dernière variété forme une série de neuf observations, qui nous montrent des rétrécissement dus à l'agglomération d'une foule de tubercules de la grosseur de l'extrémité du petit doigt, un peu plus ou un peu moins; en général, ils varient peu. Ces tubercules sont durs, lisses, indolens à la pression et donnant sur la pulpe du doigt la même sensation que les condylomes syphilitiques qui apparaissent à la marge de l'anus et qui les accompagnent souvent. S'ils offrent la même sensation et la même apparence extérieure, c'est que très souvent aussi ils sont de la même nature. Tous les malades qui ont présenté cette disposition avaient été ou étaient encore sous l'influence d'une syphilis constitutionnelle, de sorte qu'on rétrécissement occasioné par ces tubercules est presque constamment de nature syphilitique, s'il ne faut pas dire toujours, si nous en jugeons au moins par les observations précitées. Il faut ranger dans la même catégorie une bonne partie de ceux qui présentent la disposition valvulaire que nous avons signalée plus haut. Il n'est guère possible, d'après ces données, de ne pas admettre de rétrécissemens syphilitiques, surtout lorsqu'ils disparaissent sous l'influence du traitement mercuriel, comme deux des malades soumises à notre observation, et surtout la suivante, nous en ont offert de remarquables exemples.

RÉTRÉCISSEMENT TUBERCULEUX DU RECTUM; SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE; TRAITEMENT ANTI-SYPHILIQUE; GUERISON.

Obs. I. — Le 22 mai 1837, la nommée Aubin (Marie), âgée de 28 ans, est entrée à l'hôpital des cliniques, et a été couchée au n. 5 de la salle des femmes. Elle est brune, d'un tempérament sanguin, d'une constitution forte, et jouissant habituellement d'une bonne santé. Elle assure que dans sa famille il n'y a jamais eu d'affection carcinemateuse ou autre.

Elle a eu une première affection syphilitique il y a huit ans à peu près; elle consistait en écoulement, chancres, et quelques végétations qui sont survenues consécutivement. Elle est restée six semaines à l'hôpital des vénériens, d'où elle est sortie, ne conservant, à ce qu'elle assure, aucuns symptômes de cette maladie. Deux ans après, pour une cause semblable, elle fit un séjour de trois semaines dans le même hôpital, pendant lequel on lui excisa plusieurs végétations au pourtour de l'anus. Elle en sortit sans avoir fait un traitement complet et sans une entière guérison. Peu de temps après, elle devint enceinte, et il lui survint des tumeurs hémorroïdales.

Il y a environ dix-huit mois que, sans cause connue, à part sa syphilis, cette femme a commencé à éprouver quelques douleurs dans le rectum, surtout lorsqu'elle allait à la garde-robe. Peu à peu elles ont accru d'intensité, et ont quelquefois été lancinantes. Le ventre a été tendu, douloureux; elle passait souvent d'une constipation opiniâtre à un dévoiement qui durait plusieurs semaines. Elle a rendu quelques mucosités, qui, avec la marche de la maladie, sont devenues purulentes; il s'y est joint des écoulemens sanguins : elle assure que le diamètre du rectum est devenu de plus en plus étroit, et que maintenant les matières sont rubannées et comme passées à la filière, ce que, du reste, nous avons pu vérifier.

Au pourtour de l'anus, il existe aujourd'hui des tumeurs de deux ordres bien différens : les unes sont molles, ridées, flétries, un peu violacées, et sont dues manifestement à des hémorroïdes; les autres sont dures, comme fibreuses; leur surface est blanchâtre, luisante; elles sont indolores, pédiculées, et elles appartiennent à l'affection syphilitique.

Le doigt introduit dans le rectum trouve en arrière et à un pouce et demi à peu près au-dessus de son ouverture, une bride en forme de croissant, qui occupe à peine la moitié de la circonférence interne de l'intestin. En avant, sur la cloison recto-vaginale, et dans une étendue beaucoup plus considérable, existent une foule de tubercules tout à fait semblables à ceux qu'on rencontre au pourtour de l'ouverture anale : quelques-uns sont ulcérés, et paraissent être de nature syphilitique. Au niveau de toute la surface occupée par les tubercules, et surtout à la partie correspondante à la bride, existe un rétrécissement considérable, et qui permet à peine l'introduction de l'extrémité du doigt indicateur. Il est moins prononcé au-dessous et au-dessus de cette espèce de demi-cloison. Toute la cavité intestinale est douloureuse, lancinante; les douleurs y sont parfois plus prononcées la nuit que le jour; très souvent, elle a de la diarrhée, et rend en assez grande quantité des mucosités d'un mélange de pus et de sang.

Cette femme a maigri depuis le début de son mal. Son moral surtout est vivement affecté. (On lui prescrit pour tisane une infusion de bourrache, un lavement chloruré. On introduit dans le rectum une mèche aussi grosse que peut l'admettre le calibre de l'intestin, on l'enduit avec un mélange de

Cérat	1 once.
Onguent napolitain	1 once.
Extrait de belladone	2 gros.

On lui fait prendre chaque jour une pilule anti-syphilitique de Dupuytren. On lui accorde le quart d'alimens.)

Jusqu'au 9 juin, elle a supporté ce traitement, sans aucun accident, sans salivation; l'onguent mercuriel, loin d'exaspérer les douleurs, les a calmées en grande partie. Le rétrécissement a sensiblement diminué : on peut introduire les mèches beaucoup plus grosses, et la bride fait moins de saillie. Les mucosités s'écoulent en moins grande abondance. A cette époque, elle a été prise de quelques coliques et d'une diarrhée très abondante qui a nécessité la suspension des mèches et du traitement général. Ces accidens ont cédé à des lavemens et quelques potions opiacées, des boissons adoucissantes et un régime plus sévère. Vers le 18 du même mois, tout a été calmé, et elle a pu reprendre son traitement.

Le 25, les mèches étant toujours enduites du mélange des mêmes substances, elle a éprouvé quelques vertiges, des étourdissemens; les pupilles sont devenues extrêmement dilatées; elle a eu tous les symptômes d'un léger narcotisme dû, sans doute, à l'absorption de l'extrait de belladone.

A part ce léger accident, rien n'est venu enrayer la marche de la guérison. Elle a continué son traitement anti-vénérien, l'usage des mèches qu'on a pu introduire de plus en plus grosses; peu à peu, tous les accidens généraux se sont calmés : les douleurs, l'écoulement sanieux ont disparu; la bride s'est graduellement rétrécie, au point de disparaître, et les tubercules de la cloison recto-vaginale ont suivi la même marche pour se dissiper d'une manière complète.

Le 25 août, cette femme a pu quitter l'hôpital parfaitement bien guérie, le rectum ayant repris son diamètre primitif.

DIAGNOSTIC.

Selon que le rétrécissement aura son siége à l'extrémité inférieure ou supérieure du rectum, le diagnostic sera plus ou moins facile à établir d'une manière positive. Toutes les fois que l'obstacle se trouvera hors de la portée du doigt, on sera dans la nécessité de s'en tenir aux accidens généraux, à la forme des matières excrétées, et à l'exploration avec des bougies à empreinte ou des sondes. Ce moyen, dans la plupart des cas, sera le plus sûr et le plus fidèle, tant pour reconnaître la hauteur du rétrécissement, que son degré d'étroitesse; mais alors on n'aura aucune donnée sur la nature de la maladie, sa forme, et le siége qu'elle affecte.

---

fluence. Notre but se borne à ramener à l'examen de sa valeur médicale les esprits qui se plaisent à suivre, dans le passé, les transformations de notre science, et à noter chez les éminens de nos devanciers la forme et la mesure du travail intellectuel qui se continue à travers les âges et les générations. Ces excursions en arrière ont un double mérite; elles nous enseignent la justice envers les morts et la confiance dans les vivans; que ceux qui accusent l'intelligence humaine et ses fatales imbécillités se reportent aux époques antérieures et mesurent les progrès accomplis; leurs plaintes se calmeront, l'espoir leur reviendra au cœur. Que les médecins, incrédules au progrès de leur science, à l'utilité de leur art, interrogent ses annales et ses chroniques, et le spectacle de la pratique d'autrefois, l'amas mélangé de doctrines et de chimères qu'ils auront remué, leur seront la plus péremptoire démonstration de ce qu'ils nient. L'intervalle n'est pas si long entre nous et Guy-Patin ; eh bien! quand on a parcouru ses lettres et recueilli çà et là, dans ce répertoire bizarre, les traces du mouvement médical du dix-septième siècle, on se reprend avec satisfaction et presque avec orgueil à la médecine de nos jours, et l'on se dit : on ne pratique plus ainsi; on ne donne plus de ces explications là; on ne fait plus de la science et de l'art une affaire d'érudition ; mais on observe, on expérimente, on laisse les systèmes pour les faits, et si on tâtonne encore, c'est au moins dans le champ de la réalité, non à travers les nébulosités des gratuites théories, et dans l'ombre fallacieuse des hypothèses.

Guy-Patin a semé dans ses lettres des consultations laconiques, des réflexions sur la pratique de ses principaux confrères de la capitale, des jugemens sur les livres du temps, force anecdotes et saillies à l'encontre de la médecine et des médecins. Ce sont des indications plutôt que des matériaux pour reconstruire sa personnalité scientifique. Celle-ci échappe, pour ainsi dire, au lecteur sous le feu roulant des plaisanteries, des controverses théologiques et des nouvelles de chaque jour. La lecture de ses épîtres nous apprend plus sur les mœurs du monde médical et les incidens qui les traversèrent que sur son enseignement et ses vues propres ; il est, avant tout, agresseur et démolisseur ; il harcelle les polypharmaques, les chimistes, les astrologistes qui n'avaient pas encore complètement disparu de la scène du jour ; il préconise la saignée, fulmine contre l'opium et l'antimoine; repousse la thériaque, nie l'efficacité des eaux de Vichy, place, après la saignée, le séné au premier rang des remèdes qu'il appelle généraux, etc. Mais de pensée systématique, on n'en saisit point qui lie entre elles toutes les opinions qu'il projette, les interprétations très curieuses dont il étaye parfois ses conseils. Il est aisé de reconnaître que ses idées pivotent sur son érudition galénique et que l'humorisme abonde au fond de sa pratique et colore en les traversant toutes ses consultations ; mais comme cet humorisme traditionnel, ignorant des faits et insoucieux de l'observation, régnait d'une manière générale, on comprend moins le but de ses hostilités infatigables contre les médecins contemporains. Il nous apparaît avec toute la fougue d'un dogmatiste et il n'a pas de dogme à promouvoir; il a l'éloquence et la vivacité d'un novateur, et il se fait le rhapsode de la tradition galénique. Sa brillante intelligence s'est épuisée en thèses quodlibétaires et cardinales, en menues productions, en annotations commentatrices ; sa verve s'est dissipée en conversations dans les dîners de ses amis, dans les académies hebdomadaires du président Lamoignon, dans les solennités oratoires de son enseignement au Collége de France, lesquelles attiraient ce que Paris avait alors de plus distingué, non seulement dans la médecine, mais dans les lettres, la magistrature et le clergé. Pour peu qu'on s'informe de son existence médicale dans les mémoires épistolaires qu'il a laissés, on constate une supériorité que l'on

Le diagnostic, dans cette affection, ne consiste pas seulement à s'assurer de l'existence d'un point rétréci du diamètre intestinal, il faut encore que par des caractères particuliers on arrive à la connaissance de sa nature, afin de lui opposer un traitement convenable.

Lorsque le point rétréci est, comme nous le disions, situé hors de la portée du doigt, on ne peut alors savoir s'il dépend d'une tumeur voisine, de quelque nature qu'elle soit, s'il n'y a qu'une simple bride, s'il est encore à l'état squirreux, et c'est ce qui arrive le plus souvent, on s'il est dégénéré et passé à l'état encéphaloïde. Non-seulement on ignore le plus souvent tout ce que nous venons d'énumérer; mais on peut encore ne pas reconnaître le rétrécissement lui-même, à moins qu'il n'y ait oblitération complète, ou que les sondes ne soient d'un volume trop considérable; elles peuvent sur-le-champ rencontrer l'ouverture du point rétréci et y pénétrer facilement; elles peuvent ne pas parvenir jusqu'à l'endroit malade, et c'est sans doute ce qui est arrivé à la seule observation qu'on possède sur une oblitération complète et qui a été méconnue : c'est celle de Talma.

Les matières rubannées, aplaties, sont un symptôme d'une grande valeur lorsqu'il existe; mais assez souvent, à une période avancée de la maladie, il devient tout à fait nul, par une diarrhée presque continuelle qu'ont à cette époque la plupart des malades.

Si le mal a son siége à l'extrémité inférieure, son diagnostic et celui de sa nature deviendront beaucoup plus faciles par l'exploration qu'on pourra faire directement par le toucher, et souvent par la vue, au moyen du *speculum ani*, qui, en général, et pour le dire en passant, est un assez mauvais instrument. Disons cependant qu'on a pu quelquefois prendre pour un rétrécissement quelque tumeur développée au voisinage de l'intestin; aussi, ne saurait-on apporter trop de soin à l'exploration à laquelle on se livre. Il faut autant que possible reconnaître avec soin l'état des tuniques intestinales. Sonder le malade, si c'est un homme; toucher par le vagin, si c'est une femme, et constater qu'il n'existe aucune production accidentelle qui puisse développer les accidens auxquel le malade est en proie.

Il faudra chercher à franchir le rétrécissement; bien examiner avec la pulpe du doigt si les parois de l'intestin ne seraient pas appliquées l'une contre l'autre par une pression extérieure; ne pas confondre, comme on l'a fait quelquefois, la contraction spasmodique des sphincters, occasionnée par une fissure à l'anus, avec un rétrécissement organique de cet intestin.

Lorsque les tumeurs hémorroïdales internes oblitèrent sensiblement l'extrémité inférieure du rectum, on les reconnaîtra aux antécédens, à leur forme lisse, résistante, et disparaissant en partie en se vidant du sang qu'elles contiennent en les comprimant méthodiquement avec la pulpe du doigt. Si les parois de l'intestin sont dures, épaisses, engorgées; s'il y a quelques points saillans, résistans, sans fluctuation, et avec quelques douleurs lancinantes, il y a de grandes probabilités pour faire présumer que la maladie est due à une affection carcinomateuse, qu'il est facile de reconnaître, lorsqu'elle est dégénérée, ou qu'il existe de larges ulcérations.

Les brides ou cloisons que nous avons signalées ne sont-elles autre chose qu'une production accidentelle, une végétation syphilitique; ou sont-elles dues à une hypertrophie de quelques replis de la muqueuse intestinale? Le plus souvent elles sont de nature vénérienne, et les tubercules granuleux qui produisent les rétrécissemens du rectum ne reconnaissent pour cause unique que cette même affection. Chez la malade dont nous avons rapporté l'observation, il existait à la fois une bride et une foule de granulations : cette coïncidence des deux variétés réunies sur le même individu semblerait prouver encore qu'elles sont de même nature.

PRONOSTIC ET TERMINAISON.

De même que nous avons établi des variétés de la maladie selon les causes qui la produisaient, de même aussi son issue doit-elle être différente en raison de sa nature; disons cependant en thèse générale, qu'elle est grave, tant par elle-même que par les accidens consécutifs auxquels elle donne lieu : et ce qui augmente cette gravité, c'est que, lorsque les malades réclament les secours de l'art, elle a fait des progrès tels que le plus souvent il n'est plus possible d'y remédier.

Lorsqu'elle est de nature carcinomateuse et à plus forte raison encéphaloïde; elle est presque constamment mortelle, ou si elle disparaît, dans la plupart des cas, ce ne sera que momentanément. La gravité augmentera à mesure qu'elle atteindra une partie plus élevée de l'intestin, et les chances de guérison seront d'autant plus certaines qu'étant de nature spécifique, en se rendant maître de la cause première, on combattra l'effet qu'elle aura produit.

Tantôt on ne peut arrêter les progrès du mal qui entraîne bientôt le malade à la mort, soit en portant une influence fâcheuse sur l'économie entière, soit en produisant sur les parties voisines des désordres, tels qu'ils conduisent au même résultat, comme l'oblitération complète de l'intestin, la rupture de ses parois et l'épanchement de matières stnorales dans le ventre, etc., tantôt il détermine consécutivement des accideus graves par eux-mêmes, soit par leur nature; tel que des abcès profonds dans la région fessière ou l'excavation du bassin, soit en donnant lieu à des infirmités dégoûtantes et souvent dangereuses, telles que des fistules à l'anus, recto-vaginales, recto-vésicales chez l'homme.

Le relevé des observations que nous avons pu recueillir vient à l'appui de ce que nous avançons ici; en effet, sur un total de 43 malades affectés de rétrécissement, 26 ont succombé, 11 n'ont pu supporter le traitement auquel ils ont été soumis, et 4 seulement ont été signalés comme en ayant retiré quelque amélioration; il reste 6 cas de guérison; 1 seul des malades a été vu sept ans après, et le mal n'avait pas récidivé; il n'est rien dit des trois autres. La guérison de deux de nos malades est encore trop récente pour assurer aujourd'hui que le mal ne reparaîtra pas.

TRAITEMENT.

Après avoir étudié la maladie dans ses causes, sa marche et ses terminaisons, pouvant juger de toute la gravité qu'elle présente, il nous reste, pour terminer cette histoire, à indiquer les moyens qui ont été mis en usage, soit pour obtenir une guérison durable, ce qui est le plus rare, comme nous l'avons vu, soit au moins pour procurer aux malades quelque soulagement à leurs souffrances et leur faire supporter avec moins de dégoût un mal qui plus tard doit les conduire au tombeau.

Que le rétrécissement du rectum soit susceptible d'une guérison durable; que, par sa gravité, il ne réclame au contraire qu'un traitement palliatif qui puisse soulager momentanément les souffrances du malade, les

---

admire, en regrettant de ne pouvoir appuyer son admiration sur de plus amples preuves. Triste exemple de plus de ces organisations d'élite qui, nées pour la science, ne s'y dévouent point complètement, qui dépensent dans leur vie de chaque jour et comme en détail, l'activité qu'elles devraient concentrer vers un but, et qui ne lèguent en mourant à leur carrière qu'une illustration nominale, confiée à l'oreille d'une génération pour être redite à celle d'une autre! Du moins, Guy-Patin peut se retrancher derrière les circonstances de son temps contre les récriminations de l'histoire; les troubles politiques et religieux du temps, les nombreux devoirs de sa position, les adversités domestiques qui ont affligé sa vie, désarment la critique, qui lui reprocherait à bon droit d'avoir eu le loisir d'écrire tant de lettres sur toutes sortes de sujets et si peu de science valable.

Une idée domine néanmoins sa pratique, nous devrions dire une tendance; mais elle est remarquable pour l'époque, car cette tendance s'est reproduite de nos jours et s'est peut-être même exagérée au-delà de l'utile limite. Frappé de la bizarrerie des compositions pharmaceutiques, il veut simplifier les médications; ce n'est point la simplification systématique que l'on a propagée en ce siècle; Guy-Patin n'apporte point de principe nouveau à la thérapeutique; il se préoccupe plus de sa lutte avec les apothicaires que de médication systématique; il déteste les Arabes et les chimistes, et il confond dans cette aversion la polypharmacie étrange de son temps. Quel qu'en soit le mobile, nous le répétons, cette tendance est digne d'être signalée chez Guy-Patin : « La réputation de la thériaque est sans effet et sans fondement; elle vient des apothicaires, qui font tout ce qu'ils peuvent afin de persuader l'usage des compositions et d'ôter, s'ils pouvaient, l'usage et la connaissance des remèdes simples, qui sont bien les plus sûrs et les plus naturels. » Eprouve-t-il des douleurs néphrétiques : « Je m'en guéris avec nos remèdes généraux, sans fatras d'apothicaires. » Il écrit à un de ses confrères (lettre XIV, édit. de La Haye, 1783) : « Vous avez fait un accord avec les apothicaires. Ils ne méritent pas cette grâce d'entrer en composition avec leurs maîtres, de qui ils devraient dépendre absolument. Faites-leur entendre qu'il y a chez les épiciers de la casse, du séné, de la rhubarbe et du sirop de roses pâles, avec lesquels remèdes nous nous passons d'eux, et les avons rendus si ridicules qu'on ne les veut point voir dans les maisons... Il n'est, Dieu merci, plus ici question de bezoard, ni d'eaux cordiales dans la petite vérole, ni de juleps cordials, ni de perles, en quelque maladie que ce soit... Ce sont les anciens de notre faculté, MM. Marescot, Simon Piètre, son gendre, Jean Duret fils de Louys, etc., et plusieurs autres qui ont introduit dans les familles cette *medecine facile et familière*... Outre les médecins qui ont puissamment aidé à abattre ce monstrueux colosse de volerie (les apothicaires) qui régnait tyranniquement à Paris, je pourrais bien vous en nommer encore plusieurs qui vivent aujourd'hui, mais je me retiens, afin de ne pas me nommer moy-même, qui pourtant y ay travaillé autant que pas un. » En parlant de son futur enseignement au Collége de France, où il venait de succéder à Riolan, il dit : « J'en choisirai divers traitez, tantôt de l'une, tantôt de l'autre; et apporterai tous mes soins à faire de bons écoliers qui soient éloignés de la forfanterie des Arabes et des impostures des chimistes, qui sont les venins ordinaires dont les jeunes médecins sont empoisonnés. J'ai dessein de donner un traité des médicamens purgatifs simples et composés, où je ferai une belle rafle de tant de sottes et inutiles compositions qui se trouvent dans les grandes pharmacopées. » On a cru faire du nouveau dans ces derniers temps en prescrivant les saignées répétées et rapprochées dans certaines affections phlegmasiques; nous en sommes fâché pour M. Bouillaud, la priorité

moyens thérapeutiques à mettre en usage dans l'un et l'autre cas sont à peu près les mêmes : il n'y a que de légères modifications que nous aurons soin d'indiquer. Ces moyens tantôt simples, tantôt combinés entre eux, tantôt n'agissant que localement, tantôt au contraire ayant une action spécifique sur l'économie animal tout entière, varieront selon la nature, la cause et les symptômes de la maladie.

Que le mal ait fait des progrès, qu'il soit au contraire à sa première période, il est certaines règles hygiéniques dont il ne faut jamais s'écarter; ainsi un régime doux, végétal, lacté, est ce qui peut convenir le mieux, soit pour combattre l'inflammation lorsqu'elle existe, soit pour la prévenir. Les excès dans tous les genres et surtout les excès vénériens doivent être soigneusement évités. Un exercice modéré soit à pied soit à cheval est on ne peut plus utile, tant par la distraction qu'il procure au malade que par la liberté régulière du ventre qu'il peut entretenir. En effet, lorsqu'il existe une constipation opiniâtre, il faut autant que possible la faire disparaître, et on y parvient en mettant en pratique les préceptes que nous venons de tracer, et en y ajoutant de loin en loin quelques lavemens émolliens qu'il ne faut pas trop souvent répéter, afin d'éviter que plus tard l'intestin ne venant à s'habituer à leur action, ils ne restent sans résultat. Si cette constipation est le plus souvent nuisible en irritant l'intestin et tendant à augmenter le rétrécissement, un état opposé, une diarrhée permanente, présente les mêmes inconvéniens, et comme la première, il faut la prévenir par les soins et le régime que nous avons tracé; ou la combattre en calmant l'irritation par la diète, le repos, quelques applications de sangsues, les opiacés pris à l'intérieur et administrés localement au moyen de quarts de lavement.

Ces moyens qui paraissent simples au premier abord ne sont pas toujours également faciles à appliquer : ainsi, par exemple, il arrive souvent que les lavemens qui sont avec le régime un des moyens palliatifs les plus puissans, lorsque la maladie est dégénérée, ne peuvent passer à travers le point rétréci et restent sans pouvoir vider l'intestin qui se remplit outre mesure; il faut alors, et ceci est de la plus haute importance, faire franchir le rétrécissement à une longue canule de gomme élastique, au moyen de laquelle le liquide sera introduit et produira l'effet qu'on en attend; on pourra souvent, si sa présence n'est pas par trop douloureuse, la laisser quelque temps en place, et elle facilitera l'évacuation des gaz ou de quelques matières liquides et en même temps dilatera le point rétréci; c'est par ce moyen aidé plus tard de quelques mèches qu'on a pu agrandir peu à peu le diamètre du lieu rétréci, donner issue à l'accumulation des matières stercorales, et procurer, au moins pour quelque temps, une existence supportable à la femme qui fait le sujet de l'observation suivante.

RÉTRÉCISSEMENT CARCINOMATEUX DU RECTUM; DILATATION PAR LES BOUGIES ET LES MÈCHES; AMÉLIORATION DANS L'ÉTAT DE LA MALADE.

OBS. II. — Le 2 juin 1837 est entrée à l'hôpital des cliniques et a été couchée au n° 11 de la salle des femmes la nommée Marie Cabotin, âgée de 46 ans, porteuse, et demeurant rue Saint-Victor, 99. Elle est grande, blonde, d'un tempérament lymphatique et jouissant habituellement d'une bonne santé; elle est encore et a toujours été bien réglée; elle n'a eu aucune affection dartreuse, rhumatismale ou syphilitique; pas d'hémorroïdes, ni, dans sa jeunesse, de ganglions sous-maxilliaires engorgés. De tous les antécédens de cette femme, le plus fâcheux est un cancer de la mamelle qui a été la cause de la mort de sa nièce.

Il y a dix ans environ qu'elle a été sujette à des épreintes, des coliques assez vives, à des envies plus fréquentes d'aller à la garderobe, à une diarrhée alternant souvent avec de la constipation; elle a fait peu d'attention à cet état, si ce n'est vers le mois de février 1836 où ces accidens ont pris un caractère plus sérieux. A cette époque en effet les garderobes sont devenues de plus en plus difficiles, surtout lorsqu'il y avait de la constipation : la malade était obligée de faire de très violens efforts pour expulser les matières stercorales qui sortaient aplaties, rubannées, comme si elles avaient passé par une filière. Bientôt il s'est écoulé quelques mucosités qui sont devenues puriformes et sanguinolentes : les coliques, les épreintes ont augmenté, de même que le volume du ventre qui a pris de la tension et du météorisme. Il lui semblait quelquefois qu'une espèce de tumeur descendait du rectum et l'oblitérait d'une manière plus ou moins complète, en formant une espèce de bouchon.

Elle assure qu'à part les pesanteurs, les espèces de contractions spasmodiques, elle n'a jamais ressenti de picotemens, ni aucune douleur lancinante; c'est la gêne seule qu'elle éprouvait à satisfaire ses besoins qui l'en a fait apercevoir au début.

Aujourd'hui cette femme a un amaigrissement assez considérable qui date de sept ou huit mois : sa physionomie exprime l'anxiété et la souffrance; la peau a une teinte jaune paille assez prononcée; ses plus grandes douleurs sont du côté du rectum et occasionées surtout par les envies fréquentes et les épreintes qu'elle éprouve : le ventre n'est pas ballonné; il n'a pas un volume trop considérable; les coliques sont moins vives maintenant qu'elles n'ont déjà été; il n'y a pas de hoquets ni de vomiturition; la gêne pour aller à la garderobe augmente de plus en plus et nécessite ces efforts qui sont une des douleurs les plus grandes qu'ait à supporter la malade.

Le doigt introduit dans le rectum rencontre à une hauteur d'un pouce et demi ou deux pouces des tubercules durs, calleux, dont quelques-uns ont le volume d'une noix ordinaire : ils occupent une étendue qu'on ne peut limiter avec le doigt, et embrassent presque toute la circonférence du rectum; ils en ferment le diamètre d'une manière presque complète. Ils laissent entre eux une ouverture si petite que c'est à peine si on peut parvenir au centre de cette masse, et l'extrémité du doigt ne peut la dépasser. Ils sont tellement accolés les uns aux autres qu'ils sont un obstacle aux lavemens qui ne peuvent dépasser le point rétréci.

Cette femme, qui du reste jouit d'une bonne santé, n'a employé aucun traitement, et a continué à porter de lourds fardeaux depuis le début de sa maladie.

Reconnaissant une affection carcinomateuse très avancée, on a dû n'employer qu'un traitement palliatif; et pour cela on prescrit des mèches introduites dans la partie rétrécie du rectum, afin d'obtenir une dilatation aussi grande que possible, et procurer par là une issue plus libre et plus facile aux matières stercorales. On est obligé de faire glisser les mèches sur le pulpe du doigt, avec lequel on cherche préalablement l'ouverture intestinale; il les faut au début d'un diamètre excessivement étroit; elles peuvent cependant pendant quelques jours être supportées par la malade.

Le 28 juin, l'ouverture centrale est déjà plus grande et on peut introduire une assez grosse sonde conique de gomme élastique, par laquelle on peut donner plusieurs lavemens qui procurent des selles liquides abondantes; l'évacuation des gaz est un grand soulagement pour la malade. A la place des mèches, on substitue ces sondes dont on augmente le calibre à mesure que le point rétréci acquiert un plus grand diamètre.

Soit que la pression qu'elles exercent sur les callosités soit trop forte, soit qu'elles dilatent trop les sphincters, on est dans la nécessité d'en suspendre l'usage. Le sixième jour, la malade ne pouvant les supporter, on reprend alors les mèches, qu'on peut introduire facilement avec le porte-mèche seul, et beaucoup plus grosses qu'au début. Elles produisent bientôt la même sensation que les canules dont on se sert de loin en loin, afin d'administrer des lavemens; et pour qu'elles le soient avec moins de douleurs, on les fait d'un volume convenable dans l'endroit qui doit pénétrer dans le rétrécissement, et on les effile de manière à les rendre très minces au niveau de l'ouverture anale; on embrasse leur extrémité supérieure avec un fil double au moyen duquel on en opère l'extraction.

---

de ce moyen revient, non à l'un de nos savans et hardis contemporains, mais à Guy-Patin. Il était même, il faut l'ajouter à la décharge du professeur de la Charité, plus oseur que ce dernier. On est véritablement effrayé de la quantité des déplétions sanguines que prescrivait Guy-Patin; il paraît que les exemples de sa pratique réagissaient sur celle de ses confrères; car on lit dans un endroit de ses lettres que Louis XIV, encore adolescent, fut saigné dix fois dans le cours d'une affection qui n'est point déterminée, mais qui paraît avoir été légère. Voici un passage qui, en détachant un fleuron de la couronne de M. Bouillaud, lui servira au moins de bouclier contre les adversaires effrayés de sa formule : « ...En l'an 1633, M. Cousinot, qui est aujourd'hui premier médecin du roy, fut attaqué d'un rude et violent rhumatisme, pour lequel il fut saigné *soixante-quatre fois* en huit mois, par ordonnance de monsieur son père et de M. Bouvart, son beau-père... » Et pour qu'on ne se méprenne pas sur l'intervalle des saignées effectuées, transcrivons ici le titre de la thèse de M. Du Pré que Guy Patin envoie à son correspondant et qui lui donne occasion de rappeler l'observation de M. Cousinot; cette dissertation est intitulée : DE LA SAIGNÉE FRÉQUENTE ET COPIEUSE DES MÉDECINS DE PARIS. Guy-Patin employait la saignée dans la petite-vérole et en proclame l'efficacité, quand elle est pratiquée de bonne heure; mais « ce mal est quelquefois si malin et le poumon si engagé que c'est folie de prétendre y donner secours par ce remède. » Lui aussi ne manquait point d'énergie pour soutenir sa méthode et terrasser ses antagonistes : « Les idiots qui n'entendent pas notre métier, s'écrie-t-il, s'imaginent qu'il n'y a qu'à purger; mais ils se trompent, car si la saignée n'a précédé copieusement pour réprimer l'impétuosité de l'humeur vagabonde, vider les grands vaisseaux et châtier l'intempérie du foie qui produit cette sérosité, la purgation ne saurait être utile. » Le médecin du dix-septième siècle, que Desgenettes relègue parmi les littérateurs, émet sur l'épilepsie une opinion qui rappelle les idées de Georget sur cette névrose; il admet des causes diverses qui ont trait à l'humorisme du temps, mais dont l'action aboutit au cerveau, point de départ des convulsions : « *In quavis epilepsia duplicem partem affectam agnoscimus, nempe excipientem quæ semper est cerebrum, et mandantem quæ multiplex esse solet. Si maligna aura, tetra anathymasis, pravus vapor, acrimoniâ aut malignitate suâ cerebrum feriant, fit vibratio in cerebro, motus convulsivus, et hæc est vera, summa et proprie dicta epilepsia.* » Les syphiliographes modernes peuvent sourire à l'érudition quelque peu naïve de Guy-Patin; mais ils ne dédaigneront pas ses inductions sur l'ancienneté de la syphilis, fondées sur la confusion qui régnait dans les léproseries; il répond à un confrère qui avait fixé son attention sur ce point : « Je vous remercie du passage que vous m'avez indiqué dans Zacutus, que je savais déjà, comme aussi de celui de Job dans mon Pineda. Fabius Pacius en son traité de la vérole a été du même avis; mais ces messieurs n'ont pas cité quantité de passages des anciens per lesquels on pourrait prouver que ce mal n'est pas moderne, entre autres de Xénophon, Cicéron et Apulée. Feu M. Simon Piètre, frère aîné de Nicolas Piètre, deux hommes incomparables, disait que devant Charles VII, en France, les vérolés étaient confondus avec les ladres, d'où provenaient un si grand nombre de ladres putatifs et tant de léproseries ou maladreries qui sont aujourd'hui pour la plupart vuides. »

A côté de réflexions judicieuses et de saines idées sur des problèmes de médecine pratique, on rencontre dans les lettres de singulières erreurs, des opinions bizarres qui relèvent de l'homme et de l'époque. En signaler quelques-unes au lecteur, ce sera compléter à ses yeux la figure médicale de Guy-Patin. Nous joindrons à ces détails quelques remarques sur la situation des médecins et de

Cette femme a quitté l'hôpital le 12 juillet; et pendant tont son séjour on a ajouté à ces moyens locaux, des bains, nne nourritore lactée, végétale, peu abondante, dont on variait du reste la qualité et la quantité quand il survenait du dévoiement, ce qui a eu lieu à deux reprises différentes pendant son séjour.

Lorsqu'elle est sortie, on pouvait très facilement introduire le doigt dans le lieu rétréci. Elle avait régulièrement une selle par jour, plus de coliques, plus d'épreintes, ne rendant plus de mucosités sanguinolentes, ayant de bonnes digestions et mangeant avec appétit, ce qu'elle ne pouvait faire à son arrivée.

Cette femme est revenne cinq mois après à la consultation pour nne indisposition tout à fait étrangère. Elle nons a assuré que le rectum allait tont aussi bien que lorsqu'elle a quitté les salles. Nons avons donc pu, par nn traitement méthodique, procurer un soulagement qni ne durera pas tonjours, il est vrai; mais qui existait cependant cinq mois après. N'est-ce pas beaucoup que d'obtenir dans une maladie de cette nature nn résultat semblable?

TRAITEMENT CURATIF.

Les moyens simples que nous venons d'indiquer ne suffisent pas pour obtenir nne guérison durable de l'affection qui nous occupe: il leur faut ajouter un traitement méthodique, lorsque toutefois le jugement qu'on a porté sur la nature de la maladie ne la fait pas regarder comme incurable.

De nos jours, on a considéré comme pouvant obtenir une résolution complète du mal, les quatre moyens suivans: l'ablation de toute la partie malade; 2° son incision; 3° sa cautérisation; 4° on a mis enfin au nombre des moyens curatifs la dilatation en même temps qu'on exerce une compression plus on moins forte, plus on moins prolongée. Examinons isolément chacun de ces procédés, et voyons, autant que nous pourrons en juger, quel est celui au moyen duquel on doit obtenir les meilleurs résultats.

Pour pouvoir pratiquer le premier des moyens que j'ai indiqués; il faut des conditions tontes spéciales; il faut qu'on puisse parfaitement bien limiter avec l'extrémité du doigt tonte l'étendue du mal. Si l'on ne pouvait tont enlever, mieux vaudrait ne pas pratiquer d'opération; car dans ce cas, la récidive serait presque certaine. Nons ne nons étendrons pas, du reste, plus longnement sur les avantages ni sur les inconvéniens de cette opération, dont M. Lisfranc, le premier, a enrichi la chirurgie moderne; car le but que nons nous sommes proposé est d'obtenir une guérison sans opération chirurgicale, et c'est pour ce motif que nous n'insistons pas sur celle-ci.

INCISION.

Bien que l'incision soit une opération chirurgicale, nous croyons cependant indispensable d'en dire quelques mots. En effet, pratiquée simplement, comme on doit le faire, n'employant avec elle aucun des procédés que nous avons énumérés plus haut, elle est peu susceptible de procurer une guérison radicale; tandis que si, dans certaines circonstances, on ajoute à son action celle d'une compression et d'une dilatation méthodique, nous pensons que ces résultats ne pourront être qu'extrêmement avantageux. Quelques auteurs, et M. Costallat en particulier, tont en la blâmant, ont rapporté des cas de succès qu'on a obtenus par elle; il a beanconp exagéré son daoger; car personoe, nous le pensons an moins, n'a été la pratiquer en aveugle; n'a porté l'instrument tranchaot, comme il l'a snpposé, dans des points qne le doigt ne pouvait atteindre. On doooe pour précepte, et avec beaucoup de raison, d'inciser en arrière ou latéralement, de ne jamais le faire sur la paroi antérieure de l'intestin, où l'on pourrait intéresser la vessie, les vésicules séminales, le prostate chez l'homme, le vagin chez la femme. Il faut diviser avec assez de précaution pour éviter de couper dans toute leur épaisseur les parois de l'intestin.

La réunion des bords divisés ne s'opère pas aussi promptement qu'on a semblé le croire, et l'on peut très facilement s'y opposer en introduisant une mèche d'un volume approprié, et qui y mettra un obstacle. Si l'on pouvait exciser les lambeaux qui restent, on éviterait par là cette réunion qu'on redonte, et on agrandirait d'autant le diamètre intestinal; nous pensons que ce serait une pratique très heureuse. La mèche, dans ce cas, sera moins douloureuse qu'on ne l'imagine, parce que, en général, il y a peu de sensibilité sur la mnqueuse intestinale, surtout si cette mèche est modifiée, comme nous l'indiquerons plus tard. Nous savons bien qu'on fera, par ce moyen, difficilement disparaître la bride et les indurations; car la compression s'exerce surtout dans le fond des incisions; mais on l'opposera à l'union des parties divisées, et les tubercules qui resteront pourront s'atrophier, en recevant moins de vitalité.

Cette incision ne sera pas indistinctement pratiquée dans tous les cas de rétrécissement du rectum; dans beaucoup, en effet, elle ne manquerait pas de produire des désordres graves auxquels il serait peut-être souvent difficile de remédier. Il ne faut l'employer que dans les brides peu épaisses dont nous avons parlé plus haut, lorsque la dilatation seule ne peut les faire disparaître; que ces brides soient en croissant et occupent seulement un point de l'intestin, qu'elles aient au contraire la forme d'un diaphragme percé à son centre; c'est alors que conviennent les débridemens multipliés. Bien qu'on n'ait pas incisé, et que la dilation seule ait pu suffire chez notre troisième malade, nons croyons devoir placer ici son observation, parce qu'elle offre un exemple très remarquable de la disposition dont nons parlous maintenant; et chez elle on aurait incisé, si le point rétréci n'avait cédé aux moyens qu'on a mis en usage.

RÉTRÉCISSEMENT DU RECTUM; FISTULES ET ABCÈS A L'ANUS; SYPHILIS; DILATATION; TRAITEMENT ANTI-SYPHILITIQUE; GUÉRISON.

OBS. III.—La nommée Avié (Catherine), âgée de 40 ans, est entrée le 3 juin à l'hôpital de la clinique, et a été couchée au n. 14. Les souffrances qu'éprouve cette malade remontent à 14 ans, époque de son mariage, à dater de laquelle elle a constamment gardé la syphilis que lui communiquait sans cesse son mari. Au bout de deux ans, cependant, portant des ulcérations dans le nez, des pustules sur presque toute la surface cutanée, elle fit un séjour de deux mois à l'hôpital des vénériens, d'où elle sortit beaucoup mieux. Revenue avec son mari, elle fut infectée de nouveau, et resta huit ans sans faire aucun traitement, et au bout de ce temps son mari mourut. Elle portait alors une fistule à l'anus, des pustules syphilitiques, des ulcères et des exostoses sur les jambes, etc.

C'est avec ce cortége de symptômes qu'elle fit un séjour de dix-huit mois à l'hôpital St-Louis, il y a quatre ans environ. Là, pour tout traitement, on lui pansa ses plaies avec de l'onguent mercuriel; on lui donna des bains, et elle garda le repos. Ses ulcères se cicatrisèrent; mais les exostoses ne disparurent pas; pendant son séjour, on opéra sa fistule, et l'opération réussit.

Peu de temps après avoir quitté l'hôpital St-Louis, des ulcères aux jambes, des abcès à la marge de l'anus, des trajets fistuleux, des pustules cutanées se montrèrent de nouveau, et elle resta dans cet état jusqu'au commencement de janvier dernier, où elle est entrée à l'Oursine, dans le service de M. Michon. Elle assure même qu'à cette époque, par un des trajets fistuleux, elle rendait

---

la profession au dix-septième siècle; tels que celle-ci et ceux-là, les hommes et les choses, nous apparaissent dans Guy-Patin. Le tout dans un prochain article.

M. L.

DES ÉLÈVES ÉTRANGERS A PARIS.

Nous recevons la lettre suivante:

Monsieur le Rédacteur,

On fait tant de bruit depuis quelques jours d'une mesure de l'administration qui étend aux étrangers le droit de concours pour les places d'internes des hôpitaux. Les uns regardent cela comme un abus en faveur de l'étranger; les autres comme une justice envers des personnes qui, par cela même qu'elles aspirent à faire partie du corps médical, aspirent à détruire les barrières él[...] par la diplomatie. Mais une chose qui doit étonner tous ceux qui sont tant [...] peu versés dans la législation de nos écoles, ce n'est pas que l'administration ait publié cet avis aux étrangers, car tous les ans elle le publie implicitement, mais c'est que cet avis ait soulevé des récriminations. Jamais en effet l'administration n'a exigé qu'on fût français pour concourir. Au terme de toutes les ordonnances, il faut tout simplement qu'on ait pris une inscription à la faculté et prouver qu'on a été vacciné; autrefois il fallait en outre n'avoir pas dépassé un certain âge; cette condition a été abolie depuis. Or je ne vois rien là qui puisse exclure les étrangers; et plusieurs fois ces étrangers n'ont-ils pas profité de ces dispositions sans qu'on ait songé à élever aucune réclamation. Eager, de Manchester, n'a-t-il pas été interne des hôpitaux? Spittal, président de la société anatomique d'Edimbourg, n'a-t-il pas été interne des hôpitaux. Giraldès, portugais, était interne il y a quatre ans. Kean, de Londres, l'était aussi il y a six ans. Son frère était interne provisoire il y a cinq ans. Tobin, de New-York, était externe à la même époque, et par conséquent avait droit au concours de l'internat. Et dans ce moment même, n'y a-t-il pas dans les hôpitaux plusieurs étrangers qui sont internes et d'autres externes? D'où vient qu'aujourd'hui on voudrait réclamer alors qu'on ne réclamait pas il y a dix et vingt ans? Ce n'est pas un droit nouveau que l'administration accorde; c'est un droit ancien qu'elle maintient. Et c'est ce droit, cet ancien droit qui fait honneur à l'administration qui l'a autrefois concédé, qu'on voudrait voir retirer! Cette réclamation est indigne du caractère national, de ce caractère avant tout généreux et hospitalier. Ce que l'on devrait demander, et demander sans relâche, c'est la réciprocité. Quelles difficultés, difficultés insurmontables, n'éprouvent pas les Français qui désirent *visiter* seulement les hôpitaux d'Angleterre? En Allemagne, ces difficultés sont loin d'exister. Peut-être (je doute que le cas se soit présenté) ferait-on, dans quelques universités, difficulté pour admettre un étranger dans le *service* des hôpitaux; mais à coup sûr une foule d'universités en agiraient autrement, et mettraient, si l'occasion s'en présentait, les étrangers sur le même niveau, que les nationaux. Pour se convaincre de cette assertion, il suffit de visiter les universités pour voir l'empressement que l'on met à vous admettre partout à tout voir, à tout toucher, et même à vous livrer des malades pour pratiquer sur eux des opérations.

La question de l'élimination des étrangers se réduit donc à celle-ci: Les étrangers doivent chez eux nous accorder les mêmes faveurs que nous leur accordons chez nous. C'est cette thèse qu'il appartient à la GAZETTE MÉDICALE de soutenir et que nous soutiendrons avec elle.

Agréez, etc.

X..., interne des hôpitaux.

des matières stercorales par le vagin. Ces ulcères se sont fermés par des pansemens simples, et M. Michon l'ayant opérée d'une fistule, l'incision s'est cicatrisée; elle dit même que depuis cette opération il ne s'écoule plus rien par le vagin. Elle a quitté l'Oursine pour venir ici, et voici dans quel état nous l'avons trouvée.

Son état général est assez mauvais; elle est maigre; les traits de la face sont fortement tiraillés; la peau cependant a conservé sa couleur naturelle; le ventre est assez gros, tendu, douloureux; il n'y a plus de hoquets ni de régurgitation. Sur la fesse gauche, il y a une tuméfaction considérable, dans le centre de laquelle il existe plusieurs ouvertures fistuleuses: la peau est amincie et violacée. Les fistules se rapprochent de l'anus, qui a son pourtour garni de végétations syphilitiques : elle a souvent de la diarrhée, et lorsqu'il survient de la constipation, des symptômes abdominaux augmentent, par la difficulté que les matières stercorales éprouvent à sortir; leur diamètre est beaucoup diminué; elles sont minces, rubanées et comme passées par une ouverture beaucoup plus étroite qu'elles n'étaient volumineuses au-dessus.

Elle fait remonter cette gêne à sa sortie de l'hôpital St-Louis, il y a sept ans à peu près. A cette époque, elle souffrait peu; mais assez cependant pour avoir fait la remarque. La maladie a marché lentement, et peu à peu elle est parvenue au point où nous la trouvons aujourd'hui.

Le doigt introduit dans le rectum trouve son diamètre tellement rétréci, à un pouce et demi ou deux pouces, que la phalange onguale ne peut pénétrer au-dessus; on sent au niveau une cloison qui occupe tout le pourtour de la circonférence intestinale, cloison percée à son centre d'une très petite ouverture; ses bords sont lisses, unis, durs, revêtus par la muqueuse, qui ne paraît avoir subi aucune altération. La partie inférieure du rectum a très exactement la forme d'un entonnoir, dont l'extrémité serait dirigée en haut et aboutirait au point rétréci : on ne trouve à l'intérieur aucune ouverture fistuleuse, et celle qui est placée à la marge de l'anus ne communique pas avec sa cavité. Je dois dire que la tuméfaction et la suppuration de la cuisse augmentent à chaque époque menstruelle, car cette femme est encore régulièrement réglée.

Pour tout traitement de cette affection, elle a commencé à mettre il y a deux mois des mèches graduées dans le rectum, afin de dilater la petite ouverture qui existe au centre de la bride, et depuis qu'elle en fait usage, elle assure qu'elle s'en trouve bien, et qu'elle en introduit maintenant dont le diamètre est plus considérable que celles qu'elle mettait en commençant.

Comme les parois intestinales sont lisses et polies, que les lavemens sont facilement administrés, et qu'on peut toujours arriver sûrement au centre de l'ouverture; de plus, comme elle est encore sous l'influence d'une affection syphilitique constitutionnelle, et qu'on peut regarder le point rétréci comme étant de même nature, on prescrit à cette malade le traitement anti-syphilitique de Dupuytren, et on introduit dans l'anus une mèche enduite avec un mélange de

Cérat............	1 once.
Onguent napolitain....	1 once.
Extrait de belladone..	2 gros.

Elle supporta très bien ce traitement jusqu'au 26 juin, où elle éprouva quelques vertiges, des éblouissemens, de la céphalalgie; les pupilles devinrent très dilatées; à cette époque aussi, les indurations avaient beaucoup diminué, et on pouvait facilement introduire au-delà du point rétréci une mèche de la grosseur du doigt indicateur; seulement sa présence causait quelque douleur, en tenant trop fortement dilatés les sphincters de l'anus.

On suspendit l'usage des mèches pendant quelques jours pour laisser dissiper les légers symptômes de narcotisme causés par la belladone, et, le 1er juillet, on put reprendre le même traitement, avec la modification suivante : on fit les mèches beaucoup plus épaisses à leur extrémité supérieure, qui devait pénétrer dans le rétrécissement. On embrassait leur sommet par un fil, qui pût les extraire avec le peu de charpie qui sortait en dehors. En un mot, elles étaient effilées, coniques, et le sommet du cône correspondait à l'ouverture anale, qui ne dilatait plus outre mesure; de cette sorte les mèches furent facilement supportées, et on put successivement graduer leur volume. Cette femme resta dans le service jusqu'au 26 du mois d'août, et, à cette époque, les trajets fistuleux étaient cicatrisés; la tuméfaction de la cuisse n'existait plus; son sommeil n'était plus troublé par les douleurs ostéocopes nocturnes; le diamètre intestinal était revenu à son état ordinaire, et elle pouvait avec facilité, sans douleur et sans faire des efforts violens, aller à la garderobe.

M. Bérard a revu cette femme cinq mois après sa sortie de l'hôpital, et elle se trouvait tout aussi bien que le jour où elle l'a quittée.

CAUTÉRISATION.

On a voulu, comme on l'a fait sur l'urètre, pratiquer avec le nitrate d'argent la cautérisation des points rétrécis du rectum. Nous croyons que, jusque-là, cette pratique a été rarement mise en usage, et qu'on en a obtenu des résultats peu avantageux. Nous nous abstiendrons d'y insister plus longuement et de la juger jusqu'à ce qu'un plus grand nombre de faits soient venus faire connaître ses avantages ou ses inconvéniens.

DILATATION.

De tous les moyens proposés pour obtenir une guérison durable des rétrécissemens du rectum, la dilatation est celle qui a compté le plus de partisans et le plus de succès; son efficacité est généralement reconnue; mais il ne règne pas le même accord parmi les chirurgiens sur la manière dont elle doit être mise en usage, ni sur les divers agens susceptibles de la produire.

Ainsi, les uns veulent dilater brusquement; d'autres, au contraire, veulent parvenir à ce but lentement et en ménageant les parties malades. Tantôt on s'est servi de corps durs, rigides ou flexibles, tantôt on a mis en usage des parties assez molles pour se prêter en partie aux contractions intestinales et se mouler sur le lieu malade. Examinons successivement ces divers procédés et choisissons, autant qu'il nous sera donné de le faire, celui ou ceux qui auront le plus d'avantages et le moins d'inconvéniens.

Un nom justement célèbre est attaché à la méthode qui consiste à obtenir une dilatation brusque et forcée. Sir Ast. Cowper préfère cette manière d'agir à celle qui lui est opposée. Cet illustre chirurgien a ses procédés pour opposer aux raisonnemens de ses adversaires, et assurément, dans ce cas, la pratique vaut mieux que la théorie. Disons cependant qu'en écartant brusquement les parois intestinales rétrécies, on produit des déchirures dont on ne peut prévoir ni l'étendue ni la profondeur; dans l'incision on sait ce que l'on coupe, et l'on ne coupe que ce que l'on veut; ici tout dépend du hasard, de la force des parois intestinales, etc., et il nous semble que tout doit être fait avec ordre et méthode dans la bonne chirurgie. Si un homme moins célèbre eût proposé ce moyen, peut-être serait-il tombé bien vite dans l'oubli. Attendons qu'il soit fonctionné par une plus longue expérience, car nous avouons que, malgré ses succès et l'habileté de son auteur, nous n'oserions encore aujourd'hui le mettre en pratique; c'est dire que, dans l'état actuel de la science, nous préférons la dilatation lente et graduée.

La méthode de dilatation qui a eu le plus de succès est celle qu'employait Desault au moyen de mèches graduées qu'il portait jusque dans le lieu rétréci. On avait l'avantage, par ce procédé, de mettre en contact avec les parois intestinales un corps élastique, qui se prêtait très bien aux parties malades et qui les dilatait sans trop les fatiguer; on pouvait graduer à volonté le diamètre de la mèche, et surtout elle offrait l'immense avantage de pouvoir être enduite de corps gras médicamenteux, qui sont un si puissant auxiliaire quand l'affection reconnaît une cause spécifique.

Un des plus grands obstacles à la dilatation, quel que soit le procédé qu'on emploie, est la douleur que cause le corps dilatant lorsqu'il a déjà acquis un certain volume. En effet, écartant outre mesure les fibres les plus inférieures du releveur de l'anus et surtout celles du sphincter, ces muscles entrent quelquefois dans une espèce de contraction spasmodique; ils se resserrent autour du corps étranger, qui les distend, et causent des souffrances souvent intolérables; il faut alors enlever la cause des douleurs. Avec les mèches de charpie, on peut presque toujours continuer la dilatation en évitant ce grave inconvénient. Il n'est produit, avons-nous dit, que par la distension du sphincter et du releveur; le plus souvent le rétrécissement se trouve au-dessus d'eux, et l'intestin dans ce lieu peut être dilaté sans inconvénient, en donnant à la mèche une forme conique, et lui conservant, dans la longueur qui doit pénétrer dans le point rétréci, le diamètre nécessaire pour abtenir la dilatation, et en faisant très mince l'extrémité inférieure qui doit ressortir par l'ouverture anale. On peut toujours retirer facilement la mèche en embrassant son extrémité supérieure avec un double fil qui ressort au-dehors.

La difficulté de porter la mèche dans le lieu malade n'est pas aussi grande, à beaucoup près, que quelques auteurs intéressés à ne pas la mettre en usage ont bien voulu l'annoncer. Lorsque le mal siége près de l'anus, et ce sont les cas les plus communs, on peut toujours, avec facilité, la faire glisser sur le doigt, et parvenir ainsi jusque dans le lieu rétréci : s'il faut l'introduire au-delà du point où l'indicateur ne peut arriver, on y parvient encore en donnant au stylet qui la supporte la courbure de l'intestin qui ne sera nullement refoulé en haut, comme on veut le faire craindre, à moins qu'il ne soit oblitéré dans toute son étendue, et encore le diamètre de la mèche serait en rapport avec celui de la partie malade. Si ce mode de dilatation offre quelques inconvéniens, il possède aussi ses avantages, que nous ne retrouverons dans aucun des procédés nombreux qu'on a regardés, dans ces derniers temps, comme bien au-dessus de lui, et qui, en réalité, sont loin de le valoir. Ajoutons, enfin, qu'on peut, au moyen des mèches, porter sur le mal le remède qui lui est approprié; et que, de cette manière, on obtient plus facilement, et dans un espace de temps beaucoup moins long, la résolution des brides, des tubercules, etc., ou la cicatrisation des ulcérations, lorsqu'il en existe; on voit que nous voulons parler ici des rétrécissemens syphilitiques, qui sont si nombreux, puisque nous en avons signalé quatorze coïncidant avec cette affection, et qui pouvaient sans doute très bien la reconnaître pour cause première. On a pu juger avec quelle facilité deux de nos malades ont pu supporter la présence de ce médicament, en même temps qu'elles faisaient un traitement général; et avec quelle facilité aussi on s'est rendu maître d'une maladie qui menaçait de compromettre l'existence de celles qui la portaient. Cet avantage des mèches est, dans des cas semblables, trop au-dessus de tous les moyens employés jusqu'à

ce jour pour que nous croyions nécessaire d'y insister plus longuement.

Un grand nombre de chirurgiens, pour obtenir la dilatation du rectum rétréci, ont fait usage, comme pour le canal de l'urètre, de bougies, de sondes de gomme élastique, etc. On peut en varier le calibre, et les graduer à volonté; on peut les laisser en place le temps qu'on juge convenable, et même à demeure, si c'est une sonde qui a pu franchir le rétrécissement, en donnant par elle des lavemens; les gaz et les matières délayées pouvant par son ouverture être expulsés au-dehors. Bien que l'issue des matières stercorales soit assez rare, les yeux de la sonde se trouvant oblitérés par la muqueuse intestinale, elle peut cependant avoir lieu dans quelques circonstances, et alors on comprend tout l'avantage qu'on peut retirer de la présence d'un corps assez solide pour exercer une pression permanente sur des parties indurées. Mais ces sondes ou ces bougies, qu'on doit augmenter de calibre, ayant acquis un certain degré d'épaisseur par l'effet même de l'amélioration qu'elles ont produite, ne peuvent plus être supportées, et causent des douleurs que nous avons signalées plus haut, en parlant des mèches. Comme ces dernières, elles ne peuvent pas être diminuées à leur extrémité inférieure, et l'on se trouve souvent dans la nécessité, soit de suspendre le traitement, soit de ne laisser en place ces corps étrangers qu'un fort court espace de temps.

Au début de certains rétrécissemens, les sondes et les bougies conviennent parfaitement bien, surtout lorsqu'elles sont supportées sans douleurs, étant encore d'un très petit diamètre. Pendant la durée du traitement, on peut encore les mettre en usage de loin en loin, afin d'exercer une compression plus forte, en ayant la précaution d'en cesser l'usage aussitôt qu'elles causent quelques douleurs; on les remplace alors par les mèches, qui continuent graduellement, sans douleurs et sans fatigue, l'effet que les premières ont commencé. Par cet emploi réciproque des sondes et des mèches, on obtient des résultats fort avantageux. Disons, pour terminer, que souvent les sondes sont indispensables, moins dans ces cas, comme moyen thérapeutique en lui-même, et propre à faciliter la dilatation, que comme palliatif. En effet, dans quelques circonstances, le rétrécissement est si tortueux, si rempli de végétations, que les lavemens ne peuvent le franchir, et vaincre la constipation opiniâtre qu'on ne peut souvent faire cesser qu'à l'aide d'une sonde qui aura franchi le point rétréci, et qui permettra alors d'injecter du liquide jusque dans le lieu où sont accumulées les matières endurcies. Quelquefois, cependant, on obtient le même résultat, sans l'emploi de la sonde; nous voulons parler des douches ascendantes, qui, dans certaines circonstances, peuvent être très utiles, et sont de nos jours un peu trop négligé.

Dans ces derniers temps, plusieurs procédés nouveaux ont été proposés pour obtenir une dilatation plus complète, plus rapide, des rétrécissemens du rectum. Outre la complication que présentent la plupart de ces instrumens, ils ont encore l'inconvénient de ne pouvoir suffire seuls, bien que leurs auteurs ne veuillent employer qu'eux d'une manière exclusive; souvent ils ne peuvent être supportés, d'après des observations rapportées par MM. Costallat et Tanchou; car ils déterminent, comme des mèches trop grosses, comme des bougies d'un trop grand diamètre, cet écartement des fibres musculaires du rectum, les douleurs qui en sont la conséquence : ils ne peuvent en un mot porter sur le mal lui-même des agens thérapeutiques propres à obtenir sa guérison.

Ici, comme ailleurs, un traitement exclusif ne peut être rationnellement mis en pratique : tel procédé qui convient au début devient inutile et quelquefois nuisible dans une autre période de la maladie. C'est à la sagacité du chirurgien qu'il appartient de juger des avantages ou des inconvéniens de tel ou tel moyen dans les diverses phases du mal; de faire un choix des plus convenables; de savoir avec prudence se tenir à un seul, ou combiner alternativement plusieurs des procédés que nous avons indiqués, qui tous, dans quelques cas, peuvent devenir utiles, et dont aucun ne peut convenir seul dans les diverses variétés de l'affection qui nous occupe.

Lorsqu'on ne peut, par quelque procédé qu'on emploie, franchir le point rétréci, lorsqu'il y a imminence de rupture de l'intestin par l'accumulation de matières stercorales qu'on ne peut expulser au dehors, lorsqu'il existe une oblitération complète du canal intestinal, il ne reste plus pour soustraire le malade à une mort certaine, qu'une opération qui a été proposée par Litrée, pratiquée par Dubois et plusieurs autres: nous voulons parler d'un anus artificiel. Comme nous l'avons annoncé plus haut, ayant eu pour but dans ce travail d'obtenir une guérison ou au moins quelques amendemens de cette affection, sans opération chirurgicale, nous nous abstiendrons de toute réflexion sur celle-ci, comme nous l'avons fait pour d'autres; nous nous contentons de l'indiquer comme dernière ressource qui reste au chirurgien et au malade quand tous les moyens que nous avons fait connaître ont été sans résultats.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les cahiers des mois de décembre, janvier et février contiennent les articles originaux suivans : 1° *Mémoire sur les battemens et les bruits du cœur;* par M. Chancelot; 2° *Essai sur l'encéphalocèle congénitale et spontanée;* par M. Nivet, interne des hôpitaux; 3° *Observation de communication anormale entre les cavités du cœur;* par M. Landouzy, interne des hôpitaux; 4° *Recherches sur quelques points de séméiologie des affections du cœur;* par M. Bean, chef de clinique à l'hôpital de la Charité; 5° *Histoire des tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques;* par M. Grisolle, ancien chef de clinique à l'Hôtel-Dieu (Monographie intéressante dont il a paru deux articles; nous en rendrons compte après que le tout aura été publié); 6° *Observation de paralysie de la troisième et cinquième paires des nerfs encéphaliques;* par M. Stanski, interne des hôpitaux; 7° *Considérations sur la fièvre typhoïde;* par M. Valleix, médecin du bureau central; 8° *Mémoire sur une forme peu connue d'encéphalite;* par M. Durand-Fardel, interne des hôpitaux; 9° *Observations de médecine légale;* par M. Ollivier d'Angers.

MÉMOIRE SUR PLUSIEURS CAS REMARQUABLES DE DÉFAUT DE SYNCHRONISME DES BATTEMENS ET DES BRUITS DES VENTRICULES DU CŒUR; par le docteur CHARCELAY.

Ce mémoire contient plusieurs observations d'affection du cœur toutes différentes et toutes dignes d'intérêt, bien qu'aucune ne soit cependant assez importante pour qu'il soit utile d'analyser ce travail nécessairement complexe; voici pourtant quelques-uns des faits qui nous semblent ressortir des observations qu'il contient.

1° Dans certaines affections du cœur, les deux ventricules n'exécutent pas toujours simultanément leurs battemens; et ce défaut de consensus, ce dyschronisme fonctionnel du cœur droit et du cœur gauche, est révélé par le pouls veineux (quand il y a pouls veineux).

2° Le pouls veineux est toujours, d'après M. Charcelay, sous la dépendance du ventricule droit, tout comme le pouls artériel est sous celle du gauche. L'auteur annonce devoir prouver ailleurs par de nombreux faits cette proposition qui n'est appuyée ici que d'une seule observation; nous ne doutons pas en effet qu'il ne soit facile de trouver un assez bon nombre de cas où le pouls veineux coïncidait avec une insuffisance de la valvule tricuspide, et qu'il ne soit également facile de démontrer que cas cette insuffisance et conséquemment la contraction du ventricule droit ne soit réellement la cause du pouls veineux dans ces cas; mais nous doutons qu'il en soit ainsi dans tous les cas, et que cette cause soit la seule à laquelle on puisse attribuer ce phénomène; par exemple dans les cas où la pulsation semble venir dans les veines de leurs divisions et où la pression exercée entre le cœur et l'endroit où on observe le pouls ne le suspend pas, tandis qu'exercée au-dessous elle le suspend.

3° Bien que la contraction des oreillettes ne soit, de l'avis de la plupart des physiologistes, accompagnée d'aucun bruit appréciable, cependant, dans les cas où elles ont éprouvé une hypertrophie considérable, leur systole est accompagnée d'un bruit plus ou moins fort. M. Charcelay rapporte ici une observation de ce genre recueillie chez un sujet qui, pendant la vie, offrit des irrégularités avec intermittence du pouls; puis, après les deux bruits ordinaires du cœur, un claquement coïncidait avec la contraction des oreillettes, assez clair, sans énergie ni intensité, et qui ne fut perceptible que pendant un petit nombre de jours. Le repos qui suit le second bruit du cœur était très court et remplacé en partie par ce claquement, qui portait à trois le nombre des bruits, dont deux, les deux bruits normaux, étaient accompagnés chacun d'un bruit de souffle manifeste. Voici quel était leur ordre d'apparition : 1° premier bruit de souffle et pulsation carotidienne; 2° deuxième bruit de souffle; 3° court silence; 4° claquement. A l'ouverture du sujet, on trouva que l'oreillette droite, qui correspondait exactement à l'endroit où l'on entendait le claquement, était le siége d'un anévrisme actif très marqué. Ce fait, déjà intéressant par lui-même, l'est encore plus quand on le rapproche des cas où il y avait défaut de synchronisme entre les contractions des deux ventricules.

Nous trouvons donc signalées ici deux variétés d'augmentation du nombre des bruits du cœur. Dans la première, cette multiplicité des bruits dépendrait du dyschronisme ventriculaire; dans la seconde, elle serait due à la contraction accidentellement sonore des oreillettes, dont l'hypertrophie aurait détruit le mutisme habituel. Maintenant la première

variété, le dyschronisme ventriculaire est-il lié à telle ou telle lésion organique? Est-il nerveux et passager? Est-il permanent une fois développé? Affecte-t-il de préférence le grand âge, le sexe féminin? c'est ce qu'on ne pourrait résondre d'une manière satisfaisante, faute de documens. L'auteur regarde comme très grave cette affection, qui est fort rare. Un fait important, et sur lequel l'auteur n'a peut-être pas assez insisté lorsqu'il s'est occupé de la cause de ce singulier trouble des fonctions de l'organe central de la circulation, c'est qu'on observe un trouble semblable sur le cœur des animaux soumis aux vivisections; ne semble-t-il pas que chez ces derniers l'hétérochronisme ventriculaire ne dépend que d'un trouble grave de l'inervation et nullement d'une altération particulière du cœur?

Quant au diagnostic de cette affection, nous avons déjà vu qu'il est très facile quand il y a le pouls veineux en même temps; mais l'auteur fait remarquer que le pouls veineux n'est pas indispensable pour arriver à ce diagnostic; il suffit d'apprécier à la fois le pouls carotidien et les bruits du cœur; car alors les pulsations artérielles, au lieu de se rencontrer de deux en deux bruits, ne se montrent souvent que de quatre en quatre. L'observation suivante nous offre un exemple de ce genre:

Obs.—La nommée Farcy, âgée de 74 ans, est admise le 27 avril 1835 à l'hôpital de la Charité, atteinte d'une pneumonie qui occupe la presque totalité du côté droit, et dont le commencement date de huit jours. Depuis lors, toux, crachats rouillés, douleurs à droite, etc.

Les 28 et 29, outre les symptômes propres à la pneumonie, on trouve le pouls petit, fréquent, irrégulier, intermittent, la région précordiale assez sonore. Le cœur offre des battemens un peu sourds, sans énergie, sans bruit de souffle, fréquens et irréguliers. Chaque premier bruit n'est pas accompagné de pulsation artérielle; tous les systoles du cœur, ou plutôt des ventricules, ne correspondent pas à des pulsations carotidiennes; c'est-à-dire que celles-ci ne se montrent pas à chaque contraction ventriculaire, et ne sont pas toujours synchrones à tous les premiers bruits; elles manquent parfois, et offrent une intermittence, pendant laquelle on entend trois bruits. Il n'y a point de pulsation des jugulaires.

La malade meurt le 1er mai.

Autopsie. Le cœur, peu volumineux, présente à sa surface, en avant, quelques plaques peu étendues, blanches, opalines, fibro-cartilagineuses; l'orifice auriculo-ventriculaire droit est irrégulier, disposé en infundibulum, dont la plus grande ouverture répond à l'oreillette; les tendons de la valvule tricuspide sont courts, épais, durs; son ouverture est irrégulière, et son bord libre offre en arrière un tubercule assez volumineux, de nature fibro-cartilagineuse, et gros comme une lentille. L'orifice auriculo-ventriculaire gauche est disposé comme à droite; l'altération est même plus avancée; la valvule mitrale est forte, épaissie, dure, cartilagineuse; son ouverture circulaire est rétrécie; la partie fibreuse de ses colonnes charnues a disparu; dans sa partie gauche existe une concrétion crétacée du volume d'un haricot. Deux valvules aortiques sont réliculées vers leur bord, dans leur moitié contiguë. Le poumon droit est hépatisé en rouge dans sa totalité.

Essai sur l'encéphalocèle congénitale ou spontanée; par M. Nivet, élève interne des hôpitaux.

Ce travail a pour sujet l'histoire pathologique des hernies de l'encéphale; l'auteur le traite d'une manière assez complète et d'après un certain nombre de faits qu'il a recueillis dans les livres; deux seuls parmi ces faits étaient inédits; ils lui ont été communiqués par deux élèves des hôpitaux.

Sur 35 cas d'encéphalocèle congénitale que M. Nivet a étudiés, 17 appartenaient à la région occipitale, 6 à la suture coronale, 2 à la fontanelle antérieure, 2 à la fontanelle postérieure, 2 à la suture lamdoïde, 1 à la suture temporo-occipitale, 1 à la fronto-pariétale, 1 à la fontanelle temporo-occipito-pariétale, 1 à la portion écailleuse du temporal, 2 au grand trou occipital sensiblement agrandi. Dans quelques cas la tumeur s'est manifestée à la racine du nez; un fait de ce genre s'est présenté à l'Hôtel-Dieu en 1833, dans le service de Dupuytren; c'était chez un petit enfant de la campagne; la tumeur avait le volume d'une petite noix, et offrait les apparences d'une petite corne de rhinocéros placée à la racine du nez; elle était irréductible, douloureuse à la pression, se gonflait et devenait bleuâtre lorsque l'enfant criait. On l'avait caractérisée pour une loupe; l'illusion effectivement en était facile; Dupuytren en a reconnu la nature, prescrivit la compression et congédia le petit malade.

Dans les 17 cas d'encéphalocèles occipitales la dissection a fait reconnaître que la tumeur était formée huit fois par le cervelet, sept fois par les deux lobes postérieurs du cerveau, une fois par un seul lobe, une fois par une partie du cerveau et du cervelet.

Il est remarquable que presque jamais jusqu'à présent l'encéphalocèle n'a été observée du côté de la cavité orbitaire ni des fosses nasales; les fongus de la dure-mère cependant se prolongent quelquefois de ce côté.

En général, l'encéphalocèle se montre, comme on sait, au niveau des fontanelles, des sutures, et dans l'intervalle des points d'ossification; cependant cette règle souffre quelques exceptions. Ainsi on voit assez souvent la hernie céphalique occuper la partie moyenne de l'occipital. D'autre part, Billard a observé une encéphalocèle dont l'ouverture occupait la place de la portion écailleuse du temporal. Dupuytren parlait d'un cas de ce genre placé sur le milieu du bord sourcillier et qui avait été opéré pour une loupe. On ne peut s'expliquer ces anomalies à moins d'admettre que ces hernies se sont formées à une époque peu avancée de la grossesse, alors que l'ossification n'était que fort peu développée. Il n'existe, d'après M. Nivet, aucune observation d'encéphalocèle au niveau des bosses pariétales, ce qui pourrait servir selon lui à aider le diagnostic différentiel des céphalœmatomes et des hernies en question.

Une circonstance importante dans l'étude de l'encéphalocèle, c'est que la tumeur est souvent compliquée d'hydropisie soit des ventricules cérébraux, soit de la poche herniaire elle-même. Cette dernière condition en a tellement imposé quelquefois que le mal a été pris et opéré pour une loupe laquelle était transparente à la lumière. L'hydropisie des ventricules est regardée avec raison comme la cause déterminante la plus ordinaire de la hernie.

On s'explique pourquoi l'encéphalocèle congénitale est le plus souvent irréductible, c'est que la tumeur qui était petite en origine végète et grossit au dehors, tandis que l'ouverture osseuse reste la même.

Telles sont les remarques les plus importantes contenues dans le travail de M. Nivet; la partie du traitement n'offre rien à ajouter aux idées généralement connues.

Diathèse mélanique observée a l'hôpital St-Louis; par M. Behier, D. M. P.

Jusqu'ici on avait observé la mélanose dans la plupart des organes, à l'exception toutefois de la masse encéphalique; l'observation suivante nous en offre un exemple remarquable. D'ailleurs, cette observation, recueillie avec soin, et qui ne laisse à regretter que des recherches chimiques sur les nombreuses tumeurs mélaniques qu'on a trouvées sur le cadavre, offre de l'intérêt sous d'autres points de vue encore.

Obs.—L., âgé de 28 ans, épicier, admis à l'hôpital St-Louis le 9 décembre 1833, est doué d'une constitution vigoureuse et d'une force musculaire très marquée. A l'âge de 2 ans, il avait été pris d'un strabisme double; plus tard, il avait éprouvé de violentes douleurs de tête revenant à peu près deux fois par mois, sans régularité de retour.

Vers la fin de 1830, il s'aperçut qu'un nœvus situé à la partie supérieure de la poitrine, souvent écorché par les ongles, acquérait un volume assez considérable. Bientôt il eut pris celui d'un gros œuf de pigeon, avec coloration violacée. Quatre autres signes répandus sur l'abdomen n'offraient aucun développement insolite; l'extirpation de la tumeur fut suivie d'une guérison parfaite; mais au bout d'un an, deux tumeurs noirâtres, mobiles, non adhérentes à la peau, se développèrent aux genoux, aux environs des deux rotules, et prirent un accroissement rapide.

Le malade qui, avant cette époque, n'avait eu ni douleurs physiques, ni peines morales, éprouva alors des chagrins assez vifs, et des tumeurs analogues aux précédentes se multiplièrent rapidement sur toutes les parties du corps, sur les bras, sur les aines, les parties latérales de la poitrine. Les plus récentes de ces tumeurs offrent sur quelques points une coloration d'un rouge foncé; puis elles passent au violet et deviennent enfin indigo très foncé presque noires. L'une de ces tumeurs, développée au niveau du lobe droit du corps thyroïde, présente le volume d'un fort œuf de poule; point d'autres symptômes, du reste, que les fortes céphalalgies qui persistent avec les mêmes caractères.

Quatre mois avant son entrée, le malade fut pris inopinément de mouvemens convulsifs, à la suite desquels il perdit connaissance et resta longtemps ainsi, vomissant un liquide qu'il compare pour la couleur à du marc de café. Depuis ce moment, de vives douleurs se firent sentir à l'épigastre, surtout immédiatement après l'ingestion des alimens.

A l'époque de l'entrée, la céphalalgie persistait toujours aux parties supérieure, latérale et postérieure de la tête; mais surtout à droite; les épistaxis étaient toujours fortes et fréquentes. Bientôt, des symptômes de paralysie se déclarèrent du côté droit de la face. Dans les premiers jours de décembre, une nouvelle attaque se déclara, avec perte de connaissance, mouvemens convulsifs des membres et de la face. Les sens restèrent obtus, surtout du côté droit, la vue troublée et obscurcie. Quant aux tumeurs, elles continuèrent d'augmenter de volume.

Vers le milieu de décembre, diarrhée assez abondante; diminution rapide des forces.

Le malade succombe le 29, après avoir offert les symptômes d'une compression cérébrale augmentant graduellement.

Autopsie 30 heures après la mort. Amaigrissement. Infiltration des jambes. On compte à la surface du corps 52 tumeurs, dont les plus volumineuses, qui sont inégales et bosselées, ont à peu près le volume d'un petit œuf de poule. Un nombre encore plus considérable de petites saillies, offrant la grosseur d'un pois, occupait les différens points de l'enveloppe cutanée. Aux aines, ces tumeurs sont disposées en chapelet, et ne paraissent pas suivre exactement le trajet des lymphatiques. Plus les tumeurs sont volumineuses, et plus l'épiderme qui les recouvre est aminci sur les plus grosses et s'enlève avec facilité, et découvre une masse d'un noir violacé, brillante, colorant les doigts en noir ou en brun rougeâtre; les plus petites laissent aussi couler un peu de sang à la coupe. Elles ont partout déprimé le tissu cellulaire, et n'offrent aucune trace de kyste organisé et visible.

Cerveau. L'hémisphère droit présente six tumeurs peu saillantes, au-dessus des circonvolutions; les unes complétement en dehors de la substance cérébrale; les autres plus profondément et recouvertes par une couche plus ou moins mince de substance nerveuse, dont la transparence permet de constater une teinte d'un bleu verdâtre. Elles ont le volume d'une noisette à une petite noix. Celles qui sont découvertes semblent toutes développées aux dépens de la substance grise, qu'elles refoulent, et qui est, sur quelques points, ramollie autour d'elles. Leur consistance est assez marquée, mais inégale sur divers points; leur coloration est analogue à celle d'une truffe. Quelques-unes, peu consistantes, laissaient échapper une substance d'un liquide semblable, pour la coloration, à un caillot de sang delayé dans l'hémisphère gauche; il y a cinq tumeurs tout-à-fait semblables. Sur la pommette gauche, il y a une masse noire, de la grosseur d'une noisette, et au-dessous de laquelle la partie correspondante de l'os offre une dépression lisse, sans érosion de la lame externe. Une autre tumeur, développée sur le trajet de la trachée, a également déterminé sur cette dernière une dépression très sensible, que les arcs cartilagineux conservent même après qu'ils sont isolés de la masse qui les comprimait.

Les poumons, les ganglions bronchiques du cœur sont tout à fait sains.

Abdomen. Les épiploons contiennent sept ou huit petits tubercules noirs. L'estomac est rempli d'un liquide brunâtre, dont une partie s'était échappée au moment du transport du sujet. La muqueuse gastrique paraît à peu près à l'état normal. Mais, dans le jéjunum, on trouve deux tumeurs noires, faisant saillie dans l'intestin, non recouvertes par la muqueuse; du volume : l'une d'un haricot; l'autre d'une noix, et qui colorent les objets avec lesquels on les met en contact; les reins présentent aussi quelques petits tubercules noirs; la rate, le foie et les os paraissent n'avoir subi aucune altération appréciable.

RECHERCHES SUR QUELQUES POINTS DE LA SÉMÉIOLOGIE DES AFFECTIONS DU CŒUR; par le docteur J. H. S. Beau.

Ce long mémoire est le complément d'un autre travail publié par le même auteur, il y a quelques années (Gaz. Méd., 1836, p. 70), sur une nouvelle théorie de l'explication des bruits du cœur, et d'un autre travail du même auteur (Gaz. Méd., 1838, n° 52) sur la cause des bruits artériels. Dans le mémoire que nous avons en main, M. Beau fait l'application de sa théorie à la pathologie du cœur, et principalement aux bruits anormaux fournis par cet organe, et qu'il regarde comme aussi faciles à expliquer par cette théorie que les bruits normaux.

Nous devons d'abord avertir que, sous le nom de bruits anormaux, M. Beau n'entend désigner que ceux seulement du cœur interne et non pas ceux qui sont produits en dehors du cœur, dans le péricarde, par exemple, et que, dans la discussion qu'il établit sur le mode de production de ces bruits, il a complètement négligé la méthode expérimentale, persuadé qu'il est impossible d'imiter sur le cœur d'un cadavre le mouvement et le passage du liquide qui s'y font pendant la vie : il s'est contenté de l'analogie et de transporter au cœur ce qu'il croit avoir démontré des bruits anormaux des artères, et cela pour les deux motifs suivans : 1° le cœur est constitué comme les artères, par des cavités cylindroïdes, dans lesquelles se meut une quantité donnée de liquide; 2° tous les expérimentateurs qui se sont occupés jusqu'à présent de la question ont confondu dans la même hypothèse les bruits du cœur et ceux des artères. Il se croit donc autorisé suffisamment à donner comme la condition de ces bruits anormaux du cœur celle qu'il croit avoir démontrée pour la production des bruits artériels; savoir : un défaut de proportion entre l'ondée sanguine et le calibre des cavités qui lui donnent passage.

Ce défaut de proportion entre l'ondée et le vaisseau que M. Beau regarde comme la condition des bruits artériels lui paraît dépendre de deux circonstances : d'une augmentation réelle de l'ondée et d'une diminution du calibre des vaisseaux, l'ondée restant à son état naturel. Eh bien! il retrouve les mêmes circonstances dans le cœur pour donner lieu aux bruits anormaux de cet organe. Ainsi c'est par l'augmentation de l'ondée que M. Beau explique le bruit de la pléthore, ceux de l'aménorrhée, de la chlorose spontanée, de l'hypocondrie, du scorbut et toutes les affections où M. Beau croit, contradictoirement à l'opinion généralement reçue, et d'après des motifs qui ne nous paraissent pas avoir toute la puissance qu'il leur accorde, que le sang est en quantité surabondante; et c'est par la diminution du calibre des cavités du cœur qu'il explique les bruits anormaux de cet organe liés à l'existence de rétrécissemens des cavités.

Cette théorie, posée d'une manière aussi large et aussi précise, n'est cependant pas toujours d'une application facile; car, pour qu'elle comprenne le plus grand nombre de faits qu'il est possible, l'auteur est obligé d'admettre que tout rétrécissement du cœur n'entraîne pas nécessairement avec lui l'existence d'un bruit anormal; car on sait combien il est fréquent, surtout chez les vieillards, de rencontrer des rétrécissemens sans bruits anormaux. L'auteur cherche, il est vrai, à trouver dans sa théorie l'explication de ces nombreuses exceptions; mais ces explications sont trop longues et en même temps trop peu certaines pour que nous cherchions à les reproduire.

Une autre difficulté que trouve l'auteur à l'application de sa théorie, c'est l'impossibilité de rattacher les différentes formes et variétés des bruits anormaux à des différences dans l'action de la condition qui les produit; car il est impossible de dire précisément quelle est la cause de telle ou telle modification. Nous devons reconnaître, en outre, ainsi que l'auteur l'avoue avec raison, qu'il est en-dehors du cœur et, par conséquent, de la théorie de M. Beau, une foule de circonstances qui peuvent modifier les bruits produits dans le cœur.

Après avoir exposé son opinion sur la cause des bruits anormaux, l'auteur, pénétrant plus avant dans leur étude, cherche à déterminer les points du cœur où ils se font entendre et les cavités où ils sont produits. Il croit que, pour arriver à la solution de cette question de connaître, par les faits consignés dans les auteurs, quels sont les rapports de coïncidence établis par eux entre le bruit de tel temps et telle affection. Or, voici ce qu'il dit avoir trouvé à ce sujet : le bruit anormal du second temps accompagne uniquement *l'insuffisance* des orifices ventriculo-artériels; le bruit anormal du premier temps se rencontre indifféremment dans les variétés de pléthore, dans les rétrécissemens des orifices ventriculo-artériels, dans les rétrécissemens et les insuffisances des orifices auriculo-ventriculaires. Nous nous bornons à faire connaître ici la ligne que l'auteur a suivie dans cette recherche et ne le suivrons pas dans la discussion abstraite qu'il établit à cette occasion. Une simple analyse, privée des développemens qu'on trouve dans l'article, ne pourrait en donner qu'une idée fort incomplète, sinon erronée. Nous nous contenterons de reproduire quelques-unes des principales conclusions que l'auteur présente à la fin.

1° Les bruits anormaux sont produits par le frottement exagéré que le sang exerce contre les parois des cavités cardiaques; ce qui arrive lorsqu'il y a défaut de proportion entre l'ondée sanguine et le calibre de ses cavités.

2° Le rétrécissement des orifices n'est pas une cause nécessaire de bruits anormaux; parce que diverses circonstances peuvent faire diminuer le volume de l'ondée dans la même proportion que le diamètre de l'orifice rétréci, et que dès-lors il n'y a plus de frottement exagéré.

3° Les bruits anormaux des premiers temps sont produits par les différentes espèces de *polyémie*, par les lésions qui entraînent à leur suite une diminution de calibre des orifices auriculo-ventriculaires, et ventriculo-artériels, et par les insuffisances auriculo-ventriculaires.

4° Les bruits anormaux du second temps résultent seulement de l'insuffisance ventriculo-artérielle.

5° Le siége du maximum d'intensité des bruits anormaux du premier temps se trouve ordinairement dans le point de la région précordiale, qui est vis-à-vis la moitié inférieure du cœur ou sa pointe. Celui des bruits anormaux du second temps est dans le point de la région précordiale qui répond à la base du cœur.

6° On ne peut distinguer, par le siége des bruits à la région précordiale, quel est le côté du cœur dont les orifices sont affectés.

7° Les bruits anormaux diffèrent des normaux par leur siége, leur mode de production, leur forme; ils peuvent se rencontrer ensemble; mais ils ne se transforment jamais les uns dans les autres.

8° De même que les bruits normaux, les mouvemens des cavités cardiaques peuvent se *dédoubler* et se faire isolément.

OBSERVATION DE PARALYSIE DE LA TROISIÈME ET DE LA CINQUIÈME PAIRES DE NERFS ENCÉPHALIQUES, SUIVIE DE CONSIDÉRATIONS SUR LES FONCTIONS DE CES NERFS ET CELLES DES NERFS OPTIQUES; par M. Stanski.

Le seul point de vue important, à notre avis, de cette observation, et celui qui paraît avoir le moins occupé l'auteur, c'est la terminaison de la paralysie par la guérison à l'aide d'un traitement actif dans lequel les révulsifs et les dérivatifs ont eu la principale part. Cette guérison est d'autant plus remarquable que les phénomènes de paralysie de la troisième et de la cinquième paires développés graduellement étaient compliqués de paralysie commençante des deux membres du côté droit.

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros des mois de décembre et janvier contiennent les articles originaux suivans : 1° *Mémoire sur les causes du pied-bot*; par M. Duval; 2° *Nouvelles observations sur l'efficacité des pilules anti-chlorotiques du docteur Blaud*; 3° *Recherches sur le diagnostic des maladies de poitrine chez les enfans*; par M. Tanpin; 4° *Brochette de fer avalée par un chien; guérison*; par M. Marty; 5° *Opération d'une hydropisie enkystée de l'ovaire*; pratiquée par M. Récamier. La tumeur existait depuis huit ans, et avait le volume d'un utérus au huitième mois de la grossesse. M. Récamier a fait usage d'un long trois-quarts courbe qu'il a introduit par la ligne médiane de l'abdomen et fait sortir par la partie supérieure du vagin, en passant par derrière l'utérus. La malade

est morte. Le procédé nous paraît difficile et dangereux, il n'est guère en rapport avec les idées acquises sur le traitement qui convient le mieux à ces sortes de kystes.

RECHERCHES SUR LE DIAGNOSTIC DES MALADIES DE POITRINE CHEZ LES ENFANS; par C. TAUPIN.

On reconnaît de toutes part la nécessité de se livrer aux études spéciales, parmi lesquelles celles des maladies des différens âges et des formes qu'elles offrent à ces âges occupent le premier rang. Les maladies des enfans et celles surtout de la poitrine paraissent devoir appeler d'abord l'attention. Le travail de M. Taupin n'a pour objet que la partie de ces recherches qui concerne le diagnostic; la marche qu'il a adoptée pour l'exposition du résultat de ces recherches ne nous permet pas de le suivre dans cet exposé. Il adopte, en effet, chapitre par chapitre, l'ordre qu'a suivi Laennec dans son ouvrage sur l'auscultation, et indique à chacun des symptômes la différence que, dans l'état actuel, ces symptômes présentent dans l'enfance, et qui, pour la plupart, avaient échappé au célèbre inventeur de l'auscultation. L'auteur se borne donc aux symptômes proprement dits et isolés, et fournis par l'auscultation, la percussion et l'inspection; il nous serait impossible de le suivre dans cette longue énumération, et même nous ne pourrions, sans dépasser les limites d'une simple analyse, signaler tous les points où l'auteur a noté des différences dont la plupart sont, du reste, déjà connues des praticiens.

BROCHETTE DE FER AVALÉE PAR UN CHIEN; PERFORATION DE L'ESTOMAC ET DES PAROIS ABDOMINALES; GUÉRISON; par M. MARTY.

OBS. — Le 10 février, un chien braque, âgé de 8 mois, en mangeant avec voracité une pâtée de foie, de volaille et de jambon, avala une brochette en gros fil de fer, de six centimètres de longueur, terminée d'un bout par une pointe aiguë, de l'autre par un anneau de fer de cinq lignes de diamètre.

Le premier jour, l'animal ne manifeste aucun signe de souffrance ni même d'indisposition.

Le lendemain, 11, il chassait comme à l'ordinaire; mais en sautant les fossés et en en descendant les côtes, on remarquait une gêne dans ses mouvemens qui le faisait de temps en temps s'incliner jusqu'à terre.

Le 12, l'animal parut très souffrant; il poussait des cris plaintifs, accompagnés de contorsions des membres, ne pouvant rester un seul instant en repos, et refusant toute espèce de nourriture. En l'examinant avec attention, on reconnut un léger engorgement à la partie postérieure du cartilage xyphoïde du sternum. La maladie fut abandonnée aux seules ressources de la nature.

Le 13, les souffrances étaient diminuées et la tuméfaction locale fort augmentée.

Le 14, la pointe de la brochette se faisait jour au sommet de cet engorgement, à la distance de trois centimètres de la pointe du cartilage xyphoïde, et à un centimètre à droite de la ligne médiane de l'abdomen. Dès qu'on put saisir cette pointe, on fit immédiatement l'extraction du corps étranger, ce qui exigea un effort assez considérable, à cause de l'anneau qui terminait la brochette, et dont le diamètre excédait de beaucoup celui de l'ouverture. Cette extraction fut pénible et douloureuse. Cependant, elle était à peine terminée, que l'animal se mit à manger. L'engorgement du côté se dissipa promptement, et l'ouverture qui avait donné passage à la brochette se cicatrisa avec autant de facilité que la plaie la plus simple. Elle était complètement fermée le 21 du même mois, et l'animal ne paraissait plus se ressentir en aucune manière de son accident.

Ce fait en rappelle plusieurs autres analogues chez les animaux et chez l'homme. On a vu des couteaux, des fourchettes, des cuillers à café ou à soupe, etc., être avalés par des fous, et sortir heureusement par un abcès aux parois abdominales. Il est bon de remarquer que cette issue spontanée a exigé des années entières chez l'homme pour s'accomplir, tandis que chez les animaux la chose a lieu très promptement.

III. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les numéros des mois de janvier et février contiennent les articles originaux suivans : 1° *Histoire d'une épidémie d'embarras gastrique et de fièvres bilieuses observées à l'hôpital de la Charité;* 2° *Des constitutions érysipélateuses qui règnent souvent dans les salles de chirurgie à l'Hôtel-Dieu;* par M. Boinet; 3° *Opération césarienne pratiquée avec succès;* par M. Lestiboudois; 4° *Autre cas pareil;* par M. Tonché; 5° *Mémoire sur l'hémorragie des méninges;* par M. Bondet, ancien interne des hôpitaux; 6° *Quelques réflexions sur la stomatite mercurielle et sur l'emploi des mercuriaux;* par M. Jardon; 7° *Chute du rectum, maintenue, réduite à l'aide d'une boule de liége;* par M. Gervais, médecin à Lyon.

HISTOIRE D'UNE ÉPIDÉMIE D'EMBARRAS GASTRIQUE ET DE FIÈVRE BILIEUSE OBSERVÉE A L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ DE PARIS EN 1838; par M. A...m...

L'auteur anonyme de ce travail ne se borne pas à ce qui concerne l'épidémie annoncée dans ce titre; mais commence d'abord par donner une courte esquisse ou plutôt une simple indication de la plupart des épidémies de fièvres bilieuses qui ont été observées depuis deux siècles, signalant à l'occasion de chacune d'elles les heureux effets de la médication par les vomitifs et les purgatifs, et les boissons acidulées, et les revers de la méthode anti-phlogistique.

La description de l'épidémie qui est le sujet principal de son travail consiste dans la simple narration de quelques observations séparées par des réflexions empruntées le plus souvent aux ouvrages de Stoll. Ces observations sont distribuées en trois classes: à la première appartiennent celles des individus chez lesquels on a employé seulement l'émétique ou l'éméto-cathartique joint aux boissons acidulées. Dans la seconde sont celles où la méthode évacuante a été associée à la méthode anti-phlogistique; et dans la troisième sont celles où la méthode anti-phlogistique seule a été mise en usage. Ces observations sont en petit nombre, trois pour la première catégorie, deux pour la seconde, et trois pour la troisième. L'auteur dit, il est vrai, en avoir recueilli un grand nombre d'autres, et surtout de celles qui appartenaient à la première catégorie où l'on n'employa que les évacuans et où ce traitement est hautement approuvé de l'auteur; nous ne rapporterons aucune des observations de cette première classe. Les cas semblables sont assez fréquens dans la pratique pour qu'il nous semble tout à fait inutile d'en citer ici des exemples. La médication adoptée dans les deux autres classes est traitée d'une manière moins favorable par l'auteur anonyme qui blâme le médecin des salles où les observations ont été recueillies d'avoir associé dans les cas qu'il rapporte la méthode anti-phlogistique à la méthode évacuante et de l'avoir employée seule. Ce n'est pas cependant qu'il condamne absolument l'emploi des émissions sanguines dans le traitement des affections bilieuses où il y a complication de quelque phlegmasie; mais il pense que dans ces cas très exceptionnels, on ne doit avoir recours aux émissions qu'avec une excessive réserve et sans cependant abandonner la méthode évacuante.

Nous ne doutons pas, après avoir lu attentivement les observations rapportées dans les deux dernières catégories, que les malades qui en sont les sujets n'eussent guéri, ainsi que le dit l'auteur, beaucoup plus promptement si, au lieu de commencer le traitement par une saignée, on eût administré les évacuans dès le début. Ce fait ressort non seulement de la comparaison des faits rapportés ici, mais encore de tout ce que l'observation nous a appris.

DES CONSTITUTIONS ÉRYSIPÉLATEUSES QUI RÈGNENT SOUVENT DANS LES SALLES DE CHIRURGIE A L'HÔTEL-DIEU; par M. BOINET.

Parmi les complications très nombreuses et très graves qui accompagnent si souvent les plaies et les opérations à l'Hôtel-Dieu de Paris, il en est une surtout qui mérite l'attention des observateurs, à cause de sa fréquence et des ravages qu'elle exerce. Cette complication si commune, et parfois si funeste, est l'érysipèle. Cette affection règne dans les salles de chirurgie de cet hôpital d'une manière épidémique pendant certaines saisons de l'année.

M. Boinet trouve la cause principale de ce phénomène dans la constitution atmosphérique des salles de l'hôpital. « Une preuve, dit-il, que l'érysipèle dépend de causes constitutionnelles, c'est que cette affection a lieu le plus souvent dans les mêmes saisons; elle se développe dans l'air infecté des hôpitaux. Nous avons souvent remarqué que l'atmosphère impure dans laquelle vivent les malades a le singulier effet d'augmenter le sentiment de faiblesse et d'abattement qu'ils éprouvent toujours à un certain degré et dans certains cas. »

Cette cause occasionnelle de l'érysipèle épidémique a été observée dans plusieurs hôpitaux de différens pays, et signalée depuis longtemps; mais elle n'est certainement pas la seule, et M. Boinet lui-même en reconnaît plusieurs autres. Le point vraiment important de ce sujet serait d'éclaircir les véritables conditions physiques de l'atmosphère qui donnent lieu à cette fâcheuse complication des plaies; c'est ce qu'on n'a pas encore fait. Nous ferons cependant remarquer que dans quelques hôpitaux de l'Angleterre, l'épidémie en question ne se déclare pas d'une manière aussi régulière et aussi constante qu'à l'Hôtel-Dieu; cinq, six années se passent quelquefois avant qu'elle reparaisse, et elle ne reparaît pas toujours dans la même saison. Cela ferait présumer qu'il y a probablement à l'Hôtel-Dieu des conditions de localité qu'il faudrait rechercher.

Voici comment M. Boinet s'exprime sur ce sujet important: « Pendant les mois où l'Hôtel-Dieu a le funeste avantage de donner l'érysipèle, l'application d'un vésicatoire ou de sangsues, chez des sujets en apparence bien portans, a souvent suffi pour faire naître cette affection. Les endroits où un grand nombre d'hommes malades sont soumis aux mêmes impressions, soit physiques, soit morales, sont les plus favorables au développement de cette maladie. L'Hôtel-Dieu de Paris n'offre que trop souvent

le tableau de l'érysipèle avec toutes ses complications; on sait qu'un hôpital est mal sain, humide, en raison de sa position: aussi la maladie y est-elle fréquente par l'effet des vapeurs au milieu desquelles vivent les malades. Situé sur les deux rives de la Seine, dont le cours est ralenti et le fond rendu vaseux par tous les égouts situés au-dessus, il est exposé à l'influence de l'humidité et des gaz septiques. Les mois pendant lesquels l'érysipèle est le plus fréquent et épidémique à l'Hôtel-Dieu sont les mois de mars et avril. Viennent ensuite les mois de septembre, octobre, août et novembre quand ils sont humides. Pendant les saisons chaudes et sèches, les opérations y réussissent beaucoup mieux, et les érysipèles y sont bien moins communs. J'ai remarqué encore qu'il y avait une certaine coïncidence entre les grandes crues de la Seine et l'apparition de l'érysipèle. Toutes les fois que la Seine s'accroît, elle se répand dans les caves de l'Hôtel-Dieu, et l'eau y séjourne pendant six semaines, deux mois, plus ou moins; alors, et pendant tout le temps qu'elle met à s'écouler, on voit régner les érysipèles, et tous les malades qui ont subi de grandes opérations succombent. Les malheureux qui viennent à l'Hôtel-Dieu à ces époques ne peuvent se soustraire à l'influence de l'épidémie érysipélatense; elle imprime aux ulcères, aux plaies une marche lente et rétrograde, et le chirurgien perd bientôt tout espoir de guérison, si par les efforts de la nature le mal ne borne pas ses progrès. »

Nous croyons ce tableau très exact quant au fond; mais si nous nous en rapportons à notre propre observation, nous sommes obligé de penser que l'auteur s'exagère un peu l'influence réelle de ces conditions, et les effets dont il vient de parler.

L'érysipèle en question est toujours précédé, d'après l'auteur, de signes univoques. « Toutes les fois, dit-il, qu'un individu devait être pris d'un érysipèle, il éprouvait des frissons, des horripilations, du malaise, des nausées, des envies de vomir, etc. A la vue de ces phénomènes, on pouvait sûrement annoncer une inflammation érysipélateuse dans une des parties du corps, le plus ordinairement dans les environs de la plaie. Cet érysipèle, que l'on pourrait considérer, dans ces circonstances, comme une éruption critique favorable, apparaissait seulement vingt-quatre heures après l'existence des symptômes généraux, rarement avant, et souvent plusieurs jours après. L'analogie frappante qu'il y a entre les symptômes généraux et locaux qui annoncent l'érysipèle, et ceux qui indiquent la résorption purulente, m'a souvent fait penser que cette espèce d'érysipèle n'était qu'une terminaison de la résorption purulente, l'économie faisant tous ses efforts pour se débarrasser de principes nuisibles. » A part cette doctrine, qui est propre à M. Boinet, nous devons faire remarquer que les symptômes précurseurs ci-dessus ne sont pas exclusifs à l'érysipèle; ils s'offrent effectivement dans presque toutes les réactions viscérales qui succèdent aux lésions traumatiques. D'un autre côté, la question de la résorption purulente n'est pas encore complètement et uniformément résolue par tous les praticiens pour pouvoir lui rattacher celle de l'étiologie de l'érysipèle traumatique. Nous nous bornerons à l'examen des faits.

Abordant le traitement de l'érysipèle épidémique, l'auteur n'établit d'autres indications curatives générales que celles qui résultent naturellement de l'étiologie ci-dessus. Aussi, les soins hygiéniques de toute espèce forment la base de la médication en question. Les évacuations sanguines locales, cependant, lui paraissent également de quelque importance.

Il termine en rappelant les avantages remarquables que Desault obtenait du tartre stibié en lavage dans le traitement de l'érysipèle endémique à l'Hôtel-Dieu.

« Desault, dit M. Boinet, dans l'érysipèle qu'il appelait bilieux et qu'il observait si fréquemment à la suite des plaies, quelque chaleur qu'il y eût à la peau, et quelque considérable que fût la fièvre, donnait dès le premier instant un grain de tartre émétique étendu dans beaucoup d'eau. Les accidens diminuaient aussitôt après cette boisson, et quelquefois ils cessaient, quoique le remède n'eût produit d'autre changement sensible dans l'économie animale que l'augmentation de la transpiration et des urines. Quand les symptômes résistaient, il revenait deux ou trois fois, et même quelquefois plus souvent, à la boisson émétisée. Lorsque l'érysipèle s'éteignait, que la fièvre avait cessé, qu'il ne restait plus d'amertume à la bouche, il employait pour terminer la cure une ou deux purgations. A ce traitement, les érysipèles cédaient ordinairement en peu de jours. Il n'en a jamais rencontré qu'il n'ait dissipé sans retour. Il a observé que la maladie était constamment et plus grave et plus rebelle lorsque les malades avaient été saignés, et surtout lorsqu'ils l'avaient été plusieurs fois. Les érysipèles que nous voyons dans les hôpitaux, et auxquels nous avons donné le nom d'érysipèle d'hôpital, offrent, dans la très grande majorité des cas, des symptômes généraux tellement analogues avec ceux décrits par Desault dans l'érysipèle bilieux que nous pensons que le traitement de ce célèbre chirurgien doit encore être préféré la plupart du temps. »

Nous regrettons que l'auteur n'ait pas approfondi davantage ce dernier sujet, et qu'il se soit contenté d'une simple citation presque accessoire sur un remède aussi puissant dans le traitement de l'érysipèle. Tant de belles recherches d'anatomie pathologique sur l'érysipèle, tant d'idées ingénieuses sur ses espèces, siège, précis, variétés, injections particulières, etc., à quoi peuvent-elles servir si dans la partie curative d'une affection aussi formidable, il fallait nous réduire à quelques soins hygiéniques, à quelques sangsues appliquées à l'épigastre ou sur les ganglions de tel endroit ou de tel autre? Nous croyons que la pratique de Desault est d'autant plus digne d'attention qu'elle est non-seulement confirmée par les guérisons nombreuses qu'elle produit journellement d'érysipèles indépendans des causes nosocomiales; mais encore par les résultats heureux qu'elle a donnés dans des maladies éruptives analogues. Ouvrez, par exemple, l'histoire de l'épidémie pétéchiale de Gênes (1799 et 1800), vous serez frappé des immenses bienfaits produits par le tartre stibié. (HIST. DE LA FIÈVRE PÉTÉCHIALE DE GÊNES, ETC.; par Rasori, traduit par Fontaneilles, Paris, 1822.) Les modernes emploient le tartre stibié dans ces maladies, d'après d'autres principes et à des doses bien autrement élevées qu'on ne le faisait du temps de Desault. Il y a autre chose à considérer dans l'usage de ce remède, que l'effet évacuant ou sudorifique; mais, à part les doctrines que nous ne devons pas examiner pour le moment, nous croyons devoir appeler l'attention sur cette importante matière, et rappeler en même temps que dans le traitement de l'érysipèle, ce médicament est non seulement administré heureusement en potion, mais aussi en fomentation sur toutes les régions frappées par la maladie (un, deux ou plusieurs gros dans une pinte d'eau).

DEUX OPÉRATIONS CÉSARIENNES PRATIQUÉES AVEC SUCCÈS; par MM. LESTIBOUDOIS et FOUCHÉ.

OBS. I. —Dans le premier de ces faits il s'agit d'une femme, âgée de 45 ans, déjà mère de plusieurs enfans vivans. Mariée à 27 ans, elle s'était toujours bien portée jusqu'à l'âge de 40 ans passés; alors sa colonne lombaire se dévie, ses os se ramollissent, son bassin se déforme; malgré cet état, elle devient enceinte; elle avorte; puis enceinte de nouveau et arrive à terme, les douleurs se déclarent.

A l'examen, M. Lestiboudois trouve l'état suivant:

« La branche descendante du pubis du côté droit se courbait en S en dedans et venait presque s'appliquer sur la branche du pubis gauche, de manière à laisser à peine passer le doigt; la hanche gauche était très saillante et très élevée; la hanche droite cachée dans les fausses côtes; la colonne vertébrale courbée en plusieurs endroits; le sternum était très convexe, et les côtes rapprochées les unes des autres comprimaient le ventre et le portaient fortement en avant. En introduisant le doigt dans le vagin, on sentait la tête au-dessus du pubis et le détroit supérieur tellement difforme et rétréci qu'il était impossible que la tête de l'enfant descendît dans l'excavation du bassin. »

Une consultation a eu lieu: elle a jugé l'opération césarienne indispensable.

OPÉRATION. (8 novembre, 5 heures du soir.) « La femme fut placée sur le bord du lit, la tête sur des oreillers et les pieds sur une chaise. C'est avec peine que nous pûmes la maintenir dans cette position, car la gêne de la respiration la force habituellement de rester assise dans son lit. J'introduisis une sonde dans la vessie, qui contenait peu d'urine. Un des docteurs présens maintint la matrice derrière la ligne blanche, et j'incisai la peau sur cette ligne, en commençant l'incision à un pouce au-dessous de l'ombilic et l'arrêtant à un pouce au-dessus du pubis, lui donnant ainsi une étendue de six à sept pouces. Je divisai ensuite les aponévroses, le péritoine abdominal, le péritoine qui couvre la matrice elle-même, et j'arrivai sur le placenta qui était implanté sur la face antérieure de la cavité utérine. Ayant reconnu à travers les parois de l'abdomen que les pieds étaient du côté gauche, je décollai avec grande facilité le placenta de ce côté, j'introduisis la main, je ramenai les pieds et terminai l'extraction de l'enfant, comme dans les cas où il se présente par ces extrémités. L'enfant donna aussitôt des signes de vie. La matrice se contracta fortement, le placenta fut décollé et extrait avec les précautions ordinaires. »

Suture enchevillée des parois du ventre.

Accidens consécutifs, hoquet, envies de vomir, hémorrhagies par la plaie, menaces de mort.

Le cinquième jour, mieux. Suppuration; amélioration progressive.

Le 30 décembre, guérison complète. La femme a eu deux fois les règles depuis, et elle continue aujourd'hui à se bien porter.

OBS. II. — Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme, âgée de 36 ans, très cambrée en arrière, ayant fait deux fausses couches, enceinte à terme pour la première fois. Elle est en travail depuis plusieurs jours; l'enfant se présente en travers; le front appuie sur la marge du bassin, derrière la cavité cotyloïde; le bras gauche est sorti. On essaie la version podalique, mais on ne peut en venir à bout à cause de la saillie considérable de l'éminence sacro-vertébrale et d'une tumeur osseuse vers la cavité cotyloïde droite. L'enfant est mort. Consultation. On décide l'opération césarienne.

OPÉRATION. L'opérateur, M. Fouché, à droite de la malade, armé d'un bistouri convexe, de la main gauche, placée au-dessus de l'ombilic, tend la peau, et de la droite, à demi-pouce au-dessous de cet anneau, divise les tégumens jusqu'à un pouce et demi au-dessus du pubis, puis reportant le bistouri à l'angle supérieur de cette plaie, qui avait environ six pouces de longueur, coupe successivement le tissu sous-cutané de la ligne blanche, le péritoine à sa partie inférieure qu'il continue de diviser avec un bistouri boutonné porté de bas en haut. Les intestins s'échappent à gauche par la plaie; un aide les replace dans l'abdomen, les y maintient avec grand soin de les éloigner de la matrice qui se trouve ainsi à découvert et fixée par des aides qui pressent sur

son front et l'abaissent, afin que cet organe soit exactement en rapport avec la plaie extérieure. L'opérateur divise la matrice en avant depuis le fond jusqu'à l'endroit qui répond à la partie inférieure de la plaie extérieure. Cette division de l'utérus ne paraît pas plus douloureuse que celles des autres parties. Le placenta adhérant à la partie antérieure et droite de l'utérus est atteint par l'instrument. Dès lors surgit une hémorrhagie abondante: la malade pâlit et est sur le point de tomber en syncope; mais bientôt l'hémorrhagie s'arrête d'elle-même, et la malade reprend ses forces et son courage. La position de l'enfant dans le sein de la mère est en travers, telle que nous l'avons énoncée. L'épaule, comprimée fortement par les contractions utérines, présente une ligne circulaire et profonde, qui limite l'extrême tuméfaction du bras. L'opérateur, trouvant trop de résistance pour extraire l'enfant par les pieds, à cause de l'enclavement pour ainsi dire de l'épaule et l'énorme gonflement du bras, se détermine aussitôt à faire sortir le bras droit par la plaie de la matrice, et glissant ses mains sous les aisselles de l'enfant, le tire avec peine et force hors de l'utérus. Le placenta petit, flasque, fut extrait sans difficulté. Pansement comme dans le cas précédent. Deux morceaux de sonde de gomme élastique servent de cheville à la suture; l'opérateur les trouve trop molles, et déclare que dans une occasion pareille il préférera des chevilles en bois dur.

Accidens consécutifs; hoquet; vomissemens; menaces de mort. Amélioration. Guérison le cinquantième jour.

La femme continue à se bien porter, et fait usage d'un corset élastique pour soutenir la cicatrice.

Sous le point de vue du procédé opératoire, des accidens consécutifs et de l'issue définitive de l'opération, ces deux faits offrent un intérêt réel et une ressemblance réciproque presque complète. Ils laissent cependant beaucoup à désirer sous le rapport des indications de l'opération. Les deux auteurs en effet ne donnent point les dimensions des diamètres du bassin; et il ne paraît pas, du moins dans le second cas, que ces dimensions fussent très réduites. L'enclavement de l'épaule du reste et la position en travers du corps de l'enfant ne sont pas, comme on sait, des conditions qui réclament indispensablement une opération aussi redoutable.

MÉMOIRE SUR L'HÉMORRHAGIE DES MÉNINGES; par M. G. BOUDET.

Ce mémoire est la suite d'un travail du même auteur que nous avons signalé dans notre dernière revue des journaux français, comme ne traitant que de quelques-uns des points d'étude de l'hémorrhagie des méninges, parce que rien n'indiquait que ce travail dût être complété plus tard; nous allons donc suivre l'auteur dans ce nouveau mémoire, en renvoyant pour les autres parties à l'article déjà indiqué. (GAZETTE MÉDICALE, n. 52, 1838.)

CAUSES. M. Boudet glisse rapidement sur les causes; car d'assez longues recherches sur ce point ne lui ont fourni aucun résultat bien précis et bien satisfaisant; il se contente d'indiquer la fréquence de l'hémorrhagie des méninges suivant les saisons, et montre une différence très remarquable dans les différentes époques de l'année et une prédilection toute particulière de la maladie pour le printemps, ainsi qu'il résulte des chiffres suivans:

De janvier à mars	4
D'avril à juin	16
De juillet à septembre	7
D'octobre à décembre	5
	32

SYMPTÔMES. L'invasion de la maladie n'offre rien de constant; ainsi sur 40 cas d'hémorrhagie des méninges, il a trouvé l'indication des symptômes précurseurs dans 18 cas; dans 5 il n'y avait eu aucune espèce de prodrome, et dans 17 autres il n'y avait rien d'indiqué. Dans 32 cas où le mode d'invasion a été indiqué, sept fois seulement elle s'est faite d'une manière lente, vingt-deux fois avec rapidité et quatre fois d'une manière graduelle.

Les symptômes précurseurs ont offert trop de variété pour qu'on puisse rien conclure de positif de leur présence. Ce sont ceux qu'on observe dans une foule de maladies différentes, et surtout dans celles de l'encéphale, telles que la céphalalgie, l'assoupissement, la perte de la parole, les vomissemens, etc.

L'auteur passe en revue les différens symptômes propres à l'apoplexie méningée sous le rapport de leur fréquence en tenant compte du nombre de fois qu'il se sont offerts sur un certain nombre de malades; puis, après cette nomenclature numérique qui ne pourrait faire connaître la maladie, il trace un tableau rapide de la marche qu'elle suit, et de l'ordre dans lequel se développent ordinairement les symptômes qui lui appartiennent.

Après les prodromes qui peuvent manquer dans quelques cas et qui vont le plus souvent en augmentant jusqu'à l'invasion de la maladie on voit se manifester d'une manière graduelle ou subite des troubles du sentiment, du mouvement et de l'intelligence qui varient suivant les points sur lesquels s'est opérée l'hémorrhagie; puis, au bout d'un temps plus ou moins long, le malade tombe dans le coma, ou en paralysie, ou il est pris de convulsions; de là l'auteur admet cinq formes différentes: première forme avec *hémiplégie;* deuxième forme avec *paralysie générale;* troisième forme avec *coma continu;* quatrième forme avec *coma intermittent;* cinquième forme avec *convulsions intermittentes.*

Un exemple de chacune de ces formes est rapporté avec quelques détails; mais aucun d'eux n'offre rien d'assez saillant pour que nous croyions devoir en rapporter un seul.

DURÉE. Sur 31 cas, la maladie a duré vingt-six fois moins de cinq jours et cinq fois seulement plus; c'est donc une maladie qui en général se termine d'une manière rapide.

DIAGNOSTIC. Ce que nous venons de voir prouve que la durée de la maladie suffirait seule pour empêcher de la confondre avec le ramollissement et plusieurs autres maladies du cerveau qui toutes parcourent leurs périodes dans un espace de temps assez long; mais pour suivre l'auteur dans cette partie importante de son sujet, nous distinguerons l'hémorrhagie méningée en celle qui est sans paralysie et celle qui est compliquée de paralysie.

Si l'hémorrhagie méningée sans paralysie peut être confondue avec une attaque d'épilepsie, la congestion cérébrale, l'encéphalite, la méningite et l'épanchement de sérosité, la méningite seule pourra offrir quelque difficulté pour le diagnostic; et encore, dit l'auteur, on distinguera, sans trop de difficulté, ces deux maladies, d'abord par l'âge des sujets, l'une étant très commune de quinze à vingt ans, et l'autre de soixante à soixante-dix; par l'absence presque constante de délire dans l'une et sa présence dans l'autre; par l'intensité des phénomènes réactionnels qui se manifestent, de mille manières, dans l'arachnitis, tandis que dans l'hémorragie méningée l'intelligence est abolie et la sensibilité éteinte. Cependant il doit être très difficile de reconnaître ces deux affections dans une période avancée, quand l'hémorragie vient compliquer l'inflammation. L'hémorragie méningée avec paralysie peut être confondue avec l'hémorragie dans la pulpe cérébrale et le ramollissement. L'apoplexie méningée diffère de l'apoplexie cérébrale par la présence presque constante de contractures, qui paraissent n'exister presque jamais dans les cas de rupture simple de l'encéphale, à moins qu'il n'y ait une inflammation de la pulpe au passage du sang à la surface des membranes, et, dans ce cas encore, il y a une hémorragie méningée. En outre, il est rare que dans l'hémorragie méningée la paralysie se déclare brusquement, comme elle le fait dans les cas d'apoplexie cérébrale, sans prodrôme, etc. Quant au ramollissement, nous avons déjà indiqué quelques caractères qui peuvent le distinguer de l'hémorragie méningée.

Le PRONOSTIC est de la plus haute gravité: 41 morts pour 41 malades. Il ne reste donc qu'à examiner les moyens qui pourraient servir à prolonger l'existence. Cependant, d'après quelques cas de guérison rapportés par différens auteurs, on ne doit pas désespérer de la guérison.

TRAITEMENT. L'indication la plus pressante c'est de faire disparaître le sang épanché, et, si on pouvait connaître assez positivement le siége de ce sang pour lui donner une issue à l'extérieur, on aurait quelque chance de sauver le malade, et le diagnostic arrivera peut-être à cette perfection. En attendant, on devrait opérer par les évacuans sanguins, les dérivatifs et autres moyens propres à exercer une puissante action sur l'économie.

L'un des points les plus curieux de ce mémoire et celui sur lequel l'auteur a le plus insisté est relatif à la présence de la paralysie dans les hémorragies méningées. Un savant anatomiste de l'époque a affirmé dans un mémoire, publié dans l'ANNUAIRE DES HÔPITAUX, que toutes les fois qu'il y a seulement épanchement de sang à la surface du cerveau il n'y a pas de paralysie, et que cette dernière ne se manifeste jamais que quand il y a lésion de la substance cérébrale elle-même, s'appuyant sur des preuves empruntées à la physiologie expérimentale, à la marche de certaines apoplexies et à l'anatomie pathologique. M. Boudet suit M. Serres dans chacune de ces décisions, et non seulement prouve, par des faits bien observés, que les épanchemens de sang à la surface du cerveau peuvent être et sont fréquemment suivis de paralysie des membres, mais encore explique, d'une manière qui nous paraît satisfaisante, pourquoi il y a des cas où la paralysie n'a pas lieu avec des épanchemens considérables, tandis qu'on l'y rencontre, au contraire, avec une faible accumulation de liquide, et comment un épanchement d'un seul côté peut paralyser les deux côtés à la fois.

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LA STOMATITE MERCURIELLE ET SUR L'EMPLOI DES MERCURIAUX; par le docteur JARRON.

L'auteur se plaint que, malgré les efforts des modernes, on n'a pu cependant préciser encore avec l'exactitude qui convient à notre époque la nature, le siége et le point de départ de la stomatite mercurielle et chercher à résoudre quelques-unes des questions qui se rattachent à ces dif-

férens points; mais comme les conclusions auxquelles il arrive sont toutes tirées des preuves fournies par l'analogie et le raisonnement, conséquemment peu susceptibles d'être analysées, nous allons nous contenter de reproduire quelques-unes de celles de ces conclusions qui nous sembleront le mieux appuyées.

La lésion dont les glandes salivaires sont le siége paraît à M. Jardon différer de l'inflammation et devoir être rangées parmi celles qui produisent dans les tissus sécréteurs et exhalans l'irritation sécrétoire.

La stomatite mercurielle n'est pas une stomatite aphteuse, comme le professent plusieurs médecins, mais bien plutôt une inflammation diphtéritique de la bouche, modifiée par la nature spécifique de la cause.

Cette affection n'est pas primitivement ulcéreuse, mais elle se complique fréquemment dans son cours et accidentellement d'ulcérations plus ou moins profondes.

IV. L'EXPÉRIENCE.

Les numéros des mois de janvier et février contiennent les articles originaux suivans: 1° *De l'anatomie pathologique des luxations anciennes du fémur, en haut et en dehors ou dans la fosse iliaque externe;* par M. Sédillot. Nous reviendrons sur ce travail intéressant et consciencieux, dans lequel l'auteur a eu surtout pour objet de faire connaître les changemens qui s'observent dans le système osseux, à la suite des luxations anciennes. 2° *Observation de farcin chronique terminé par une morve aiguë*, recueillie dans le service de M. Jobert, à l'hôpital Saint-Louis, par M. Lenepveu, interne des hôpitaux; 3° *Mémoire sur un nouveau mode d'isolement de l'arsenic;* par M. L. Malle; 4° *Lettre sur la terminaison du rhumatisme par suppuration;* par le même; 5° *Histoire d'un accouchement laborieux et de ses conséquences;* par M. J.-J. Cazenave, médecin à Bordeaux; 6° *Du traitement de la dyssenterie par l'albumine donnée en boisson et en lavement;* par M. Moudière, médecin à Loudun; 7° *Observation de rupture du cœur, suivie de quelques remarques sur les ruptures spontanées de cet organe;* par M. Henroz.

LETTRE SUR LA TERMINAISON DU RHUMATISME PAR SUPPURATION; par M. MALLE.

Les trois faits rapportés dans cet article sont extraits d'un ouvrage publié depuis quelque temps (CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔPITAL D'INSTRUCTION DE STRASBOURG, t. II), et auraient pu être rapportés avec plus de détails. Deux d'entre eux, dans lesquels la mort est arrivée les huitième et quatorzième jours de la maladie, paraissent bien avoir été réellement deux cas de rhumatisme aigu. Mais le troisième, qui est le plus important et le plus curieux, nous paraît plutôt être un cas d'arthrite aiguë et simple des articulations de la tête et des premières vertèbres cervicales; mais, pour nous, qui ne confondons pas le rhumatisme articulaire avec l'arthrite, nous ne trouvons, dans ce cas, rien qui nous indique une affection rhumatismale. Ces trois cas ayant été traités par une médication antiphlogistique active, l'auteur saisit cette occasion pour présenter quelques considérations sur l'utilité des anti-phlogistiques énergiques, et surtout des saignées coup sur coup dans le traitement du rhumatisme articulaire. Nous nous contenterons de faire remarquer que les trois cas rapportés dans cet article, d'une maladie qui se termine si rarement par la mort, paraissent ne devoir encourager que médiocrement en faveur d'une médication anti-phlogistique énergique.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 4 MARS.

HISTOIRE DES CORPS DE WOLF.

Wolf a le premier signalé, chez les oiseaux, des corps ou bandelettes polypiformes, qui se montrent, vers le quatrième jour, sur les côtés de la colonne vertébrale, et qui, suivant lui, ne tarderaient pas à se fendre et à se diviser longitudinalement. M. Coste, dans un mémoire fort étendu, trace l'histoire de ces corps, et, après avoir discuté les opinions émises, à leur occasion, par Oken, Rathke, de Baer, Muller, etc., il arrive à conclure, d'après les recherches qui lui sont propres, que ces corps, qui disparaissent plus ou moins longtemps avant la parturition, suivant les animaux que l'on examine, constituent un appareil glandulaire transitoire, dont il exposera les usages probables dans un autre travail.

SUR LE NERF FACIAL ET SES RAPPORTS.

M. Bazin lit un mémoire sur ce point d'anatomie.

DESSIN REPRODUIT SUR UN CAILLOT.

M. Newbigging a rendu MM. Robinson et Forbes témoins d'un fait assez curieux pour être consigné ici. Le sang d'une saignée ayant été reçu dans un vase de porcelaine, dont le fond était orné d'un bouquet de fleurs, garni de feuilles, ne tarda pas à s'y coaguler. En renversant le caillot sur une assiette, on trouva que l'empreinte des feuilles du bouquet y était reproduite avec fidélité et d'un rouge vif, tandis que le reste du caillot était noir et que les fleurs n'avaient laissé d'autres traces que de simples linéamens; l'expérience a été répétée plusieurs fois avec succès. N'y aurait-il là, comme le pense M. Dumas, qu'une simple impression mécanique due au relief que produisent les parties colorées par le chrôme, tandis qu'avec les autres couleurs ce relief n'existe pas? Alors la nuance rouge du sang en ce point s'expliquerait aussi par la présence de l'air retenu par les inégalités de la surface.

M. Victor Szokalski adresse un mémoire sur la sensation des couleurs dans l'état physiologique et pathologique de l'œil. Commissaires: MM. Arago, Chevreul, Magendie et Breschet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 5 MARS.

ÉPIDÉMIE A L'HÔPITAL MILITAIRE DE VERSAILLES.

M. le docteur Boucher, de Versailles, communique la note suivante:

« Depuis environ un mois il règne à l'hôpital militaire de Versailles une épidémie que l'on décrit sous le nom de méningite cérébro-spinale, compliquée d'affection vermineuse, et quelques pétéchies disséminées sur différentes parties du corps. Sur 80 malades, 22 sont morts, malgré les soins les plus empressés qu'on leur a prodigués. Plusieurs ont succombé en moins de vingt-quatre heures. Les autopsies laissent voir des altérations pathologiques très curieuses. La plupart des médecins de Versailles y ont assisté. Quoique la garnison de cette ville soit assez nombreuse, cette maladie n'a atteint qu'un seul régiment, qui est le 18e d'infanterie légère, dont le séjour ne date que depuis quelque temps.

» M. le docteur Faure, médecin en chef de cet hôpital, recueille chaque jour les faits les plus intéressans qu'il se propose de publier. »

EMPOISONNEMENT PAR L'OXIDE BLANC D'ARSENIC.

M. ORFILA obtient la parole et communique les faits suivans:

Le 29 janvier dernier, au moment même, où je lisais à l'Académie mon mémoire sur l'empoisonnement par l'acide arsénieux, un homme s'empoisonnait en mangeant une grande quantité d'un ragout dans lequel on avait fait entrer *trois cuillerées d'oxide blanc d'arsenic*, que l'on avait pris pour de la farine. Le docteur Coqueret, jeune médecin distingué, demeurant rue de Richelieu, 15, appelé peu de temps après, trouva le malade en proie à des vomissemens fréquens qui ne cessèrent qu'au bout de quarante-huit heures, et qui s'étaient manifestés immédiatement après l'ingestion du mets. L'abdomen n'était ni douloureux ni tendu; il n'y avait point de déjections alvines. Les battemens du cœur, très accélérés, étaient forts, tumultueux, irréguliers et douloureux. Le pouls très développé battait 110 fois par minute. M. Coqueret administra du sesqui oxide de fer hydraté à haute dose et fit appliquer des sangsues à l'abdomen.

Je fus appelé en consultation cinq jours après (2 février). L'état du cœur, du pouls et de l'abdomen était le même; mais le malade délirait, et tout faisait craindre une méningite grave; les membres thoraciques et abdominaux, surtout les premiers, étaient presque paralysés. Déjà deux saignées locales avaient été pratiquées et avaient chaque fois soulagé le malade. Je prescrivis une forte saignée du bras, qui fut immédiatement suivie d'une amélioration notable. On appliqua de la glace sur la tête et on prescrivit des boissons adoucissantes et de la digitale pourprée. Le sang fut analysé, et j'y découvris de l'arsenic.

Le 19 février, le malade, à qui on avait encore appliqué des sangsues quelques jours auparavant, n'avait plus de délire; toutefois les autres accidens persistaient, quoique à un degré moindre: on le saigna de nouveau, et l'on put se convaincre *que le sang fournissait encore de l'arsenic*. Je savais que des théoriciens, qui n'ont jamais vu d'empoisonnement par l'arsenic, s'étaient élevés contre l'emploi de la saignée que j'avais conseillée dans mon mémoire, et qu'ils avaient même qualifié de *bêtises* ce que j'avais eu l'honneur de vous dire à cet égard; je n'attachai à ces déclamations que l'importance qu'elles méritent, et je préférai m'en rapporter à l'expérience, qui m'a constamment appris que la saignée est particulièrement indiquée dans l'empoisonnement dont il s'agit.

Hier, 4 mars, le malade était sensiblement mieux; il pouvait remuer les bras, les avant-bras, les cuisses et les jambes; mais il avait encore de la peine à fléchir les doigts: l'état général *porte à croire* qu'il guérira, mais je crains qu'il ne conserve pendant longtemps de la faiblesse dans les membres.

Cette observation est remarquable sous plus d'un rapport. 1° Il est vraiment extraordinaire qu'au bout de vingt-deux jours le sang ait encore renfermé une préparation arsénicale; je livre ce fait aux physiologistes qui admettent, en général, que le sang se débarrasse promptement des matières avec lesquelles il a été mêlé; à la vérité, dans l'espèce, l'acide arsénieux n'existait plus dans le sang sous cet état, car il ne pouvait pas être extrait par l'eau; tout porte à croire qu'il s'était transformé en un corps mi-soluble et se combinant avec un des principes du sang. Toujours est-il que je me suis assuré, en soumettant aux mêmes opérations chimiques qui m'avaient fait découvrir le poison, le sang provenant de deux saignées faites à des malades atteints de pneumonie, que ce liquide ne renfermait aucun atome de poison. J'ai déposé à l'Académie deux paquets cachetés, dont le contenu prouve jusqu'à l'évidence que je devais m'assurer que le sang ne contient pas d'arsenic à l'état normal.

2° Elle fournit une nouvelle preuve de l'utilité de la saignée dans les empoisonnemens par les arsénicaux.

3° Elle établit jusqu'à l'évidence que les accidens éprouvés par le malade ont été uniquement occasionnés par la portion du poison qui a été absorbée. Evidemment l'arsenic a agi sur le cœur et sur le système nerveux, mode d'ac-

tion que j'avais signalé dès l'année 1812, lors de la publication de mon TRAITÉ DES POISONS.

M. DUPUY : Il y a déjà longtemps que j'avais reconnu la nécessité de faire analyser le sang dans les cas d'empoisonnement. Ayant donné à des chevaux du sublimé-corrosif par petites doses répétées, j'avais remarqué que la fibrine présentait une couleur particulière, comme si une substance étrangère fût mêlée avec elle : aussi, avais-je dit que cela pouvait tenir à la présence du poison; mais j'ai observé en outre quelque chose de plus curieux dans les autopsies; c'était le ramollissement et la disparition partielle de la substance de plusieurs ganglions.

M. ROCHOUX : Les anciens avaient dit avec raison que les médicamens qu'on introduit dans l'économie restent longtemps en circulation dans le sang. J'ai soutenu, il y a déjà plusieurs années, la même idée à l'égard du mercure qu'on administre aux vérolés; je me basais sur ce que les effets de ce métal se continuent pendant quelque temps après qu'on a cessé son usage. On a alors traité d'improbable une pareille assertion; aujourd'hui, pourtant, les faits la confirment pleinement.

RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE.

M. SANSON fait, au nom de M. Amussat et au sien, un rapport sur un travail adressé par M. Laserre, concernant un nouveau procédé pour guérir les rétrécissemens de l'urètre. Ce travail se divise en trois parties. Dans la première, l'auteur se livre à des considérations générales sur les maladies de l'urètre, en particulier les rétrécissemens, et examine les différens moyens qu'on a mis en usage pour les guérir. Il critique les méthodes de la dilatation et de la cautérisation; mais dans cette critique, dit M. le rapporteur, l'auteur exagère singulièrement les inconvéniens, et ne paraît pas au courant des perfectionnemens que ces méthodes ont reçus dans ces dernières années. Il paraît surtout ignorer que la dilatation qu'on pratique de nos jours n'est pas semblable à celle qu'on employait autrefois. On laissait autrefois les bougies, les sondes, en permanence. Cela entraînait des inconvéniens, des irritations, des phlogoses plus ou moins graves. De nos jours, on ne pratique que la dilatation momentanée, c'est-à-dire, on introduit une bougie, une sonde, à travers le rétrécissement, on la laisse quelques minutes, puis on en introduit une plus grosse le même jour ou le lendemain, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'on arrive aux sondes pleines, en cire ou de gomme élastique du plus gros calibre. L'expérience a prouvé que cette seule dilatation momentanée, mais répétée tous les jours avec les précautions d'usage et les adjuvans connus, suffit pour procurer la guérison. De la sorte, on n'empêche pas les malades de vaquer à leurs affaires, et on ne les expose à aucune espèce d'accidens. Les reproches que M. Laserre adresse à la cautérisation n'ont pas plus de portée que les précédens.

Dans la seconde partie, l'auteur expose ce qu'il appelle sa méthode à lui. Elle consiste dans l'introduction successive de sondes de calibre progressif, à travers le rétrécissement, de manière à le dilater complètement en une seule séance; le malade ne doit uriner qu'après la dernière sonde; alors le liquide sort en plein canal, et le malade est guéri.

Dans la troisième partie, enfin, M. Laserre rapporte neuf observations qui doivent servir d'appui à la bonté du traitement qu'il propose; mais comme, d'un côté, ces faits sont sans détails et leurs résultats loin d'être concluans; et que, de l'autre, le procédé de l'auteur n'est, au fond, que celui de la dilatation forcée déjà connu, la commission déclare qu'elle n'a d'autre conclusion à prendre sur le travail en question que de le déposer purement et simplement aux archives. (Adopté.)

M. GIMELLE fait un court rapport sur un cas de hernie étranglée opéré par M. ... (Archives.)

ANALYSE DU LAIT.

M. CHEVALLIER lit le résumé d'un long travail fait en commun avec M. Henry sur la composition chimique du lait d'ânesse et de vache. S'étant livrés à des expériences fort nombreuses et fort variées dans l'établissement de M. Poinsot, les deux auteurs ont dressé des tableaux multiples où ils ont consigné, et les procédés qu'ils ont employés, et les conditions particulières des animaux qui ont servi à leurs recherches. Ils n'ont pas cru devoir lire tous ces détails, qui auraient été trop longs, ni les tableaux comparatifs de différens auteurs qu'ils ont mis à côté des leurs, ils se sont contentés d'annoncer les résultats suivans, se réservant de publier prochainement leur travail en entier.

1° Que les proportions des matières solides du lait (caseum, beurre, etc.), sont variables selon le genre de nourriture qu'on donne à l'animal. En général, la nourriture humide a donné de plus fortes proportions de matières solides que la sèche; aussi le lait est-il meilleur, moins aqueux, dans le premier cas que dans le second.

2° Que les conditions chimiques du lait sont variables, selon les conditions particulières de l'organisme, de santé ou de maladie.

3° Que le changement de composition du lait sous l'influence des alimens divers exige dix jours de temps avant de se déclarer.

4° Que la fatigue et la marche rendent le lait plus aqueux.

5° Que si l'on administre à des animaux-nourrices certains médicamens par des doses répétées, ces substances se rencontrent en partie dans le lait après un certain temps. Les sels de soude, de potassium, de zinc, de fer, de bismuth que les deux expérimentateurs avaient administrés aux animaux ont été rencontrés dans le lait; mais il n'en a pas été de même des sels mercuriels; ces derniers n'ont pu être retrouvés dans leurs analyses. M. Chevallier présume que cela tient aux petites doses des sels mercuriels qu'ils ont été obligés d'employer pour ne pas empoisonner les animaux dont ils se servaient; tandis que les autres substances ont été employées à très fortes doses et pendant longtemps. Trois des animaux qu'ils ont soumis à leurs expériences ayant succombé par suite des médicamens qu'ils leur avaient administrés, ils n'ont pas cru devoir continuer plus longtemps leurs essais avec les sels mercuriels. M. Chevallier rappelle, du reste, que lorsqu'il était interne à l'hôpital des vénériens, sous M. Cullerier oncle, il avait aussi analysé le lait de quelques femmes nourrices vérolées qu'on traitait par la liqueur de Van Swieten, et qu'il n'avait pu non plus y reconnaître la présence du mercure; le même résultat négatif a été donné par l'analyse du lait des femmes qui étaient traitées par les frictions mercurielles.

M. LONDE : De ce que les analyses chimiques n'ont pas fait jusqu'à ce jour découvrir la présence du mercure dans le lait des nourrices qu'on soumet à l'usage de ce métal, on ne pourra pas déduire qu'il ne s'y trouve pas en réalité; car je sais que les enfans vérolés qui sont traités par ce lait guérissent parfaitement de la syphilis. De nouvelles recherches amèneront probablement d'autres résultats.

M. MOREAU : M. Londe a dit précisément ce que je voulais dire moi-même. J'ajouterai qu'il nous est arrivé assez souvent de traiter avec un plein succès des enfans vérolés à l'aide du lait d'une chèvre qu'on soumet préalablement aux frictions mercurielles. Il est très probable que de nouvelles analyses plus minutieuses feront découvrir la présence du mercure dans ces sortes de lait.

M. CULLERIER : J'ai fait moi-même analyser le lait de femmes qui étaient traitées par les sels mercuriels ou par les frictions; on n'a pas non plus constaté la présence du médicament, néanmoins puisque d'un côté les enfans traités par ce lait guérissent très bien, et que de l'autre les autres médicamens que M. Chevallier a administrés, tels que le sulfate de quinine, etc., y ont été rencontrés par l'analyse chimique, il est tout naturel de penser que le mercure doit s'y trouver également, mais la certitude matérielle nous manque; il faut en accuser probablement le mode d'analyse. Je dois ajouter qu'il n'est pas nécessaire pour guérir les enfans à la mamelle d'administrer le mercure à la nourrice; on peut donner la liqueur de Van Swieten directement à l'enfant, à dose convenable, bien entendu.

M. LAGNEAU parle dans le même sens.

M. DUPUY : Il serait important d'examiner le lait des vaches soumises aux mêmes conditions de nourriture, mais dans des atmosphères différentes. Ainsi, par exemple, je serais fortement porté à penser que chez les vaches qui habitent des étables sombres, étroites, mal aérées, le lait doit être plus aqueux que chez celles qui respirent un bon air. Le défaut de l'hématose doit probablement réagir sur la sécrétion laiteuse.

M. DUBOIS D'AMIENS : M. Chevallier a dit dans son travail que ses recherches sur l'acescence et l'alcalinité du lait ne lui ont pas donné de résultats assez constans pour pouvoir rien avancer à cet égard. Cela se conçoit quand on songe que le lait est une humeur sécrétée, et que comme toutes les sécrétions il doit être sujet à des variabilités selon une foule de circonstances souvent insaisissables. Voyez, par exemple, la sécrétion des membranes muqueuses; on avait cru, d'après quelques faits isolés, pouvoir systématiser les conditions d'acidité et d'alcalinité du mucus; une courte période cependant a suffi pour faire voir qu'on s'était trompé à cet égard. Il en est sans doute de même de la sécrétion laiteuse.

M. P. DUBOIS : Le travail de M. Chevallier est, sans doute, très important; mais il est impossible d'en discuter convenablement le mérite d'après les simples conclusions qu'il vient de lire. Je suis, par conséquent, d'avis que le mémoire soit imprimé en totalité ou par extraits avant de l'apprécier avec connaissance.

M. BAUDELOCQUE. M. Chevallier a dit que, dans le temps de M. Cullerier oncle, on n'administrait aux nourrices vérolées que les sels mercuriels. Il se trompe assurément. Ayant été interne pendant seize mois sous M. Cullerier, je puis assurer qu'on administrait à ces femmes le mercure par frictions et qu'aux enfans on donnait, en outre, des sirops mercurialisés. Je dois ajouter que chez ces femmes on a trouvé du mercure révivifié jusque dans le tissu des mamelles.

M. MARTIN SOLON : Je puis affirmer que des vaches qu'on a soumises aux frictions mercurielles ont présenté dans leur lait du mercure.

M. CAPURON : Il serait curieux de savoir si le lait que présentent quelques enfans à leurs mamelles est de même nature que celui des nourrices.

M. MOREAU : J'ai déjà songé au sujet dont vient de parler M. Capuron; j'ai prié M. Donné d'observer au microscope le liquide qui sort des mamelles de quelques enfans; il m'a dit y avoir trouvé tous les caractères du véritable lait.

(Séance levée à cinq heures.)

— TRAITÉ COMPLET DES MALADIES DE L'ŒIL; par M. ROGNETTA. Un vol. in-8 très compacte (336 pages). Prix : 6 fr.

Chez Labé, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 10; au bureau de la GAZETTE DES HÔPITAUX, rue du Petit-Lion-St-Sulpice, 8; et chez l'auteur, rue St-Honoré, 315.

Nous rendrons prochainement compte de cet ouvrage, qui résume d'une manière complète l'état actuel de l'ophthalmologie.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ANATOMIE.

EXPOSÉ SOMMAIRE DES RECHERCHES FAITES SUR QUELQUES PARTIES DU CERVEAU, PRÉCÉDÉ DE CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR CET ORGANE; par le docteur F. RIBES père, médecin principal à l'hôtel royal des Invalides.

(Suite. — Voir le numéro du 2 mars.)

DES MÉNINGES, DE LEURS RAPPORTS ENTRE ELLES ET AVEC LE CERVEAU.

Il y a au cerveau plusieurs membranes superposées; ce sont la dure-mère, l'arachnoïde et la pie-mère.

La dure-mère tapisse l'intérieur de la cavité encéphalique, pénètre dans les ouvertures, s'accommode aux enfoncemens, s'applique sur les éminences, de manière à servir, en quelque sorte, de périoste interne aux os du crâne, d'enveloppe et de coussin au cerveau.

La dure-mère, par sa face externe, est réellement unie aux os du crâne et elle est particulièrement très adhérente sur tous les points correspondant aux sutures, de sorte que cette membrane est presque aussi immobile que les os sur lesquels elle est fixée. Chez certains vieillards, en enlevant la calotte du crâne après l'avoir sciée, on voit qu'une partie, et quelquefois la totalité du feuillet externe de la dure-mère, reste attachée à la voûte de cette cavité, tandis que le feuillet interne conserve ses rapports avec la pie-mère.

La dure-mère est donc formée de deux lames ou feuillets, comme l'ont dit Colombo, Fallope, Bauhin et plusieurs autres anatomistes. Mais Riolan a rejeté cette duplicature : cependant il n'est pas difficile de démontrer les deux feuillets dont la dure-mère est composée. Ils sont unis l'un à l'autre par un tissu cellulaire serré, qui se laisse toutefois assez facilement déchirer, particulièrement chez les vieillards, comme nous venons de le dire ; d'ailleurs, on n'a qu'à faire une incision dans un point de cette membrane et tirer avec les doigts ou des pinces en deux sens opposés l'épaisseur de l'un des bords de cette incision, les deux feuillets se sépareront aussi bien qu'on séparerait l'une de l'autre la tunique muqueuse et la tunique charnue ou musculeuse de l'estomac et des intestins. La structure de ces deux feuillets ne paraît pas tout-à-fait la même : l'externe, d'apparence aponévrotique, est plus épais que l'interne, et les fibres qui le composent ont une direction différente.

La séparation de ces deux feuillets est plus facile sur les sujets morts depuis quinze ou vingt jours que sur les cadavres récens; elle est surtout plus facile quand on a fait macérer cette membrane dans l'eau pendant quelques semaines. D'ailleurs, les sinus veineux logés dans l'épaisseur de la dure-mère séparent naturellement les feuillets et démontrent déjà leur existence.

Des deux tuniques dont la dure-mère est composée, l'externe est moins étendue que l'interne, qui forme sept replis, lesquels sont la faux du cerveau, la tente et la faux du cervelet, et les quatre replis sphénoïdaux.

L'adhérence de la dure-mère au crâne offre à la pie-mère un point d'appui, qui est très important pour le cerveau. En effet, nous voyons

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

Mon cher confrère,

La mort heurte d'un pied indifférent au seuil du vulgaire et à la porte des Académies; voici qu'elle a déjà fait renaître, dans l'assemblée de la rue de Poitiers, les tristes conditions d'une élection nouvelle. C'est la mort qui est chargée d'amener à sa barre les candidatures; chaque membre nouvellement élu représente trois titulaires qui ne sont plus; chaque nom qui vient à s'inscrire dans le livre d'or de l'Académie remplace trois noms effacés du livre de la vie. Les vieilles générations médicales voient tous les ans s'éclaircir leurs rangs; les élections se succèdent à l'Académie; chaque scrutin reçoit quelques suffrages de moins. Naguère la section de thérapeutique a été gratifiée d'un collaborateur nouveau; maintenant c'est à la section d'anatomie et de physiologie que le scrutin électoral promet un supplément de gloire et de force numérique. M. Bérard est venu débiter à la tribune un rapport qui ne nous a paru remarquable que par sa brièveté, et qui devait démontrer à l'Académie la nécessité d'adjuger à la susdite section le produit de l'élection prochaine. M. Bérard avait sans doute d'excellentes raison à faire valoir pour appuyer la détermination de la commission; mais son laconisme ne nous a point permis d'en saisir la trace dans son rapport; nous avons seulement entendu que la commission avait jugé nécessaire d'imprimer à la section d'anatomie une activité plus grande, et qu'elle fondait sur le choix qui se prépare l'espoir de ce résultat. L'appréciation relative du degré d'activité des différentes sections de l'Académie paraît avoir servi de critérium à la commission chargée d'imposer aux candidatures une spécialité quelconque. La courte lecture de M. Bérard a failli engendrer une discussion sans terme sur les travaux des sections; l'espèce de jugement, plutôt insinué que porté sur elles par l'organe de la commission, a piqué l'amour-propre des spécialités qui se partagent la population académique; on a demandé sur quelles sections tombait le blâme balbutié par le rapporteur : thérapeutique, chirurgie, médecine, pharmacie se dressaient sur leurs bancs; toutes les sections ont proclamé elles-mêmes leur zèle et leurs efforts, et ce jour-là, du moins, elles ont déployé, devant le public, une égale activité. Le choix s'est fixé néanmoins sur la phalange anatomique; active ou non, elle s'enrichira d'un nouveau membre. On cite déjà les noms qui aspirent à figurer sur la liste de proposition.

Malgré l'espèce d'ordre de jour qui a mis fin à l'incident né d'un mot du rapport, la question ne nous paraît point jugée. Des devoirs sont imposés à chaque section; pourquoi l'Académie ne s'assurerait-elle point de l'exact accomplissement de ces devoirs? Pourquoi l'autorité du président, qui se donne une si large carrière dans les séances, n'agirait-elle pas, dans une certaine limite, sur le travail de chaque partie du corps qu'il est appelé à diriger?... Nous sommes loin de vouloir enfler les attributions de la présidence; mais sa mission doit-elle se borner à des fonctions de discipline publique, à une série

que la pie-mère, par sa face externe, est attachée à la dure-mère, tout le long de la ligne médiane de la voûte du crâne, depuis l'apophyse crista-galli jusqu'à la protubérance occipitale interne. Ses attaches se font au moyen de filamens fibreux de deux ou trois lignes de longueur, accompagnés de veines, se propageant de la portion de la pie-mère, qui se trouve au bord supérieur de la face interne de l'hémisphère du cerveau, jusque sur les côtés du sinus longitudinal supérieur; de sorte que ces deux membranes sont unies, et cette union est encore fortement augmentée lorsqu'on avance en âge, par le moyen des corps qu'on nomme glandes de *Pacchioni*.

On trouve ces corps quelquefois isolés, et le plus souvent rassemblés en manière de grappes, dont le nombre varie beaucoup chez les différens sujets. Ils sont particulièrement situés le long du sinus longitudinal supérieur, entre la pie-mère et la dure-mère. On commence à les apercevoir à la hauteur de la suture coronale, et quelquefois beaucoup plus bas. On les voit se continuer tout le long du sinus jusqu'auprès de la protubérance interne de l'occipital. Ces petits corps sont comme des grains de millet. Ils sont fixés, d'une part, à la face interne de la dure-mère, dont la lame externe est légèrement soulevée par ces corps; la saillie qu'ils forment à l'extérieur est logée dans de petites cavités qui se remarquent tout le long des côtés de la gouttière longitudinale et s'y attachent d'une manière très ferme, tellement qu'il est fort difficile de les décoller. De l'autre côté ces corps sont aussi solidement attachés à la pie-mère. Souvent j'ai trouvé un de ces corps fibreux plus gros que les autres, très fort, très serré, qui était attaché, au moyen de la dure-mère, dans une cavité profonde, située à la face interne du pariétal, près de la partie antérieure du bord supérieur de cet os, et de là ce corps allait se fixer à la partie correspondante de la pie-mère.

On trouve aussi des glandes de Pacchioni dans l'intérieur même du sinus, fixées dans la gouttière longitudinale. Après qu'elles ont traversé les parois du sinus, on les voit s'attacher à la pie-mère, qui recouvre le bord supérieur et convexe de la face interne de l'hémisphère du cerveau.

Ces corps sont d'un blanc tirant un peu sur le jaune; ils sont consistans, d'un tissu serré; ils reçoivent des vaisseaux sanguins; on n'y voit ni vaisseaux lymphatiques, ni nerfs, ni conduits excréteurs; ils n'ont point de cul de sac; aussi ces corps ne sont point des follicules muqueux, ni des glandes lymphatiques et encore moins des glandes conglomérées. Je crois m'être assuré qu'ils étaient formés d'un tissu plein, solide dans toutes ses parties, et surtout paraissant très propre à fixer d'une manière presque invariable la pie-mère à la dure-mère. En effet, on ne peut séparer ces deux parties qu'en déchirant ces corps ou en les coupant avec un instrument tranchant. Outre ces moyens d'union, des vaisseaux qui vont de la dure-mère à la pie-mère contribuent encore à lier entre elles ces deux membranes. Du reste, cette face est lisse et polie dans les points non adhérens.

Par sa face interne, la pie-mère recouvre les circonvolutions et les anfractuosités du cerveau; elle adhère très intimement à la substance corticale de cet organe.

La pie-mère est mince, presque transparente, d'une couleur blanchâtre, tirant un peu sur le rouge; elle représente une espèce de réseau ou de plexus vasculaire disposé en forme de membrane réticulée, et dont les espaces ou aires sont de grandeur et de forme différentes. Ces espaces sont remplis par des lames celluleuses, minces, transparentes et, en quelque sorte, arachnoïdiennes. Cette membrane est donc composée de vaisseaux artériels et veineux, entourée de filets nerveux et d'un peu de tissu cellulaire. On n'y a pas encore trouvé de vaisseaux lymphatiques. Parmi les parties qui entrent dans la composition du cerveau, la pie-mère est un des organes les plus importans. Mais avant d'aller plus loin, voyons quels sont les nerfs que reçoit cette membrane.

J'ai suivi deux faisceaux de filamens rougeâtres qui naissaient du ganglion cervical supérieur du grand intercostal, qui embrassaient l'artère carotide interne, la suivaient en formant sur les parois un plexus parsemé de petits ganglions, et en sortant du canal inflexe du temporal, ce plexus pénétrait dans le crâne, se divisant en deux faisceaux : l'un entourait la branche antérieure de l'artère carotide interne, l'autre la branche externe, et ces faisceaux accompagnaient les artères. Par conséquent, la pie-mère doit recevoir des nerfs de la vie organique : mais les recherches les plus rigoureuses n'ont pas encore pu y découvrir des nerfs de la vie animale.

Ainsi accompagnés de ces nerfs, les vaisseaux sanguins du cerveau se divisent à l'infini dans l'épaisseur de la pie-mère; il part de cette membrane une immense quantité de rameaux, qui, après s'être répandus de nouveau dans la substance corticale, s'enfoncent dans la substance médullaire. On ne sait pas si quelques-uns de ces vaisseaux se continuent avec les fibres médullaires du cerveau, et quels sont à cet égard leurs rapports mutuels.

Si nous jugions par analogie, nous pourrions regarder les dernières ramifications de ces vaisseaux comme se distribuant dans l'épaisseur des fibres et des lames du cerveau. Par exemple, dans les poumons, les vaisseaux bronchiques et pulmonaires se distribuent dans le tissu lobulaire et dans le tissu inter-lobulaire de cet organe ; dans le foie, c'est dans les granulations ou pelotons folliculeux qui composent ce viscère que se distribuent ces vaisseaux: il en est de même aux reins, aux glandes salivaires et au pancréas; pourquoi en serait-il autrement à l'égard du cerveau?

D'après ce qui vient d'être dit, on voit que la dure-mère est invariablement fixée à la face interne de la cavité encéphalique; que la pie-mère est fortement attachée à la dure-mère et au sinus longitudinal supérieur, tout le long de la ligne médiane de la face interne du crâne, et que cette membrane réticulée soutient le cerveau et le tient enfermé comme dans une espèce de filet. Colombo dit que la pie-mère s'enfonce dans la substance du cerveau, la soutient presque suspendue et l'empêche de s'affaisser.

Pour reconnaître les avantages et les effets de l'union et des rapports de toutes ces parties entre elles, il faut se rappeler la structure entièrement vasculaire de la pie-mère et la nature molle et pulpeuse de la substance du cerveau. Cette substance, presque totalement privée de ressort et d'élasticité, se serait affaissée sur elle-même à la moindre secousse, si elle n'avait été soutenue et appuyée par la disposition merveilleuse de la pie-mère et des innombrables vaisseaux de cette membrane, l'une des parties du cerveau les plus importantes. En effet, qu'un point de l'organe encéphalique soit irrité ou enflammé, quelques-unes de ses fonctions pourront être lésées; mais que la pie-mère soit irritée ou enflammée, le désordre ne tardera pas à se manifester dans toutes les actions de ce viscère. Ainsi la pie-mère, outre la fonction qu'elle remplit de fournir un appui à la substance corticale et à la substance médullaire du cerveau,

---

de mouvemens, à la répétition automatique des mêmes formules, que ramène chaque séance? Il appartiendrait au président de veiller à ce que chaque section s'acquitte de sa tâche, de demander compte aux membres qui la composent des missions individuelles qui leur sont conférées. Ce serait, nous l'avouons, une espèce de police intérieure; mais elle n'aurait rien que de convenable et d'utile, surtout si elle était exercée avec mesure et fermeté; concédée par l'Académie à son chef librement élu, elle participerait à la dignité des autres attributions qui relèvent du fauteuil; loin de dégénérer en une inquisition déplacée, elle établirait entre les différentes sections un lien de communauté, une solidarité d'action qui, dans l'organisation actuelle, n'existe qu'en apparence, et se réalise moins dans leurs efforts scientifiques que dans l'appareil public des séances. Ce droit de contrôle, décerné au président et limité par l'Académie elle-même, aurait plus d'une conséquence avantageuse; deux résultats qu'il fournirait nous frappent par leur importance; il donnerait au président les moyens d'assurer de longue main à chaque séance son intérêt, son utilité, sa variété; il est temps, en effet, que l'Académie dépouille ses séances de tout ce luxe d'incidens, de controverses réglementaires qui dévorent une partie de son temps, et qu'elle régularise ses travaux en même temps qu'elle combine judicieusement les matériaux dont elle dispose. Ensuite, les auteurs des mémoires adressés à l'Académie trouveraient, dans l'activité obligée des sections et de leurs membres, les garanties qui leur manquent complétement. Un mémoire, fruit de longues recherches, fondement des plus justes espérances, est remis à l'Académie ou lu à sa tribune; une commission est nommée, un rapporteur désigné; voilà tout. Maintenant, que l'auteur compte les jours, les mois, les années même; qu'il écrive au secrétaire-perpétuel, au rapporteur; qu'il provoque le zèle de ce dernier par d'officieuses sollicitations; s'il plaît à l'arbitre futur de son travail de renvoyer sans cesse au lendemain les affaires sérieuses; le soin de la clientelle, les agitations du monde, les infirmités de l'âge seront tour à tour la cause d'un nouveau retard, et notre malheureux auteur, découragé, renonce à jamais à la jouissance des communications académiques. Il ne faut pas en douter, beaucoup de travailleurs ont été éconduits de cette manière de la voie scientifique; beaucoup de mémoires se sont détournés de l'Académie par l'exemple ou l'enseignement d'un pareil procédé. Nous pourrions nommer tel vénérable académicien qui garde en poche, depuis près de deux ans, un intéressant mémoire sur le ramollissement de la muqueuse gastrique, où sont consignées des observations inédites. L'inexorable rapporteur n'a pas même répondu aux sollicitations dont il a été l'objet. Il suffit d'avoir assisté à l'une des dernières séances de l'Académie pour apprécier la justesse de ce que nous émettons ici touchant les rapports et les rapporteurs. Nous avons entendu le président appeler successivement à la tribune quatre, cinq, six rapporteurs dont le tour était depuis longtemps arrivé; un seul sur six était en mesure; c'était un chimiste chargé de l'examen d'un mémoire médico-légal; et pour s'être plus pressé que ses confrères en rapport, il n'avait point fait piro besogne. Quant aux cinq autres, conviés aux honneurs de la tribune avant M. Caventou, ils les ont diversement déclinés; qui par indisposition; qui par oubli du manuscrit resté au logis; qui sous prétexte de surprise et ne sachant son tour de lecture venu; deux n'ont pas répondu à l'appel du président, absens ou non. Or, ce qui nous a étonné, ce ne sont point les moyens dilatoires dont savent user ingénieusement les élaborateurs désignés de tant de rapports problématiques enfouis dans leurs portefeuilles ou dans leurs intentions ; c'est la facilité avec

se trouvant au nombre des parties qui entrent dans la composition de cet organe, exerce une grande influence sur les facultés intellectuelles, puisque la moindre irritation ou inflammation de cette membrane porte le trouble et le désordre dans l'action du cerveau et de ses incompréhensibles facultés.

Serait-ce donc aux extrémités capillaires des millions de ramifications vasculaires nées de la pie-mère, confondues avec la pulpe cérébrale, mêlées avec quelques globules de sang artériel vivifiés dans les poumons par l'air atmosphérique, que s'élaborerait le grand principe de la sensibilité, de l'irritabilité et des facultés intellectuelles? Mais l'action de ces vaisseaux se bornerait-elle à la nutrition et à l'entretien de la vie dans l'organe encéphalique, et la pulpe cérébrale servirait-elle seulement aux opérations de l'esprit? C'est ce qui est difficile à déterminer. Il semble cependant qu'il doit y avoir communauté dans les actions de toutes les parties du cerveau, et que toutes doivent concourir au même but.

Ce qu'il y a de certain, c'est que, lorsque, par une cause quelconque, la pulpe cérébrale se ramollit, on peut tomber en paralysie, dans l'imbécillité et l'idiotisme; si cette pulpe prend un peu plus de consistance que dans l'état normal, elle peut réveiller le génie, les hautes qualités, exciter les grandes passions; très souvent aussi elle peut porter à l'ostentation, à la folie et au plus haut degré de démence. Il convient, sans doute, que ces deux états soient toujours bien équilibrés, et que les substances du cerveau tiennent le milieu entre une trop grande mollesse et une trop forte consistance. Pourtant nous devons avouer que la pondération de cette consistance ne met pas toujours le cerveau à l'abri des affections morales qui peuvent faire rompre l'équilibre et porter le trouble dans toutes les opérations de l'esprit. Mais l'inflammation, qui est souvent la cause de ces changemens, a-t-elle son siége dans la propre substance de l'organe encéphalique, dans ses membranes, dans ses vaisseaux, ou bien sur ces trois parties en même temps? Voyons jusqu'à quel point les unes et les autres sont susceptibles de s'enflammer.

D'abord il faut se rappeler que la moelle de l'épine dans le fœtus et les enfans est consistante et ferme; qu'elle se ramollit à mesure qu'on avance en âge, et que, dans la vieillesse, elle devient d'une mollesse telle que souvent elle a tout au plus la consistance d'une espèce de bouillie. Le cerveau, au contraire, est mou dans le fœtus et les enfans, et il prend de la consistance avec les progrès de l'âge; mais, à une époque avancée de la vie, on voit le cerveau perdre insensiblement de sa consistance, et sans qu'il revienne, à beaucoup près, à l'état où il était dans l'enfance, on trouve dans l'organe encéphalique une mollesse très prononcée. Cet état du cerveau se remarque plus particulièrement dans la voûte à trois piliers, dans la cloison transparente, dans la couche des nerfs optiques et les corps cannelés. J'ai trouvé cependant des vieillards qui avaient le cerveau dense, serré, rénitent : ce sont des exceptions à la règle générale.

J'ai ouvert des corps morts avec inflammation d'un point de l'organe encéphalique; mais je n'ai jamais trouvé dans la pulpe médullaire du cerveau ni du prolongement rachidien le caractère bien tranché de l'inflammation. La substance cérébrale conserve sa couleur naturelle. Souvent cette substance est plus molle et quelquefois elle ne présente aucun changement appréciable. Il n'en est pas de même des vaisseaux qui la pénètrent; dans ce cas, ils sont très rouges, dilatés, remplis de sang, ce qui met en évidence un grand nombre de vaisseaux, qui, sans cette circonstance, seraient restés inaperçus : mais ces vaisseaux, qui sont réellement la partie enflammée de la substance cérébrale, prennent tous naissance de la pie-mère, qui est alors enflammée comme eux. Dans tous les cas, l'inflammation de cette membrane est inséparable de celle de la substance du cerveau ou plutôt des vaisseaux qui pénètrent et concourent à former l'organe encéphalique.

L'arachnoïde participe-t-elle de cette inflammation? Avant de prononcer, examinons quelle est l'organisation de cette membrane. Les injections les plus heureuses, pas même l'inflammation de la dure-mère ni celle de la pie-mère, n'y ont encore démontré des vaisseaux sanguins : l'arachnoïde ne reçoit pas plus de vaisseaux que l'épiderme. Bichat accorde des vaisseaux blancs à cette membrane, mais il ne donne aucune preuve de leur existence; ainsi nous ignorons complètement sa nature intime. J'ai de la peine à croire qu'elle soit aussi souvent et aussi facilement enflammée qu'on se l'est figuré. On n'y voit réellement jamais le caractère de l'inflammation. La sérosité ou la couenne albumineuse que l'on trouve quelquefois sur la face externe ou interne de cette membrane est le résultat de l'inflammation de la dure-mère et de la pie-mère, et non celui de l'inflammation de l'arachnoïde; c'est pourquoi, jusqu'à ce qu'on connaisse mieux la structure de cette membrane, et que nous l'ayons positivement vue enflammée, je pense que nous devons seulement admettre le siége de l'inflammation de l'organe encéphalique dans la méninge qui reçoit un grand nombre de vaisseaux, dans la méningine qui est entièrement vasculaire, et dans les vaisseaux qui de cette membrane pénètrent dans la substance du cerveau et de la moelle épinière: par conséquent, on doit attribuer le désordre nerveux, le dérangement des fonctions, la désorganisation et le ramollissement de la pulpe cérébrale, à l'inflammation de la pie-mère et de ses innombrables vaisseaux.

Ainsi le ramollissement du cerveau est ordinairement la suite de l'inflammation : dans ce cas, un point plus ou moins étendu de ce viscère est déjà mou; il cède à la pression; les vaisseaux y sont injectés, pleins de sang; les fibres du cerveau sont intactes; on peut encore les apercevoir. A une époque un peu plus avancée, les vaisseaux autour de la partie ramollie sont injectés de sang, mais il n'y en a point d'apparens dans la portion ramollie. La substance corticale est légèrement rosée ou tirant un peu sur le jaune. L'aspect fibreux de la substance médullaire a disparu, et si plus tard on examine cette substance, on voit que le ramollissement a augmenté: cette partie ressemble à une matière pultacée complètement inorganique. Cependant ce point enflammé ramolli peut passer de l'état chronique à l'état aigu, se terminer par suppuration, et donner lieu à un abcès dans la propre substance du cerveau. Lorsque le pus est évacué, on n'a qu'à laver le foyer en y faisant tomber de l'eau à travers un petit arrosoir, afin de ne rien altérer. Les parois du foyer étant nettoyées, on y introduit encore de l'eau bien claire; alors on y voit flotter un grand nombre de villosités qui ne paraissent être autre chose que les extrémités déchirées des plus fines ramifications des vaisseaux de la substance cérébrale. Ce qu'il y a de très remarquable, c'est que quand le pus est incarcéré, les parois du kyste sont également remplies de villosités, et cela explique la résorption du pus qui a lieu quelquefois, lors même que l'abcès est enkysté. On observe à peu près la même chose dans la plupart des épanchemens de sang qui se font lentement au cerveau.

J'ai remarqué qu'il y avait deux membranes arachnoïdes, mais seulement à la face inférieure du cerveau et dans le canal vertébral.

La première est lisse et présente deux faces; l'inférieure répond à la

laquelle l'assemblée accepte tous ces délais, s'accommode du laisser-aller de ses membres; c'est son manque de sollicitude pour les hommes de science et de travail qui, de près ou de loin, souvent de fort loin, lui adressent les résultats de leurs recherches. Il y a sur les bancs de l'Académie des interpellateurs qui s'emparent des plus exigus thèmes de réglement, qui dépensent, à l'occasion du plus innocent incident, force périodes arrondies ou saillies tonnantes, et qui n'ont pas un mot à dire quand cinq rapporteurs manquent au devoir qu'ils ont librement accepté, et dont le fidèle accomplissement est une des conditions vitales de toute société scientifique.

De scrutin à scrutin, la transition est naturelle. Une élection qui intéresse quelque peu la profession médicale se prépare dans une section de l'Institut. La place laissée vacante par la mort de Broussais est un objet de haute convoitise; les cendres du célèbre auteur de LA FOLIE ET DE L'IRRITATION n'étaient pas encore refroidies que déjà l'Académie des sciences morales et politiques recevait les postulations empressées des candidats qui se tiennent au courant de son nécrologe. Vous connaissez comme moi, mon cher confrère, une classe de médecins dont l'intelligence habite aux frontières de notre art, entre la médecine et la philosophie, entre le monde des réalités objectives et la sphère de l'intuition; assez engagés dans l'un et dans l'autre pour présenter tour-à-tour, à l'assemblée de la rue de Poitiers, une candidature médicale, et à celle du palais Mazarin une candidature philosophique. Il paraît toutefois que l'Académie des sciences morales et politiques n'a accueilli qu'avec une sévère réserve ces compétiteurs amphibies; elle semble se défier des psychologistes qui prescrivent pilules et potions, des médecins qui traitent la nature morale et intellectuelle de l'homme par les procédés quelque peu rudoyeurs de l'analyse physiologique. La liste des concurrens pour le remplacement de Broussais est arrêtée; sur cinq noms qui la composent, deux seulement appartiennent à la médecine, MM. Esquirol et Lélut, dont nous n'aurons garde de discuter, d'opposer les titres. Pourtant il s'agissait d'une succession médicale; en s'associant il y a quelques années M. Broussais, l'Académie avait moins pour but de reconnaître les travaux philosophiques de ce réformateur que d'accueillir dans son sein une célébrité médicale. On comprend fort bien l'intention qui a décidé ce choix, en songeant aux matières diverses que cette section de l'Institut englobe dans le cercle de sa destination. Appliquée à l'étude de toutes les questions qui s'attaquent à notre organisation sociale, soumettant au creuset de l'analyse, tantôt les législations multiples qui sont en vigueur parmi les nations civilisées, tantôt les insolubles litiges de notre activité psychique, prenant en main les problèmes du travail industriel et les corollaires de la statistique, comment n'aurait-elle point senti la nécessité d'asseoir dans ses rangs quelques hommes supérieurs de notre profession, qui devaient apporter de positives lumières dans ses discussions et tenir, en quelque sorte, à la disposition de ses séances, tout un ordre de faits mal appréciés par la généralité des philosophes purs? Certes, si nous n'avions souci de voir la phrénologie impatronisée dans l'Institut, si notre attention se prêtait médiocrement à ces lectures fulminantes qui constituaient au sein de l'Institut une succursale propagatrice de la société-mère de cette doctrine, nous applaudissions sincèrement à l'admission des médecins dans l'Académie des sciences morales et politiques. Médecin, comment ne solliciterions-nous pas l'élargissement de nos issues à travers les institutions qui nous entourent? Assez d'intérêts jaloux, assez d'injustes préventions travaillent à resserrer les angusties de notre carrière; revendiquer

dure-mère qui tapisse les trois rangées des fosses de la base du crâne; la supérieure est contiguë à l'arachnoïde qui recouvre la face inférieure du cerveau.

Cette première arachnoïde est séreuse sur ses deux faces, se porte en arrière jusqu'à la moelle épinière, s'enfonce dans le canal vertébral et descend jusqu'au bas de la région lombaire, en formant à la moelle épinière une double arachnoïde et en quelque sorte un double fourreau. Cette membrane est au cerveau ce que les cartilages articulaires sont aux os entre lesquels ils se trouvent placés, c'est-à-dire qu'ils facilitent les mouvemens en diminuant les frottemens des surfaces articulaires. Le cerveau me semble jouir du même avantage.

Quant à la seconde membrane arachnoïde, elle est tellement adhérente à la pie-mère, qu'on serait tenté de les regarder comme une seule et même membrane. On reconnaît cependant qu'elles sont distinctes l'une de l'autre, car la pie-mère recouvre les circonvolutions, s'enfonce dans les anfractuosités du cerveau et pénètre dans les cavités intérieures, tandis que l'arachnoïde passe d'une circonvolution à l'autre et ne s'enfonce point dans les anfractuosités; elle passe du cerveau au cervelet et ne pénètre point dans les ventricules.

Il n'en est pas de même de la pie-mère; celle-ci pénètre réellement dans les ventricules. On la voit en effet aller du cerveau dans ses cavités, en passant entre les éminences quadrijumeaux et la glande pinéale qui sont en bas, et en passant sous la base de la voûte à trois piliers, un peu sous la corne d'Ammon et du corps frangé qui sont en haut; puis elle va se continuer avec le plexus choroïde. Sur les côtés, cette membrane en sortant des ventricules entoure les bras de la moelle alongée; elle se porte dans le canal vertébral, enveloppe la moelle épinière, comme elle enveloppait le cerveau, et se continue jusqu'à la partie inférieure du prolongement rachidien.

DU CERVEAU DE L'HOMME.

Le cerveau est un viscère mou, lamelleux, aréolaire, fibreux, enveloppé et pénétré par des membranes et des vaisseaux. C'est par le cerveau que l'âme reçoit les impressions sensoriales, qu'elle manifeste ses penchans, les sentimens moraux, et toutes les facultés intellectuelles. C'est au moyen de cet organe que l'ame s'élève par la pensée dans les plus hautes régions, qu'elle embrasse l'ensemble de l'univers.

Quelle est la forme du cerveau, quelle est sa composition? On aurait une fausse idée de la manière d'être de cet organe, si on le considérait seulement tel qu'on a en l'habitude de le faire. Pour mieux le connaître, il faut examiner de nouveau les substances qui le composent, les formes et les dispositions variées qu'elles ont dans divers points de leur étendue, et bientôt on voit qu'un certain nombre de parties qu'on avait crues séparées et isolées les unes des autres, sont visiblement réunies et forment un ensemble admirable, soit par continuité de substance, soit au moyen de lames, de bandelettes de substance médullaire et de substance grise.

En général, toutes les parties remarquables du cerveau ont été isolément assez bien étudiées, mais on n'en a pas encore fait connaître la liaison. Lorsqu'on se les représente réunies, on les voit former un tout qui donne au cerveau un aspect bien différent de celui sous lequel on avait cru l'apercevoir avant qu'on eût examiné les parties qui le composent: mais quoique continues, ces parties n'en forment pas moins plusieurs centres distincts, comme nous tâcherons de le montrer.

Le cerveau est en général composé de deux substances, une grise qu'on nomme corticale, et une blanche qu'on nomme médullaire.

La substance corticale est-elle composée de follicules glanduleux, comme Malpighi l'avait pensé, ou bien est-elle composée par des vaisseaux, comme les injections de Ruisch semblaient l'avoir prouvé? Cette substance est-elle de la même nature que la substance grise des couches des nerfs optiques, des corps cannelés et des éminences quadrijumeaux? La science n'a encore rien conclu à cet égard.

La substance médullaire est lamelleuse, aréolaire, fibreuse; en effet, les lames et les aréoles se voient, à l'œil simple, dans les circonvolutions d'un cerveau qu'on a fait macérer pendant six semaines ou deux mois dans une dissolution de deuto-chlorure de mercure, ou quand on l'a fait bouillir dans l'eau salée. Quant à l'état fibreux, il ne peut être révoqué en doute dans une grande partie de l'étendue de la substance cérébrale; car si l'on examine cette substance dans les pédoncules du cerveau; si l'on suit ces fibres de bas en haut, sur les parois des ventricules latéraux, après avoir traversé les couches des nerfs optiques et les corps cannelés; si de là on les suit dans l'épaisseur du corps calleux qu'elles traversent de droite à gauche sans interruption, on reconnaît qu'elles ont une direction longitudinale recourbée en bas; placées en travers et disposées en forme d'arcade, elles répondent à la face interne des parois et de la voûte des ventricules. Pour mettre ces fibres en évidence, il faut les disséquer du côté de la face inférieure du corps calleux, en procédant de droite à gauche ou de gauche à droite, en les suivant d'une couche optique à l'autre. Dans cette direction, les fibres de la substance médullaire se séparent facilement par la moindre traction et sans se déchirer. Si au contraire on distend la substance cérébrale d'avant en arrière, les fibres résistent, et si on les force elles se rompent au lieu de s'alonger et de se séparer. Voilà une idée générale de la disposition des substances qui constituent le cerveau; actuellement examinons ces substances dans chaque partie en particulier.

Pour abréger et pour ne rien confondre, je conserverai les noms déjà connus de toutes les parties qui composent le cerveau, à l'exception du corps calleux, de la voûte à trois piliers et de la glande pituitaire, que je nommerai indistinctement voûte ou trigône cérébral, corps calleux ou méso-lobe, glande pituitaire ou corps suspénoïdal. L'ordre que je suivrai dans l'exposition des parties de cet organe en fera, je crois, suffisamment connaître la liaison et l'ensemble.

La masse encéphalique se compose de cinq parties qui sont l'appareil suspénoïdal, le cerveau proprement dit, le cervelet, la moelle alongée et la moelle épinière.

Chacune de ces parties a une situation qui lui est propre; elle y est protégée par la disposition de la surface dans laquelle elle est placée et par la portion de la dure-mère qui l'entoure. Chacune de ces parties a des sinus veineux qui lui appartiennent. Nous verrons d'ailleurs la différence qu'il y a entre elles par l'examen de leurs formes et de l'arrangement des substances qui les composent.

DE L'APPAREIL SUSPÉNOÏDAL.

Cet appareil se compose de la glande pituitaire, de la tige de même nom et de la lame grise qui forme l'infundibulum.

---

avec tiédeur les droits et les licences de notre profession, serait vis-à-vis des nôtres un trait d'inexcusable félonie. Mais l'intérêt de l'Académie des sciences morales est ici le nôtre, et nous pouvons nous dispenser d'invoquer celui-ci en présence de l'autre. Quelle est aujourd'hui l'école philosophique qui se passe des lumières médicales, et qui interroge les mystères de la vie psychique, sans s'informer des actes de l'organisme? Quand l'Académie des sciences morales et politiques inscrit dans son ordre du jour l'examen comparé des systèmes pénitentiaires, un médecin n'est-il pas le bien-venu à sa tribune pour lui révéler les effets physiologiques des divers modes de correction, pour énoncer les conditions de structure et de distribution intérieure des prisons, pour disserter sur les rapports de l'alimentation avec les travaux et les propensions connues des détenus, etc.? Quand le travail des enfans dans les fabriques devient le digne sujet de ses méditations, quel autre que le médecin viendra proclamer dans son sein les légitimes exigences de la nature et tracer à la sordide industrie l'inviolable limite de son exploitation? Ou l'idée que nous avons des applications sociales de notre art s'exagère en nous à notre insu, ou peu de questions doivent surgir dans l'Académie, qui n'aient à refléter par quelque côté les clartés de notre science. Vous le voyez, mon cher confrère, c'est comme médecins, non à titre de philosophes, que nous voulons l'admission des nôtres à l'Académie des sciences morales et politiques, car la médecine est une science politique; la médecine qui généralise avec impartialité les données fournies par l'observation séculaire de l'organisation humaine, la médecine qui note les phénomènes qui vont de l'individu à la masse, les faits qui réagissent sur la société, les résultats nécessaires d'une somme de causes modifiables ou non par l'action des lois, cette médecine-là est la sœur légitime de la philosophie et de l'économie politique; elle se place entre ces deux sciences qui ne doivent point l'étouffer dans une jalouse étreinte; elle doit mêler son influence à celle des traditions religieuses et nationales, à celle des intérêts de la production et de la consommation. — Nous voilà loin de la candidature de M. Esquirol et de M. Lélut; mais qu'ils nous pardonnent notre invincible tendance à déserter incessamment les hommes pour les choses; nous n'avons pas de choix à dicter à l'Académie des sciences morales et politiques; ce que nous voudrions lui persuader, ce n'est pas la prédilection de tel ou tel nom propre, mais simplement de rester fidèle à l'antécédent médical de la vacance qu'elle est sur le point de combler; c'est la médecine, c'est notre profession, si médiocrement caressée par la fortune des places et des dignités, que nos vœux recommandent à la fortune du scrutin de l'Institut.

Décidément, mon cher confrère, vous pourrez intituler cette épître : la lettre des candidatures; car d'autres encore réclament, en ces lignes, une mention, peut-être un peu hasardeuse : je vais empiéter sur le domaine des feuilles politiques; je vais vous parler élections... Rassurez-vous, il ne sera question ni du parti ministériel, ni du parti opposant, mais du parti médical, dont la GAZETTE a bien, ce me semble, le droit de déployer les enseignes; et telle est ma préoccupation, et même, si le terme vous plaît, ma monomanie professionnelle que, Empédocle d'un genre nouveau, je me jetterais dans le cratère béant du volcan politique, si j'avais la certitude d'en sortir avec le secret de faire prospérer notre profession selon ses mérites et... ses ennuis. Ce qui doit compléter votre sécurité, c'est que la querelle électorale est finie et vous n'avez pas à craindre que l'audace posthume du feuilleton soulève contre la GAZETTE étonnée les foudres du réquisitoire. Donc, mon cher confrère, je vous dirai,

DE LA GLANDE PITUITAIRE.

Le professeur Chaussier a donné à cette seule partie du cerveau le nom de corps snsphénoïdal. Mais quelle est la nature de ce corps, quelles sont les fonctions de cet organe singulier? On ne peut s'empêcher de les regarder comme très importantes, lorsqu'on voit le soin infini que la nature a mis à le protéger, à le placer loin et hors de toute atteinte. Certainement aucune partie du cerveau n'a été environnée de moyens de conservation plus puissans que ceux qui entonrent la glande pituitaire; ni le cerveau, ni le cervelet, ni la moelle alongée ni la moelle épinière, ne sont aussi bien protégés que le corps susphénoïdal: du reste, il y a entre lui et quelques autres parties de l'organe encéphalique des communications directes, comme nous allons le voir en examinant ce corps, la tige pituitaire et la lame grise.

La selle turcique qui est destinée à loger le corps susphénoïdal est la partie de la face interne de la base du crâne la plus remarquable par sa forme et par la régularité de sa disposition.

D'abord nous voyons la partie antérieure de la portion du sphénoïde, qui concourt à la formation de la gouttière basilaire. s'avancer en forme d'auvent au-dessus de la selle turcique, et par cette saillie la fosse pituitaire se trouve ordinairement recouverte au moins dans sa moitié postérieure. Cette espèce d'auvent présente à sa face antérieure un enfoncement arrondi pour loger le lobe postérieur de la glande pituitaire. Sur les côtés, cette cavité est encore recouverte et protégée par les quatre apophyses clinoïdes qui quelquefois sont réunies et forment un cercle entier.

Nous voyons encore ici la dure-mère disposée d'une manière très propre à protéger la glande pituitaire. Elle se prolonge du bord supérieur de la pointe du rocher jusqu'à l'apophyse clinoïde postérieure, de celle-ci jusqu'à l'apophyse antérieure, et de là elle se porte dans la selle turcique, la tapisse et se termine extérieurement en forme de tente. Cette membrane ne laisse qu'une petite ouverture pour le passage de la tige pituitaire. Ainsi le corps susphénoïdal est entièrement à l'abri de toute compression.

Ce corps est entouré de sinus veineux, de même que le cerveau, le cervelet et la moelle épinière. Ces sinus sont les coronaires antérieur et postérieur. Le sinus caverneux lui est commun avec les autres parties du cerveau.

La glande pituitaire se trouve dans tous les animaux. Elle reçoit des filets nerveux et beaucoup de ramuscules sanguins. Elle est directement unie au cerveau par le moyen de la tige susphénoïdale qui s'insère dans la plaque, ou lame grise, et fait corps avec elle.

La disposition extérieure du corps susphénoïdal est facile à voir; il n'est pas aussi aisé d'en démontrer la composition et les usages.

La glande pituitaire est située dans la selle turcique entre les sinus caverneux et les sinus coronaires. Elle est entièrement fixée dans sa position par une membrane qui est au-dessous, et qui est en même temps très adhérente à l'os et à la glande.

Son volume varie selon les divers individus. En général, elle a six lignes de droite à gauche, trois d'avant en arrière, et à peu près trois lignes d'épaisseur. Chez les personnes qui avaient les pommettes et les bosses sourcilières très saillantes, j'ai trouvé cette glande plus volumineuse que chez les individus qui avaient une disposition contraire. J'ai cherché à me rendre raison de cette différence de grandeur. Voici ce que j'ai observé à cet égard : tous les sinus des fosses nasales sont en général également larges ou spacieux; et quand on voit les bosses sourcilières et les pommettes faire une grande saillie, on est sûr qu'elle est déterminée par les sinus maxillaires et frontaux, qui sont plus développés qu'à l'ordinaire, et alors aussi on remarque que la capacité des sinus sphénoïdaux est augmentée : dans ce cas, la selle turcique qui forme la paroi supérieure du sinus a une étendue relative à la grandeur du sinus sphénoïdal. Sur tous les sujets que j'ai examinés, j'ai trouvé la cavité de la selle turcique très spacieuse et entièrement remplie par la glande pituitaire, et ce corps présentait un volume plus grand que dans l'état ordinaire. Ainsi, en voyant une personne qui a les pommettes et les bosses sourcilières très saillantes, on peut dire presque avec certitude que les sinus sphénoïdaux sont très développés, et que la glande pituitaire a un volume plus grand qu'il ne l'est ordinairement. Mais la glande est-elle plus volumineuse, parce que le sinus est très développé? on bien le sinus est-il plus large, parce que la glande est plus volumineuse? Je l'ignore.

La glande pituitaire est reniforme, composée de deux lobes, un grand et un petit. Elle présente à la face supérieure, surtout chez les adultes et les vieillards, un enfoncement ou fosse circulaire, surmonté par un rebord saillant plus large et plus élevé sur les côtés que sur le devant. Cet enfoncement, qui répond à la cavité centrale, anticipe un peu sur le petit lobe qui offre aussi une petite saillie en arrière. Si nous examinons le reste de la face supérieure de cette glande, nous voyons qu'elle semble présenter de très légères saillies et des enfoncemens superficiels, qui sont comme le simulacre des circonvolutions et des anfractuosités du cerveau.

La face inférieure de la glande pituitaire est convexe transversalement, et convexe de devant en arrière. Elle présente vers son tiers postérieur un rétrécissement transversal qui indique le point de réunion du grand et du petit lobe.

La glande pituitaire est d'un gris tirant légèrement sur le jaune; elle a de la consistance et résiste un peu à la pression.

La structure de ce corps est difficile à déterminer. Voici ce que je crois avoir observé : d'abord je trouve ce corps enveloppé par une membrane serrée. Si on l'enlève par la dissection, on la détache plus facilement de dessus les parties qui paraissent saillantes, que de dessus les parties enfoncées: il semble que ces prolongemens de la face interne de cette membrane pénètrent dans les enfoncemens de la glande, ce qui unit les deux parties très intimement. Cette membrane est mince, transparente, parsemée de vaisseaux très fins que l'on aperçoit très bien chez les individus morts d'apoplexie, ou de l'inflammation des membranes du cerveau. Ces vaisseaux se dirigent vers l'extérieur de la tige pituitaire et se continuent avec elle.

Au-dessous de cette membrane, j'ai trouvé une couche corticale mince, de substance grisâtre, d'un cinquième de ligne d'épaisseur; au-dessous de cette couche on aperçoit un tissu qui paraît formé par des corps folliculeux ou des granulations assez solides, d'un gris légèrement jaunâtre, dont le volume et la forme sont difficiles à déterminer. Ces petits corps sont intimement unis les uns aux autres, et semblent faire un tout continu qui s'étend de l'extérieur vers la partie centrale de la glande, où l'on trouve un tissu mollasse abreuvé par une humeur d'un gris brun que

---

sans plus ample précaution oratoire, mes doléances confraternelles sur l'injustice des colléges électoraux envers les médecins. Vous ne leur avez fait faute, aux élections antérieures. de vos recommandations étayées sur les plus solides argumens en faveur de la médecine; ils n'en ont eu souvenance, et, les cruels qu'ils sont, se sont bouché les oreilles même aux échos de vos plaintes passées. Non seulement notre petite phalange médicale ne s'est pas augmentée dans les élections politiques qui viennent de finir, mais encore nous compterons dans la nouvelle chambre moins de confrères que dans l'ancienne; en attendant que nous en comptions un seul dans l'aréopage du Luxembourg. Et voilà, monsieur, comment nous gagnons du terrain dans cette société qui nous proclame indispensables et nous refuse une juste proportion d'influence politique, qui nous impose patente et paie à regret les soins les plus dévoués de notre ministère. Savez-vous que c'est là un beau thème de Catilinaires contre les contempteurs de la puissance médicale? Mais les hommes honorables de notre profession, qui ont échoué dans la lutte récente, savaient, en l'abordant, ce qu'ils pouvaient attendre. Remercions-les d'avoir fait acte de présence médicale dans les colléges, d'avoir fait flotter notre bannière au milieu des bannières de toutes les professions, sous lesquelles s'abritent des candidatures plus heureuses et des ambitions moins intelligentes.

Le vent souffle encore au concours : nous avons affiche et programme pour la chaire de thérapeutique, vacante par la mort d'Alibert. Tel clinicien s'est remis à l'étude des drogues simples, pour descendre, convenablement lesté de connaissances spéciales, dans la lice qui va s'ouvrir. Il y a des aigles de pathologie, qui se balancent sur leurs ailes entre un herbier et un fourneau à réverbère, pour s'abattre avec plus de sûreté sur la chaire convoitée. La province aussi rumine luttes et concours : Montpellier ne tardera point à livrer aux disputes de la science belligérante l'héritage de Dugés; Strasbourg tient en réserve une chaire de médecine légale, deux fois refusée à l'ardeur des concurrens, et vient de leur donner jour et programme pour le concours d'hygiène et de physique médicale. Le concours se développe laborieusement à Strasbourg : tandis qu'une chaire de professeur y est deux fois disputée sans résultat, voici que s'ouvre dans cette faculté le concours d'agrégation, avec un nombre de candidats rigoureusement égal à celui des places à donner : heureux candidats, s'ils savaient leur bonheur, et ce qui se passe à Paris, où le flot des compétiteurs déborde sur l'école et risque de noyer le concours dans l'interminable longueur des épreuves.

Vous avez lu dans les journaux que le conseil municipal de Lyon a voté les fonds nécessaires pour la construction d'une école monumentale de médecine : c'est l'appel de la truelle à l'intelligence; quand l'édifice sera achevé, on le trouvera probablement trop beau pour une école secondaire : une faculté s'y logera à l'aise; les robes rouges d'une douzaine de pères conscrits s'harmoniseront mieux avec le caractère du monument... Qu'en pensez-vous, mon cher confrère, et pourriez-vous nous aider de vos augures dans la perplexité où nous sommes touchant la fabuleuse loi d'organisation que vous savez? Le projet sera-t-il légué par le ministère qui se retire à celui qui lui succédera? Le projet existe-t-il en toute réalité, ou n'est-il qu'une illusion, un mythe; que sais-je? S'il existe, s'il s'accomplit, s'il devient loi, si la loi s'exécute, si l'exécution porte ses fruits, ce sera plus que jamais le cas de s'écrier avec le classique :

on fait sortir de cette glande en la pressant légèrement entre les doigts. Le tissu mollasse se dissout, et les petits corps résistent un peu à la pression.

Si l'on fend longitudinalement la glande pituitaire en deux parties égales par une incision qui s'étende du bord convexe au bord concave, l'intérieur de cette section ressemble un peu à l'intérieur des reins, quoique ces deux corps soient de nature bien différente.

Le petit lobe est placé en arrière, et a presque le tiers du volume de l'antérieur. Sa forme est arrondie en avant, il s'enfonce dans le bord concave du lobe antérieur et fait corps avec lui; en arrière, il se loge dans la cavité arrondie très remarquable que lui offre, comme nous l'avons dit, la lame qui s'élève de la partie antérieure de la gouttière basilaire, et qui s'avance en forme d'auvent jusqu'au niveau de la moitié postérieure et supérieure de la selle turcique. Cette lame fournit un puissant abri à cette partie de la glande pituitaire, et doit faire pressentir l'importance que la nature attache à la conservation de ce corps.

Le petit lobe présente, de même que le grand lobe, des granulations et un tissu intérieur; mais la totalité de ce lobe est généralement d'un gris brunâtre, de consistance presque muqueuse, et il est tellement mollasse qu'il est difficile de bien déterminer la disposition du tissu qui le compose.

J'ai reconnu que le petit lobe concourait avec le grand à former la paroi de la cavité centrale qu'on trouve dans le corps susphénoïdal : c'est aussi de ces deux parties en même temps que prend naissance la tige pituitaire, presque toujours par une seule racine; cependant, trois fois, et une fois en présence de MM. Goney et Renauldin fils, élèves surnuméraires aux Invalides, j'ai rencontré la tige pituitaire se produisant par deux racines d'une ligne et demie de longueur, qui se réunissaient bientôt pour ne former qu'un seul tronc.

J'ai trouvé dans la glande pituitaire une humeur épaisse, de couleur d'un brun jaunâtre, que l'on exprime en pressant la glande entre les doigts.

On dit que le lobe antérieur de la glande pituitaire adhère au lobe postérieur par une membrane mince, tenue, propre à la glande pituitaire; je pense qu'on s'est trompé. Je n'ai pas trouvé de membrane intermédiaire entre ces deux corps, qui, quoique peut-être de nature différente, présentent une continuité de substance. Il en est du grand et du petit lobe de la glande pituitaire comme de l'union des fibres tendineuses et des fibres charnues des muscles; il y a continuité, quoique étant de nature différente. Ces deux lobes communiquent ensemble par la cavité commune qui se trouve à l'endroit de l'échancrure du grand lobe.

DE LA TIGE PITUITAIRE.

La tige pituitaire est longue d'environ quatre lignes, prend naissance ordinairement par une racine, et quelquefois par deux; une postérieure qui se porte obliquement en avant dans l'étendue d'une ligne et demie, et va bientôt se réunir à une portion qui est antérieure, pour former en commun la tige pituitaire, laquelle se porte en arrière et en haut, en passant devant les éminences mamillaires, dessous et derrière l'adossement des nerfs optiques, et va se terminer vers le milieu de la lame grise à cette partie nommée infundibulum.

La tige pituitaire est plus grosse à ses extrémités qu'à sa partie moyenne. L'extrémité inférieure, qu'elle soit formée d'une ou de deux racines, est large, évasée, et s'attache par un épanouissement membraneux à toute l'étendue du bord qui circonscrit la cavité centrale de la glande.

L'extrémité supérieure s'ouvre dans le milieu de la lame grise; elle est disposée là en forme d'entonnoir, et semble présenter le commencement d'un canal.

La tige pituitaire est-elle formée par une réunion de filets, comme le sont les commissures du cerveau, ainsi que les troncs des nerfs encore logés dans le crâne et le canal vertébral? Plusieurs fois nous avons cru que la tige était réellement formée par un faisceau de filets; mais de nouvelles recherches nous ont montré qu'elle avait plus d'analogie avec les conduits excréteurs qu'avec les gros troncs nerveux. En effet, la tige pituitaire est molle, rougeâtre, de consistance charnue, composée de tissu cellulaire, de vaisseaux, et entourée par la membrane mince qui recouvre la glande : cette membrane se prolonge et se continue à l'extérieur de la tige jusqu'à l'infundibulum.

J'ai cherché à pousser du mercure dans la tige pituitaire avec un tube assez fin. En dirigeant ce métal de haut en bas par le troisième ventricule, l'infundibulum a été repoussé et a fait une saillie mamelonnée en dessous : le mercure est entré à peine dans la tige.

Le cerveau étant enlevé de l'intérieur du crâne, la face inférieure de ce viscère placée en dessus présentait la glande pituitaire, sa tige et la lame grise, entièrement à découvert.

J'ai plongé une aiguille un peu grosse dans le milieu de la face inférieure de la glande pituitaire; je l'ai poussée jusqu'à la cavité centrale de ce corps; l'aiguille étant retirée, je l'ai remplacée par un petit tube chargé de mercure; ce métal a paru marcher un peu, comme s'il avait été introduit dans un petit canal, mais il n'est pas arrivé jusqu'à l'infundibulum : ainsi il n'a point pénétré dans le troisième ventricule.

Lorsque j'ai plongé le tube dans un point de l'épaisseur de la tige, le mercure s'est infiltré dans le tissu de cette partie. Nous n'avons donc pu rien inférer de positif de toutes ces tentatives: cependant, j'ai de la peine à croire qu'il n'y ait point de conduit dans l'épaisseur de la tige pituitaire; aussi je me propose de faire de nouveaux essais pour tâcher d'éclairer cette question, s'il est possible.

Je crois que la glande pituitaire mérite d'être sérieusement étudiée, tant dans l'état sain que dans l'état de maladie de l'organe encéphalique. Que cette partie soit réellement une glande ou un corps de tout autre nature, il est toujours certain que ce corps contient dans son épaisseur une humeur épaisse, brunâtre, et qui doit être sécrétée par le grand ou le petit lobe, ou par tous les deux en commun. Il ne s'agit que d'en connaître l'usage. Enfin, la glande pituitaire semble destinée à remplir quelque importante fonction qu'il sera difficile de découvrir.

DE LA LAME GRISE.

La lame, ou plaque grise, est située à la base du cerveau; elle a une forme triangulaire; la face inférieure répond à la glande et à la fin de la tige pituitaire; la face supérieure répond au troisième ventricule du cerveau, à la base de la portion spiroïde du corps cannelé, à l'origine du pédoncule de l'éminence mamillaire, et à l'origine de la rène de la glande pinéale et de la bandelette demi-circulaire : cette face est unie à ces parties; les bords latéraux répondent aux nerfs optiques; le bord posté-

---

Le vrai peut quelquefois n'être point vraisemblable.

L'Académie a nommé aujourd'hui trois commissions pour l'examen des mémoires envoyés aux concours qu'elle a ouverts; vous vous rappelez que deux des questions mises au concours ont trait à la phthisie pulmonaire et au ramollissement du cerveau dont les modes de guérison, si guérison il y a, paraissent avoir été mieux étudiés depuis quelque temps. Espérons que la science et l'humanité retireront quelque profit des recherches sur lesquelles auront à se prononcer les membres de la commission des prix; il y a si longtemps que l'on couronne des mémoires sans rien ajouter aux richesses de la science ni à l'efficacité de l'art, et que les palmes académiques ne font qu'ombrager nos doutes et masquer les vides de notre esprit!

Ne quittons point l'Académie sans vous dire une justice rendue à deux de ses membres. M. Gasc, médecin en chef du Val-de-Grâce, vient de recueillir l'héritage de Desgenettes au conseil de santé; le grade d'inspecteur-général du service de santé des armées récompense en M. Gasc trente années de travaux et de services rendus en des lieux et des temps bien différens; M. Gasc est du petit nombre des médecins militaires qui joignent aux titres spéciaux de leur carrière ceux qui constituent la notabilité scientifique. Le typhus de Vienne, le siége de Dantzig, la retraite de Russie sont autant d'honorables jalons qui marquent la carrière de M. Gasc; et tout le corps des officiers de santé militaires applaudit à son avénement au conseil de santé. Un autre acte de justice, c'est la croix d'officier de la Légion-d'Honneur accordée à M. Lisfranc. Cette distinction n'ajoute rien au mérite ni à la renommée de notre célèbre confrère; mais elle est une première satisfaction donnée à l'opinion qui regrettait depuis long-temps que tant de services, tant de dévouement pour la science et l'humanité n'eussent pas reçu d'autres récompenses plus en rapport avec les talens et les travaux de l'habile professeur et chirurgien en chef de la Pitié.

Y.

— M. le docteur Gasc, médecin en chef, premier professeur au Val-de-Grâce, a été élevé, par ordonnance royale du 2 mars, au grade d'inspecteur-général, membre du conseil de santé des armées, en remplacement du baron Desgenettes, décédé. La succession du baron Desgenettes, au conseil de santé, ne pouvait échoir en meilleures mains; tout le corps des officiers de santé militaires applaudit au choix de M. Gasc.

— FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — AVIS RELATIF A L'INSCRIPTION DE JANVIER 1839. MM. les élèves sont prévenus que le registre pour prendre l'inscription de janvier 1839 sera ouvert, tous les jours, à partir du vendredi 15 mars, et clos irrévocablement le samedi, 30 du même mois.

Pendant cette quinzaine les consignations pour les créances et l'acquittement des inscriptions allouées auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, *de deux heures à trois heures précises*; à compter du lundi 1er avril les consignations reprendront leurs cours ordinaires, c'est-à-dire les mêmes jours que ci-dessus, mais *de dix heures à midi précis*.

Le 8 mars 1839.

A. VÉRET.

rieur échancré répond aux éminences mamillaires; l'angle antérieur répond à l'angle rentrant formé par l'adossement des nerfs optiques; les angles postérieurs répondent aux angles rentrans formés par les bras de la moelle allongée et les nerfs optiques, lorsque ces deux parties s'éloignent les unes des autres.

La lame grise est plus épaisse en arrière dans sa moitié postérieure qu'en avant. Sa couleur approche de celle de la corne brûlée; sa consistance est molle; elle se laisse facilement déchirer, quoiqu'elle soit recouverte en bas par la pie-mère, et à sa face supérieure par la lame celluleuse qui tapisse tous les ventricules du cerveau.

Je suis porté à regarder la lame grise comme une dépendance de la glande pituitaire, ou du moins comme un intermédiaire essentiel entre ces parties et le cerveau, ainsi que nous le ferons remarquer en parlant des rapports nombreux qui existent entre ces parties.

DU CERVEAU PROPREMENT DIT.

Le cerveau ne se présente pas à nous tel qu'il est; il nous cache sa manière d'être; cependant, malgré l'obscurité dont il est couvert, nous entrevoyons un peu que les parties qui le composent sont régulièrement et merveilleusement disposées; nous n'osons pas le dessiner tel que nous croyons le voir; mais en le considérant dans ses parties détaillées, nous allons essayer de donner une idée de la manière d'être de quelques points de cet organe.

Les nombreuses parties qui composent le cerveau peuvent être divisées en deux séries : celles qui se trouvent dans la première série sont toutes placées dans les ventricules; celles de la seconde forment plus particulièrement la masse du cerveau.

Les parties de la première série sont liées entre elles, et forment en quelque sorte une espèce de plexus commun, un tout continu, ou plutôt un organe particulier : ces parties sont la voûte à trois piliers, la cloison transparente, les éminences mamillaires et leur pédoncule, la rêne de la glande pinéale, et cette glande elle-même, la bandelette demi-circulaire, le corps frangé, la corne d'Ammon, le corps godronné, la lame médullaire qui se réfléchit du bord supérieur de la cloison transparente, et va tapisser la voûte des ventricules latéraux du cerveau, etc.

Examinons la disposition de ces parties, la liaison qu'elles ont entre elles, et avec les autres parties du cerveau.

La cloison transparente et la voûte à trois piliers ont été regardées et décrites jusqu'à ce jour comme deux parties distinctes et séparées; cependant, de quelque manière qu'on les considère à leur union, on ne voit rien qui les fasse distinguer; elles passent de l'une à l'autre sans laisser de ligne de démarcation : ainsi la voûte à trois piliers ne forme pour l'œil le plus exercé qu'un tout continu avec la cloison transparente.

Quand on examine la cloison transparente, et qu'elle est dans son intégrité, la partie inférieure du trigône est représentée par une fente formée et bornée par les piliers du trigône, qui sont tenus rapprochés par le plexus choroïde. Lorsqu'on démonte le trigône, sa face inférieure présente une surface au lieu d'une fente; alors la cloison transparente par son élasticité est revenue sur elle-même, s'est effacée et n'existe plus; le trigône s'en est emparé. Ainsi, la cloison est formée aux dépens du trigône, et celui-ci aux dépens de la cloison; c'est-à-dire que, lorsqu'on décrit la cloison, le trigône n'existe pas encore dans son intégrité, et lorsqu'on démontre le trigône, la cloison n'existe plus : l'une est donc formée aux dépens de l'autre, ou plutôt ces deux parties ne forment réellement qu'un seul et même corps. En effet, le trigône cérébral et la cloison transparente, qui s'épanouissent sous le corps calleux, sont formés par une membrane médullaire repliée plusieurs fois sur elle-même. Nous voyons d'abord que cette membrane est attachée du côté droit à toute l'étendue du bord supérieur de la portion spiroïde du corps cannelé; de là elle se porte jusqu'au milieu de la face inférieure du corps calleux; après cela, elle descend jusqu'au pilier droit du trigône; bientôt elle se replie en dedans, s'applique contre elle-même et remonte jusqu'au milieu de la face inférieure du corps calleux; puis elle redescend jusqu'à la colonne gauche du trigône, se replie en dehors, et s'applique de nouveau sur elle-même pour remonter jusqu'au corps calleux et former le feuillet gauche de la cloison transparente : après avoir tapissé le reste de la face inférieure du corps calleux, cette membrane médullaire va se fixer à toute l'étendue du bord supérieur de la portion spiroïde du corps cannelé du côté gauche.

Ainsi la cloison transparente et la voûte à trois piliers ne forment à mon avis qu'un seul organe qui peut être divisé de haut en bas en deux moitiés à peu près égales, une droite et une gauche; et chaque moitié est composée d'un double feuillet de la cloison transparente, et d'une colonne ou d'une moitié de la voûte à trois piliers. Chacune de ces moitiés est en rapport direct 1° avec une des éminences mamillaires; 2° avec le pédoncule de ces éminences; 3° avec la rêne de la glande pinéale; 4° avec la bandelette demi-circulaire; 5° le corps frangé; 6° la corne d'Ammon; 7° l'éminence en forme d'ergot; 8° la glande pinéale, qui est en rapport aussi avec les deux parties de la voûte et de la cloison transparente et avec les éminences quadrijumeaux. On voit donc que la cloison transparente et la voûte à trois piliers, que nous regardons comme un seul et même corps, sont cependant divisées en deux moitiés à peu près égales, une à droite et une à gauche. Chacune de ces moitiés est placée verticalement dans le milieu des ventricules latéraux; elle est mince, aplatie sur deux faces. Il y en a une interne convexe et une externe concave; il y a un bord supérieur et un inférieur; il y a deux angles très remarquables, un antérieur, un postérieur.

L'angle antérieur est formé par l'éminence mamillaire. Quand j'examine les éminences mamillaires, et cette sorte d'isolement dans lequel elles sont restées, j'ai de la peine à revenir de mon étonnement. On les a décrites, mais sans indiquer exactement leurs rapports, et sans faire connaître l'importance de leur liaison avec les parties voisines. Santorini seul les a regardées comme le lieu d'où les piliers de la voûte tiraient leur origine.

Les éminences mamillaires, composées de substance blanche en dehors et de substance grise en dedans, sont au nombre de deux, situées l'une à côté de l'autre, entre les pédoncules du cerveau, derrière la tige pituitaire et le concours des nerfs optiques, au-devant de la protubérance annulaire. Ces éminences sont arrondies et du volume d'un gros pois. Leur partie antérieure est unie à la substance de la lame grise, qui forme l'infundibulum. Leur partie postérieure est libre inférieurement; supérieurement elle est unie à la substance blanche qui remplit l'angle de rapprochement des pédoncules du cerveau. On dit que les éminences mamillaires, par leur côté interne, sont unies entre elles supérieurement, mais cela n'est point; elles sont distinctes et séparées dans toute leur étendue. Leur côté externe est uni supérieurement avec le bord interne des pédoncules du cerveau; inférieurement, il en est séparé par un sillon qui, quelquefois, est à peine sensible. Le côté inférieur de ces éminences est libre et couvert par la pie-mère. Le côté supérieur est continu avec la voûte à trois piliers. Mais, outre cela, en haut et du côté externe, les éminences mamillaires ont on leur collet ont d'importantes communications; c'est-à-dire qu'elles reçoivent ou qu'elles fournissent trois prolongemens médullaires très remarquables.

Le premier de ces prolongemens, et le plus inférieur, que je nommerai pédoncule de l'éminence mamillaire, est un petit cordon blanc médullaire cylindrique, long de quatre ou cinq lignes, et ayant moitié moins de grosseur que la commissure antérieure du cerveau. Ce prolongement médullaire se porte vers la partie interne de la base de la couche des nerfs optiques dans laquelle il se termine.

Le second prolongement naît un peu au-dessus du premier vers le collet de ces éminences, souvent par un tronc qui lui est commun avec le troisième, et quelquefois par un tronc isolé. A sa naissance, il est entouré d'un peu de substance de la lame grise. Ce prolongement médullaire porte communément le nom de rêne de la glande pinéale. En partant de l'éminence mamillaire, du côté droit, on voit cette bandelette se diriger en arrière, d'abord au-dessus et ensuite au-dessous de la voûte à trois piliers, tout le long du milieu du côté interne de la couche des nerfs optiques, et aller gagner les éminences quadrijumeaux. Là elle se recourbe, forme une anse concave en avant et convexe en arrière; par cette convexité, la rêne vient adhérer sur les éminences quadrijumeaux et se réunir à un corps piriforme qu'on nomme glande pinéale, dont la composition et les usages sont loin d'être connus. Après sa réunion à la glande pinéale, ce prolongement médullaire se recourbe, se porte à gauche, revient en avant en s'appuyant sur le milieu de la face interne de la couche des nerfs optiques, et va se terminer à la partie externe et supérieure de l'éminence mamillaire du côté gauche. J'ai observé sur plusieurs sujets que les rênes à leur origine étaient divisées en deux bandelettes : l'une était continue à l'éminence mamillaire; l'autre se recourbait un peu, se portait en haut et en dehors, et allait communiquer avec la bandelette demi-circulaire.

Le troisième prolongement a reçu différens noms, mais il est assez généralement désigné par le nom de bandelette demi-circulaire. Ce prolongement prend naissance de la partie supérieure externe de l'éminence mamillaire, souvent par un tronc qui est commun avec la rêne. Quelquefois les deux bandelettes naissent séparément, non de l'éminence mamillaire elle-même, mais seulement de son collet. La bandelette demi-circulaire est à son origine un peu recouverte par la lame grise; elle est blanche, mince et large d'une ligne et demie à deux lignes; elle se rétrécit dans le reste de sa longueur; près sa naissance, elle se porte en haut, en dehors et en arrière, entre les corps cannelés et les couches des nerfs optiques jusqu'à la fin des ventricules latéraux, et là ordinairement elle se divise en deux bandelettes. La première se réunit à l'extrémité

externe du corps frangé, et par cette union forme une sorte de bourrelet qui environne la circonférence de l'extrémité antérieure de l'ouverture latérale des grands ventricules. L'autre bandelette va se terminer à la dernière dentelure de la corne d'Ammon.

L'extrémité antérieure de ces bandelettes médullaires est entourée par la substance de la lame grise qui se prolonge sur elles, un peu au-delà de leur origine : ces parties sont très intimement unies.

La partie supérieure de l'éminence mamillaire se confond et se continue avec la colonne correspondante de la voûte à trois piliers qui va en s'élargissant et se porte en arrière jusqu'au niveau des éminences quadrijumeaux. Là elle donne quatre prolongemens : le premier porte le nom de corps frangé, le second celui de corne d'Ammon; le troisième a le nom de cuissard, et le quatrième celui d'ergot de la cavité digitale.

J'ai dit que le premier prolongement était le corps frangé qui consiste dans une bandelette mince, aplatie, placée à la partie postérieure des ventricules latéraux, entre la corne d'Ammon qui est en arrière et la couche des nerfs optiques qui est en avant. On voit cette bandelette se porter en dehors, se recourber un peu en devant, et se terminer en communiquant avec la bandelette demi-circulaire, à l'extrémité antérieure de l'ouverture latérale des grands ventricules. Cette extrémité donne aussi un petit filet médullaire aplati, qui va se terminer à la dernière dentelure de la corne d'Ammon, comme nous l'avons dit de la bandelette demi-circulaire.

Le second prolongement, connu sous le nom de corne d'Ammon, naît aussi de la base de la voûte à trois piliers; il se porte en dehors et en devant en grossissant, et il va se terminer à la fin du ventricule près de l'ouverture latérale de cette cavité. Ce prolongement est recourbé dans sa longueur et forme une concavité en avant et une convexité en arrière; son extrémité externe est grosse, arrondie; son bord interne est comme découpé en dentelé.

Si on examine attentivement l'extrémité interne ou postérieure de la corne d'Ammon, on voit qu'elle ne vient pas tout entière de l'angle postérieur de la voûte à trois piliers; il n'y a que la lame médullaire qui la recouvre qui vient de l'angle postérieur de la voûte : du moins ces deux parties sont en connexion bien marquée. Mais la partie profonde de cette éminence, qui est de substance grise, fait partie de la circonvolution interne du lobe moyen du cerveau, et forme réellement de la corne d'Ammon un corps distinct et séparé de l'angle postérieur de la voûte. Ce qui me semble encore prouver que la corne d'Ammon est un être à part, c'est qu'elle porte à son bord interne, et un peu à sa face inférieure, un cordon grisâtre qui semble découpé par des sillons verticaux. Vicq d'Azyr a nommé cette partie corps godronné. Mekel l'a désignée sous le nom de corps *denté*. Il pourrait être nommé cordon vermiforme, parce qu'il est alongé et comme divisé par anneaux. Il a à peu près quinze lignes de longueur. L'extrémité interne se perd dans l'extrémité interne de la corne d'Ammon, ou plutôt sous le pilier postérieur du trigône et sous la portion antérieure du bourrelet postérieur du corps calleux. L'extrémité externe du corps godronné se termine à la dernière dentelure de la corne d'Ammon avec laquelle il communique. Il semble que les dentelures de la corne d'Ammon et les anneaux du corps godronné forment une suite non interrompue qui ne présente de différence qu'en ce que les dentelures de la corne d'Ammon sont formées par la substance médullaire, et que le corps godronné est en grande partie formé par la substance grise.

Plus en arrière que la corne d'Ammon, on trouve la troisième éminence que l'on nomme éminence en forme d'ergot, qui n'est que la saillie interne d'une circonvolution; elle a été décrite par Morand. Elle est placée dans ce qu'on nomme cavité digitale, qui n'est qu'un prolongement du ventricule latéral. Cette éminence est en rapport avec l'angle postérieur de la voûte à trois piliers, mais elle n'en est pas la continuation: il en est de même de l'éminence nommée cuissard.

Revenons au trigône cérébral et à la cloison transparente que nous allons décrire différemment que nous l'avons fait au commencement de cet article. Une lame médullaire disposée en forme de membrane, et qui paraît plutôt lamelleuse que fibreuse, prend naissance du milieu de la face supérieure de la voûte à trois piliers, et forme ce qu'on nomme la cloison transparente. Cette cloison est composée de deux feuillets adossés l'un à l'autre et tenus rapprochés inférieurement par une membrane celluleuse très mince et par le plexus choroïde, laissant entre eux un espace qu'on dit avoir une forme triangulaire. Si l'on considère un de ces feuillets, et si on le suit dans sa marche, on voit comment il se comporte et comment il va se terminer.

En examinant le feuillet droit, par exemple, je vois qu'il s'élève de la face supérieure de la voûte à trois piliers et monte jusqu'au milieu du corps calleux. Là ce feuillet, qui est replié sur lui-même, se dédouble, se divise en deux lames; l'une se porte en dedans et va s'unir avec une pareille lame du feuillet du côté gauche; l'autre se porte en dehors, va tapisser toute la moitié droite de la face inférieure du corps calleux, descend un peu, et va se fixer à toute l'étendue du bord externe de la portion spiroïde du corps cannelé; la partie médullaire dont cette lame est composée se prolonge d'environ une ligne sur la face interne du corps cannelé, et se termine sur ce point : ainsi ce feuillet a pour limites en dehors toute l'étendue du bord externe de la portion visible du corps cannelé, laquelle s'étend depuis la partie antérieure du ventricule latéral jusqu'à la partie la plus basse de cette cavité, et ce bord se termine en arrière et en dehors un peu au-delà de la tête de la corne d'Ammon.

Le feuillet gauche se comporte de son côté absolument de même que le droit. Ces deux doubles feuillets réunis forment la cloison transparente, qui a deux faces, quatre bords et une cavité intérieure. Cette cavité, qui avait été nommée cinquième ventricule a, dit-on, une ouverture en avant et en bas, vers l'angle antérieur de la voûte, parce que là ces deux feuillets sont écartés et ne se touchent plus; mais au lieu d'une simple ouverture, c'est une fente longitudinale dont les bords sont formés par les deux colonnes de la voûte à trois piliers, et sont tenus rapprochés par une membrane celluleuse très mince et par le plexus choroïde; car ce plexus enlevé, les deux colonnes s'écartent, et l'on n'aperçoit plus ni trou ni fente; on ne voit qu'une surface légèrement concave qui n'est autre chose que l'écartement de deux lames de la cloison transparente et de deux piliers de la voûte, qui, par leur élasticité, sont revenus sur eux-mêmes : alors les deux faces et les quatre bords de la cloison transparente n'existent plus.

Nous disons que la cloison transparente est composée de deux feuillets; mais chacun de ces feuillets est double, et suit qu'il concoure à former la cloison, soit qu'il tapisse la face inférieure du corps calleux, il est comme la rétine composé de deux tuniques, une externe et une interne. La première est molle, pulpeuse, médullaire, et se trouve placée entre la substance médullaire du cerveau et la tunique interne, qui est celluleuse, mince, et appliquée sur elle-même; c'est-à-dire que la portion qui tapisse la partie inférieure du corps calleux est posée sur la portion qui tapisse la partie inférieure des ventricules, comme le péritoine qui tapisse les parois du ventre est appliqué sur la portion qui recouvre les viscères. Voici comment : lorsque le feuillet droit de la cloison transparente est arrivé au bord externe de la portion spiroïde du corps cannelé, on remarque que la tunique médullaire se fixe là, ainsi qu'il a été dit : mais la tunique celluleuse s'étend beaucoup plus loin; en effet, on la voit descendre du corps cannelé sur la portion de la couche du nerf optique, qui fait saillie dans le ventricule. En avant, cette lame descend entre cette couche et le corps cannelé; en arrière, elle va tapisser la corne d'Ammon, la partie basse des ventricules latéraux, la partie supérieure des éminences quadrijumeaux; plus bas cette tunique va tapisser l'aqueduc de Sylvius et le quatrième ventricule. Après avoir recouvert toutes ces parties, ainsi que le troisième ventricule, cette tunique celluleuse remonte à gauche, vient tapisser la couche optique gauche, s'interpose entre cette couche et le corps cannelé, remonte jusqu'à la face inférieure du corps calleux, tapisse cette face, et rencontre bientôt le feuillet opposé de la cloison transparente. Elle descend avec lui jusqu'à la face supérieure de la voûte, se réfléchit sur sa face inférieure, et va se rendre au point d'où elle est partie.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LA LITHOTRITIE URÉTRALE; par M. le docteur POLH, de Moscou.

Une des circonstances désagréables qui accompagnent assez souvent la lithotripsie, c'est le séjour des fragmens dans l'urètre. Cette complication n'est pas importante, à la vérité, si le calcul s'arrête dans la partie spongieuse de l'urètre; mais, dès qu'il s'engage derrière le ligament triangulaire, la difficulté de l'en retirer paraît quelquefois tellement insurmontable qu'on serait tenté de faire l'urétrotomie pour en faire l'extraction. Aussi M. Heurteloup disait-il que, dans le premier cas, les fragmens appartiennent au chirurgien, dans le second ils appartiennent au malade. Selon lui, il faut repousser dans la vessie les fragmens qui restent immobiles derrière le ligament et les extraire de cet organe au moyen du percuteur. On ne peut disconvenir que ce moyen réussit souvent; mais il m'est arrivé un cas où ni celui-ci ni aucun autre proposé à cet effet ne répondait à mon attente. Un des malades traités par moi par la méthode de M. Heurteloup n'avait plus de pierre dans la vessie; mais, plusieurs fragmens s'étant engagés dans la partie membraneuse de l'urètre, y restèrent plusieurs mois de

suite et y avaient considérablement grandi ne pouvant être retirés par les moyens connus. En méditant sur un nouveau procédé applicable dans ce cas, je me suis arrêté à l'idée qu'un lithotripteur à cuillère assez fin pour franchir entre le fragment et la paroi de l'urètre pourrait répondre à ce but, d'autant plus que sa courbure répond à celle de l'urètre au-delà du ligament triangulaire. Je fis construire cet instrument gros de deux lignes, dont les branches se terminaient en deux cuillères tout-à-fait égales, tandis que dans les percuteurs usités la branche femelle se termine en olive. J'introduisis mon instrument sans difficulté jusqu'au fragment, ayant soin de le faire glisser entre lui et la muqueuse de l'urètre. J'ouvris l'instrument autant que ce canal le permit, c'est-à-dire jusqu'à six lignes. Le calcul, pressé de deux cotés par la membrane distendue par les deux branches de l'instrument, se trouva bientôt engagé entre elles. Je fermai l'instrument, et, ne pouvant enlever tout le fragment, je finis par l'écraser et par en retirer quelques parties. Je répétai les mêmes manœuvres plusieurs fois; mais à la fin elles restèrent sans succès. Je sentis bien la pierre, mais elle se trouva en grande partie au-dessous de l'instrument, ce qui expliqua suffisamment l'impossibilité de la saisir. Je fis remarquer cette circonstance à mon aide, M. Popoff. Il pensa qu'on pourrait bien remédier à cet inconvénient en introduisant un doigt dans l'intestin rectum. Je m'empressai de suivre ce conseil, et dès lors ces tentatives pour saisir les fragmens ne souffrirent presque plus aucune difficulté. Le doigt d'un côté et l'instrument, singulièrement maniable, de l'autre, donnent non seulement une grande facilité d'apprécier le volume et la position des fragmens, mais ils mettent encore l'opérateur à même de placer l'instrument dans la position la plus avantageuse pour faire entrer les fragmens entre ses deux branches. C'est de cette manière que les fragmens ont été facilement saisis et extraits, après avoir été brisés par la pression de la main ou cassés par le marteau. Une seule séance aurait suffi pour parvenir à ce résultat; mais le malade, ayant l'urètre très sensible, par suite d'essais qu'on avait faits antérieurement, devait être ménagé, et nous avons achevé notre besogne en trois courtes séances, qui ont eu lieu dans l'espace de cinq jours.

L'application et l'usage de cet instrument dans le but mentionné est assez facile. La distension de l'urètre par l'écartement de deux branches, pourvu qu'elle ne soit pas faite brusquement et outre mesure, n'a point d'inconvéniens; mais il faut prendre garde de ne pas saisir la muqueuse, particulièrement en fermant l'instrument, sans avoir saisi de fragmens, et j'ai trouvé moyen de prévenir cet accident en ayant soin de laisser l'instrument toujours un peu entr'ouvert.

NOTE SUR LES SONDES ET BOUGIES EN IVOIRE ; communiquée par le docteur GUTERBOCK, de Berlin.

Dans aucun temps peut-être les inventions utiles n'ont été plus générales que dans le nôtre : c'est surtout à Paris qu'elles sont le plus favorablement accueillies, le plus mûrement examinées et le plus promptement mises en usage.

Les sondes et les bougies en ivoire avaient à peine été inventées que déjà plusieurs médecins de Paris les ont soumises à leur examen et ont cru utile d'en essayer l'application. Pourtant le résultat qu'ils s'en promettaient n'a pas répondu à leur attente. C'est pourquoi j'ai cru devoir émettre ici quelques observations concernant ces instrumens qu'une série d'expériences m'a permis de recueillir.

Quelques personnes m'ont cru l'inventeur de ces bougies et sondes; d'autres ont fait cet honneur à M. d'Arcet. Il n'en est rien; et si je dois à la probité de décliner ce titre, c'est bien moins encore à M. d'Arcet à se l'attribuer.

Voici comment j'appris à connaître les instrumens en question.

L'été passé, me trouvant à Vienne, je vis pour la première fois dans le service de M. Jaeger, oculiste célèbre, que pour guérir la fistule lacrymale, on se servait de petites bougies en ivoire. Poussé par la curiosité de connaître à fond cette nouvelle invention, qui me paraissait surtout applicable au traitement des maladies de l'urètre, je me rendis chez l'ouvrier, que M. Jaeger m'avait indiqué comme en étant l'inventeur. Sur mon interrogation, de quelle manière il était parvenu à travailler cette matière, il me répondit que c'était là un secret qui lui avait coûté six années de recherches. J'ai été donc réduit à m'en tenir à des conjectures.

Arrivé à Paris quelques mois après, je me rendis chez M. Charrière, si avantageusement connu de tous ceux qui s'occupent de science chirurgicale, et lui proposai de me faire des bougies en ivoire, lui montrant un échantillon et lui communiquant mes idées sur leur fabrication, que je jugeais assez simple.

D'après mes indications, M. Charrière, de concert avec M. d'Arcet, parvint à trouver le moyen de rendre l'ivoire propre à la confection des instrumens en question.

M. Charrière m'en fit ensuite des bougies et des sondes, qu'il présenta à l'Académie royale de médecine comme une invention remarquable et d'une haute importance.

La fabrication des bougies et des sondes en ivoire, de même que celle des canules, pessaires, bouts de sein, etc., s'obtient en peu de jours et sans grand travail. Sorties des mains du tourneur, on les plonge dans un acide, afin de dissoudre les sels calcaires que contient l'ivoire; puis on les lave avec de l'eau pour les nettoyer de l'acide. Il est important que l'ivoire soit travaillé dans le sens des fibres longitudinales; autrement on verrait l'instrument se casser à la moindre courbure qu'on lui imprimerait.

Comme l'ivoire, après avoir été bouilli dans de l'eau pendant plusieurs heures, se réduit à une espèce de colle, quelques personnes ont cru devoir donner à ces instrumens le nom de *gélatineux*.

A l'état sec, les bougies, de même que les autres instrumens en ivoire, sont de couleur jaune, quelque peu transparentes, ordinairement aplaties, quelquefois même ridées. Très flexibles, elles prennent et gardent en cet état toutes les courbures qu'on leur imprime, sans jamais se casser. Mises dans l'eau ou dans tout autre liquide, elles se gonflent, reprennent la forme ronde, qu'elles ont eue avant d'avoir été plongées dans de l'acide. Tout en devenant très lisses et très flexibles, elles perdent dans cet état la propriété de garder la courbure qu'on leur donne, elles perdent leur transparence et prennent une couleur blanchâtre. Dans de l'eau, leur volume augmente d'un quart à un tiers de diamètre. Au commencement du gonflement, et principalement à l'état de demi-gonflement, la matière devient molle à pouvoir être pétrie presque comme de la cire; mais le gonflement arrivé à son dernier point, elle devient plus dure, sans perdre toutefois ni sa flexibilité ni son poli.

Avant d'employer les sondes et les bougies en ivoire, je me suis demandé quels en pourraient être les avantages. Pour résoudre cette question, j'ai dû comparer ces instrumens à ceux en gomme élastique auxquels ils sont très analogues. Ils s'en distinguent principalement en trois points :

1° Les bougies, etc., en ivoire se gonflent dans un liquide quelconque, propriété que n'ont pas les instrumens en caoutchouc.

2° Gonflées, elles sont plus flexibles que ces dernières.

3° Elles se composent d'un tissu organique qui est plus en harmonie avec les parties qu'il touche que le caoutchouc.

La première propriété des bougies en ivoire : de se gonfler dans un liquide, est, de l'avis de la plupart des médecins dont je partage l'opinion, considérée comme un désavantage. « Car, disent-ils, le rétrécissement de l'urètre, contre lequel on a voulu tirer parti de ce gonflement, en empêche l'égale extension, ce gonflement se développant davantage derrière le rétrécissement qu'à la place même de ce rétrécissement, ce qui, même dans le cas le plus favorable, occasionnera de fortes douleurs quand on voudra retirer la bougie. » D'ailleurs, la nature même met obstacle à ce qu'on tire parti de ce gonflement, qui s'opère dans l'intérieur du canal, puisque ces instrumens, dans leur état sec, s'aplatissent, deviennent durs et ridés; c'est-à-dire impropres à être introduits dans l'urètre. C'est pourquoi je me suis déterminé à ne jamais introduire cet instrument que dans un état humide. Toutefois, si l'on voulait tirer parti de ce gonflement, il faudrait avoir soin de n'employer que des bougies à demi-gonflées, ce qui les rendrait déjà lisses et rondes. Mais comme, dans cet état, elles sont plus molles, que dans celui du gonflement parfait, elles ne peuvent manquer de produire les résultats fâcheux que j'ai déjà indiqués plus haut. C'est pourquoi je me suis abstenu d'en faire usage en cet état.

Les deux autres propriétés me semblaient promettre un avantage réel. Le poli et la flexibilité de ce tissu organique, me suis-je dit, doivent empêcher toute irritation dans le canal de l'urètre, mal que l'introduction des sondes et bougies en gomme élastique entraîne presque toujours à sa suite. Le résultat répondit à mon attente.

Sur ma demande, M. Pasquier a bien voulu faire en ma présence l'application des sondes et bougies en ivoire chez quelques malades de son service à l'hôtel des Invalides. Pour essayer les sondes, on choisit deux malades qui portaient à demeure des sondes en gomme élastique (l'un pour un gonflement du col de la vessie; l'autre pour une fistule urinaire), ce qui, au premier, causait une douleur continuelle assez forte; l'autre en paraissait moins souffrir.

Les sondes en ivoire, gonflées d'avance, furent introduites sans peine et sans douleur, et restèrent quinze jours sans être changées. Celui des deux qui avait le plus souffert de la sonde en caoutchouc, bien qu'on eût soin de la choisir aussi lisse que possible, ne sentit plus aucune dou-

lenr après l'introdnction de la sonde en ivoire. Il en était tellement soulagé, qn'il pria M. Pasqnier de ne jamais lui en faire porter d'antre. Le second, bien moins sensible à la doulenr que le premier, m'avoua pourtant un petit sonlagement. Depuis, ces expériences ont prouvé que la matière qui a servi à confectionner ces sondes n'est pas même altérée par l'action de l'urine dans la vessie. Les sondes même restent aussi rondes, aussi flexibles et aussi lisses qn'avant l'introduction, chose importante, qui senle leur assnrera la supériorité sur les autres, puisqne les sondes en gomme élastique se rident bientôt par l'usage, et deviennent rndes au toucher.

Malbenreusement la fabrication des sondes en ivoire a été jusqu'ici si difficile et si imparfaite, qn'il en est résulté qnelqnes inconvéniens que je dois signaler. De presqne tontes ces sondes, qnels qne soient d'ailleurs les soins qne M. Charrière ait prodigués à leur confection, les parois se sont tronvées d'nne épaissenr inégale, particulièrement vers le bont vésical, de sorte que l'œil est susceptible de se fendre qnand on leur imprime une forte conrbure. Tontefois, quand même la sonde se fendrait dans la vessie, ce dont j'ai été une fois témoin, il n'en résulterait aucnne conséquence fnneste ponr le malade, puisque l'instrument, même à l'aide d'un grand effort, ne saurait être cassé en deux. Le second inconvénient serait celni de leur cherté, conséqnence nécessaire de la difficulté de leur fabrication. Espérons cependant qne le talent de M. Charrière parviendra à obvier à ces inconvéniens en perfectionnant et en simplifiant nne si importante invention.

Quant anx bougies, qni ne sont pas exposées à ces inconvéniens, il est très probable qu'on en fera bientôt un usage général. Les expériences qne j'en ai faites chez quelqnes malades affectés d'un rétrécissement de l'urètre en ont démontré l'incontestable supériorité. Un de ces malades, très sensible à la donleur, qne les bongies en gomme élastique faisaient beaucoup souffrir, se trouva tellement soulagé par la bougie en ivoire, qne non content de se l'appliqner pendant le jour, il me demanda s'il ne ponvait la conserver durant la nnit. Toutefois, bien qne la grande flexibilité de ces bougies contribne puissamment au soulagement des malades, elle a l'inconvénient d'en rendre l'introdnction plus difficile, là où des obstacles s'opposeraient à son passage. Je suis parvenu à remédier en partie à cet inconvénient, en conservant dans son état sec et dur le bont de la bongie qui ressort de la verge.

De tontes ces expériences, je crois ponvoir conclure, que les sondes et bongies en ivoire ne penvent jusqu'à présent remplacer les mêmes instrumeus en gomme élastique; mais que dans certains cas où il y aurait une grande sensibilité de l'urètre, ce qui n'est pas rare, elles sont préférables à celles en caontchonc (1).

RHUMATISME TERMINÉ PAR L'OSSIFICATION DES MUSCLES; observation snivie de réflexions, communiquées par MM. les docteurs TESTELIN et Charles DANBRESSI, médecins à Lille.

OBS. — Wilmart (Jean-Baptiste), célibataire, ancieu brossier, ué de parens morts âgés, et dont l'nn (la mère) était sujet à des douleurs rbumatismales, s'est toujours bien porté jusqu'à l'âge de dix-buit ans; il a toujours habité une des rnes les plus malsaines de la ville, et toujours travaillé dans nne cave bumide. Il mangeait la nonrriture ordinaire aux ouvriers, et n'a jamais paru avoir d'habitudes d'intempérance.

A l'âge de dix-huit ans il fit une chute dans laquelle la cuisse droite porta; à la suite de cet accident il éprouva des douleurs, et une claudication qui le déterminèrent au bout de deux mois à consulter un chirurgien. Celui-ci diagnostiqua une luxation, et vu le temps qui s'était écoulé, la crut incurable, et ne prescrivit aucun traitement. Les doulenrs se dissipèrent, mais la claudication persista.

Il continua de se livrer aux travanx de son état pendant buit ans; à cette époque il fut pris de donleurs dans tous les membres, accompagnées d'un mouvement fébrile intense. Les mouvemens commencèrent dès lors à s'embarrasser, surtont cenx des articulations scapulo-bumérales. Néanmoins il continua de travailler et de marcber peudant sept ans; alors les mouvemens s'embarrassèrent de plus en plus; il lui devint presque impossible de se livrer à la marche, et les avant-bras senls continuèrent à se mouvoir librement. Enfin les bras et les cuisses devinrent complètement immobiles, ainsi que la mâchoire inférieure dont les mouvemens u'avaient commencé à être gênés que longtemps après ceux des membres thoraciques et abdominaux.

C'est dans cet état qu'il entra le 3 février 1834 à l'bôpital Saint-Sanveur, où il resta denx ans et demi, sans subir de traitement, si ce u'est cependant à son entrée qu'on lui pratiqua une saignée pour obvier à un monvement fébrile intense qu'il conserva peudant longtemps. Il fut transporté le 15 avril 1836 à l'hospice général, dans une salle d'incurables. Ce ne fut qu'à la fin de décembre 1837 qu'il attira notre attentiou. Voici dans quel état il se tronvait :

Les deux mâcboires étaient fortement rapprocbées l'une de l'autre et ne pouvaient s'écarter; les mouvemens des lèvres étaient libres; on lui introduisait sa nonrriture, qui se composait de sonpes, d'œufs, de mie de pain, et d'antres alimens de peu de cohésion, par une brècbe résultant de la perte de deux dents. La déglutition n'était pas gênée et la voix peu altérée. Les mouvemeus de flexion et d'extension du cou étaient impossibles; il pouvait seulement porter la tête un peu à droite; du reste celle-ci u'était déviée d'aucun côté. Les deux muscles sterno-cléido-mastoïdiens étaient tendus et saillans sous la peau. Les deux articulations scapulo-humérales complètement immobiles, les muscles pectoranx de chaque côté étaient également tendus et saillans, et de plus ils offraient, dans la plus grande partie de leur étendue, une dureté telle qu'on diagnostiqua aussitôt leur transformation en tissu osseux; diagnostic que la percussion confirma encore. Il était facile de voir qu'nne portion seule de ces muscles était altérée, en même temps qu'on pouvait voir que cette sensation de dureté des muscles n'était point produite par la contraction de leurs fibres, car les portions ossifiées apparaissaient sous la forme de côtes saillantes séparées par des intervalles où le tissu muscnlaire conservait sa consistance ordinaire. Le bord interne du deltoïde gauche, ainsi que le biceps droit, étaient dans le même état. L'avant-bras droit pouvait être rapproché du tronc, mais l'extension ne pouvait avoir lieu qu'à demi. L'avant-bras gauche exécutait les mêmes monvemens, mais moins étendus; cependant on ne sentait aucune dureté dans les muscles de ce bras. Les mouvemens du tronc étaient complètement nuls, ainsi que ceux des articulations coxo-fémorales; on sentait également autour de ces articulations des duretés analogues à celles des muscles pectoraux. Les articulations fémoro-tibiales exécutaient encore quelques mouvemens.

Du reste, le malade ne se plaignait de rien, et toutes ses fonctions paraissaient s'exécuter régulièrement, si ce n'est cependant la nutrition, car il était dans un grand état de maigreur. La peau avait conservé toute sa sensibilité dans les régions ossifiées.

Il mourut âgé de 39 ans, le 23 septembre 1838, après avoir présenté des symptômes de congestion pulmonaire et d'entérite.

NECROSCOPIE. — POITRINE. Les poumons étaient farcis de tubercules et leur tissu gorgé de sang. Le cœur ne présentait rien de particulier, non plus qu'aucun des gros vaisseaux qui y aboutissent.

ABDOMEN. Le tube digestif offrait des traces d'une entérite chronique; au reste, aucun des autres viscères de cette cavité non plus que les vaisseaux soit artériels soit veineux ne présentaient rien à noter.

EXAMEN DU SYSTÈME MUSCULAIRE. Les muscles que pendant la vie on avait cru ossifiés le sont réellement, ainsi qu'un grand nombre d'autres que nous allons énumérer et décrire.

1° Une portion du temporal droit, longue d'environ un pouce et large de deux lignes, soudée d'une part avec l'apophyse coronoïde de l'os maxillaire inférieur; de l'autre avec la face externe de la grande aile du sphénoïde, une portion du ptérigoïdien gauche qui unit l'apophyse ptérigoïde à l'angle de la mâchoire; elles rendent fort bien compte de l'immobilité de la mâchoire.

2° Une portion du grand complexus du côté gauche, longue de deux pouces. Le sterno-cléido-mastoïdien du même côté est transformé en tissu fibreux.

3° Le tiers interne du deltoïde gauche se continue en baut et sans ligne de démarcation avec la clavicule, et en bas avec l'humérus.

4° Une portion notable du grand pectoral, et presque tout le petit du côté gauche.

5° La plus grande partie du grand pectoral droit. Les portions ossifiées ont la forme de trois larges bandes séparées par des intervalles, où le tissu musculaire est à l'état normal; elles se portent en debors et viennent se réunir avec le coraco-brachial et la courte portion du biceps qui ont subi la même transformation dans toute leur étendue, si ce n'est le biceps dont la longue portion, et le tendon d'insertion au radius sont à l'état normal.

6° La longue portion du triceps droit a son attache supérieure dans l'étendue de deux pouces; cette portion est plus volumineuse qu'elle ne l'est ordinairement et a deux insertions séparées, l'une comme de coutume au-dessous de la cavité glénoïde, l'autre au bord axillaire de l'omoplate dans l'étendue de six lignes environ.

L'extrémité inférieure du même muscle dans toute sa largeur et dans l'étendue de trois pouces; son attache à l'olécrâne est restée saine.

(1) NOTE DU RÉDACTEUR. Lorsque M. Charrière a présenté à l'Académie des instrumens de chirurgie en ivoire flexible, il a été facile de comprendre, *à priori*, et d'après leur odeur, que cette flexibilité était le résultat de la macération de la substance éburnée dans de l'acide hydrochlorique, nitrique, ou autre, délayé. Tout le monde sait que c'est par un procédé analogue qu'on rend les os flexibles en les privant de leur partie calcaire : l'ivoire n'est lui-même qu'une sorte de dent sursaturée de sels calcaires, etc.

On a, depuis quelques années, senti les inconvéniens des sondes et bougies ordinaires en tissu vernis, qu'on nomme mal à propos en caoutchouc. On en a inventé en véritable résine élastique; mais ces sondes ont offert d'autres inconvéniens encore. Les bougies principalement, tant de l'une que de l'autre composition, ont présenté de tels inconvéniens que plusieurs praticiens ont été obligés d'y renoncer et préfèrent aujourd'hui celles en cire. Les bougies effectivement et les sondes solides en cire paraissent réunir beaucoup d'avantages sur celles en caoutchouc, ou en tissu verni, pour le seul traitement des rétrécissemens, bien entendu. Dans la pratique moderne, le principe de la dilatation momentanée est mieux exécuté avec ces sortes de sondes en cire qu'avec les précédentes. Elles joignent à une flexibilité modérée une certaine homogénéité remarquable avec nos tissus; aussi sont-elles mieux tolérées par les malades.

Là en était la pratique lorsque M. Charrière a exécuté des instrumens en ivoire, d'après l'idée de M. Gutterbock et les lumières qui lui ont été communiquées par M. d'Arcet.

C'est certainement une invention heureuse, dont les chirurgiens doivent savoir gré aux inventeurs.

Il est même probable que cette idée de l'ivoire élastique sera applicable à d'autres instrumens de chirurgie. M. Gutterbock nous paraît avoir traité le sujet des sondes et bougies en question avec impartialité et exactitude; nous pensons, comme lui, que, jusqu'à nouvel ordre, ces instrumens en ivoire ne sauraient être adoptés que comme moyen exceptionnel.

7° L'extrémité inférieure du biceps gauche et du triceps du même côté.

8° Des portions assez étendues des grands dorsaux à droite; elles représentent assez bien des côtes dirigées en sens inverse des côtes naturelles.

9° Les muscles des gouttières vertébrales dans presque toute leur longueur, plus cependant à droite qu'à gauche; la portion sacrée de ces muscles est à l'état ordinaire.

10° Le moyen fessier droit; il est représenté par de longues et larges aiguilles stalactiformes.

11° Les adducteurs droits jusque vers le milieu de la cuisse sont transformés en une masse irrégulière unissant le fémur au pubis et représentant une clavicule abdominale si l'on ose s'exprimer ainsi.

12° La portion du crural antérieur qui s'insère à l'épine iliaque antérieure et inférieure droite.

13° Toute la partie inférieure et interne du triceps crural droit.

14° Le petit et moyen fessier gauche et le bord postérieur du grand.

15° La plus grande partie du tenseur de l'aponévrose du côté gauche.

16° Une masse osseuse qui s'unit au précédent et qu'on ne sait trop à quels muscles rapporter.

17° La portion inférieure et interne du triceps du même côté.

L'aspect de ce tissu osseux de nouvelle formation n'était pas le même partout. La portion du deltoïde soudée à la clavicule, par exemple, ne différait en rien, pour l'aspect, de cet os. Même couleur, même dureté, même direction des fibres, périoste se continuant avec celui de la clavicule, tout était semblable. On y voyait un trou nourricier par lequel s'introduisait un vaisseau d'un volume notable.

C'est dans cet état que se trouvait la plus grande partie de ce tissu anormal; et celui des membres supérieurs était entièrement ainsi; mais dans les membres inférieurs certaines portions, celles surtout qui s'étaient développées dans l'épaisseur des muscles dont la plus grande partie était restée intacte, paraissaient d'une texture moins dense et moins serrée : leur couleur était plus claire, et en enfonçant la pointe d'un scalpel on sentait qu'après avoir traversé une première couche dense on pénétrait plus profondément avec une grande facilité. Aucun muscle n'était entièrement ossifié; tous conservaient encore un certain nombre de fibres charnues; et surtout chez aucun les tendons n'avaient subi la moindre transformation; cela était surtout fort remarquable sur le biceps du côté droit dont le tendon terminal seul, et quelques fibres charnues en has et le tendon de la longue portion en haut étaient sains,

Les fibres charnues s'inséraient sur les portions ossifiées de la même manière qu'elles le font sur les autres os, par de petites fibres aponévrotiques qui venaient s'unir et se confondre avec le périoste; car, comme nous l'avons déjà dit, il y en avait presque partout un qui semblait naître de celui des os avec qui les ossifications nouvelles se trouvaient en contact. De chaque côté la tête de l'humérus gonflée et présentant une sorte de ramollissement était intérieurement soudée avec la cavité glénoïde; il en était de même de la tête du fémur; du reste pas la moindre trace de luxation ancienne.

M. Poggiale, docteur-médecin, professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Lille, a analysé une portion de ce tissu osseux trouvée dans l'épaisseur du biceps crural. Voici le résultat de son travail :

« Cette portion était blanche, moins dure et moins dense qu'un os ordinaire, plus légère que l'eau. Examinée à la loupe, on voyait qu'elle était composée d'une lame externe fine, que le couteau attaquait aisément; elle était percée de plusieurs trous qui donnaient passage aux vaisseaux nourriciers. Dans l'espèce de canal qu'elle formait on trouvait un tissu spongieux composé de cellules hexagonales.

» Un poids donné de cette substance, calcinée dans un creuset après avoir été entièrement dépouillée de graisse et séchée au bain-marie jusqu'à ce que son poids ne diminuât plus, a donné les résultats suivans :

» Sur 100 parties 42 étaient de la matière inorganique et 58 de la matière organisée ou décomposable au feu. Une autre portion de la même substance placée dans l'acide nitrique, étendu, s'est dépouillée de ses sels calcaires, et a laissé un résidu présentant la forme et le volume de la portion mise en macération et composée de :

Cartilage soluble dans l'eau. .	54—30
Vaisseaux.	3—70.

L'analyse de la matière inorganique a donné les résultats suivans :

Sur 42 parties.	Phosphate de chaux.	32—09.
	Phosphate de magnésie.	3—25.
	Carbonate de chaux.	8—66.

» Il a été impossible de retrouver la soude et le sel marin dont parle M. Berzelius et les traces d'alumine de silice, d'oxide de fer et d'oxide de manganèse que Fourcroy, Vauquelin ont obtenues. Quelques personnes ayant émis l'opinion, que probablement il y avait eu chez cet individu transport d'une partie des matières calcaires des os dans les muscles, j'ai analysé une portion de la boîte osseuse du crâne, et mon analyse s'est trouvée en parfait accord avec celle de M. Berzelius. Je terminerai, en mettant en regard l'analyse des os d'hommes, par M. Berzelius, et celle dont je viens d'énumérer les résultats. »

	Berzelius.	Ossification des muscles.
Cartilage	32—17	53—30
Vaisseaux	1—13	4—70
Phosphate de chaux. . . .	59—04	32—09
Carbonate de chaux . . .	11—30	8—66
Phosphate de magnésie.	1—16	1—25
Soude et sel marin. . . .	1—20	0—00

Après les détails dans lesquels nous sommes entrés et l'analyse de M. Poggiale, il est impossible de mettre en doute la nature osseuse de ce tissu. Ne trouvons-nous pas, en effet, en lui, les caractères essentiels des os, la dureté et l'organisation, un parenchyme organique, contenant dans ses mailles une substance inorganique, et jusqu'au même mode de nutrition à l'aide d'une membrane qui les entoure de toutes parts et envoie des vaisseaux à toute leur superficie.

Qu'importe après cela que l'analyse n'ait pas montré ces deux substances exactement dans les mêmes proportions que dans les os d'adulte; qu'importent que quelques traces de substances qu'on trouve dans ces derniers, et sur lesquelles, d'ailleurs, les chimistes ne sont pas bien d'accord, aient manqué dans les premiers. D'ailleurs l'analyse de M. Poggiale a précisément porté sur une des ossifications trouvées dans l'épaisseur des fibres charnues, et dont le développement paraissait moins parfait; il est permis de croire qu'il serait arrivé à un résultat tout autre s'il avait agi sur une de celles dont les propriétés physiques ne différaient en rien de celles des os ordinaires.

Le cas qui nous occupe peut être, nous le croyons, considéré comme unique dans les annales de la science; non pas qu'on n'y trouve des exemples d'ossification des muscles : ainsi beaucoup d'auteurs admettent que les fibres musculaires les plus voisines d'une fracture s'ossifient lors de la formation du cal.

Il existe encore assez bien d'ossifications partielles du cœur, on en trouve dans Colombus (De re anat., lib. xv), dans Bonet (Sepulchretum, lib. ii, sect., obs. 32), dans Veslingius (Obs. anat. et espist. medi, xv), dans Boerhaave (Prœlect., lib. v, p. 478). Dans les mémoires de l'Académie des sciences de 1716, c'est le cas d'un jésuite, dans le cœur duquel on trouva une ossification longue de quatre pouces et demi et large d'un pouce. Dans Morgagni (Epist., iii, art. 22); enfin Renauldin, dans un journal de médecine de janvier 1806, va jusqu'à dire qu'il a trouvé le ventricule gauche entièrement ossifié, ce qui nous paraît violent. Mais le cœur est un organe revêtu à l'extérieur et à l'intérieur d'un tissu séro-fibreux, et aucune des observations que nous venons de citer ne contient rien qui porte à croire que ce n'était pas dans ce tissu que s'était développée l'ossification anormale; il y a plus, rien ne prouve que l'on n'a pas eu à faire à des concrétions semblables à celles de la vessie que Meckel dit avoir rencontrées dans les muscles des vieillards. Du reste, nous ne nions pas la possibilité des ossifications partielles du cœur; les modernes dont les connaissances en anatomie pathologique l'emportent de beaucoup sur celles des anciens, en rapportent quelques exemples; ainsi Corvisart, Bertin, Burns, M. Andral (Clinique médicale), et M. Littré (Dictionnaire de médecine).

On trouve dans Lieutaud (Hist. anat. med., obs. 789, t. ii, p. 99) une observation d'ossification du diaphragme : « *Diaphragma*, dit-il, *inter pulmonem dextrum, illi continuum, et hepar totam tangebatur cartilaginem vel osseum adèo ut flexum frangeretur cum sonitu.* Haller (Dissert. chirurg., ccvii) dit avoir vu un muscle intercostal et un diaphragme osseux dans la plus grande partie de leur étendue.

Collato, auteur des trois jumeaux vénitiens, offrit, après sa mort, un cas semblable.

Séveillé a trouvé la moitié droite du diaphragme ossifiée chez un vieillard.

Ici mêmes objections que pour les observations d'ossifications du cœur, c'est-à-dire absence de détails propres à faire connaître si ce sont de véritables ossifications, et surtout si elles occupaient la portion musculaire ou séro-fibreuse de ces organes.

Enfin, M. Cruveilhier, qui, dans son Précis d'anatomie pathologique, a tracé de si bonnes règles pour distinguer les ossifications véritables des simples concrétions calcaires, cite le cas observé par lui dans la clinique de Dupuytren, d'un homme atteint d'éléphantiasis et dont les muscles de la jambe étaient le siége d'une dégénération graisseuse, au milieu de laquelle on trouvait de longues aiguilles présentant tous les caractères du tissu osseux.

M. Bricheteau dit avoir trouvé en février 1816 le muscle iliaque d'une vieille femme transformée moitié en tissu osseux, moitié en tissu adipocireux.

On voit donc que les observations positives de transformation du tissu musculaire en tissu osseux, autres que celles dépendantes de la formation du cal, se bornent à deux, qui, sous le rapport de l'étendue de la lésion, ne peuvent être mises en parallèle avec la nôtre. Nous ne voulons pas, à propos de cette observation, soulever la question des causes de la dégénérescence ossiforme en général. Évidemment elles sont les mêmes que celles de toutes les dégénérescences de tissu; et, bien que cette question ait déjà soulevé de nombreuses et savantes discussions, on peut en dire, comme de bien d'autres, du reste : *Grammatici certant et adhuc sub judice lis est* (Horace). Nous n'aurons donc pas la prétention de vou-

loir la décider; seulement nous nous bornerons à noter que notre malade, après avoir été exposé aux causes les plus puissantes du rhumatisme, qui, sans contredit, est une inflammation, spécifique ou non, soit du tissu séro-fibreux des articulations, soit du tissu musculaire, a présenté tous les symptômes propres à cette affection; que, sous l'influence continuée des mêmes causes, la maladie s'est renouvelée plusieurs fois; qu'enfin elle est passée à l'état chronique, et ne s'est arrêtée que lorsque le tissu, qui en était le siége, a perdu ses propriétés.

Maintenant, par quelle transformation successive le tissu musculaire a-t-il passé pour arriver à l'état osseux? Bichat croyait que les ossifications accidentelles se formaient suivant les lois ordinaires de l'ostéogénie, c'est-à-dire que la partie altérée se transformait d'abord en un cartilage qui, comme celui qui succède à l'état muqueux dans le fœtus, s'encroûtait peu à peu de phosphate calcaire. Rien dans ce que nous avons vu ne nous autorise à croire qu'il en ait été ainsi dans le cas qui nous occupe. Nulle part, en effet, nous n'avons rencontré de portions de muscle offrant l'aspect cartilagineux. Peut-être, si la cause que nous avons assignée à cette affection, le rhumatisme musculaire, était reconnue véritable, pourrait-elle nous servir à trouver la série des métamorphoses subies par le tissu musculaire. Un des effets fréquens de cette maladie, en effet, est la dégénérescence fibreuse; or, on sait que le tissu fibreux se charge facilement de phosphate calcaire. Les cas de ce genre fourmillent dans les recueils scientifiques. Du reste, notre supposition dans le cas présent ne trouve d'appui que dans la transformation fibreuse du sterno cléido-mastoïdien gauche. Aussi, nous ne lui accorderous pas plus d'importance qu'elle n'en mérite.

Le malade n'est entré à l'hôpital que lorsque la transformation osseuse avait déjà commencé. Y avait-il dans l'état actuel de la science quelques moyens thérapeutiques propres à obtenir la guérison d'une semblable affection? Évidemment non; tout ce qu'on aurait pu faire si le malade s'était présenté plus tôt eût été de s'opposer à son développement par les moyens usités d'ordinaire contre le rhumatisme musculaire. Mais s'en suit-il qu'il en doive toujours être ainsi? Non; car si, sous l'influence de modificateurs que nous ne pouvions pas encore suffisamment apprécier, un muscle a pu évidemment se changer en os, il n'est pas déraisonnable de supposer que, sous l'influence d'autres modificateurs, encore inconnus, il est vrai, ce tissu puisse reprendre sa forme et ses propriétés premières.

LETTRE SUR LA TERMINAISON DU RHUMATISME ARTICULAIRE PAR SUPPURATION; par M. le docteur MALAPERT, secrétaire du conseil de santé des armées.

Monsieur le rédacteur,

Je lis seulement aujourd'hui, dans le numéro du 29 décembre de la GAZETTE MÉDICALE, quelques-uns des faits sur lesquels se fonde M. le professeur Bouillaud pour prétendre que le rhumatisme articulaire aigu peut se terminer par suppuration, ainsi que les observations critiques qui tendent à faire admettre l'opinion contraire.

Dans le courant de 1830, ayant eu à traiter une arthritis dont la terminaison s'effectua par une collection purulente, je joins ici, non pas l'observation de cette maladie, mais la note concise prise, par moi, au lit de la malade, et dans laquelle je n'intercalerai pas un mot, voulant exposer les faits seuls aux lecteurs impartiaux; toutefois, je la ferai suivre de quelques réflexions.

OBS. — Marie, cantinière au 16e de chasseurs, avait fait la route à pied avec le régiment, pour venir de Carcassonne au Mans, du 20 novembre au 20 décembre 1830. Arrivée au Mans, cette fille, malgré la rigueur de la saison, allait laver du linge à l'eau froide. Elle me fit appeler au commencement d'avril, se plaignant de douleur au genou gauche. Je reconnus un rhumatisme articulaire. Deux jours après, la douleur envahit l'articulation tibio-tarsienne droite, qui était alors le siége d'une vive inflammation, avec beaucoup de gonflement. J'y appliquai vingt sangsues, ensuite cataplasmes, ainsi qu'au genou gauche. Des douleurs vagues se faisaient ressentir aux poignets et aux coudes; mais celles qui se manifestaient à l'articulation du pied avec la jambe droite étaient si vives qu'elles faisaient oublier les autres. J'y fis les jours suivans encore deux applications de douze sangsues chacune; en faisant continuer les bains de jambes très peu chauds, que j'avais prescrit dès le début. La diète était observée. La malade avait de la fièvre. Malgré l'emploi des anti-phlogistiques, je distinguai à l'articulation tibio-tarsienne droite une fluctuation profonde, après douze jours de traitement. Je prévins la malade qu'il faudrait donner issue au fluide amassé. Elle s'y décida seulement trois jours plus tard, après des douleurs inouies. Je fis une simple ponction : il s'échappa un liquide jaunâtre, de l'apparence de la synovie. Je fis continuer les cataplasmes. Ce liquide coula encore huit jours. Je pansai avec un linge fenêtré enduit de basilicum. Quatre jours encore après elle était guérie. Le gonflement était presque entièrement dissipé, et la marche seule causait de la douleur. Le genou gauche resta douloureux encore quatre jours.

N'ayant pas voulu, comme je l'ai dit plus haut, ajouter un mot à cette note, écrite en 1830 pour moi seul, je joins à l'exposé abrégé des faits, qui sont encore parfaitement présens à ma mémoire, une courte explication, qui me semble nécessaire pour ceux qui n'ont pas, comme moi, assisté à la maladie.

C'est à la rivière que la malade, durant l'hiver si rigoureux de 1829 à 1830, allait laver du linge.

Le liquide auquel donna issue la ponction était de l'apparence de la synovie, mais bien plus épais et plus jaune, je m'en souviens parfaitement.

Dans mon opinion, alors comme aujourd'hui, ce fluide, résultat de la phlogose, était bien du pus, mais du pus comme en peuvent sécréter les tissus blancs privés de tout contact avec l'atmosphère.

Les tissus vivans fournissent, dans les cas de lésions, un pus d'aspect et de nature divers, selon leur composition élémentaire et les circonstances extérieures dans lesquelles ils sont placés.

Marie recouvra rapidement le libre usage de ses membres, et cette fille, d'un naturel très actif, n'éprouva point de rechute durant deux années que je passai encore dans le même régiment.

Bien que je n'aie que ce seul fait par devers moi, je partage entièrement l'opinion de M. le professeur Bouillaud, et je suis trop convaincu, M. le rédacteur, de l'impartialité que vous professez dans l'intérêt de la science, pour ne pas espérer que, malgré votre croyance particulière actuelle, vous ne fassiez droit à la demande que j'ai l'honneur de vous adresser, d'insérer intégralement cette lettre dans votre plus prochain numéro (1).

Paris, 28 janvier 1839.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 11 MARS.

RHINOPLASTIE.

M. Breschet présente un malade, auquel il a enlevé une tumeur cancéreuse de la grosseur d'un macaron, qui s'étendait jusque dans les fosses nasales; pour combler cette perte de substance, ce chirurgien a emprunté un lambeau de la peau du front. De chaque côté, une cicatrice longitudinale, assez peu profonde, indique le lieu de la réunion. M. Breschet pense que cette forme des cicatrices est plus propre à empêcher la récidive. Le malade nous a dit que la seule différence qu'il éprouvât était une moindre chaleur dans la partie de peau sur-ajoutée.

LAIT DES VACHES AFFECTÉES DE LA COCOTE.

M. Chevreul commence, au nom de la commission à laquelle M. Turpin avait

(1) NOTE DU RÉDACTEUR. Nous n'avons exprimé dans l'article d'analyse dont parle l'auteur de la lettre précédente ni notre croyance ni notre opinion sur la question dont il s'agit; nous n'avons point surtout apporté les preuves (observations critiques) qui tendent à faire admettre l'opinion contraire à celle émise par M. Bouillaud. Nous nous sommes contenté d'examiner si les faits nouveaux que rapportait ce dernier prouvaient réellement que le rhumatisme seul et sans complication peut se terminer par suppuration, et nous avons cru pouvoir conclure de notre examen motivé qu'aucune de ces observations n'avait de valeur réelle dans cette discussion. Il ressort même de cette analyse et d'un autre article critique sur le même sujet, auquel nous avons renvoyé (GAZ. MÉD., 1836, p. 222), que nous regardons cette question comme non résolue dans l'état actuel de la science et que nous appelions sur ce sujet l'attention des observateurs. Nous nous félicitons que M. le docteur Malapert ait compris notre appel, regrettant cependant avec lui que la note qu'il a conservée sur la malade dont il parle soit aussi concise et que le diagnostic de la maladie laisse autant à désirer. D'après les détails trop courts de cette note, on pourrait regarder la maladie dont était atteinte cette femme comme une simple inflammation de l'articulation tibio-tarsienne terminée par suppuration et compliquée de douleurs vagues aux genoux, aux poignets et aux coudes, telles qu'on en observe dans plusieurs maladies différentes. Si cependant l'affection dont il s'agit était réellement un cas de rhumatisme, nous pensons qu'on devrait la rattacher à une forme spéciale de cette affection dans laquelle elle se fixe sur une seule articulation, et finit par y déterminer des désorganisations plus ou moins profondes; mais cet état pathologique sur lequel nous avons à plusieurs reprises appelé l'attention (ARC. DE MÉD., janvier 1830. — GAZ. MÉD., 14 février 1833) diffère trop, sous plusieurs points de vue, du rhumatisme ordinaire pour qu'on puisse les confondre sous le même nom. G.

été adjoint, la lecture d'un rapport sur une note présentée par M. Donné, au sujet de l'altération qu'offre le lait des vaches atteintes de la cocote: ce rapport comprend l'exposé de la note en question, les recherches propres à la commission de l'Académie, la détermination des effets de ce lait sur la santé, et l'indication des travaux à entreprendre dans cette voie en cas d'épizootie ou d'épidémie. On se rappelle que, d'après M. Donné, au début de la maladie des vaches, alors il n'y avait que quelques pustules sur les trayons; le lait, observé au microscope, ne présentait aucun changement; le second jour, on y retrouvait déjà les caractères du *colostrum* de la femme, savoir: l'acidité, la présence de quatre sortes de globules, butireux, agglomérés, muriformes et muqueux, et enfin la propriété de devenir visqueux par son mélange avec l'ammoniaque. Ces effets se prononçaient de plus en plus à mesure que la maladie faisait des progrès; et, au dixième jour, lorsque le trayon était atteint de l'engorgement que les nourrisseurs désignent sous le nom de *cru*, le lait qu'on obtenait était mêlé de pus, verdâtre, fétide, offrant à la fois l'odeur des acides, du beurre et des matières animales putrides. Les trayons voisins pouvaient d'ailleurs fournir un lait de bonne qualité, si la maladie ne s'était pas étendue jusqu'à eux.

La commission a voulu vérifier ces résultats: elle s'est procuré dix échantillons de lait de vaches malades, cinq provenant de la ferme de Grignon, et les autres traits en présence des commissaires à l'abattoir de Montmartre. Bien que les quantités de lait obtenues fussent insuffisantes pour faire des recherches analytiques convenables, la commission a reconnu l'existence des quatre espèces de globules, et l'épaississement au moyen de l'ammoniaque; quant à l'acidité, elle n'était pas générale: plusieurs échantillons offraient une réaction alcaline; dans trois cas, les divers trayons donnaient des laits différens. M. le rapporteur consigne ici une observation curieuse due à M. Robiquet. Quand le lait devient visqueux par l'ammoniaque, l'addition de l'acide acétique, au lieu d'y former un précipité, ne fait naître qu'un léger trouble; le même observateur a encore reconnu que le lait filtré n'est plus épaissi par l'alcali, ce qui prouve que la matière qui lui donne cette propriété n'est qu'en suspension.

M. Lassaigne a fait, sur les vaches du troupeau d'Alfort, des observations analogues à celles de la commission; il a en outre reconnu qu'une vache malade, mais non de la cocote, donnait un lait trouble qui se coagulait spontanément; il attribue cette propriété à la présence de l'albumine. En résumé, le lait des vaches atteintes de cocote aurait pour caractères le défaut d'homogénéité et de liquidité, la présence de globules de divers espèces et l'épaississement au moyen de l'ammoniaque. Mais ce qu'il importe le plus d'établir, c'est que ce lait ne peut avoir aucune action nuisible sur l'économie; proposition confirmée d'ailleurs par l'analyse chimique et microscopique, puisqu'il offre la constitution du colostrum, et que les matières spéciales trouvées dans quelques échantillons rares ne paraissent être autre chose que de la fibrine ou de l'albumine, substances, comme on sait, non seulement douées d'innocuité, mais même nutritives à un haut degré.

Le reste du rapport est renvoyé à la séance prochaine.

OXIDES A RADICAUX COMPOSÉS.

M. Berzélius s'est proposé la solution de la question suivante: Quel est le maximum du nombre d'atômes d'oxigène qui peuvent se trouver réunis dans un seul oxide à radical simple ou composé? Cette question est d'un intérêt majeur, et s'il est impossible d'y répondre aujourd'hui d'une manière rigoureuse, on peut néanmoins dire qu'il n'existe pas de donnée positive que ce maximum surpasse le nombre sept. Si l'expérience définitive prouvait que tel est le véritable maximum, cette considération exercerait une grande influence sur la manière d'exposer l'arrangement des élémens dans des oxides à radicaux composés.

TRANSFORMATION DE L'ACIDE CITRIQUE EN ACIDE ACONITIQUE.

M. Berzélius a cherché à établir, par diverses expériences, que l'acide citrique combiné, soit avec de l'eau, soit avec des bases, subit, à une certaine température, une métamorphose telle qu'une combinaison chimique de deux atômes d'acide citrique et d'un atôme d'acide aconitique, prend naissance. Dans les citro-aconitates, l'eau régénère l'acide citrique en s'unissant à l'acide aconitique; mais dans l'acide double hydraté, cette dernière métamorphose n'a pas lieu.

C'est ainsi que le citrate de soude, par la chaleur de plus de 180 degrés, se transforme en citro-aconitate, celui-ci, traité par l'eau, repasse à l'état de citrate de soude ordinaire, tandis qu'au moyen de l'alcool de 0,80 à 0,82, on isole l'aconitate du citrate.

Par la même raison, le citrate d'argent métamorphosé, mis en contact avec de l'alcool mêlé d'acide hydrochlorique très fort, en quantité insuffisante pour décomposer la totalité du sel, fournit, par l'évaporation de l'alcool, un résidu où l'on retrouve l'acide aconitique.

Enfin, si l'on sature par le carbonate de soude l'acide retiré du citrate métamorphosé, le citrate cristallisé par évaporation spontanée et les eaux mères renferment l'aconitate, qui est plus soluble, et qu'on peut isoler au moyen de l'alcool de 0,833.

Il y a deux citrates d'argent: l'un se forme au premier moment de la précipitation; l'autre est produit par celui-ci; la formation en est très rapide, si on chauffe à + 60 degrés; elle s'effectue, au contraire, lentement à la température ordinaire. Il prend alors l'aspect d'une poudre cristalline, pesante, dont les cristaux sont souvent visibles à l'œil nu. Le premier citrate peut être obtenu, sinon sans aucun changement, du moins avec la moindre altération possible, en le lavant rapidement à froid, le laissant égoutter sur du papier brouillard souvent renouvelé et le séchant dans un bon vide: ce sel fournit alors de l'eau en le chauffant à 60° au + 100 degrés.

AMYLATE DE PLOMB.

M. Payen avait admis que, dans l'amylate de plomb, l'amidon, par l'action d'une chaleur de + 180°, perd un atôme d'eau, et que la nouvelle formule qui en résulte représente la véritable composition de l'amidon. Les nouvelles expériences de M. Berzélius ne confirment pas ces résultats: au-dessous de + 150°, l'amylate préparé par la méthode de M. Payen n'est pas altéré, et, à l'exception d'une quantité minime transformée en dextrine, il représente encore l'amidon non altéré. A + 160°, l'amylate commence à jaunir et prend une teinte citron, par l'exposition à une température de + 179°: dans cet état, la combinaison traitée sous l'eau par un courant d'acide carbonique fournit une petite portion d'amidon jauni par la chaleur, et le reste est changé en dextrine colorée.

TRANSFORMATION DU SUCRE EN CARAMEL.

M. Péligot a fait sur le sucre de cannes la même observation que M. Payen sur l'amidon, et il a trouvé la même composition pour le sucre de cannes, exposé à l'action de la chaleur, seul ou combiné à l'oxide de plomb. De plus, d'après cet auteur, le sucre de cannes se convertit, dans cette circonstance, en caramel, ou en sucre deliquescent qui se trouve dans le sirop incristallisable: M. Berzélius a constaté la réalité de la perte en eau éprouvée par le saccharate de plomb, sous l'influence d'une température d'environ + 170 degrés. L'oxide de plomb séparé par l'acide carbonique ou l'hydrogène sulfuré a laissé pour résidu un sirop incristallisable, ce qui prouve que seul ou combiné le sucre de cannes se transforme en caramel sous l'influence de la chaleur.

SACCHARATE DE BARYTE.

On doit encore à M. Péligot une remarque curieuse, savoir: que le saccharate de baryte ne diminue pas de poids par une chaleur de 200°. On ne peut concevoir la persistance des deux atomes d'eau dans le sel à cette température qu'en considérant celui-ci comme un saccharate double de baryte et d'eau, analogue à la crème de tartre. Dans cette manière de voir, il n'y a pas de raison pour que l'atome d'eau quitte le sucre avant que celui-ci se décompose lui-même. Les deux choses arrivent simultanément, et l'on sait que tel est aussi le cas pour le tartrate double de potasse et d'eau.

Toutes ces expériences prouvent incontestablement que l'eau qui s'échappe dans ces sortes de réactions n'est pas de l'eau de combinaison préexistant dans la matière organique, mais qu'elle est produite, au contraire, par suite d'une véritable métamorphose, qu'on a méconnue parce qu'on a négligé d'examiner les substances produites par l'influence d'une température élevée.

DÉCOMPOSITION DE L'ÉMÉTIQUE.

Si l'on traite de l'émétique auquel on a fait subir une métamorphose analogue par un courant d'acide sulfhydrique, le sel, étant maintenu sous une couche d'alcool absolu, se décompose lentement. On peut alors, au moyen d'un excès d'alcool absolu et bouillant en extraire un sur-sel à base de potasse et une certaine quantité de sulfure d'antimoine, qui se précipite de nouveau quand on distille l'alcool. On obtient un résidu ressemblant à de la gomme, très soluble dans l'eau, qui en sépare l'antimoine sulfuré, et cette solution à 80 degrés laisse un nouveau résidu, transparent comme le verre, rougissant fortement le papier de litmus, d'un goût acide pur, qui, exposé à une température élevée, se détruit sans offrir l'odeur particulière de l'acide tartrique, en laissant du carbonate de potasse. La proportion de ce sur-sel est peu considérable, eu égard à l'émétique employé, parce que l'oxide d'antimoine donne naissance à un atôme d'eau de plus qu'il ne faut pour régénérer l'acide tartrique: la composition de ce sur-sel n'a pas encore été déterminée.

NOUVEAU MÉTAL.

M. Mosamber vient de trouver dans la cérite de Bastnas un nouveau métal qu'il a nommé *lantane*, du verbe grec *être caché*, parce que les divers composés qu'il forme se confondent aisément avec ceux de cérium. Ce métal s'obtient en réduisant le chlorure au moyen du potassium; il est en poudre grise, et par son contact avec l'eau il dégage de l'hydrogène et forme un hydrate blanc. L'oxide est rouge brique quand il est anhydre, et par l'ébullition dans l'eau il passe à l'état d'hydrate; il bleuit le papier de litmus rougi au moyen d'un acide; il est irréductible par le potassium; en digestion dans une solution de sel ammoniac, il se dissout et chasse l'alcali; on doit le regarder comme une base énergique. On se le procure en calcinant le nitrate; les sels qu'il forme avec les acides sont en cristaux rosés, d'une saveur astringente, non sucrée: le sulfate de potasse ne les précipite qu'autant qu'ils seraient mêlés de sels de cérium. Il paraît que le lantane entre pour les deux cinquièmes dans les produits du cérium: on l'isole en calcinant les nitrates; l'oxide de lantane se redissout seul dans les acides faibles. Tous ces résultats ont été vérifiés par M. Berzélius.

DAGUERROTYPE.

M. Arago communique à l'Académie des renseignemens propres à fixer, d'une manière positive, les droits de MM. Daguerre et Niepce à la priorité de la découverte qui leur est disputée aujourd'hui par M. Talbot. M. Bauer de Kew-Green vient d'insérer dans la GAZETTE LITTÉRAIRE du 2 mars dernier, un article fort détaillé sur l'historique de la découverte en question. En 1827, M. Niepce, établi depuis longtemps à Kew-Green, cédant aux sollicitations de M. Bauer lui-même, adressa à la société royale de Londres un mémoire intitulé *Heliographie*, avec des échantillons à l'appui de ses assertions. Ce mémoire ne fut pas publié, parce que les procédés étaient tenus secrets. Il fut retiré, et M. Bauer l'a publié tel qu'il était dans l'origine. Cette importante communication établit positivement les droits de MM. Niepce relativement aux auteurs anglais. Quant à ceux de MM. Daguerre et Niepce entre eux, M. Arago annonce qu'ils sont nettement limités par acte notarié, et, de plus, que l'acte porte que l'instrument s'appellera *Daguerrotype*.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 12 MARS.

CONCOURS POUR UNE CHAIRE VACANTE A LA FACULTÉ.

M. le doyen de la Faculté de médecine écrit à l'Académie pour l'inviter à choisir parmi ses membres quatre juges et un suppléant, qui doivent faire partie du jury du concours qui aura lieu prochainement pour la chaire de thérapeutique et matière médicale, laissée vacante par la mort d'Alibert. La liste des candidats inscrits est annexée à la même lettre.

En conséquence M. le président invite l'Académie à s'occuper de cet objet à la prochaine séance.

MM. Belhomme et Nonat écrivent pour être portés candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et physiologie.

M. Orfila demande la parole à l'occasion du procès-verbal et s'exprime ainsi : Quelqu'insolite qu'il soit d'occuper l'Académie d'articles injurieux et mensongers dirigés contre un de ses membres, je crois devoir entretenir l'assemblée d'un article inséré dans la Lancette, parce que je suis particulièrement intéressé à le faire, et surtout parce que si je ne relevais pas les erreurs qu'il renferme, l'Académie pourrait m'accuser d'avoir voulu la mystifier. Je ne vous rappellerai pas, Messieurs, ce que j'ai dit dans la dernière séance sur l'individu qui a été empoisonné par l'acide arsénieux; je me bornerai à dire que l'auteur de l'article annonce avoir visité le malade, et s'être entretenu avec le docteur Coqueret; il ajoute avoir sous ses yeux les notes recueillies par ce médecin, et il déclare que j'ai altéré la vérité sur divers points. Je sais qu'effectivement M. Rognetta a vu le malade et a parlé à M. Coqueret; mais j'affirme que les faits articulés par moi sont exacts et tels qu'ils ont été consignés dans le numéro du samedi 9 mars de la Gazette médicale. M. Coqueret publiera l'observation détaillée, et l'Académie jugera de quel côté est la vérité.

A la suite de la correspondance, M. Chevallier donne lecture d'une lettre de M. Péligot, relative à la présence du mercure dans le lait. Ayant analysé le lait de plusieurs chèvres et ânesses auxquelles il avait pratiqué des frictions de pommade mercurielle et administré par la bouche des sels mercuriels, M. Péligot n'a pu constater la présence du mercure. M. Chevallier se propose de répéter ses expériences à ce sujet, et d'en communiquer les résultats à l'Académie.

COMMISSIONS POUR LES PRIX A DÉCERNER EN 1839.

L'Académie procède par voie de scrutin à la nomination de trois commissions qui doivent juger les mémoires envoyés au concours pour les prix Portal, Mme de Civrieux, et de l'Académie.

RAMOLLISSEMENT ET RUPTURE DE LA SYMPHYSE PUBIENNES CHEZ LES FEMMES GROSSES; LUXATIONS DU FÉMUR.

M. Villeneuve fait un rapport sur plusieurs faits pratiques adressés par M. Lefèvre. Les plus remarquables sont au nombre de deux : l'un est relatif à un cas de rupture de la symphyse pubienne pendant l'application du forceps; l'autre à une luxation traumatique du fémur, en haut et en dehors. Dans le premier, il s'agit d'une jeune femme chez laquelle M. Lefèvre a appliqué le forceps, d'après la méthode anglaise, vu les difficultés insurmontables qu'il avait éprouvées en agissant d'après le procédé ordinaire. Pendant les tractions avec cet instrument, il a entendu un craquement qui lui a annoncé la rupture de la symphyse pubienne et le forceps a lâché prise. Les os du pubis se sont écartés; mais la femme a fini par guérir. Dans le second, il est question d'une luxation du fémur en haut et en dehors, qui avait résisté aux procédés ordinaires de réduction. M. Lefèvre l'a réduite en faisant exercer des tractions directes sur le membre; c'est-à-dire parallèlement à l'axe du corps. (Conclusion : remercîmens à l'auteur.)

M. Moreau : L'observation dont vient de parler M. le rapporteur, concernant la rupture de la symphyse pubienne durant l'application du forceps, offre un véritable intérêt. Bien que rare, elle n'est pourtant pas la seule dans la science; j'en ai rapporté quatre ou cinq exemples dans mon traité d'accouchemens. J'ai vu cette rupture arriver tantôt par les seuls efforts naturels de l'accouchement; tantôt par les manœuvres de la version; tantôt, enfin, par les tractions exercées avec le forceps.

M. Capuron : Ce fait est non-seulement important, mais même extraordinaire, tellement extraordinaire que je ne l'ai jamais rencontré dans ma pratique. Je dois faire remarquer que d'après les détails exposés par M. le rapporteur l'accoucheur a appliqué le forceps à l'anglaise, et que pendant les tractions, cet instrument a lâché prise : or, notez bien que par ce mode d'application les cuillers de l'instrument se trouvent tournées sens dessus-dessous, et elles ont dû frapper par leurs bords contre la symphyse pubienne. Ne serait-il pas possible que la rupture en question eût été produite par cette espèce d'action immédiate des bords presque tranchans de l'instrument?

M. Roux : Il paraîtrait, si j'ai bien entendu, que M. Lefèvre a éprouvé beaucoup de difficulté à réduire la luxation de la cuisse, et qu'il a été obligé d'avoir recours à un procédé insolite pour en venir à bout. Comme l'auteur ne rapporte pas ce fait avec assez de détails, ni d'autres observations à l'appui du procédé qu'il a employé, je pense qu'on ne peut tirer aucune conséquence de ce qu'il avance à ce sujet. Je dois dire à cette occasion que les luxations traumatiques du fémur sont des accidens beaucoup plus rares qu'on ne croit. Dans tout le cours de ma pratique, j'en ai à peine rencontré cinq à six exemples. Je dois néanmoins ajouter que la réduction m'a été extrêmement facile à l'aide des simples tractions ordinaires. Je ne vois pas par conséquent quelles ont pu être les causes des difficultés très grandes que M. Lefèvre dit avoir éprouvées, si toutefois, je le répète, il s'agissait d'une luxation traumatique, primitive et récente, à laquelle il a eu affaire.

Quant à la seconde observation de l'auteur, je regrette que M. le rapporteur n'ait pas saisi cette occasion pour traiter à fond la question du ramollissement des ligamens de la symphyse chez la femme enceinte, et de provoquer par là une discussion qui aurait été utile pour la science. On se rappelle les luttes animées entre Beaudelocque et Alphonse Leroy, concernant la symphysiotomie et l'opération césarienne. Beaudelocque s'était déclaré tellement contraire à la première de ces opérations qu'il niait jusqu'au ramollissement des ligamens de la symphyse et la motilité des os du bassin durant la grossesse. A cette époque, je faisais des cours d'anatomie; j'eus à l'amphithéâtre, dans un court espace de temps, un certain nombre de cadavres de femmes nouvellement accouchées. Je fis préparer soigneusement les articulations pelviennes, les ligamens en étaient manifestement ramollis, et les os plus ou moins mobiles; ce fait étant constant, on ne pouvait le regarder comme le résultat du hasard. J'en parlai donc à Beaudelocque, je lui fis voir et toucher les pièces anatomiques, et pourtant il n'a pas été possible de le convaincre et de lui faire avouer qu'il avait eu tort sur ce point. Comme l'erreur de Beaudelocque pourrait être encore partagée par quelques accoucheurs, il serait utile que ceux de nos collègues de l'Académie qui s'occupent spécialement d'obstétrique voulussent faire connaître leur opinion. Ne serait-il pas probable enfin d'attribuer la rupture de la symphyse au ramollissement exagéré des ligamens dont je viens de parler?

M. Villeneuve : Le ramollissement dont vient de parler M. Roux est un fait généralement admis aujourd'hui dans la science.

M. Velpeau : La rupture de la symphyse du pubis chez la femme enceinte est un fait rare, il est vrai; mais la science en possède un grand nombre d'exemples. M. Moreau en a rapporté deux dans son ouvrage, j'en ai moi-même cité quatre ou cinq. J'ai eu une fois l'occasion de constater un cas de rupture de espèce, qui s'est opérée sous mes propres yeux et par les seuls efforts naturels de l'accouchement. J'avais été appelé auprès d'une femme en travail, déjà mère de quatre enfans; le bassin avait les dimensions ordinaires, l'enfant se présentait bien, et les choses marchaient régulièrement, lorsque la femme a voulu se lever pour faire quelques pas; une forte douleur s'est déclarée pendant ce mouvement, la femme a jeté un cri perçant en même temps qu'elle a senti une sorte de craquement violent dans le bassin. Nous avons reconnu de suite que la symphyse s'était rompue, et que les deux côtés du bassin étaient fort mobiles. L'accouchement s'est achevé promptement; mais la femme est morte de péritonite. A l'autopsie, nous avons trouvé les ligamens inter-pubiens rompus et les surfaces osseuses éloignées d'un pouce entre elles. Cette rupture avait eu lieu sans aucune déchirure des parties molles qui couvrent les deux faces du pelvis.

D'un autre côté, rien n'est plus fréquent que de rencontrer le ramollissement des ligamens de la symphyse sur des cadavres de femmes enceintes ou nouvellement accouchées. J'en ai rencontré pour mon compte plusieurs exemples, et j'ai vu également la mobilité des deux côtés du bassin chez des femmes enceintes ou en travail. On conçoit maintenant comment, chez des femmes prédisposées de la sorte, il est possible que les efforts opérés par le forceps déterminent la rupture de la symphyse.

Ainsi, la question soulevée par M. Roux n'en est plus une aujourd'hui; car tous les accoucheurs reconnaissent les trois modes de lésion dont je viens de parler; seulement, les uns veulent que le ramollissement existe chez toutes les femmes enceintes; les autres chez quelques-unes.

M. Gerdy : Je serais fâché qu'on mît sur le compte du forceps certains accidens qui ne lui appartiennent pas précisément. Ayant été dans un temps chargé du service des femmes en couche à l'hôpital St-Louis, je me suis fait une idée fort avantageuse de l'usage de cet instrument. Evidemment si, pendant les tractions qu'on fait avec le forceps, la symphyse se rompt, cela tient au volume trop considérable de la tête, par rapport aux diamètres du bassin. On vient de voir effectivement que cette rupture peut avoir lieu par les seuls efforts de la parturition naturelle. Je ne pense pas non plus que ce que M. Capuron vient de dire soit applicable dans l'espèce; car les ligamens de la symphyse sont tellement résistans qu'ils ne sauraient être coupés par les bords des cuillers de l'instrument. Ainsi donc, le fait dont vient de parler M. le rapporteur doit être rattaché à d'autres causes qu'à la simple action du forceps. Je dois ajouter, du reste, que d'après quelques expériences que j'ai faites il y a longtemps sur le cadavre, les liens pubiens lorsqu'ils sont coupés et les deux côtés du bassin écartés, cet écartement donne lieu à la rupture totale ou partielle des ligamens des articulations sacro-iliaques. Je dirai enfin que l'accident dont il s'agit n'est pas toujours mortel, puisqu'on a un grand nombre d'exemples de guérison.

Relativement à la luxation de la tête du fémur dans la fosse iliaque externe, l'auteur paraît recommander les extensions directes; c'est-à-dire parallèles à l'axe du corps. On pourrait blâmer ce procédé; car de la sorte au lieu de ramener la tête osseuse dans la cavité cotyloïde, on l'entraîne au contraire directement en arrière, savoir dans la grande échancrure isciatique, et l'on complique par là l'état du malade. On sait effectivement que lorsque cet accident a lieu, il faut commencer par ramener l'os dans la fosse iliaque externe avant de le faire entrer dans sa cavité naturelle.

Je ne partage pas du reste l'opinion de M. Roux que les luxations de la cuisse soient rares. Son opinion tient probablement à la position où il s'est trouvé ou plutôt à l'hôpital où il a exercé pendant longtemps. A la Charité en effet elles sont rares, mais elles sont assez fréquentes à l'hôpital Saint-Louis; j'en ai vu un grand nombre d'exemples, et il ne se passe guère d'année que je n'en aie eu un, deux ou plusieurs cas à soigner. On sait d'ailleurs que ces luxations sont fort fréquentes à Londres si l'on en juge d'après l'ouvrage de sir A. Cooper. J'en ai constaté à l'hôpital Saint-Louis une variété dont personne n'avait parlé, c'est un déplacement incomplet de la tête de l'os qui s'était fixé sur le bord supérieur de la cavité cotyloïde.

M. Bérard : L'auteur du mémoire parle, au dire de M. le rapporteur, d'un cas d'ulcère variqueux à la jambe qu'il aurait guéri par la ligature de la veine saphène. Il donne en même temps le nom de phlébite à l'épaississement des tuniques des veines variqueuses. Cette dénomination est inexacte et l'opération à laquelle il a eu recours n'est plus en usage de nos jours. L'expérience a prouvé en effet que la ligature de la saphène dans le but de guérir des varices ou

des ulcères variqueux pouvait donner lieu à des accidens fort graves. Lorsque l'indication d'oblitérer des veines variqueuses se présente, on n'a recours aujourd'hui qu'au procédé de MM. Davat et Velpeau, qui est à la fois innocent et efficace.

M. H. Cloquet : Ce que M. Roux vient de dire relativement à l'état des articulations pelviennes chez les femmes enceintes ou nouvellement accouchées, je l'ai constaté un très grand nombre de fois. Sur 60 cas environ de ce genre que j'ai eu l'occasion de disséquer, j'ai trouvé constamment que les ligamens interpubiens étaient ramollis.

M. Capuron : Je reviens à ma première réflexion sur l'influence de l'action directe du forceps sur les ligamens de la symphise; je trouve cette idée d'autant plus probable que l'opérateur a placé la femme selon la méthode anglaise, c'est-à-dire sur les genoux et les coudes ; par conséquent les bords des cuillers du forceps se trouvaient placés en sens inverse, savoir : avec leur portion proéminente tournée du côté du pubis. J'ajouterai, pour répondre à ce qu'on vient de dire sur le ramollissement des ligamens, que toutes les fois que j'ai eu l'occasion de m'en assurer par l'autopsie, j'ai trouvé le fibro-cartilage interpubien épaissi, mais pas ramolli, et les os jamais mobiles.

M. Beaudelocque : M. Roux vient de prêter à Beaudelocque des opinions qui ne sont pas très exactes. Beaudelocque ne s'est élevé que contre l'abus qu'on voulait faire de son temps de la symphysiotomie au détriment de l'opération césarienne. Les préceptes qu'il a tracés au sujet de ces deux opérations sont encore suivis par tous les accoucheurs modernes, et il n'a d'ailleurs pas nié le ramollissement des ligamens de la symphyse, ainsi qu'on peut s'en convaincre par la lecture de son ouvrage. Ce qu'il a nié positivement et avec raison, c'est que la division des ligamens interpubiens ou la symphysiotomie et l'écartement des deux côtés du bassin puisse jamais rendre plus facile l'accouchement. On sait même aujourd'hui que lorsque cet écartement existe par maladie l'accouchement est plus difficile que dans le cas contraire.

M. Moreau : La question que vient de soulever M. Roux est bien antérieure à l'époque de Beaudelocque, puisque du temps d'A. Paré on admettait déjà la diduction des os du pubis durant l'accouchement, opinion que ce grand chirurgien combattit d'abord *par paroles et par écrit*, ainsi qu'il le dit, et qu'il a été ensuite obligé d'admettre après la démonstration qui lui a été faite en public par Jacques d'Amboise en février 1579, dans l'amphithéâtre de l'école de chirurgie. Je veux parler de cette femme qui a été pendue dix jours après son accouchement pour avoir fait périr son enfant. Avant de procéder à la dissection, J. d'Amboise souleva la cuisse droite du cadavre, et l'on aperçut distinctement que de ce côté-là l'os pubis surpassait le niveau de l'autre au moins d'un demi-pouce : il y avait un travers de doigt d'intervalle d'un pubis à l'autre; les divers mouvemens qu'on fit faire à ces parties prouvèrent au doigt et à l'œil de tous les spectateurs que les symphyses sacro-iliaques étaient beaucoup plus laches que dans l'état naturel.

Reproduite au temps de Beaudelocque, cette question est aujourd'hui résolue affirmativement par la généralité des accoucheurs. J'ai non seulement vu des ruptures de la symphyse s'opérer sous mes propres yeux par les seuls efforts naturels de la parturition, mais encore j'ai pu prédire quelquefois que la rupture aurait lieu si on appliquait le forceps. Une fois, entre autres, j'ai assisté une femme sur laquelle une jeune sage-femme instruite a voulu appliquer le forceps; je m'étais assuré que le bassin était étroit et les os mobiles; j'ai dit que la symphyse se romprait si on appliquait le forceps, la chose n'a pas manqué; la femme est morte. A l'autopsie, les os étaient écartés de 18 lignes. Dans d'autres cas, cet écartement a été de 12 à 15 lignes. Une seule parmi ces femmes que j'ai vues a guéri; les autres ont succombé. Dermann en cite quatre exemples analogues, et, chose remarquable, dans tous les pays les femmes enceintes qui offraient la mobilité des os du bassin ont exprimé par la même phrase le sentiment qu'elles éprouvaient; elles vous disent que *le corps va leur passer à travers les jambes*. Les femmes que j'ai vues se sont servies de cette expression et celles observées par Dermann également. Lorsque cette infirmité se présente, non seulement la démarche est difficile et douloureuse, mais encore l'accouchement est fort penible, car les forces auxiliaires de l'utérus, les muscles abdominaux, étant affaiblis par suite du manque de fixité du bassin, l'expulsion de l'enfant est fort pénible.

M. Blandin : Ayant eu un grand nombre de fois l'occasion de disséquer les cadavres de femmes nouvellement accouchées, j'ai pu constater la réalité du ramollissement des ligamens des articulations pelviennes. Ce ramollissement est constant, il peut être regardé comme un état normal, et il dépend de la quantité très considérable de synovie qui se sécrète durant la grossesse dans ces articulations. Il y a des cas où ce ramollissement devient tellement excessif que les os acquièrent de la motilité, d'immobiles qu'ils étaient; alors le ramollissement constitue une véritable maladie. C'est, en d'autres termes, une véritable diastase des os du bassin, et je ne serais pas éloigné de croire que dans le cas dont a parlé M. le rapporteur, il y a eu plutôt déduction forcée par l'action du forceps que véritable rupture.

M. Barthélemy : Il est fâcheux qu'un même rapport ait dû comprendre à la fois différentes espèces de faits; c'est un inconvénient assez grave ; car les questions que chaque fait soulève sont discutées ensemble; de là, de la confusion dans les résultats de la discussion. Les uns ont parlé du ramollissement et de la rupture de la symphyse chez la femme enceinte; les autres des luxations du fémur. Je m'arrêterai à ce dernier sujet. M. Roux a dit que ces luxations sont rares chez l'homme; M. Gerdy a soutenu le contraire, et a ajouté comme une observation nouvelle un exemple de luxation incomplète du même os. Je ne sais laquelle des assertions de ces deux chirurgiens est la plus exacte; je dois faire observer cependant que chez les petits quadrupèdes, surtout chez le chien, les luxations fémorales sont excessivement fréquentes, mais elles se remettent très facilement. Quant à la luxation incomplète dont a parlé M. Gerdy, elle n'est pas une chose nouvelle pour les vétérinaires. J'en ai moi-même rencontré un exemple sur un cheval qui avait servi à mes dissections lorsque j'étais professeur d'anatomie à Alfort ; la luxation était ancienne et la tête fémorale se trouvait fixée sur le bord de la cavité cotyloïde.

M. Deneux : J'ai plusieurs fois rencontré sur le cadavre le ramollissement des ligamens de la symphyse chez les nouvelles accouchées, mais je n'ai pas trouvé toujours gonflés ces ligamens ; quelquefois, au contraire, ils étaient fort amincis. J'ai également rencontré chez le vivant la mobilité des deux côtés du bassin. Je puis assurer que l'accouchement est fort difficile dans ces cas ; je me souviens entre autres d'une femme chez laquelle j'ai été obligé de comprimer fortement avec mes mains les deux côtés du bassin, afin de rendre possible l'accouchement, n'ayant pu avoir à ma disposition une forte ceinture pour lui serrer le pelvis. La démarche chez ces femmes est fort pénible et douloureuse ; elles sont obligées de déplacer leur centre de gravité en s'accroupissant presqu'à chaque pas.

M. Velpeau : L'exemple de luxation incomplète cité par M. Barthélemy n'est pas bien concluant, car il s'agit d'une luxation ancienne. L'on sait que dans ces cas l'articulation accidentelle finit par user le bord de l'articulation naturelle, et la luxation peut sembler incomplète à la longue, tandis qu'elle était très complète en origine.

(Séance levée après cinq heures.)

ADDITION A LA DERNIÈRE SÉANCE.

M. Cullerier nous adresse la note suivante sur ce qu'il a dit à la dernière séance :

Dans le résumé de son mémoire sur l'analyse du lait, lu à l'Académie mardi dernier, M. Chevallier a dit que le mercure n'avait pu être retrouvé dans le lait des animaux auxquels il avait administré les sels mercuriels ; que, dans un autre temps, la présence de ce métal n'avait pu être reconnue par lui dans le lait des femmes traitées soit par les sels mercuriels, soit par les frictions, etc.

Dans la discussion qui s'est élevée à ce sujet, et à laquelle j'ai pris part, les paroles que j'ai prononcées n'ont, sans doute, pas été bien entendues par le rédacteur. Permettez-moi d'en rétablir le sens.

J'ai eu en vue cette idée pratique que l'enfant à la mamelle peut puiser des élémens de guérison, non seulement dans le lait de la nourrice, lequel est doué de propriétés curatives, ainsi que l'apprend l'observation, mais encore dans les effluves mercurielles dans le cas de traitement par les frictions, à raison des rapports intimes et continuels de la nourrice et du nourrisson ; qu'ainsi l'enfant se trouvait soumis à la fois à l'action directe et indirecte du mercure.

J'ai dit que mon oncle, un des principaux promoteurs de l'emploi de la liqueur de Van Swieten, en France, avait reconnu le peu d'efficacité des traitemens indirects par les sels mercuriels ; qu'il administrait, non pas exclusivement, mais de préférence les frictions, aux nourrices, et que j'étais guidé dans ma pratique par les mêmes motifs.

Agréez, etc.

BIBLIOGRAPHIE.

RAPPORT SUR L'ORGANISATION D'UN SERVICE DE SECOURS POUR LES NOYÉS DANS DIEPPE FAIT AU CONSEIL DE SALUBRITÉ DE DIEPPE; par M. Novet, D. M. P., médecin-adjoint des hôpitaux de Dieppe. —Dieppe, 1838. 47 pages in-8.

De toutes parts on élève des palais magnifiques à l'industrie, au crédit, aux arts; tout ce qui peut faciliter entre les hommes l'échange de leurs productions et augmenter la masse de leurs jouissances est immédiatement accepté et exploité avec un développement qui nous surprend chaque jour et dont on ne peut calculer les effets sur l'avenir de la société. Les institutions de charité se ressentent elles-mêmes de cette disposition à tout innover et à tout établir sur de plus larges bases : des asiles sont ouverts à tous les genres d'infortunes et pour tous les âges; les prisons, elles-mêmes, offrent aux hommes que la société a rejetés de son sein des demeures plus hygiéniques et plus commodes que les tours rondes ou carrées qu'habitaient les princes et seigneurs suzerains des siècles féodaux. Cependant ces grands changemens ne s'opèrent pas à la fois et sur tous les points avec la même rapidité, et ceux surtout qui concernent les établissemens de charité; quelques villes sont en retard sous ce rapport, et si nous en jugeons par le mémoire du docteur Novet, la ville de Dieppe, qui reçoit tous les ans une si grande affluence d'étrangers, aurait à désirer encore un établissement qu'on regarde à juste titre comme de première nécessité dans une ville placée comme Dieppe au milieu de vastes étendues d'eau, un service de secours pour les noyés. Dieppe, entourée de ses ports, de ses longs quais et des quatre rives de la rivière d'Etragues qui traversent le sol de sa commune, représente une espèce d'île au milieu de ces vastes bassins d'eau que parcourent si activement les marées et qui sont fréquentés en été par une population si considérable de baigneurs et où les accidens de submersion doivent être nombreux.

Ce n'est pas cependant qu'il n'existe à Dieppe aucun service de secours pour les noyés. Depuis plus d'un demi-siècle on y avait placé, dans quelques endroits jugés convenables, des boîtes contenant les instrumens, les appareils, les médicamens, crus nécessaires pour secourir les asphyxiés. Aux boîtes de secours on avait joint aussi des instructions sur la manière de porter les secours en attendant l'arrivée du médecin; « mais tous ces

efforts, dit M. Novet, furent sans résultat. Nous serions bien heureux si nous pouvions citer un seul exemple authentique de succès; « mais loin de là; il est résulté de l'enquête prolongée, à laquelle nous nous sommes livrés, que jamais dans Dieppe un seul noyé n'a été rappelé à la vie. » Ces quelques lignes empruntées au rapport que nous avons entre les mains suffisent pour faire comprendre de quelle importance est la question qui y est traitée.

Nous ne passerons pas en revue les différentes propositions que fait M. Novet au conseil de salubrité de la ville de Dieppe. Il nous suffira de dire qu'elles nous semblent toutes dictées par une impérieuse nécessité et présentées avec cet art qui annonce le succès et un sentiment de conviction favorable à la fois pour l'auteur et pour le corps médical, qui est toujours honorablement représenté lorsqu'il s'agit de quelque établissement de bienfaisance publique.

VARIÉTÉS.

AU RÉDACTEUR DE LA GAZETTE MÉDICALE.

Paris, 6 mars 1839.

Monsieur,

L'ouvrage que je viens de publier sous ce titre : DE LA PHRÉNOLOGIE, DU MAGNÉTISME ET DE LA FOLIE (1), a reçu de vous un jugement qui m'entraîne à vous adresser quelques réflexions, et d'abord à vous remercier du ton honorable de vos expressions sur le caractère de l'ouvrage et sur moi-même.

Mais, n'adoptant pas le système que je présente, et, dans un article de journal, ne pouvant développer toutes les raisons de détail qui à vos yeux le combattent, vous avez pensé judicieusement qu'il vous suffirait d'en attaquer le principe pour en réfuter l'ensemble; et ce genre de réfutation qui serait, en effet, invincible, vous l'avez fait précéder d'une déclaration qui, elle-même, si elle était fondée, rendrait toute réfutation superflue; vous avez dit : « Le bon sens affirme *a priori* que la réussite (dans une explication universelle) est impossible, et que quiconque croit y être arrivé est nécessairement la dupe de quelque illusion. »

Il me semble, monsieur, qu'à l'époque actuelle cette défiance extrême des facultés de l'esprit humain devrait abandonner un esprit aussi éclairé que le vôtre. Que de faits nouveaux la démentent! Aux yeux de Napoléon, la tentative de traverser les mers et d'y affronter les tempêtes par la seule puissance de la vapeur, n'était qu'une folie indigne d'examen. Si cependant il l'avait encouragée, quel secours réel et formidable n'aurait-elle pas donné à ses gigantesques entreprises.

Le temps est venu des découvertes grandes et simples. Voyez celle de Daguerre! La lumière du soleil transformée en graveur si exact et si habile!

Mais il faut des préparations, des essais, à toutes les choses importantes, et c'est aux découvertes les plus grandes, les plus simples que les préparations longues, les plus laborieuses, sont nécessaires. Celles qui avaient précédé les systèmes des anciens philosophes, ou même ceux de Descartes, de Leibnitz, ne pouvaient être que très-insuffisantes. Assurément le génie de la belle et puissante architecture appartenait à ces hommes célèbres. Mais quelle construction peut être élevée, lorsque, sur le chantier de l'édifice, les matériaux qu'il doit employer n'ont pas encore été rassemblés? Et surtout quelle solidité pourra être donné à cet édifice si l'architecte n'a point encore trouvé le *ferme* sur lequel il doit l'appuyer! Et si, enfin, dans son impatience de bâtir, de mettre en œuvre son génie constructeur et ordonnateur, l'architecte se contente de bases confuses, vacillantes, incohérentes, que restera-t-il, au bout de peu de temps, de ses travaux, de son ouvrage? l'action des météores aura suffi pour le renverser.

Si maintenant nous nous demandons ce qu'il faut entendre par le *ferme* en architecture intellectuelle, surtout en construction la plus grande de toutes, en construction du système universel, la réponse est facile : le *ferme*, pour le système universel des faits et de leurs rapports, ne peut être qu'un fait éminemment simple, tellement initial que, manifestement, il ne découle d'aucun autre, et en même temps tellement général, tellement fondamental qu'à son égard tous les autres faits soient secondaires, et, s'il était suspendu, seraient inévitablement anéantis.

Or, tels sont les caractères du fait désigné à toutes les intelligences par le mot EXPANSION. Tout homme conçoit une action appartenant à chaque corps de la nature, et travaillant sans cesse à étendre toute sa substance sur un espace plus grand. Les corps fondamentaux dans l'univers, le soleil, les étoiles, nous donnent continuellement l'idée précise de cette force expansive, et du mode rayonnant de son exercice. Voulez-vous éteindre leur lumière, suspendez leur expansion; et, pour cela, frappez-les de cette concentration invincible qui leur serait imprimée par l'attraction réciproque de toutes leurs parties; vous jetterez ainsi leur masse entière dans l'inertie absolue.

Et le globe que nous habitons, frappez-le aussi de concentration, rendez-le subitement inexpansif; dès ce moment, plus de chaleur jaillissant de ses entrailles; à sa surface, plus de vapeurs, plus de liquides, plus d'atmosphère; toute végétation est terminée; tout animal, tout homme, restent immobiles, insensibles, glacés. Dans l'espace universel, repos stérile, nuit éternelle, silence éternel!

A de telles conditions, pourrait-on ne pas reconnaître que ce qui s'est retiré c'est la force vivifiante, c'est la force universelle?

D'ailleurs, monsieur, écoutez votre raison ainsi que votre savoir. Quels sont les faits de chimie, de physique, de physiologie, d'astronomie qui, pour s'exécuter, n'exigent pas une certaine mesure de liberté? Et quelle autre source de liberté peut s'ouvrir dans le sein de tous les êtres, qu'une force inhérente à toute leur matière, disposant chaque corps à toujours se ménager, autour de lui-même, par son expansion rayonnante une place à l'exercice de ses mouvemens?

Mais ici se présente une difficulté grave, que vous avez très-bien exprimée. Vous avez dit. « Pour que l'expansion agisse, il faut qu'il y ait des corps, et pour qu'il y ait des corps, il faut que l'expansion agisse. »

Je développerai votre idée en ajoutant : L'expansion, considérée par elle-même, est une force égale et uniforme; tous les faits démontrent que sa tendence essentielle est de distribuer uniformément, dans l'espace, la matière et le mouvement. D'où l'on doit conclure que si, de toute éternité, elle avait seule maîtrisé la matière, celle-ci serait restée uniformément disséminée; ce qui aurait prévenu, empêché toute agrégation d'élémens, toute composition de corps. Dans l'espace universel l'équilibre aurait demeuré stationnaire, comme celui d'une balance dont les deux bassins sont chargés de poids égaux. D'où est venue dans l'infini de l'espace, la perturbation qui a mis en oscillation la balance universelle? Comment l'équilibre de repos, l'équilibre stérile, s'est-il changé en équilibre de mouvement, en équilibre producteur?

Je l'ignore, et je chercherais vainement à le découvrir. Là est l'immense mystère. Mais la question de l'organisation de l'univers en est indépendante. Pour étudier un mécanisme, celui d'une montre, par exemple, il n'est pas nécessaire d'en connaître l'auteur; il faut chercher d'où procède le mouvement qu'elle exécute, quel en est le moteur, comment à l'*expansion* de ce moteur s'enchaînent graduellement toutes les pièces construites et placées de manière non à dominer cette expansion par leur résistance, mais à la modérer, la régler, la ralentir.

C'est en cela exactement que consiste la vie de tout être organisé, spécialement de l'homme. Au centre de sa substance réside le ressort qui travaille sans cesse à la développer, ou plutôt à l'écarter, pour pouvoir s'étendre indéfiniment et sans mesure. Toute l'économie organique résiste expansivement à cette extension indéfinie du ressort central. Si l'obstacle qu'elle lui oppose lui est égal en puissance, la vie s'arrête; s'il lui est trop inférieur, la vie se précipite; et s'il se dérègle dans sa résistance, l'action du ressort central tombe aussi dans le désordre.

Quel est, en chacun de nous, le ressort central? C'est le système nerveux, système formé d'un faisceau de branches similaires entre elles, mais non identiques, réciproquement unies par correspondance intime, mais non toutes en exercice constant et du même degré. Dans chaque moment donné, chaque cordon nerveux jouit d'une faculté vitalisante proportionnelle au degré actuel de son expansion. Non-seulement la sensibilité, mais la vie organique sont affaiblies, ou exaltées, ou déréglées, ou retablies partout où l'expansion nerveuse s'affaiblit, ou s'exalte, ou se dérègle, ou se rétablit.

La *phrénologie*, ou, comme ce mot l'indique, la science de l'action nerveuse comprend ainsi, dans son domaine, et la santé ou l'équilibre des fonctions vitales, et les maladies ou les désordres qui troublent l'équilibre de ces fonctions. Elle embrasse encore les divers états transitoires ou permanens, que nous désignons sous les noms de sommeil, de rêve, de somnambulisme ou d'aliénation mentale.

J'ai donc pu, sous le titre général de phrénologie, aborder toutes ces questions d'un si grand intérêt. J'ai dû même me laisser conduire, par mon sujet, à tenter l'explication des divers effets, en chacun de nous, de notre tempérament, de notre caractère, de nos habitudes, et avec plus d'attrait encore, de la formation de nos idées, de leurs combinaisons, des diverses expressions que nous leurs donnons, par le langage, par l'écriture, par le dessin, par tous nos ouvrages d'art et d'industrie. En tous ces genres d'opérations l'action nerveuse est en exercice, et au degré précis des résultats de chaque opération.

Voilà, monsieur, l'esprit dans lequel j'ai tâché de composer mon livre, fruit ultérieur de tous les travaux de ma vie. Aussi je ne crains pas d'en appeler de votre premier jugement à une lecture plus attentive. Je suis plein de confiance en votre raison et vos lumières.

AZAÏS.

NOTE DU RÉDACTEUR. Nous accueillons avec plaisir cette réponse de M. Azaïs. Nous nous contenterons d'ajouter qu'elle laisse la discussion au point où nous l'avions mise. Nous n'avons pas prétendu, certes, influer en rien sur les convictions anciennes et si raisonnées de l'auteur; mais seulement exprimer, pour notre instruction propre, quelques doutes sur la valeur du principe au moyen duquel il croit avoir pénétré dans les derniers secrets de la nature; et ces doutes, nous les aurons toujours, quel que soit le principe de ce genre qu'on mette en avant, et quels que soient le talent et l'autorité dont on pourrait l'appuyer.

Nous saisissons, du reste, cette occasion de répéter que le livre de M. Azaïs est une œuvre pleine d'intérêt, et dans laquelle on peut beaucoup apprendre sur la nature morale de l'homme. C'est un livre distingué de tout point, et dans lequel nous ne trouvons à reprendre que l'hypothèse qui y règne en souveraine. Nous espérons que cet honorable écrivain et philosophe voudra bien croire à la sincérité de nos éloges comme à celle de notre critique.

(1) Deux vol. in-8°, chez Desessart, éditeur.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 12. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 23 MARS 1839.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier avril. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

MÉMOIRE SUR L'HÉPATOCÈLE DIAPHRAGMATIQUE; par M. Ernest Lambron, élève des hôpitaux.

Ce qui m'a conduit à faire ce travail a été une observation fort remarquable de *hernie diaphragmatique du lobe droit du foie*, que j'ai trouvée sur un cadavre qui me fut distribué à Clamart, le mardi 11 septembre 1838.

Plusieurs de mes amis, internes à la Salpêtrière, ont examiné avec moi cette curieuse hernie.

Je vais d'abord donner cette observation avec les renseignemens que j'ai pu recueillir sur la vie et la santé de cette femme; puis je rapporterai le peu de cas semblables que j'ai trouvés mentionnés par les auteurs; enfin, je terminerai par quelques réflexions.

HERNIE DIAPHRAGMATIQUE DU LOBE DROIT DU FOIE.

Obs. I. Mariette Marlieu, âgée de 77 ans, fut renversée, le 9 septembre, par la malle-poste, dont l'une des roues lui passa sur la partie supérieure de la jambe droite et sur le milieu environ de la jambe gauche; elle causa un broiement considérable des parties molles et des deux os. A la jambe gauche surtout, les tégumens étaient horriblement déchirés et des fragmens osseux sortaient au-dehors; j'en ai retiré environ dix, dont cinq avaient deux pouces de longueur sur six lignes de large.

Cette femme fut reçue dans le service de M. Blandin (M. Michon par intérim), à l'Hôtel-Dieu, où elle mourut douze heures environ après son entrée.

En faisant l'ouverture de l'abdomen pour retirer les intestins et en étudier la membrane muqueuse, je fus étonné de voir le foie descendre dans le flanc gauche, absolument comme l'on voit, chez les femmes surtout, le lobe droit descendre dans le flanc droit. On apercevait même sur ce prolongement une légère dépression, répondant au rebord des fausses côtes, ou due à la compression du corset, comme M. Cruveilhier le signale si souvent dans son ouvrage.

Feuilleton.

LE PRÉSIDENT.

In vitium ducit culpæ fuga.

Il ne s'agit pas ici du président de la chambre des députés, ni du président du conseil des ministres, ni du président, etc.; il s'agit uniquement du président de l'Académie royale de médecine; non point encore du président actuel, ni de celui de l'année précédente, mais du président en général, non tel qu'il a été, est ou sera, mais tel qu'il devrait être. Nous prions nos intelligens lecteurs de ne voir dans ce qui suit aucune application ou allusion personnelle. Nous repoussons d'avance toute interprétation de ce genre comme calomnieuse et mal fondée; nous demandons qu'on accepte avec confiance et sans arrière-pensée nos humbles observations. Si malgré cette déclaration expresse on s'obstinait méchamment à trouver en ceci matière à scandale, nous n'en serions pas surpris, car la malignité humaine est capable de tout; mais l'auteur de cet innocent article s'en lave d'avance les mains.

Dans notre numéro du 21 décembre 1838, nous hasardâmes quelques remarques sur les mœurs et coutumes de notre bonne Académie; nous promîmes alors d'y revenir; nous tenons aujourd'hui notre promesse.

Nous ne sommes pas de ceux qui croient que ce sont les choses qui font les hommes, mais que ce sont les hommes qui font les choses. Les circonstances aident sans doute, favorisent et développent l'action personnelle des individus; mais il n'est pas moins certain que l'influence individuelle des hommes est fort grande dans les affaires de ce monde, grandes et petites, et que, par exemple, sans Napoléon, la révolution française aurait eu une autre marche et d'autres résultats, de même que notre Académie (les extrêmes se touchent) devra, en dépit de ses tendances et de sa constitution naturelles, avoir nécessairement une autre physionomie, suivant que sa direction sera ferme ou faible, intelligente ou aveugle, grave ou légère, attentive ou négligente, etc. Toutes ces différences tiennent uniquement au caractère personnel de son président, car le président est de fait le chef d'une Académie. Quoiqu'il ne soit, comme on dit, que le *primus inter pares*, il est pourtant l'ame et la tête de sa compagnie. De même qu'on a dit avec raison: tel maître, telle école, on peut dire: tel président, telle Académie. Son influence directe et de droit est fort restreinte, mais son influence indirecte et de fait est immense. Dans une Académie, ce n'est pas positivement comme dans une monarchie constitutionnelle à l'anglaise, où le roi, à ce qu'on prétend, règne et ne gouverne pas. Un président ne fait pas que présider; il gouverne aussi jusqu'à un certain point, et c'est pour cela qu'il n'est pas tout à fait indifférent d'avoir celui-ci ou celui-là. Indépendamment de son rôle intérieur, comme directeur des délibérations et modérateur des travaux académiques, le président a aussi un rôle extérieur non moins important à remplir. Sa place n'est pas seulement une fonction, c'est aussi une sorte de di-

En cherchant dans l'hypocondre droit, je ne vis point de foie, mais j'aperçus une ouverture au diaphragme, à travers laquelle passait la portion du foie qui supporte la vésicule; cette petite poche elle-même était entraînée au-dessus du diaphragme, ainsi que l'angle formé par la réunion du colon ascendant avec le colon transverse.

J'essayai de retirer toutes ces parties de l'ouverture diaphragmatique : le colon sortit avec assez de facilité; mais j'éprouvai beaucoup de peine à en retirer le foie; il offrait un trop gros volume comparativement à l'anneau du diaphragme; en outre, il était maintenu par des adhérences fortes et nombreuses, surtout au niveau de la vésicule biliaire. Cependant j'y parvins sans rien déchirer, si ce n'est les adhérences. Il me fut alors facile de constater que cette ouverture était surmontée d'une poche assez vaste, qui s'élevait jusqu'au niveau du deuxième espace intercostal et qui contenait toutes les parties herniées des viscères que nous avons signalés plus haut.

Je vais décrire successivement toutes ces parties; mais avant j'observerai que tous ces déplacemens existaient sans *la moindre déformation* à l'extérieur des parois de la poitrine.

Ouverture du diaphragme. — Elle comprend toute l'aile droite du centre phrénique, c'est-à-dire la portion droite de l'aponévrose diaphragmatique, et, comme cette portion fibreuse, cette ouverture est assez régulièrement orbiculaire. Elle est assez large pour qu'on puisse y passer le poing; la circonférence en est forte et très épaisse; il est manifeste que les fibres du tissu fibreux et du tissu musculaire sont refoulées latéralement et accolées les unes aux autres.

En examinant cette circonférence, on trouve que :

En dedans, vers l'ouverture normale de la veine-cave, le tissu fibreux est très abondant, le bord est très fort et forme comme une espèce de cordon;

En avant, les fibres ne sont pas aussi bien accolées, mais elles ont été comme enfoncées, de manière à se porter en s'éparpillant sur la paroi antérieure du sac herniaire, que nous décrirons plus bas;

En arrière, ce sont surtout des fibres musculaires qui ont été refoulées; elles forment un gros cordon semi-lunaire d'environ un pouce de largeur dans sa plus grande partie et qui interrompt la gouttière costale droite; une légère couche de tissu fibreux les recouvre;

En dehors, ce sont aussi des fibres de tissu musculaire qui ont été refoulées, mais elles sont en petit nombre et ne forment qu'un cordon peu épais et légèrement aplati; celui-ci est aussi recouvert de quelques fibres de tissu fibreux.

Poche ou sac herniaire. Cette poche, que nous avons déjà dit partir du pourtour de l'ouverture diaphragmatique et remonter jusqu'au niveau du deuxième espace intercostal, est de forme ovoïde et offre une assez grande analogie avec les sacs herniaires un peu considérables, que l'on a souvent lieu d'observer dans d'autres points des parois abdominales. Seulement il faut ici remarquer que ce sac, au lieu d'être adhérent plus ou moins par sa face externe avec les tissus environnans, est, au contraire, parfaitement libre et recouvert d'une séreuse. On peut très bien lui reconnaître un fond et un col.

Cette poche est formée par le refoulement du péritoine dans la cavité droite du thorax, cette séreuse est doublée par du tissu musculaire condensé qui forme une couche assez résistante, laquelle est à son tour recouverte par la plèvre, c'est-à-dire en rapport immédiat avec la face externe de cette séreuse également refoulée.

Ce sac herniaire est donc constitué par trois couches, deux séreuses et une intermédiaire formée par du tissu cellulaire condensé. Vers leur adhérence au pourtour de l'anneau diaphragmatique, on trouve, surtout sur la paroi antérieure du sac, comme nous l'avons dit plus haut, quelques fibres de tissu fibreux blanc nacré qui vont se confondre en s'éparpillant avec la couche intermédiaire du tissu cellulaire. On ne peut guère les suivre au-delà de cinq à six lignes.

Déplacemens. Cette poche occupant presque toute la gouttière costale droite, le poumon de ce côté est rejeté en avant; sa face externe répond en partie au sternum et son bord antérieur se porte au devant du cœur qu'il ne masque cependant pas complètement à cause du déplacement de ce dernier organe. Le volume de ce poumon est à peu près la moitié de celui du poumon gauche. Au reste tous les deux sont parfaitement sains, à l'exception de quelques adhérences qui retiennent le poumon gauche, au point que je n'ai pu le retirer de la poitrine sans le déchirer.

Pour réunir ici tous les déplacemens qui accompagnent cette hernie, je dirai que la déviation du cœur à gauche est beaucoup plus grande qu'à l'ordinaire; que le pilore et les deux premières portions du duodénum sont sensiblement portées en haut et en avant vers l'anneau du diaphragme, au pourtour duquel elles ont contracté de légères adhérences. J'ai déjà dit que l'angle de réunion du colon ascendant avec le colon transverse était renfermé dans le sac herniaire; il y était maintenu par des adhérences légères. Nullement altéré, il porte seulement l'empreinte du pourtour de l'anneau diaphragmatique, comme souvent dans les autres hernies on trouve l'empreinte du col du sac sur les parties herniées.

Enfin il y a de plus une transposition du mésentère; au lieu de se porter de la fosse iliaque droite vers la colonne vertébrale, il part de la fosse iliaque gauche.

Foie. Cet organe présente, comme nous l'avons dit, un lobe gauche très développé. Celui-ci remonte dans l'hypocondre gauche en refoulant, jusque vers la sixième côte sternale ou le cinquième espace intercostal, *la rate* qui repose sur la face antérieure et le bord supérieur de ce lobe; elle lui est unie par du tissu cellulaire assez dense; elle n'est point altérée dans sa structure, seulement elle est un peu volumineuse.

Au niveau du diaphragme, le foie a subi un rétrécissement considérable qui porte sur la partie de cet organe comprise entre le ligament suspenseur et les cordons de la veine ombilicale et du canal veineux à gauche, la vésicule et la veine cave à droite, c'est-à-dire sur l'éminence porte antérieure et le lobe de Spigel qui est presque entièrement effacé. Ce rétrécissement qui partage ainsi en deux moitiés le sinus de la veine porte est surtout bien marqué sur les bords du foie, et l'échancrure du bord antérieur est bien plus grande et bien plus profonde que celle du bord postérieur. En cet endroit le foie offre un véritable pédicule qui n'a pas plus de deux pouces de diamètre.

Le lobe droit se trouve donc parfaitement dessiné et forme ainsi un lobe proprement dit. Il a la grosseur d'une fois et demie le poing, de sorte qu'il ne peut franchir qu'avec une extrême difficulté le col du sac herniaire; mais il n'est cependant pas assez gros pour remplir la cavité de cette poche; l'étroitesse de son pédicule, qui est loin de fermer complètement l'anneau du diaphragme, explique très bien la possibilité du déplacement ou de la hernie de l'angle droit du colon.

Ce lobe d'une forme ovoïde est très bosselé; sa structure est normale, si ce n'est qu'on remarque sur toute la circonférence un sillon dû à une veine hépatique, si large et si superficielle que la paroi extérieure, formée par une couche mince du tissu du foie, est affaissée dans toute sa longueur. Le doigt peut suivre tout le trajet de cette veine sans qu'il soit besoin de l'ouvrir. Elle va se jeter dans la veine cave en traversant la paroi interne du sac herniaire.

La membrane séreuse de ce lobe offre de nombreuses adhérences.

Vésicule biliaire. La vésicule est du volume d'une grosse noix; ses parois ont une épaisseur d'environ une ligne et demie. La membrane séreuse présente de nombreuses traces d'adhérences. La membrane muqueuse offre à sa face interne beaucoup de fibres blanches, épaisses, presque nacrées, semblables à celles que l'on trouve dans la vessie chroniquement enflammée. Vers le fond de cette poche quelques fibres forment une étoile et semblent indiquer une ancienne cicatrice; cette idée parait être confirmée par l'adhérence à son niveau de la vésicule avec le tissu du foie. La disposition aréolaire normale de la face interne de cette muqueuse ne se voit plus; mais examinée sous l'eau, elle présente une infinité d'espèces de villosités mobiles et agitées par le liquide. La membrane propre de cette vésicule est épaisse et très dense; mais l'hypertrophie parait porter également sur les trois tuniques.

Calculs biliaires. La vésicule contenait quatre calculs taillés à facettes, deux du volume d'un haricot, et deux autres plus petits. Les deux premiers ont la forme d'un cuboïde aplati et dont les angles seraient un peu arrondis; les deux plus petits ont la forme et le volume d'une lentille.

Ils sont d'une couleur brune noirâtre et se fendillent en séchant. Leur intérieur présente une cavité d'un brun jaunâtre clair; la coupe montre des lignes superposées, traces évidentes de couches successives. Cette cavité contient un petit noyau lenticulaire dont la surface est couverte d'une couche poudreuse

---

gnité. En même temps qu'il dirige et inspire sa compagnie au dedans, il la représente au dehors. C'est lui qui porte la parole pour le corps dans toutes les occasions; il en est l'organe et comme la personnification. Pour le public en général, et pour les étrangers en particulier, il est l'Académie elle-même; et l'Académie hors de chez elle n'est et n'agit que par lui. Sous ce dernier rapport encore le choix ne saurait être arbitraire.

Toutes ces circonstances des fonctions et de la position du président sont, comme on voit, nombreuses, variées, et toutes ont leur importance. Pour y satisfaire pleinement, il faut un ensemble de qualités qui se rencontrent difficilement; aussi, en fait de président, comme en toute autre chose, la perfection est rare. On se contente d'ordinaire d'un à peu près, et on a raison. Mais cet à peu près, rigoureusement suffisant, exige encore beaucoup de conditions. Un président, je ne dis pas accompli, mais passable, doit, pour présider et représenter dignement, réunir les trois quarts au moins des qualités suivantes :

Il doit, quant à ses fonctions intérieures, 1° avoir une instruction générale dans toutes les branches de la science ou des sciences qui font la matière des travaux académiques. Cette condition est presque aussi indispensable chez le président que chez le secrétaire perpétuel. Pour ramener un orateur à la question, il faut connaître la question, du moins jusqu'à un certain point; pour nommer à propos des commissaires pour des recherches spéciales, il faut être au courant des travaux particuliers des membres de l'Académie et choisir pour chaque chose le juge compétent. Enfin en général, le président, étant appelé à parler sur tout et à propos de tout, doit n'être absolument étranger à aucun des objets discutés en sa présence et sous sa direction.

Mais si au lieu de cette instruction variée et générale, le président n'avait qu'une instruction bornée et spéciale, il arriverait qu'il ne saurait le plus souvent ni interrompre, ni laisser parler à propos, et qu'il donnerait à juger des questions d'anatomie à des pharmaciens, ce qui serait fort niais, sans compter les autres inconvéniens qui en résultent pour les intéressés.

Il doit 2° être ferme. Sans une fermeté soutenue un président ne saurait présider convenablement pendant un quart d'heure, surtout une réunion de médecins. La présidence est un pouvoir fort doux, mais enfin c'est un pouvoir, et il n'y a pas de pouvoir sans la force. Mais il faut que cette fermeté soit bien réglée, bien appliquée; il faut qu'elle soit naturelle, simple et tranquille; il faut qu'elle s'exerce à propos suivant les circonstances et les personnes; il faut qu'elle puise son autorité dans la justice, les convenances et dans le caractère de celui qui l'exerce. Car si cette fermeté n'était qu'un petit despotisme puéril; si au lieu d'être calme et mesurée, elle était remuante et tracassière; si, au lieu d'avoir toujours le ton modéré et digne d'une autorité raisonnable et bienveillante, elle prenait l'expression de la mauvaise humeur d'un petit esprit, absolu et chagrin, elle serait alors un défaut très fâcheux. Il ne faut pas non plus qu'elle soit impérieuse, ni qu'elle affecte l'allure du commandement : la fermeté d'un président n'est pas celle d'un maître d'école; le symbole de son autorité n'est ni un sceptre, ni encore moins un fouet ou une férule. Il y a une nuance assez forte, ce semble, entre le ton d'une invitation qui tire toute son autorité du respect des convenances et des usages de la société polie, et le ton d'un ordre de police qui s'appuie sur la force. En ceci, il faut du tact, du goût, de la mesure; mais si on manque de tout cela, on est inconvenant, ridicule et insupportable.

3° Il doit être grave. La gravité tient un des premiers rangs parmi les ver-

grisâtre. Ce noyau jaunâtre à l'intérieur est lui-même composé de couches concentriques, comme sablonneuses.

Canaux biliaires.—Les canaux biliaires, qui se portent du foie et de la vésicule vers la seconde portion du duodénum, ont leurs parois légèrement amincies, leur calibre est à peu près le même qu'à l'état normal; mais leur longueur est bien plus grande; le canal choledoyne seul a presque trois pouces. Cet allongement est dû, sans doute, aux tiraillemens qu'ils devaient éprouver pendant la station debout et pendant la digestion stomacale et surtout duodénale.

Voici les *renseignemens* que j'ai pu me procurer sur la vie et la santé de cette femme. Je les dois à l'obligeance d'une personne bien digne de foi, la seule qui la connût intimement et lui servit de famille, une sœur du bureau de bienfaisance du 4e arrondissement, qui lui portait des secours depuis plus de vingt ans.

Mariette Marlieu, depuis nombre d'années, passait tous les jours à mendier à l'une des portes de l'église St Eustache. Elle était excessivement sourde; il n'y avait que la sœur de charité qui pouvait s'en faire entendre, en lui parlant presque bas et d'une certaine manière.

Cette femme s'est toujours plainte de difficulté à respirer; ses voisins la disaient asthmatique; cependant, ils n'ont jamais remarqué que son prétendu asthme fût plus fort dans des momens que dans d'autres, et surtout qu'il offrît des accès. L'hiver, elle avait quelques rhumes, qui toujours étaient légers, et disparaissaient sous l'influence de quelques boissons adoucissantes et du repos dans sa chambre.

De temps en temps, elle était tourmentée par la bile; elle buvait alors un peu de chicorée amère pendant quelques jours, et tout disparaissait. Au reste, la santé générale de cette malheureuse était asses bonne; la sœur de charité m'a dit qu'elle ne l'avait jamais vue malade au point d'être forcée de garder le lit.

Il paraît que cette femme, qui, du reste, était fort méchante et fort médisante, avait de temps en temps des attaques d'épilepsie, à la suite desquelles elle était restée vingt-quatre à trente-six heures sans connaissance; elle avait aussi parfois des accès de folie, de véritables hallucinations de la vue et de l'ouïe.

Quand on a lu cette observation, deux questions se présentent naturellement. Cette hernie est-elle un vice de conformation? Comment s'est-elle formée? Nous allons essayer de répondre à chacune. La première me paraît devoir être résolue d'une manière nullement douteuse par l'affirmative; quant à la seconde, il n'y a que des probabilités, mais qui me semblent beaucoup approcher de la réalité.

Nature de cette hépatocèle. —Je crois cette hernie *congéniale;* les raisons sur lesquelles je m'appuie sont :

1° La continuité non interrompue de la séreuse inférieure de la poche avec le péritoine, sans la moindre trace de cicatrice; une hernie congénitale du lobe droit du foie à travers le diaphragme, ne peut arriver que de deux manières, ou par rupture traumatique de ce muscle, et par conséquent du péritoine qui le recouvre, ou par destruction de ce muscle à la suite d'une maladie; or, dans un cas comme dans l'autre, on retrouverait des traces de ces lésions.

2° La circonférence de l'anneau diaphragmatique est bien lisse et bien régulière. L'épaisseur de ses bords et le refoulement de ses fibres indiquent que tandis que l'anneau du diaphragme tendait à se rétrécir, le foie, au contraire, en grossissant, tendait à en refouler les fibres; c'est-à-dire qu'ils indiquent le développement en sens contraire du foie et du diaphragme. Le diamètre du lobe hernié, plus grand que celui de l'ouverture diaphragmatique, prouve évidemment que le foie s'est accru dans le sac herniaire; or, le lobe droit du foie ne prend guère un accroissement notable qu'à la naissance, lorsque le lobe gauche ne reçoit plus le sang tout à la fois et de la veine ombilicale et de la veine-porte-ventrale; pour s'être accru dans le sac herniaire, il faut donc que la hernie de ce lobe droit date d'avant la naissance.

3° L'état du poumon droit, qui est de moitié moins gros que le poumon gauche, est partout perméable et très sain; or, cette disposition est évidemment congénitale; car on sait quelle densité acquièrent les poumons dans tous les points où ils sont longtemps comprimés accidentellement.

4° Le développement énorme et anormal du lobe gauche du foie montre que de bonne heure le lobe droit a dû être comprimé et gêné dans la nutrition et son développement. J'invoquerai donc l'atrophie de ce lobe droit en faveur de l'idée que cette hernie est congéniale; car, quoique je n'ignore pas que le foie soit excessivement malléable, je ne crois pas qu'il puisse être ainsi étranglé et réduit à d'aussi petites proportions à la suite d'une hernie postérieure à la naissance.

5° On peut citer encore la transposition du mésentère comme simple coïncidence et comme signe d'un trouble survenu dans la marche de la nature à l'époque même, à la formation du fœtus, trouble qui peut très bien avoir entraîné la formation de cette hernie.

6° Enfin, pour terminer ces considérations, citons les paroles de M. Jourdan (Dict. des sciences médicales, t. xxi, p. 34. Hépatocèle) : « Le déplacement du foie, quand il n'est pas le résultat d'un changement survenu dans la position respective des organes environnans, ne peut être qu'un vice primitif d'organisation, attendu qu'il serait impossible que la vie continuât avec un pareil état de choses. »

Mode de formation de cette hernie.—Quant au mode de formation de cette hernie, voici ce qui seulement me semble probable.

Le foie est l'organe dont l'apparition est antérieure à celle de tout autre organe, elle date des premiers jours de la vie intra-utérine; à cette époque aussi, l'abdomen et la poitrine ne forment qu'une seule cavité; or, lors de la formation postérieure du diaphragme, au moment même où il n'était peut-être pas encore entièrement formé, une cause quelconque, une contraction de la matrice peut-être, en exerçant une compression sur l'abdomen dont la paroi antérieure répond au foie dans presque toute son étendue, a pu refouler cet organe dans le thorax, et plutôt dans le côté droit que dans le côté gauche de cette cavité, puisque chez le fœtus le lobe droit du foie est moins développé que le gauche, à cause de la circulation ombilicale. Dans cet état, on comprend que ces deux organes, le foie et le diaphragme, ont continué de s'accroître en nuisant réciproquement à leur développement.

Peut-être encore la cause qui a présidé au déplacement du foie est-elle aussi celle qui a présidé à la transposition du mésentère.

Historique.—Il n'était pas sans intérêt de rechercher si des cas aussi curieux, si de semblables faits n'avaient point été mentionnés par les auteurs; nous verrons plus loin que de ces rapprochemens nous avons pu tirer quelques conséquences.

Je dois à l'extrême obligeance de M. Fanconneau Dufrèsne d'avoir été guidé dans ces recherches, et à sa complaisance désintéressée d'avoir puisé quelques-uns des détails qui suivent dans un ouvrage très étendu et fort complet sur les maladies du foie, auquel il travaille depuis nombre d'années, et qu'il se propose de publier bientôt. Je le prie de vouloir bien ici agréer mes remerciemens sincères.

Les premiers auteurs qui font mention de déplacemens du foie à peu près pareils à ceux dont nous nous occupons sont *Stéhélin* et *Soltius;* mais je n'ai pu me procurer les thèses qu'ils ont publiées sur ce sujet;

---

tus présidentielles. Un président bouffon est impossible. Le rôle étant sérieux, il convient que le personnage soit tel. Il n'y a pas de mal qu'un président ait de l'esprit, mais il faut qu'il s'en serve le moins possible en séance. Il doit écouter beaucoup, parler peu, ne dire que l'exact nécessaire dans les termes les plus courts et les plus simples; j'ajouterais volontiers qu'il lui est défendu de rire, s'il s'agissait ici d'une autre Académie; mais pour l'Académie de médecine, il ne faut pas trop exiger. C'est donc un axiôme d'une vérité universelle qu'un président d'Académie, et même d'Académie médicale, doit être grave.

Mais il y a gravité et gravité, et la vertu devient vice si elle sort d'un certain milieu. Un homme de sens et d'esprit sait trouver ce point; un sot le dépasse ou le manque. Il ne faut pas confondre un air refrogné et morose avec un air grave, ni un maintien boudeur avec un maintien sérieux. La gravité, comme la fermeté, demande du naturel. On l'a ou on ne l'a pas. La gravité véritable impose; la gravité mal comprise ou mal jouée fatigue et fait rire.

4° Il doit être poli. On pourrait croire cette clause superflue, et trouver que cela va sans dire. On se tromperait. Cette aimable qualité vraiment humaine et sociale peut très bien, quoique d'origine française, à ce qu'assuraient nos pères, manquer quelquefois, même chez nos présidens d'Académie La politesse d'un président ne doit, au reste, rien avoir de particulier; c'est celle de tout le monde. Chacun sait en quoi elle consiste; c'est une chose d'instinct plus que d'éducation, et qui vient du cœur autant que de la coutume. Un président qui mettrait à la place de ces formes simples, faciles, unies et impartiales, qui constituent la politesse, les tours obséquieux de la flatterie, l'expression sèche de l'indifférence, ou le ton contraint et dur d'une passion hostile mal contenue, ne serait pas, à coup sûr, un président fort agréable. Dieu nous préserve de ces présidens-là!

5° Il doit être impartial. L'impartialité marche à peu près sur la même ligne d'importance que la gravité. L'impartialité n'est au fond que la justice, et la justice est de rigueur en toutes choses. Ceci n'est pas une affaire de convenance, ni de simple utilité, mais d'honnêteté. Mais, pour mériter son nom, l'impartialité doit être sincère et éclairée; sincère, car si elle n'existe qu'à la surface, elle n'est qu'une méprisable comédie, qui ne peut longtemps abuser les gens; éclairée, car si, sous prétexte de rendre à chacun une justice égale et exacte, on traçait aux discussions, et, en général, aux affaires une marche invariable, une routine inflexible, arrêtée d'avance et sans considération aucune des circonstances et des personnes, on tomberait dans une exagération ridicule; et cette prétendue impartialité ne serait qu'une maladroite et ridicule application d'un bon principe. Quant au résultat, la partialité d'un esprit juste serait moins incommode et moins intolérable que l'impartialité d'un esprit faux.

6° Il doit être exact. Par exactitude, nous entendons, faute d'un mot meilleur, une réunion de qualités précieuses dans les hommes publics : le souvenir des détails, le respect de l'heure, et, en général, l'ordre dans les petites choses. Mais ici encore, il y a l'excès. Il ne faudrait pas que ce goût de l'ordre et de la règle dégénérât en manie; car rien de plus puéril à la fois et de plus gênant qu'une exactitude de cette espèce. Le pédantisme de l'étiquette et du cérémonial est le pire de tous; il empêche plus qu'il ne sert. Par malheur, c'est en cela que les esprits étroits triomphent. Ils sacrifient le fond à la forme; ils se perdent dans les minuties, et y noient les autres avec eux; ils brouillent tout pour vouloir tout conduire; ils font les affairés et les importans, comme

mes regrets furent moins grands quand j'eus lu, dans les mémoires de l'Académie des sciences (année 1772, p. 82), que leur travail est fort incomplet, que ces auteurs n'ont donné aucun détail sur les parties intéressées, et ne disent point par quelle cause la mort est survenue.

Après ces auteurs vient l'observation publiée avec quelques détails par *J. Conrad Becker*, en 1704, dans un petit ouvrage intitulé : PARADOXORUM MEDICO-LEGALE DE SUBMERSORUM MORTE SINE AQUA POTA. C'est la première observation des APPENDICIS LOCO ADJECTA.

DYSPNŒA CONGENITA A SITU VISCERUM PRÆTERNATURALI.

OBS. II. — Le fils de Pierre Scheffer, tailleur de Giessen, fut assez bien portant les deux premières années de sa vie. Vers la fin de la seconde, il commence à respirer avec difficulté, le mal empirant de jour en jour. Sa poitrine est dilatée plus qu'à l'ordinaire; il ne peut monter les escaliers sans éprouver une grande gêne dans la respiration; il se plaint vivement de douleur de ventre; de la toux et de la fièvre reviennent de temps en temps; il sent, lorsqu'il a mangé, de la plénitude à la région précardiale. Des médecins qui sont consultés à différentes époques, je tiens qu'il se portait bien sur tout autre point. L'un d'eux croyant, que les symptômes énumérés sont dus à des vers lombrics, prescrit au malade des anthelmintiques. Un autre le présumant phthisique, d'après la croyance que deux de ses frères, morts peu d'années avant, étaient décédés de cette maladie, prescrit des vulnéraires et des médicamens ordonnés aux pulmoniques. Mais des vers lombrics ne sortant point, et l'expectoration ne répondant point à l'ordonnance, les partisans de ces opinions demandent l'auxiliaire et les conseils d'un homme instruit. Comme celui-ci croit que la digestion de l'estomac est pervertie, il ordonne plusieurs stomachiques à prendre sous diverses formes. Les mêmes symptômes se prolongent durant trois années entières; le petit malade respire plus péniblement de jour en jour; il est consumé par une langueur générale et meurt à l'âge de *cinq* ans.

Les parens, qui pensaient que le mal provenait d'un sort jeté à leur enfant, pour devenir plus certains sur la cause de la maladie, m'offrent de faire l'ouverture de leur fils; j'accepte et je la fais en présence de DR. D. Anthonus, très célèbre médecin de Giessen, die *continuo*, 1er juny 1694.

L'abdomen étant ouvert, nous apercevons les intestins fortement adhérens au-dessus du cartilage ensiforme, et tout autour des côtés des hypochondres et des aines, de sorte qu'on ne peut les séparer du péritoine sans violence et sans rupture. Enfin, séparés et étendus, nous voyons que l'épiploon commence à se putréfier, que les intestins ne sont distendus ni occupés par aucun ver lombic; qu'enfin, l'abdomen lui même est dépourvu d'estomac, de rate et de foie, dont la situation est chez tout le monde au-dessous du diaphragme. Nous suivons le conduit du duodénum, qui nous offre une route à travers le diaphragme normal et intact. Après avoir coupé ce dernier, nous voyons les viscères que nous n'avions point trouvés dans le ventre inférieur, l'estomac, la rate et le foie qui, avec les viscères de la poitrine, les deux poumons et le cœur, remplissaient entièrement cette cavité.

Ce n'était pas assez que la nature eût fait erreur dans la collocation des viscères désignés, elle avait en outre négligé d'interposer entre les poumons un médiastin qui, à la manière d'une cloison, diviserait la poitrine de droite à gauche; mais nous voyons avec grande admiration que ce *septum* est placé au milieu du thorax de telle sorte que les poumons avec le cœur et le foie sont à droite, l'estomac et la rate à gauche. La position anormale de ces viscères donne la cause de la dyspnée, de la toux et des autres symptômes. Qui eût pu la diagnostiquer et encore moins la faire disparaître? Personne.

Nous devons nous empresser de dire que cette observation est plutôt celle d'une transposition du foie, de l'estomac et de la rate que d'une véritable hernie de ces organes, quoique Boyer cite ce fait à l'article *Hernie diaphragmatique*, tom. VIII, p. 392. Sans doute que, pendant la vie intra-utérine, lors de la formation du diaphragme, ces parties ont été retenues au-dessus de ce muscle, de sorte qu'au lieu de l'œsophage c'est le duodénum qui passe par l'orifice œsophagien du diaphragme *integrum firmumque*. Cependant nous avons cru devoir rapporter ici cette curieuse observation, à cause de l'erreur même de Boyer, à cause aussi de quelques rapports qu'elle offre avec le sujet qui nous occupe, et enfin parce qu'elle est réellement fort remarquable.

Environ soixante-dix ans après, Becker, *Vicq-d'Azyr*, communiquaient à l'Académie des sciences un cas de véritable hépatocèle diaphragmatique, d'autant plus curieux alors qu'il était le seul assez bien observé. Voici ce qu'on lit dans les MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, année 1772, tom. II, pag. 81.

OBS. III. Dans le cadavre d'un enfant mort à la suite de convulsions assez vives peu après la naissance, M. Vicq-d'Azyr trouva dans la poitrine une tumeur considérable; voulant en connaître la nature, il ouvrit le bas-ventre et s'aperçut que le foie était déplacé et formait une hernie considérable au travers des fibres droites du diaphragme; cette tumeur volumineuse rejetait le poumon tout à fait à gauche, et elle avait eu d'autant plus de facilité à le déplacer que dans le fœtus le poumon n'est pas développé; le sac herniaire, qui contenait une partie considérable du foie, était plus étroit à son entrée qu'au fond, en sorte que ce viscère y était comme étranglé; aussi les veines et les conduits biliaires y étaient-ils gonflés outre mesure; cette portion était mollasse et comme spongieuse et la vésicule du fiel vide et affaissée. La veine ombilicale était très distendue et relevée vers l'orifice du sac herniaire. Cette tumeur était considérable et occupait une si grande place dans la poitrine qu'elle devait même gêner le cœur dans ses mouvemens, et c'est là vraisemblablement la cause de la mort de cet enfant. Le cœur, déjà très gêné dans ses mouvemens, a reçu une nouvelle gêne à la naissance de l'enfant par l'entrée de l'air dans les poumons; les organes de la respiration et ceux de la circulation se sont opposés de mutuels obstacles par la gêne où les tenait la tumeur; de là les convulsions et la mort.

On regrette en lisant cette observation que Vicq-d'Azyr n'ait pas mieux décrit le sac herniaire, l'ouverture diaphragmatique et même le foie, et qu'il n'ait point donné de détails sur la situation des organes environnans; on pourrait justement lui appliquer les reproches qu'il adresse à Stéhelin et Soltius de n'avoir pas assez bien et assez amplement décrit les faits à peu près analogues qu'ils ont eu lieu d'observer.

Enfin vient le fait que Portal a eu occasion d'observer et qu'il cite dans son ouvrage sur les maladies du foie, page 119. Elle est encore moins détaillée que la précédente, aussi est-elle fort incomplète : je cite textuellement.

OBS. IV. — Nous avons trouvé dans un enfant qui était mort peu d'heures après la naissance un écartement dans la portion du diaphragme qui répondait à la partie supérieure de la convexité du foie, dans l'intervalle que comprend le ligament coronaire, écartement par lequel le foie faisait une grande saillie dans la cavité droite de la poitrine.

Pour être le plus complet possible dans cet historique, nous ne pouvons passer sous silence deux cas d'hépatocèle diaphragmatique observés, l'un chez un anencéphale par M. Destrée, et l'autre chez un monstre par M. Cruveilhier. On comprend que l'état général de développement incomplet ou anormal des fœtus, chez lesquels on a eu lieu d'observer ces faits, distingue complètement ces cas de ceux qui précèdent et fait qu'ils doivent avoir pour nous beaucoup moins d'importance et d'intérêt. En voici cependant un aperçu succinct et assez complet.

---

la mouche du coche, et ils ne savent ni se faire estimer, ni se faire craindre, ni se faire aimer, ni se faire obéir.

Voilà pour les qualités nécessaires au dedans. Quant au dehors, notre énumération sera, dieu merci, moins longue; nous la réduisons à deux chefs principaux.

1° Le président d'une Académie doit, pour la représenter dignement, avec convenance et autorité, avoir une réputation et une considération personnelles de quelque importance et de quelque valeur. Un homme obscur, quels que fussent son mérite et sa capacité pour les devoirs intérieurs de ses fonctions, ne pourrait que mal figurer à la tête de la compagnie. Il doit avoir un éclat qui lui soit propre, et ne pas l'emprunter uniquement à sa position; car sa position, au lieu de l'élever, l'écrase, s'il n'a pas d'autre soutien. Il donne en ceci plus qu'il ne reçoit. Voilà pourquoi les sociétés savantes ou lettrées ont, en général, toujours choisi, par instinct, pour les représenter, les noms les plus brillans et les plus célèbres. A l'éclat de la renommée, il convient aussi de joindre la facilité de la parole, la correction du langage et un talent littéraire de quelque distinction. Ceci posé, il n'est pas besoin d'ajouter que si, au lieu de satisfaire à ces conditions pour ainsi dire vitales, une Académie est assez mal inspirée pour s'annuler aux yeux du monde en la personne d'un représentant insuffisant, illettré, et peu familiarisé avec les exigences de la grammaire, c'est une des plus grandes fautes qu'elle puisse commettre.

2° Indépendamment des facultés, qualités et vertus morales, précédemment indiquées, il faut que l'extérieur du président, et sa personne même, soient en harmonie avec son fauteuil, et n'y paraissent pas déplacés. Le maintien, le geste, l'action, en un mot, pour parler comme nos maîtres de rhétorique, doivent concorder en gravité, en mesure et en dignité avec le langage, et le langage et tout le reste avec la fonction et la position. Ainsi, un président, dans son fauteuil, n'est pas un juge sur son tribunal, ni un magister de village sur sa chaise, ni un prédicateur dans sa chaire. Il y a pour les professions savantes une tenue spéciale que le goût comprend, juge, et sait observer. Il y a aussi en ce genre un milieu à tenir; en deçà ou au-delà se trouve l'excès. Un président fashionable serait fort ridicule; mais aimeriez-vous mieux un quaker?

Voilà les observations que nous nous proposions de présenter avec la modestie qui nous convient, sur les conditions d'une bonne présidence d'Académie en général, et de l'Académie de médecine en particulier.

Nous pensons que ce n'est pas trop de demander quelques mois de délai pour faire cette trouvaille. Ainsi donc, à l'an prochain.

Obs. V. — M. Destrée, médecin à Milly (Aisne), a publié dans les Transactions médicales, t. xii, juin 1833, une observation de disposition anormale du foie et autres viscères trouvée chez un fœtus de cinq mois et demi.

Estomac, situé à la partie moyenne, supérieure et postérieure du thorax, derrière le paquet des intestins grêles et le poumon gauche, au-dessus de la base du cœur, devant les artères aorte et pulmonaire, ayant la grande courbure en haut et la petite en bas, l'ouverture pylorique au milieu de la petite courbure, la grande courbure adhérant intimement au corps des premières vertèbres dorsales.

Rate adhérant à la grande courbure de l'estomac et occupant le sommet de la cavité gauche du thorax.

Point *d'épiploon gastro-hépatique; l'épiploon gastro-colique* flottait sur quelques circonvolutions d'intestin grêle et renfermait deux corps glanduleux analogues à la rate.

Foie très volumineux, occupant presque tout l'abdomen et le lobe moyen la partie inférieure et antérieure de la cavité gauche du thorax, dans laquelle il pénètre par une large ouverture existant à la partie moyenne du diaphragme. Tout le côté gauche de ce muscle n'existait pas et laissait libre la communication des cavités gauches du thorax et de l'abdomen.

Le cœcum est situé à la partie moyenne et postérieure de la cavité gauche du thorax. Le *colon* descend ensuite entre le lobe moyen du foie et les reins, se porte sur la région iliaque droite, là il se recourbe et remonte vers l'ouverture du diaphragme qui lui a livré passage pour redescendre ensuite entre les deux reins, au-dessous desquels il forme deux S, pour se terminer par le rectum qui descend perpendiculairement dans le bassin. Ce dernier intestin a quatre fois au moins le volume ordinaire.

Reins volumineux, bosselés; capsules surrénales très petites; organes urinaires et générateurs comme de coutume.

Obs. VI. — On lit dans l'Anatomie pathologique, de M. Cruveilhier, liv. 19, p. 2, pl. 6, une observation de déplacement congénital du foie chez un monstre qui n'a vécu que cinq minutes. Cet enfant femelle fut envoyé à la Faculté de médecine par M. Caboche-Royer, officier de santé à Pierrefond.

Le foie était très volumineux; il recevait la veine ombilicale par un canal creusé à son centre et non dans un sillon. Deux portions du foie étaient dans la poitrine; elles ne tenaient au reste de l'organe que par un pédicule grêle. La portion du foie qui était contenue dans la cavité droite du thorax était cachée derrière le poumon droit. La portion qui était dans la cavité gauche du thorax était distincte du reste du foie par une espèce de rétrécissement correspondant au diaphragme, lequel manquait à gauche comme dans l'observation précédente.

Dans cette même partie gauche de la poitrine, on trouve en même temps une grande partie des intestins grêles et du gros intestin. Le cœcum y était aussi placé comme dans l'observation de M. Destrée.

Ce monstre offre un spina-bifida qui porte sur toutes les vertèbres du cou et sur quelques-unes du dos.

M. Cruveilhier n'a pas trouvé de pancréas.

Ce célèbre professeur, considérant que le fœtus était courbé en arrière, explique par une espèce de mouvement d'ascension tous ces déplacemens; en effet, une bonne partie des organes abdominaux ont été entraînés dans la cavité de la poitrine et quelques-uns des organes thoraciques occupent la région cervicale; le cerveau n'ayant pu prendre de développement en arrière, puisque la partie postérieure de la tête était appliquée sur le tronc courbé en arrière, s'est porté en avant par le trou occipital entre les vertèbres cervicales séparées.

On trouve dans *Ambroise Paré, Senac, Faucon, Morgagni*; dans *Glaudon* (Spécil. chirurg. observat. 28, page 68); dans *Fabrice de Hildon* (Observat. chirurg. cent. 2, obs. 33, page 108) due à *Sennert*.... etc., etc., des exemples de hernies diaphragmatiques *accidentelles*, dont quelques-unes même n'ont pas été suivies de mort; mais dans aucune la solution de continuité n'avait été assez grande pour permettre la hernie du foie. Comme parties herniées ces auteurs ne mentionnent que diverses portions des intestins. Je crois, en effet, que la lésion du diaphragme qui serait assez grande pour permettre la hernie d'une portion du foie, devrait sans aucun doute, soit par elle-même, soit par les autres lésions concomitantes, être plus ou moins promptement suivie de mort. Je ne conçois donc aucune observation d'*hépatocèle diaphragmatique accidentelle*.

Remarques. — Lorsque j'eus rassemblé ces observations je fus frappé de voir que chez toutes la hernie du foie avait eu lieu à *droite* (j'omets avec intention les deux dernières, quoique dans celle de M. Cruveilhier la hernie du foie eût également lieu à droite; mais ces observations, comme nous l'avons déjà observé, forment une série à part, et pour ainsi dire en dehors de notre sujet). Pourquoi ce rapport, pourquoi cette coïncidence? Il me semble facile de répondre à cette question. Si l'on se rappelle que chez le fœtus le lobe droit du foie est moins considérable que le gauche qui reçoit du sang tout à la fois et de la veine ombilicale et de la veine porte ventrale, on conçoit tout naturellement que ce soit la portion la moins développée, la plus petite qui fasse hernie de préférence à la plus grosse; en outre, le foie du fœtus, malgré la prédominance de volume de son lobe gauche, est toujours situé un peu plus dans l'hypocondre droit que dans le gauche.

A cette occasion, je dirai qu'on a donc eu tort d'écrire et d'enseigner que la hernie diaphragmatique du foie porte *le plus souvent* sur le lobe gauche (Boyer, tome viii, page 398); puisque jusqu'ici l'hépatocèle diaphragmatique n'a eu lieu qu'à droite. De plus, je crois même pouvoir dire, d'après quelques recherches que j'ai faites dans cette intention sur l'hépatocèle ombilicale, qu'il n'est pas bien démontré que cette espèce de hernie porte plus souvent sur le lobe gauche que sur le lobe droit.

Comment concevoir le mode de formation des hernies diaphragmatiques du foie? Il n'est pas facile de répondre. Je crois que les causes de ce déplacement ne peuvent guère être appréciables et je me tiens pour l'explication à celle que j'ai donnée plus haut en décrivant l'observation qui m'est propre comme possible et probable.

Je viens de lire dans l'Anatomie pathologique de M. Cruveilhier (livraison 17ᵉ, page 2) ce curieux passage :

« *Souvent* un sac herniaire diaphragmatique existe depuis longtemps sans qu'aucun viscère se soit introduit dans la cavité, ce qui s'explique aisément si l'on considère que c'est au niveau du foie que correspond presque toujours ce sac herniaire, etc., etc. »

Pourquoi cette fréquence de sacs herniaires diaphragmatiques trouvés au niveau du foie? M. Cruveilhier ne paraît même pas avoir pensé à cette question, j'en ignore complètement la solution. Mais pourquoi ces sacs herniaires s'étant formés, les trouve-t-on plus tard entièrement vides des parties qu'ils doivent de toute nécessité avoir primitivement contenues? Je crois que l'on peut assez bien s'expliquer ce fait.

Supposons, comme nous l'avons déjà dit, que pendant la vie intra-utérine, au moment même ou le diaphragme vient à être formé, le foie soit poussé de bas en haut vers le thorax, soit par une contraction de la matrice, soit par une pression trop grande des cuisses du fœtus contre la paroi antérieure de l'abdomen dans une flexion outrée de ce fœtus, on conçoit alors que le diaphragme déprimé par le foie puisse l'être au point de se rompre; plus tard, la portion herniée, venant à prendre de l'accroissement, pourra, par cela même, si l'ouverture diaphragmatique est restée large, être peu à peu chassée hors du sac herniaire et celui-ci finir par rester vide; si, au contraire, en s'accroissant, le lobe du foie hernié ne peut dilater le col du sac, s'il reste emprisonné, étranglé par l'anneau du diaphragme, il en résultera l'hépatocèle diaphragmatique persistante, c'est-à-dire un cas semblable à celui que nous avons eu lieu d'observer.

Un mot pour bien faire comprendre ce qui précède. Dans les entérocèles ordinaires la portion de l'intestin qu'elles contiennent peut grossir énormément sans pour cela s'échapper du sac, parce que cette partie herniée s'emplit peu à peu de matières alimentaires ou de matières fécales; elle grossit peu à peu du fond vers le col du sac, voilà pourquoi ces hernies s'engouent assez souvent. Dans l'hépatocèle, au contraire, la portion herniée du foie en s'accroissant grossit en masse et plutôt vers le col du sac que vers le fond, puisque la portion du foie qui répond au col est plus près du centre de cet organe, et par conséquent de la partie la plus considérable. Le col pouvant donc être ainsi dilaté peu à peu, on conçoit un moment où la portion herniée du foie pourra sortir du sac herniaire. Celui-ci, devenu vide, se rétrécit peu à peu en revenant sur lui-même, de manière à ne plus permettre la formation de l'hépatocèle.

Ces réflexions nous paraissent assez importantes; car, rapprochées des observations de M. Cruveilhier *sur la fréquence des sacs herniaires trouvés vides au niveau du foie*, elles tendraient à prouver que l'hépatocèle diaphragmatique a, par sa nature, de la tendance à se guérir de lui-même.

Je présume sans en être certain, M. Cruveilhier ne s'expliquant pas à cet égard, que ces sacs herniaires vides qui *se trouvent au niveau du foie*, portent surtout sur la partie du diaphragme qui répond le plus à cet organe, c'est-à-dire sur la portion droite. Il serait curieux de s'en assurer, car s'il en était ainsi, cela cadrerait avec les observations que nous avons rapportées, à savoir que l'hépatocèle diaphragmatique se fait ordinairement à droite, et l'on s'expliquerait d'autant mieux pourquoi ces sacs sont vides, que le lobe droit du foie primitivement le plus petit prend un accroissement énorme surtout après la naissance, et par cela même, comme nous venons de le dire, peut facilement se retirer peu à peu du sac herniaire.

Les observations que nous ont laissées les auteurs sont loin d'avoir l'importance et la valeur de celle que le hasard nous a fournie et que nous avons rapportée. Les deux dernières qui se rapprochent le plus de la nôtre (j'omets toujours celle de M. Deffrée et de M. Cruveilhier) ont été offertes par des enfans qui n'ont pu vivre; le sujet de celle de Becker est mort en langueur au bout de cinq ans; il offrit des troubles dans la respiration dès l'âge de deux ans, il y eut en outre déformation de la poitrine. La femme qui fait le sujet de notre observation au contraire

s'est toujours assez bien portée, sa poitrine n'était point déformée, et elle n'est morte que par accident à l'âge de 77 ans.

Je ne puis m'empêcher de faire ici un rapprochement assez curieux. On trouve dans les ŒUVRES POSTHUMES de J.-L. PETIT (tome II, p. 261) un fait de hernie diaphragmatique qui se rapprocherait assez de notre observation si le sac herniaire formé par la plèvre, le péritoine et de plus par les fibres du diaphragme simplement refoulées, avait contenu une portion du foie au lieu de renfermer l'estomac, une partie du colon et de l'épiploon; car l'homme qui portait ce déplacement était comme Mariette Marlieu attaqué d'un prétendu *asthme*, il en était soulagé dès qu'il avait mangé. Cet homme, déjà âgé, fut atteint et mourut d'une inflammation de bas-ventre, que des médecins à cause des symptômes observés vers la poitrine et fournis par la hernie méconnue prirent pour une hydropisie de cette cavité.

On trouve aussi rapporté dans l'ANATOMIE PATHOL. de M. CRUVEILHIER (livraison 17e, page 1re, planche 5) un fait d'entéro-épiplocèle diaphragmatique dont le sac herniaire avait la plus grande analogie avec celui de notre observation. Il était de même formé par le péritoine et la plèvre; seulement, contrairement au nôtre, ainsi qu'au sac herniaire de l'observation d'épiplocèle diaphragmatique rapportée par Beclard, il paraît qu'il fut facile de séparer l'une de l'autre les deux séreuses. Ce fait fut observé chez une femme de la Salpétrière, rachitique, âgée de 75 ans environ, sujette depuis quelques années à des coliques très-vives mais passagères.

Le *diagnostic* de l'hépatocèle diaphragmatique n'est guère utile sous le rapport de la *thérapeutique*, en le supposant même toujours possible; car l'art me paraît devoir être impuissant; il n'est pas probable qu'on puisse jamais réduire, pas plus que maintenir réduite cette sorte de hernie; la saine raison veut que le rôle du médecin se borne à donner des conseils hygiéniques. Mais sous le rapport de la séméiologie, il n'en est pas de même, elle peut être la cause de graves erreurs, il importe donc de pouvoir la reconnaître. On pourrait, comme dans l'observation de J.-L. Petit, la confondre avec une hydropisie de poitrine. On se rappelle à quelles erreurs avait donné lieu le fait observé par Becker. Quant au sujet de notre observation, on peut penser que chez cette femme le déplacement du foie aurait pu nuire au diagnostic d'une affection du poumon droit ou de la plèvre du même côté; lors d'une péricardite ou d'une maladie du cœur, le poumon se trouvant chez elle placé au-devant du cœur, aurait bien certainement nui à la juste appréciation des bruits de cet organe. Après une fièvre intermittente il eût été facile de prendre le développement du lobe gauche du foie pour une persistance du gonflement de la rate. Mais une considération qui est peut-être la plus importante est celle qui a rapport à l'opération de l'empyème. Chez cette femme l'opération n'eût pas été possible à droite; à gauche si l'on se rappelle que la rate était refoulée jusque vers le cinquième espace intercostal, on comprendra combien le précepte de Laennec sur le lieu à choisir pour pratiquer cette opération eût été ici sage et prudent. Nous ajouterons donc, avec tous les pathologistes, comme conclusion de ce qui précède, qu'on ne saurait tenir un compte trop exact de la position et du volume du foie, de la rate et aussi de l'estomac dans le diagnostic des diverses affections des organes thoraciques.

Toutes les considérations précédentes nous conduisent naturellement à nous demander si, dans l'observation qui nous est propre, le diagnostic eût été possible. Je crois qu'on aurait pu soupçonner cette hernie, et peut-être même approcher beaucoup de la réalité, s'il n'était pas possible de la rendre palpable et évidente; car l'absence de matité dans l'hypocondre droit, la matité, au contraire, très développée dans l'hypocondre et le flanc gauches, l'appréciation directe par le palper du développement du lobe gauche du foie, les nouvariations en plus et surtout en moins de la matité à la région postérieure du thorax du côté droit, l'absence de respiration dans toute cette même partie, la dyspnée habituelle et sans accès que portait cette femme, enfin, avec tout cela, une santé assez bonne et sans bruits morbides dans les poumons, ni dans le cœur, auraient pu assez bien, ce me semble, faire présumer cette lésion.

Nous rappellerons cependant ici ce que dit M. Sanson (*hernies diaphrag.*, DICT. DE MÉD. ET DE CHIRURG. PRATIQUE, t. IX, p. 616) « que la situation même de ces hernies les soustrait à *tous* nos moyens d'investigation. » Mais nous ne pouvons pas être si exclusifs et nous supprimons le mot *tous*; car peut-être doit-on espérer qu'à l'avenir, si des faits semblables deviennent plus nombreux, et surtout sont bien observés à l'aide du stéthoscope et de la percussion médiate, le diagnostic en soit possible.

Nous croyons qu'on peut assez bien se rendre compte de la formation des calculs biliaires trouvés chez Mariette Marlieu, par la compression que ces canaux biliaires devaient quelquefois, par des changemens de position, éprouver sur les bords épais et résistans de l'ouverture du diaphragme et par la rétention de la bile comme suite nécessaire. Les veines et les conduits biliaires trouvés gorgés respectivement de sang et de bile dans l'observation de Vicq-d'Azyr, appuient cette manière de voir.

Nous nous expliquons de même les indispositions bilieuses auxquelles cette femme était sujette; les canaux comprimés venant à changer de place, la bile retenue refluait en plus ou en moins grande abondance dans le duodénum à des heures où sans doute elle n'était pas nécessaire et excitait ainsi inutilement cet organe.

Enfin, pour terminer, nous remarquerons que si, pour l'hépatocèle diaphragmatique, comme pour toutes les autres espèces de hernies diaphragmatiques, on peut dire avec les auteurs que les sujets qui portent ce vice de conformation périssent en général peu de temps après leur naissance, nous voyons aussi par notre observation que ce n'est pas toujours là une suite nécessaire de la hernie du foie à travers le diaphragme, et qu'avec ce vice congénial on peut vivre d'une assez bonne santé et d'une aussi longue vie que lors d'une bonne et normale conformation.

La science possède déjà des travaux importans sur un certain nombre d'observations d'entérocèle diaphragmatique congéniale ou accidentelle trouvées chez des sujets adultes; mais jusqu'ici il n'y avait que quelques matériaux épars sur la hernie diaphragmatique du foie, et l'on ne connaissait pas un seul fait d'hépatocèle diaphragmatique observée chez une personne aussi âgée (77 ans). J'ai donc pensé qu'il n'était pas sans intérêt de chercher à faire connaître ce point de la science.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. HUFELAND'S JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE, continue par OSANN.

Les cahiers d'octobre, de novembre et de décembre contiennent : 1° *Sur la symptomatologie*; par le docteur Kriegelstein. Aphorismes qui dénotent un grand esprit d'observation; mais dont beaucoup sont au moins douteux; 2° *Quelques remarques sur l'inflammation des os*; par le docteur Ebel (rien de nouveau); 3° *Observation d'une lèpre tuberculeuse; mort*; par le docteur Ideler. L'autopsie ne fut pas accordée. 4° *Sur les succédanés du café*; par le docteur Rampold; 5° *Sur la fibrine dans le sang veineux chez l'homme*; par le docteur Stannius; 6° *Sur la constitution médicale de Lunebourg pendant 1837*; par le docteur Fischer; 7° *Hallucinations, suite d'une métastase rhumatismale (??)*; par le docteur Droste; 8° *Sur la nature et le traitement de la manie puerpérale*; par le docteur Koesch. L'auteur regarde cette maladie comme une grande irritabilité morbide de l'organe central du système nerveux avec faiblesse de la circulation dans cet organe, et considère les narcotiques, et, avant tout, l'opium, comme les médicamens les plus convenables; 9° *Sur quelques maladies des voies urinaires*; par le docteur Tott. Rien de saillant, si ce n'est l'histoire d'un malade qui, pendant une salivation qui a duré cinq jours, n'a pas rendu une seule goutte d'urine; sa salivation combattue, les fonctions des reins se sont complètement rétablies; 10° *Remarques sur la dysenterie*; par le professeur Seifert (description d'une épidémie); 11° *Sur l'emploi des frictions mercurielles*; par le docteur Burger, de Berlin. L'auteur rapporte deux cas d'inflammation du cerveau, un de croup, un de pneumonie, observés chez des enfans, où des frictions faites sur les cuisses ont rendu de très grands services; 12° *Sur la vaccination et la revaccination*; par le docteur Roesch, de Schwenningen. Dans les variétés, nous trouvons l'histoire d'une héméralopie, héréditaire depuis deux siècles dans une famille de la commune de Vendémon, près Montpellier, par M. Florent Cuuier. Gand, 1838. Il résulte des actes authentiques, que plus de 600 individus ont été affectés de cette infirmité depuis deux cents ans. Cette hérédité n'est propre qu'à une seule famille. Il a toujours été constaté qu'un des parens de l'enfant en était atteint lui-même; mais le plus souvent la mère.

SUR LA FIBRINE DANS LE SANG VEINEUX CHEZ L'HOMME; par M. HERMANN STANNIUS, professeur à l'Université de Rostock, mémoire lu à la société médico-chirurgicale de Hufeland.

Pour faire ses recherches, le professeur Stannius a reçu le sang tiré d'une veine dans un vase en verre taré, et l'a battu avec soin à l'aide d'une baguette également tarée. Les grumeaux de fibrine obtenus par cette opération ont été enlevés avec soin et les poids des instrumens, ainsi que celui de la matière à examiner, a été soigneusement défalqué du poids total; puis l'opérateur a eu soin de laver la fibrine obtenue, de la sécher ensuite au soleil, et de la peser encore après sa dessiccation. Dans une au-

tre expérience, il a tiré du même individu, en prenant les mêmes précautions, du sang qu'il a laissé coaguler spontanément. Le caillot résultant a été soigneusement exprimé, coagulé sur le feu et ensuite desséché. Le sérum a aussi été coagulé sur un feu lent et également séché. Après leur dessiccation complète, ces deux produits ont été également pesés; de cette manière, M. Stannius croit être arrivé à la connaissance des rapports des parties solides du sang à l'eau que ce fluide contient.

L'auteur, après avoir décrit les procédés qu'il a suivis dans ses expériences, les rapporte; elles sont au nombre de vingt-huit; puis il donne un tableau des résultats qu'il a obtenus, et qui peuvent se résumer ainsi:

1° La quantité de fibrine contenue dans le sang veineux varie selon les individus et les maladies dont ils sont affectés. Son chiffre se trouve entre 1,034 et 7,083 sur 1,000 parties de sang.

2° Le chiffre moyen de la fibrine contenue dans 1000 parties de sang est donc 3,595.

3° La quantité la plus minime se trouve chez les individus dont l'état se rapproche le plus de celui de la santé; sur 1000 parties, il n'y avait que 1,34 et 1,546.

4° La plus grande quantité se trouve chez les individus affectés d'inflammation (des poumons); sur 1000 parties, il y avait entre 5,585 et 7,083.

5° Chez les phthisiques aussi, l'abondance de la fibrine était remarquable; elle était entre 3,070 et 4,917; sur 1000 parties, les dernières périodes de la maladie ne paraissent avoir aucune influence.

6° Chez deux femmes enceintes, elle était de 2,942 et 4,305 sur 1000 parties de sang.

7° Dans le sang où il y a peu de fibrine, il y a aussi peu des autres principes solides; plus il y a de fibrine, plus il y a d'autres principes solides. Il ne faudrait cependant pas en conclure qu'en général la somme des autres parties solides soit toujours proportionnelle à la masse de la fibrine; car il peut y avoir beaucoup de fibrine, avec abondance de principe aqueux.

8° Sur 1000 parties de principes solides du sang, il y a, terme moyen, 15,728 de fibrine.

9° La quantité d'eau était entre 657,935, et 120,557 sur 1000 parties de sang.

10° Le terme moyen de l'eau était, sur 1000 parties de sang, 782,995.

M. Stannius finit par comparer ses recherches très intéressantes avec celles des autres auteurs qui ont écrit sur cette matière.

SUR LA VACCINATION ET LA REVACCINATION; par le docteur ROESCH, à Schwenningen.

M. Roesch, connu par beaucoup de travaux intéressans, nous donne, dans cet article, le résultat de ses recherches faites pendant une épidémie de variole en 1835-36, pendant laquelle il a entrepris la revaccination sur 2709 individus. Cet article, qui n'est que le résumé d'un plus long travail publié antérieurement (UNTERSUCHUNGEN AUS DEM GEBIETE DER HEILWISSENSCHAFT, v. t. II, p. 1-62), acquiert d'autant plus de confiance qu'une expérience plus étendue est venue confirmer les conclusions suivantes:

1° La varioloïde et la variole ont une origine commune et s'engendrent réciproquement; ces deux formes de maladies ne diffèrent pas essentiellement, et il n'y a de différence que dans l'intensité de leurs symptômes, depuis les plus benins jusqu'aux plus graves.

2° La varioloïde, c'est-à-dire la forme mitigée ou hybride des pustules varioleuses, se rencontre chez les individus non vaccinés, et ayant déjà eu antérieurement la petite vérole; mais s'observe le plus souvent chez les individus vaccinés. La vaccination, aussi peu que la véritable variole, ne garantit donc pas absolument contre la varioloïde; cependant, cette dernière s'observe plus souvent après la vaccination qu'après la véritable variole.

3° Ce n'est que dans les cas les plus rares qu'un sujet bien vacciné se trouve atteint dans la suite de la variole complète; le plus souvent il n'y a qu'une simple fièvre varioleuse, avec éruption de quelques pustules s'approchant des limites de la véritable variole. Par l'inspection de la cicatrice de la vaccination, on ne peut pas préjuger en faveur d'une forme plus douce de la varioloïde à venir.

4° La prédisposition à la varioloïde ne se reproduit qu'après cinq ou six ans après la vaccination; c'est ainsi que je n'ai vu aucun enfant au-dessous de 7 ans, et très rarement au-dessous de 12 ans, affecté de varioloïde, et encore, dans ce cas, est-elle très benigne. La prédisposition augmente depuis l'âge de 12-22 ans, et la maladie devient proportionnellement plus grave; de 22-30 ans, la prédisposition reste stationnaire; au-delà de cet âge, la maladie devient plus rare et de nouveau plus benigne. Les femmes sont plus prédisposées à la maladie que les hommes.

5° Le succès de la revaccination est nul ou incomplet dans les 5-6 premières années; il ne forme que des papules prurigineuses qui disparaissent vers le sixième jour, et point de véritables pustules à l'endroit de la vaccination. Après la septième année, le succès, quoique variable, est plus fréquent; il se forme très souvent avec un gonflement notable autour des piqûres de la vaccination, et autour des glandes de l'aisselle un mouvement fébrile avec apparition de pustules irrégulières, mûrissant promptement, et tombant sous forme de croûtes au bout d'un temps très court. A partir de l'âge de 12 jusqu'à 25 ans, 40 individus sur 100 vaccinés prennent la vaccine modifiée. Déjà vers la huitième année, on voit çà et là un succès complet; au-delà, il devient toujours plus fréquent; il est le plus constant de la quinzième à la vingt-cinquième année; alors 20 sur 100 peuvent être revaccinés. Au-delà de la vingt-sixième année, le succès est moins complet, plus modifié, et le plus souvent on n'observe point de réaction à l'endroit des piqûres. Les femmes, les individus replets et blonds présentent un succès plus variable et plus complet que les hommes, les sujets maigres et rembrunis.

6° Je n'ai pas vu un seul individu revacciné avec succès complet ou modifié qui ait été ensuite atteint de la variole. Lorsque la revaccination a eu peu ou point de succès, les sujets ont pu prendre la variole plus tard; car il paraît que la prédisposition pour la vaccination comme pour la variole n'est pas toujours la même; elle est tantôt plus, tantôt moins forte. La revaccination est donc un succédané nécessaire de la vaccination; celle-là sera le plus convenablement pratiquée vers la douzième année, si l'individu a été vacciné à la première après la naissance. Si la revaccination ne prend pas, ou si elle ne donne qu'un résultat incomplet, il faut la répéter tous les ans, jusqu'à ce qu'elle présente un succès complet ou modifié, ou bien encore jusqu'à ce qu'on l'ait répétée pendant un certain nombre d'années sans aucun résultat.

Ces recherches déjà faites en 1835-36 ont été confirmées depuis en tout point par l'observation de nouvelles épidémies et des expériences sur la revaccination. Une circonstance digne de remarque, c'est que dans l'armée wurtembergoise et prussienne, où on garde les soldats dans la chambre, et où on les met au régime et au repos, le succès a été d'un tiers jusqu'à deux cinquièmes, tandis que pour les revaccinations faites sur des individus se livrant immédiatement au travail, le succès est bien loin d'atteindre ce chiffre. M. Roesch est en outre d'accord avec M. le professeur Heim qui a fait la remarque que la matière prise sur des individus revaccinés et adultes opérait plus facilement sur des adultes vaccinés que le vaccin ordinaire pris sur des enfans; mais il faut avoir bien soin, si on veut obtenir un résultat complet, de ne pas prendre de vaccin sur des pustules hybrides ou modifiées. Si quelques observateurs prétendent avoir obtenu un succès de 50 sur 100, c'est qu'ils ont réuni les résultats de revaccination complets avec ceux qui sont restés incomplets ou modifiés.

M. Roesch, d'après toutes ses recherches, finit par conclure avec l'expression d'une profonde conviction que l'isolement pour garantir contre la variole est une mesure défectueuse, et qu'il n'y a qu'un seul moyen pour extirper à jamais la variole, c'est la vaccination et la revaccination.

II. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE AVEC EXPULSION DES PARTIES DU FOETUS PAR L'ANUS APRÈS ENVIRON VINGT ANS; par le docteur SPAETH.

Quoique les annales des accouchemens rapportent plusieurs faits analogues dont les plus remarquables ont été rapportés par la GAZETTE MÉDICALE (p. 616, 1835), l'observation suivante ne mérite pas moins d'être reproduite.

OBS. — Madame N., âgée de 68 ans, régulièrement menstruée depuis l'âge de 14 ans, jouissant toujours d'une excellente santé, a accouché cinq fois, et a mis au monde six enfans. A l'âge de 48 ans, la menstruation cessa tout à coup. Depuis cette époque, N. N. ne se portait plus aussi bien qu'auparavant; elle se plaignait d'affections du bas-ventre: vomiturítions, vomissemens, souvent diarrhée, souvent ob tructions, lassitude, vertiges, gonflement des pieds; le bas-ventre augmenta visiblement de volume dans les premiers mois, surtout au côté gauche; douleurs plus ou moins violentes du bas-ventre, et devenant plus fortes par un décubitus au côté droit. Comme elle n'avait plus accouché depuis 19 ans, elle ne supposait pas pouvoir devenir enceinte à l'âge de 48 ans; néanmoins elle consulta et apprit à son grand soulagement que les souffrances finiraient par un accouchement.

Vers le sixième mois, après la cessation de la menstruation, elle crut sentir les mouvemens de l'enfant et reconnaître distinctement à travers ses parois du bas-ventre des parties de celui-ci. Elle eut des douleurs pongitives dans les

seins qui se tuméfièrent et laissèrent échapper plus tard du lait par la pression.

Au dixième mois, des maux d'enfantement se déclarèrent; la malade crut voir arriver le terme de ses souffrances; mais cet espoir se perdit bicotôt, lorsqu'une sage-femme en la touchant ne trouva aucun signe d'un commencement d'accouchement, et déclara qu'elle n'était pas enceinte. Les violens maux du bas-ventre durèrent pendant douze semaines; au bout de ce temps, la malade put quitter le lit; les mouvemens de l'enfant cessèrent; le bas-ventre diminua de volume, mais resta toujours sensible au côté gauche.

Une année après ces violens maux, elle ressentit, en allant à la selle, des douleurs à l'anus, et trouva parmi les matières un grand morceau de chair qui paraissait être toute fraîche; et à chaque évacuation, elle en trouva d'autres plus ou moins gros. A la fin, elle vit partir des petits os ronds, trouvés au milieu des vertèbres. Plus tard, des os larges, aplatis et oblongs; et une fois une dent. Des morceaux de chair partirent pendant six mois, et des os en plus ou moins grande quantité furent expulsés pendant dix-huit mois. Depuis cette époque, ils devinrent toujours plus rares, surtout dans les dernières dix années. Ce n'est que l'hiver dernier qu'elle vit de nouveau pour la première fois depuis quatre ans un petit os. Les douleurs, au commencement plus ou moins vives, d'après la grandeur et la forme des os qui accompagnaient les selles, disparurent plus tard. On n'a jamais observé des diarrhées purulentes. La menstruation ne s'est plus déclarée. Sauf les digestions qui sont pénibles, la femme se porte assez bien. Le bas-ventre est encore toujours distendu, et de temps en temps douloureux au côté gauche, où elle croit avoir dans la profondeur un corps dur et rond, mais qui n'est pas sensible au toucher. Il ne fut pas permis d'explorer la femme par le vagin et par l'anus.

Nous avons assez de confiance en M. Spaeth pour croire cette observation véridique, quoiqu'il n'en tienne les détails que de la bouche de cette femme.

SUR LE TRAITEMENT DE LA GALE DANS L'ARMÉE WURTEMBERGOISE; par le docteur HEIM, médecin militaire à Ludwigsbourg.

La méthode généralement employée pour le traitement de la gale avec le savon vert (GAZETTE MÉDICALE, p. 746, 1834) dans le royaume de Wurtemberg et autres états de l'Allemagne n'a pas l'approbation de M. Heim. Cinq cents galeux traités dans la garnison de Ludwigsbourg par cette méthode ont donné un chiffre moyen de dix-neuf jours de traitement; mais ce qu'il y avait de plus fâcheux, c'est que les récidives étaient très fréquentes, et pourtant on avait pris toutes les précautions nécessaires pour purifier les vêtemens qui, en général, furent mis au rebut. Quatre-vingt-neuf revinrent à l'hôpital pour la seconde fois; vingt-deux pour la troisième, quatre pour la quatrième, et un pour la vingt-septième fois. M. Heim, après avoir rapporté les diverses méthodes employées dans les différentes garnisons, se déclare en faveur de celle dite anglaise, introduite par Gerson dans la légion anglo-germaine, et plus tard adoptée dans les armées de Prusse, du Hanôvre et de Westphalie. Par cette méthode que nous avons fait connaître (GAZETTE MÉDICALE, p. 752, 1837), on voit souvent apparaître dans les premières vingt-quatre heures un grand nombre de nouvelles pustules à côté des anciennes qui commencent à sécher et qui disparaissent ensemble dans les vingt-quatre heures subséquentes. Il ne fallait jamais plus de cinq à six frictions de l'onguent indiqué qui furent faites dans quarante-huit heures, pendant lesquelles le malade était couché entre deux couvertures. Après une expérience de six ans (1819-25) faite sur 1,478 soldats, l'auteur est arrivé au résultat suivant :

1° La méthode de Gerson pour guérir la gale est sans danger. Les furoncles, les éruptions consécutives de toute nature sont après cette méthode bien plus rares qu'après les fumigations sulfureuses de Gales, ou après le traitement récemment recommandé par le savon vert ou noir. Jamais on n'a observé des maladies consécutives internes.

2° Cette méthode est rationnelle, en ce que l'éruption de la gale est remplacée par une autre secondaire; cette réaction de la peau est plus sûre, moins fatigante et plus prompte qu'après tout autre traitement.

3° Elle guérit les cas récens comme les plus invétérés dans le même espace de temps, ordinairement en cinq jours, ce qui n'a pas lieu dans les autres méthodes.

4° Les récidives sont bien moins fréquentes après la méthode de Gerson qu'après le traitement par le savon vert. Sur cinq cents individus il n'y en a eu que dix-huit qui ont eu la gale pour la seconde fois, trois pour la troisième et un pour la quatrième fois.

En 1825, on avait abandonné la méthode de Gerson dans l'hôpital militaire de Ludwigsbourg, parce qu'on avait trouvé plus convenable de traiter les soldats hors des hôpitaux; celle-ci fut remplacée par les fumigations sulfureuses de Gales, qui paraissaient fournir un résultat encore plus avantageux, mais qu'une expérience de quelques années a bientôt ramené à sa juste valeur. La méthode dite anglaise, oubliée à tort ou à raison, a été reprise par M. le docteur Vezin, qui a publié un travail sur ce sujet en 1836, ce qui a donné lieu à de nouvelles expériences, qui ont été très favorables.

OBSERVATION DE LA PRÉSENCE D'UN LIMAÇON VIVANT DANS L'ESTOMAC D'UN HOMME; par le docteur BERG.

Les cas bien authentiques où des animaux vivans, autres que les entozoaires, ont séjourné, pendant quelque temps, dans le corps humain, sont assez rares.

OBS. — M. C., porteur à D., âgé de 29 ans, toujours bien portant, fut atteint, au mois de septembre 1836, de la dyssenterie. Depuis cette époque, sa digestion était devenue pénible. A partir de juin 1837, cette indisposition ne fit qu'augmenter; au mois de juillet, il s'y joignit de la céphalalgie et des vertiges, et, plus tard, un sentiment d'oppression. Le malade devint triste et parla beaucoup de sa fin prochaine. Un purgatif améliora, pour quelques jours, son état. Plus tard, C. croyant avoir des vers, réclama les anthelmintiques, mais qui restèrent absolument sans effet. Dans la supposition d'un état hémorroïdal, on prescrivit :

Prenez : Assa-fœtida, lait de soufre cru.... 1 gros.
Bi-carbonate de potasse.......... 2 gros.

Faites 120 pilules.

Le malade en prit douze par jour en quatre fois. Sous l'influence de ces pilules, qui furent données au mois d'octobre, l'état du malade devint peu à peu plus satisfaisant, en sorte qu'on pouvait espérer une prochaine guérison; mais lui, qui ordinairement ne buvait pas de vin, en prit, par extraordinaire, deux chopines à la fin de janvier. Le même soir, tous les symptômes ressentis antérieurement se réveillèrent et ne firent qu'augmenter dans la huitaine : sentiment d'oppression très fort, appétit nul, estomac distendu, éructations, malaise, quelquefois vomissemens muqueux, figure pâle et grippée, grande faiblesse. Le neuvième jour, le 3 février, à 9 heures du soir, le malade, en se préparant pour se coucher, rendit, avec beaucoup d'efforts, une bouche pleine de mucosités, dans lesquelles on trouva un petit limaçon vivant (*limax agrestis*) un pouce et demi de longueur, d'un gris foncé sur le dos, blanc au ventre. Le malade se rappela que fin mai ou commencement juin au soir, il avait senti le passage d'un corps dur en buvant de l'eau.

RUPTURE COMPLÈTE DU TENDON QUI S'INSÈRE AU-DESSUS DE LA ROTULE; par le docteur LOUIS MARTINI, de Biberach.

OBS. — Un homme âgé de 74 ans, très gros, fit, le 3 mai 1834, une chûte en avant sur un escalier et se rompit le tendon du triceps fémoral tout près de la rotule. Cette rupture était reconnaissable à un enfoncement très prononcé dans l'endroit indiqué, et dans lequel on pouvait coucher quatre doigts. Le malade était dans l'impossibilité complète de ramener dans l'extension la jambe fléchie sur la cuisse. La nature du mal, l'âge du sujet, son extrême embonpoint, les grandes chaleurs qui régnaient dans la saison où l'accident était arrivé, rendaient le pronostic très défavorable; il s'y joignit, en outre, une fièvre nerveuse, accompagnée de délire et de douleurs dans la région hypogastrique droite.

Quelque grande que fût l'analogie de cette rupture avec une fracture transversale de la rotule, les indications en étaient bien différentes, et aucun des moyens employés pour cette dernière maladie ne pouvait être mis en usage pour le cas présent. Dans tous les appareils, qui ont été inventés par Bell, Zanker, Büking, Boyer, Evers, Cooper, etc., etc., pour maintenir les deux fragmens de la rotule en respect, il existe un lien quelconque qui est destiné à prendre son point d'appui sur le fragment supérieur, et le chirurgien trouve encore une ressource précieuse dans la saillie de celui-ci pour le ramener en bas et maintenir les muscles antérieurs de la cuisse dans l'extension. Dans la rupture du tendon, au-dessus de la rotule, au contraire, on n'a plus aucune prise sur l'extrémité supérieure du tendon rompu, et qui tend à se cacher dans les masses charnues et les couches graisseuses dont l'individu qui fait le sujet de cette observation était si amplement pourvu. C'est aussi pour cette raison que le bandage unissant pour les plaies en travers des membres, et recommandé dans ces cas par le docteur Ott, ne pouvait pas convenir non plus. Le seul parti à prendre était de placer le membre dans une position convenable, de mettre les muscles extenseurs dans le plus grand relâchement possible et de rapprocher les parties divisées, sans les tirailler par des liens multipliés. A cet effet, M. Martini fit placer le malade sur un double plan incliné; le tronc, fortement soulevé, a été plutôt assis que couché, tout le membre pelvien étendu sur une planche qu'on inclinait à volonté vers le tronc et avec laquelle on fléchissait aisément la cuisse sur le bassin. L'appareil est fort simple; il a été vu par l'auteur chez Gosner, chirurgien de première classe à Vienne : il consiste en deux bouts de planches unies par une charnière, et susceptibles d'être éloignées l'une de l'autre par une crémaillère qui se met entre les deux. Des chevilles fixées dans la planche supérieure la convertissent en une espèce de gouttière et empêchent le membre de glisser sur le côté. Le blessé guérit parfaitement. Étant venu à mourir, un an après, d'un coup d'apoplexie, M. Martini a pu constater, par l'autopsie, que les bouts de tendon rompus s'étaient réunis à l'aide d'un tissu fibreux intermédiaire très résistant, à peine d'un travers de doigt de large. Les tissus des cicatrices se prolongeaient aussi dans la capsule articulaire et démontraient que la déchirure s'était étendue jusque dans cette dernière.

OBSERVATION DE FIÈVRE TYPHOÏDE; par le docteur CLESS.

OBS. — Un cordonnier, âgé de 24 ans, était entré en convalescence, à la troisième semaine, d'une fièvre typhoïde. La tête était complètement libre, la langue humide, les selles régulières, l'appétit bon; le pouls seul paraissait en-

core un peu irrité. Les forces étaient revenues au point que le malade pouvait se lever pendant qu'on faisait son lit.

Le trente-quatrième jour de la maladie, il fut pris subitement de violentes douleurs de tout le bas-ventre, accompagnées de sueurs froides et de vomissemens; les extrémités étaient froides.

A l'autopsie, on trouva, au tiers de l'iléon, trois perforations. Une de ces ouvertures, ronde, à bords affaissés, avait un demi-pouce de diamètre; les autres n'avaient que quelques lignes. Outre ces ulcères, on en trouva encore d'autres qui étaient presque perforés, et un tout petit qui paraissait en voie de cicatrisation. Partout on trouvait des matières fécales épanchées. Le péritoine était rouge et épaissi.

Cette observation est intéressante en ce qu'elle démontre, d'une manière évidente, que les ulcères persistent et peuvent faire des progrès lors même que tous les symptômes de la fièvre typhoïde ont disparu; pourtant nous ne voudrions pas, avec l'auteur, en tirer la conclusion convaincante que la fièvre typhoïde ne consiste, en aucune manière, dans les ulcères. Cette question est loin d'être résolue. Ce qui est digne d'être noté comme une circonstance rare, c'est la perforation, qui u'a amené la mort que le septième jour.

OBSERVATION D'UN CAS DE FISTULE URINAIRE A L'HYPOGASTRE, SUITE DE PONCTION DE LA VESSIE, MAINTENUE OUVERTE PENDANT ONZE ANS A L'AIDE D'UNE CANULE DE TROCART; par le docteur NICK, à Issny.

L'individu qui fait le sujet de cette observation était âgé de 72 ans lorsqu'on pratiqua sur lui la ponction de la vessie à l'hypogastre, tous les moyens mis en usage pour rétablir le cours naturel des urines étant restés infructueux. On changea régulièrement la canule deux fois par semaine, et on empêcha assez facilement l'écoulement de l'urine au-dehors de la canule, à l'aide de rondelles en cuir, appliquées autour de l'ouverture fistuleuse. Le malade a porté la canule pendant onze ans et s'est généralement bien porté. Deux fois, dans cet espace de temps, en voulant remplacer la canule, on a perdu la trace du trajet fistuleux, et on fut obligé de répéter chaque fois la ponction.

A l'autopsie du malade, mort de marasme sénile, on trouva la ponction membraneuse de l'urètre transformée en un cordon ligamenteux. La vessie, épaissie dans ses parois, renfermait un calcul d'un gros et demi à peu près et des graviers.

III. ZEITSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE MEDICIN; publié par FRICKE et OPPENHEIM.

Les cahiers de décembre 1838, de janvier et de février 1839 contiennent les notices et articles originaux suivans: 1° *Sur les causes de la présentation de la face dans les accouchemens, avec quelques remarques historiques concernant le traitement;* par le professeur Osiander; 2° *De la chirurgie et de ses doctrines, ou commentaire sur l'ouvrage de Macilvain, intitulé* MEDICINE AND SURGERY ONE INDUCTIVE SCIENCE; par le docteur Steinheim, d'Altona, 3° *Episioraphie pour un prolapsus du vagin et de la vessie;* par le docteur Knorre, de Hambourg. Nouveau succès complet de cette opération; mais sera-t-il constant? C'est ce que l'avenir seul nous apprendra. 4° *Du chatouillement, ou analyse du rire comme premier degré d'aliénation mentale;* par le docteur Nathan, de Hambourg. (Article de psychologie souvent bien vaporeuse.)

SUR LES CAUSES DE LA PRÉSENTATION DE LA FACE DANS LES ACCOUCHEMENS, AVEC QUELQUES REMARQUES HISTORIQUES CONCERNANT LE TRAITEMENT; par le professeur OSIANDER, de Gottingue.

Dans cet article, M. Osiander, après avoir parcouru d'une manière historique cette question, dont la réponse reste pour nous aussi problématique qu'auparavant, énumère les différentes opinions émises sur ce sujet par les auteurs qui les rapportent: à de violens vomissemens (Ph. Pen), à la toux, aux convulsions de la mère, aux spasmes de l'utérus (Rœderer): aux coliques, aux commotions générales du corps, aux ballottemens pendant le toucher, aux procédés opératoires vicieux, à l'inclinaison en avant de la mère pendant le travail, au vice de conformation du bassin (F.-E. Hesse); à la disproportion de la tête, aux exostoses dans le bassin, à la rupture prématurée de la poche des eaux, à la position vicieuse de la totalité du corps de l'enfant (Levret); à la direction vicieuse des forces expulsives de l'utérus (Baudelocque), à la position vicieuse constante de la face pendant la grossesse (A. E. de Siebold), à l'obliquité de l'utérus, à l'obliquité du bassin, à la distension de l'utérus par un excès d'eaux d'amnios, au développement inégal du segment inférieur de l'utérus (Mende), aux efforts de l'utérus pour ramener un fœtus mal placé dans une position plus favorable (Busch): à toutes ces opinions, M. Osiander ajoute les deux suivantes:

1° Un obstacle quelconque du côté de la mère ou du fœtus, qui empêche que la tête ne s'engage dans le bassin dans une direction normale.

2° L'hérédité dans les familles dont les individus ont l'habitude d'incliner l'occiput sur les épaules et de regarder en l'air; ce qui supposerait dans ces familles un raccourcissement dans les muscles de la nuque, avec affaiblissement des muscles antérieurs du cou.

IV. NEUE ZEITSCHRIFT FUR GEBURTS-KUNDE, publié par BUSCH, d'OUTREPONT et RITGEN (1).

Le troisième cahier du sixième volume et le premier cahier du septième contiennent les articles originaux suivans: 1° *Plusieurs cas d'accouchement;* par le docteur Stoll; 2° *Observations pratiques;* par le docteur Hemmer (faits interressans, mais n'offrant rien de nouveau); 3° *De l'embryotomie;* par le docteur Schwarz (travail de recherches littéraires qui tend à prouver qu'il y a des cas où cette opération peut être indiquée); 4° *Episioraphie faite pour un prolapsus complet de la matrice;* par le docteur Loscher (cette opération exécutée pour la première fois par M. Fricke (GAZ. MÉD., p. 666, 1835) a été suivie d'un succès complet dans ce cas); 5° *Histoire d'une opération césarienne;* par le docteur Flamm; 6° *Vingt-unième rapport de la clinique d'accouchement à Dresde pendant l'année* 1835 (rien de particulier); 7° *Description d'un nouveau compas d'épaisseur;* par le docteur Burckard; 8° *Sur la pathogénie et le traitement des scrofules;* par le docteur Cramer (idées théoriques); 9° *Observations pratiques;* par le docteur Bunsen; 10° *Remarques sur les maladies des mamelles pendant les couches et l'allaitement;* par le docteur Kyll, de Cologne (mémoire pratique, mais ne contenant rien de nouveau); 11° *Observations;* par le même (1° une jeune fille voulant satifaire ses besoins à la campagne s'accroupit si brusquement qu'une branche entrée dans la vulve lui a déchiré la lèvre postérieure et la paroi postérieure de l'utérus et la paroi antérieure du rectum; elle a guéri au bout de huit mois; 2° une femme, âgée de 28 ans, affectée de syphilis, avorta pendant le traitement de cette maladie; trois mois plus tard, elle devint de nouveau enceinte, et accoucha à la fin du sixième mois; le placenta fut trouvé hypertrophié, ainsi que le foie de l'enfant; ce que l'auteur attribue, contre l'opinion de Brachet, à une congestion et non à une inflammation); 12° *Troisième rapport sur la clinique d'accouchement de Gottingue pendant* 1837; par le professeur de Siebold (compte rendu intéressant, mais ne contenant rien de bien saillant; résultat très avantageux: sur cent-huit accouchées, il n'y eut qu'une morte, suite de péritonite; six enfans vinrent morts au monde, et trois succombèrent après l'accouchement).

PLUSIEURS CAS D'ACCOUCHEMENS; par le docteur STOLL.

Parmi ces faits intéressans, nous ne rapporterons que les suivans comme les plus remarquables.

IMPERFORATION DE L'UTÉRUS.

OBS. — Une jeune fille, âgée de 22 ans, d'une constitution toujours florissante, primipare, fut menstruée pour la première fois à l'âge de 18 ans. Depuis cette époque, elle le fut régulièrement. Malgré de violens maux pendant douze heures, le col de l'utérus ne s'ouvrit pas.

A l'arrivée du médecin, celui-ci trouva l'orifice utérin fermé par une masse membraneuse, dure, qu'il ne parvenait pas à détacher ou à percer avec le doigt.

Dans cet état de choses, M. Stoll, après s'être assuré de la place de l'orifice utérin, chercha à le percer au moyen d'une algalie de femme; il répéta en vain ces essais à plusieurs reprises; enfin il se décida à se servir du perforateur de Naegelé. Après s'être assuré avec le doigt du milieu de la rainure à peine sensible de l'orifice utérin, il perfora dans l'intervalle d'une contraction la membrane qui fermait l'orifice; puis il ouvrit le perforateur pour agrandir la plaie; des contractions se déclarèrent, et au moment même il retira l'instrument; la poche des eaux fit saillie sans se rompre. Comme l'orifice n'était pas tout à fait ouvert par le perforateur, on déchira le reste avec le doigt; la poche se rompit; les eaux s'écoulèrent. Comme les contractions avaient complètement cessé depuis deux heures, on donna tous les quarts d'heure six gr. de seigle ergoté. La mère et l'enfant sont restés bien portans jusqu'aujourd'hui.

Quoique l'auteur, dans cette observation intéressante, ait trouvé l'orifice utérin complètement fermé par une membrane épaisse, il est évident qu'il y existait une ouverture extrêmement petite peut-être; car comment expliquerions-nous l'écoulement menstruel et la conception?

(1) Le titre de ce journal nous annonce que M. de Siebold a résigné son propre journal pour s'associer aux directeurs de celui-ci. Cette collaboration ne peut être que d'un excellent augure pour l'avenir de ce nouveau journal.

(NOTE DU RÉD.)

ÉCLAMPSIE PEU COMMUNE, SUITE DE MÉTASTASE.

Obs. — Christine R., âgée de 36 ans, de constitution forte, de tempérament sanguin, accoucha heureusement, le 14 novembre 1837, de son neuvième enfant. Les couches antérieures avaient été toujours heureuses, et cette dernière se passa très bien jusqu'au jour où l'accouchée, après une colère et probablement aussi par suite de refroidissement, fut saisie d'une violente céphalalgie, à laquelle se joignirent dans la nuit des vertiges et de la cécité.

Elle eut de violentes contractions; les yeux étaient largement ouverts; les pupilles très dilatées; il y avait de l'écume devant la bouche; les facultés intellectuelles étaient complètement abolies; les lochies avaient cessé de couler.

Le lendemain, la malade voulant mettre l'enfant aux seins qui, peu de temps auparavant, étaient encore complètement raides de lait, les trouva flasques et vides, elle s'écria : Oh! le lait m'est monté au cerveau !!!

Sur le conseil de sa sœur, elle donna néanmoins le sein à l'enfant pour rappeler le lait; la tête devint plus libre et la vue un peu distincte. Mais à peine l'enfant avait-il fini de boire qu'elle tomba de nouveau dans les plus violentes convulsions; c'est dans cet accès que le médecin arriva; celui-ci parvint avec beaucoup de peine à pratiquer une saignée de 18-20 onces; bientôt la malade revint un peu à elle, entendit, répondit juste à toutes les questions, reconnut chacun à sa voix, mais ne vit absolument rien; les yeux étaient complètement ouverts et hagards; les pupilles très dilatées et insensibles à la plus vive lumière; on appliqua des fomentations froides sur la tête; on entretint les pieds chaudement; des vésicatoires très grands furent placés sur les mollets; deux nourrissons d'un âge plus avancé furent mis aux seins. Ceux-ci à peine ont-ils bu pendant quelques minutes, qu'un second accès de convulsions encore plus violent s'il est possible se déclara. Une seconde saignée de 12 onces fut faite. Après cet accès qui a duré quatorze minutes, elle prit la poudre suivante :

P. Opium pur .... 2 gr.
Calomel.................... 3 gr.
Sucre blanc.................... 20 gr.

Un quart d'heure après, une seconde; et la troisième après un même espace de temps; puis elle s'endormit profondément. Les pupilles restaient toujours très dilatées et insensibles à la plus vive lumière; à son réveil elle ne voyait pas encore, mais les facultés intellectuelles étaient complètement intactes. On lui donna une quatrième poudre; sur quoi elle commença à parler, et les pupilles se contractèrent un peu. Les fomentations froides furent continuées, et comme les seins se remplirent un peu, on y appliqua de nouveau deux enfans qui ont bu beaucoup et long-temps, la tête devint plus libre. On donna une cinquième et sixième poudre à une demi-heure de distance, et elle s'endormit de nouveau. Après le sommeil qui fut court, la malade fut très agitée; elle parla à sa mère morte il y a deux ans, fit ses adieux à son mari en l'embrassant, puis tomba dans un nouvel accès de convulsions, moins long que les précédens; elle s'endormit pendant une demi-heure, et se réveille dans un accès encore très violent, mais encore plus court. Celui-ci fini, on donna les seins aux enfans; elle-même fit la remarque que les lochies avaient recommencé à couler, et que ses yeux redevenaient sensibles à la clarté. On prescrivit :

R. Racine de Sénéga, 3 onces. Faites une décoction avec eau font. 10 onces, à réduire à 7 onces. Ajoutez digit. pourp., 15 gr. Laurier cerise, 3 onces; sirop, 1 once. M. A prendre une cuillerée toutes les deux heures.

Les fomentations froides furent toujours continuées. Bientôt après, elle rendit cinq chopines d'urine trouble, jaune rougeâtre. Après la deuxième cuillerée, les facultés intellectuelles, la vue, etc., se rétablirent complètement peu à peu. Elle s'endormit paisiblement; on la réveilla toutes les heures pour lui faire prendre sa potion qui fut alternée avec un gr. de calomel, et on continua ainsi jusqu'au lendemain matin.

La malade n'eut plus d'accès; elle se loua de son état; des selles nombreuses l'ont beaucoup soulagée; l'urine était copieuse. Les médicamens furent supprimés.

Le second jour après ces accès, elle eut une transpiration abondante et générale qui dura deux jours; une violente douleur, qui s'était déclarée dans la région du foie, fut combattue par treize sangsues, des cataplasmes, du calomel et de l'huile de ricin.

Aujourd'hui, quinze jours après ces accidens alarmans, R., ainsi que son enfant, qu'elle allaite, se porte bien.

Ce cas est un des exemples les plus frappans de métastase laiteuse; nous renvoyons pour le développement que comporte cette intéressante question à l'excellente dissertation de M. Boyer que nous avons publiée (Gaz. Méd., p. 465, 1837).

COARCTATION REMARQUABLE DU VAGIN, DEVENUE CAUSE DE DYSTOCIE.

L'observation suivante, que nous donnons en raccourci, trouve ses analogues dans les annales des accouchemens; elle ne mérite pas moins d'être consignée, pour servir de règle de conduite aux praticiens en cas de besoin.

Obs. — La femme qui fait le sujet de cette observation est âgée de 38 ans, de bonne constitution; elle n'a jamais été malade; la menstruation a toujours été régulière; depuis qu'elle est mariée, elle n'est devenue enceinte qu'après s'être livrée à un coït très douloureux. Cinq ans avant cette conception, M. Stoll avait été consulté par le mari, au sujet d'une difformité dont sa femme était atteinte, et qui consistait, d'après le dire de celui-ci, dans un rapprochement tel de l'anus et de l'orifice du vagin, que pendant le coït il s'égarait souvent, et qu'en outre le vagin était si étroit qu'il ne pouvait admettre qu'une portion de son pénis, d'ailleurs extrêmement petit; et encore ce n'est que le désir d'avoir des enfans qui avait pu déterminer les deux époux à un rapprochement douloureux pour l'un et l'autre.

Le 8 novembre 1836, la femme fut en travail d'enfantement; l'accoucheur trouva les dispositions suivantes. A peine pouvait-on engager l'index jusqu'à la profondeur d'un pouce dans le vagin, l'anus tiré en avant s'ouvrait à la fosse naviculaire; par conséquent il n'y avait point de périnée; on eût dit que le sphincter de l'anus faisait corps commun avec le constricteur du vagin. Un doigt engagé dans le vagin, un autre dans l'anus, n'annonçaient qu'une mince cloison entre les deux organes; il ne lui pas possible d'arriver jusqu'au fœtus. Les contractions utérines avaient commencé dans la matinée; dans leurs intervalles, la femme se trouvait bien. Vers les onze heures du soir, on put toucher la tête de l'enfant avec le doigt engagé dans le vagin; ce qui causait de fortes douleurs; à mesure que la tête pressait sur la région sous-pelvienne, l'orifice du vagin, l'anus et les parties circonvoisines étaient fortement poussés en avant en occasionnant de violentes douleurs sans dilater le vagin; ce qui fit craindre la rupture des parties molles; mais bientôt les contractions diminuèrent tellement, et finirent même par disparaître, au point de faire soupçonner une rupture de l'utérus, crainte qui fut éloignée par l'état général de la malade.

Dans cet état de choses, l'opérateur se décida à inciser le vagin avec un bistouri boutonné, en donnant à son incision la même direction que pour la taille bilatérale; par là, il gagna de l'espace, et l'anus se retira en arrière. Puis, après avoir introduit un doigt de la main gauche dans l'anus, afin de déprimer encore davantage le rectum et de lui faire éviter le tranchant du bistouri, qui agissait dans le vagin, l'opérateur pratiqua quelques nouvelles incisions à la partie supérieure du vagin, parallèles aux incisions inférieures; arrivé enfin à une dernière coarctation qui coiffait la tête de l'enfant, M. Stoll attaqua ce dernier obstacle de la même manière que l'on incise l'orifice de l'utérus, pour cause de rigidité. Bientôt la tête s'engagea dans le canal ainsi agrandi; elle fut amenée ensuite au-dehors à l'aide du petit forceps de Naegelé. L'enfant, du sexe féminin, était plein de vie, et le placenta suivit sans difficulté.

Comme l'hémorragie qui succéda à ces différentes opérations paraissait assez inquiétante, M. Stoll crut devoir recourir au tamponnement fait avec une compresse remplie de charpie; à l'intérieur, on donna des toniques unis aux astringens. La puerpéralité se passa sans accident; la femme étant rétablie, on trouva au toucher que le vagin était assez agrandi pour permettre l'introduction de deux doigts, jusqu'à l'orifice de l'utérus, et l'anus s'était tellement retiré en arrière qu'il y eut un périnée assez apparent entre ce dernier et l'orifice vaginal. Le coït se fait sans douleur; l'excrétion de l'urine et des matières fécales est normale. La mère et l'enfant se portent bien.

GROSSESSE DE 347 JOURS; APPLICATION DU FORCEPS A CAUSE D'UNE DISPROPORTION ENTRE LA TÊTE ET LE BASSIN; PRÉSENCE D'UN POLYPE DANS L'UTÉRUS.

Obs. — St. âgée de 30 ans, de constitution robuste, d'un tempérament sanguin, a toujours été bien portante. La menstruation a été régulière et abondante. Les premier, troisième et quatrième accouchemens se sont passés sans accident. Dans le second, on fut obligé de faire la version, à cause d'une position vicieuse de l'enfant, et d'un prolapsus du cordon ombilical. L'enfant était vivant, et la mère se portait bien jusqu'au quinzième jour après l'accouchement, où, à la suite d'un chagrin et d'un refroidissement, elle eut une inflammation du bas-ventre, avec rétention d'urine, dont elle fut guérie par un traitement antiphlogistique. Depuis ce temps, elle se plaignit d'une douleur obtuse, fixe, dans la région de l'ovaire droit, qui devint surtout très vive pendant la dernière grossesse; des sangsues, des saignées, des frictions d'iode sur le bas-ventre, etc., qui furent employées, ne la firent pas complètement disparaître.

Dans la quatrième grossesse, elle rendit à plusieurs reprises de longs morceaux de ténia; la malade devenant bientôt enceinte pour la cinquième fois, on n'osa pas l'expulser.

Depuis sa première grossesse, St. eut des hémorroïdes, mais qui ne durèrent que pendant les grossesses, et les menstrues devinrent, depuis cette époque, encore plus abondantes, même pendant que la femme nourrissait.

Dans toutes les grossesses, on fut obligé de pratiquer 5-6 saignées pour prévenir des accès de suffocation, de céphalalgie, de vertiges, etc. Le bassin était incliné et étroit; les grossesses, même normales étaient douloureuses. Malgré une diète sévère et le repos, et quoique la femme allaitât, les lochies coulèrent fortement après chaque accouchement pendant cinq à six semaines. Dans le dernier accouchement seulement, elles cessèrent le quinzième jour. La dernière grossesse avait duré douze mois solaires moins dix-huit jours.

Le 20 septembre 1837, la menstruation avait cessé.

Le 6 février 1837, la femme sentit distinctement les premiers mouvemens de l'enfant.

L'accouchement, qui devait donc avoir lieu le 27 juin, n'eut lieu que le 2 septembre 1837. Dans les derniers quatre mois, le bas-ventre était si développé qu'on supposa la présence de deux enfans, ou d'une quantité d'eau. Fin août, à onze heures du soir, les premiers maux se déclarèrent et ne firent qu'augmenter jusqu'au 2 septembre à trois heures du matin, où la tête était descendue dans le petit bassin; on finit l'accouchement par l'application du forceps, sans accident pour la mère et l'enfant. Il ne s'écoula pas d'eau ni avant, ni après l'accouchement; une partie de la poche des eaux couvrit la tête de l'enfant, comme une calotte. Le placenta suivit bientôt après. L'accouchée sentait dans le vagin un corps étranger qu'elle supposait être un second enfant. En l'examinant de près, on découvrit un polype. On remonta vers sa racine, et on le détacha avec les ongles, il avait dix pouces de longueur, et pesait une livre et une demi-once; on ne put découvrir aucune trace d'un autre fœtus.

L'auteur se demande si, dans ce cas, le polype ou le ténia, ou les deux ensemble, en privant l'enfant de sa nourriture ont pu contribuer à le

faire rester assez longtemps dans l'utérus, pour que l'acconchement n'ait lien qu'an douzième mois.

ANÉVRISME DE L'ARTÈRE OMBILICALE; RUPTURE; MORT DE L'ENFANT.

OBS.—L., âgée de 35 ans. toujours maladive, a mis au monde plusieurs enfans, et toujours sans les secours d'un médecin. La veille du dernier accouchement, les maux se déclarèrent, la mère sentait encore fortement les mouvemens de son enfant un moment avant la rupture de la poche des eaux; mais depuis, plus. Les eaux étaient mêlées avec beaucoup de sang; comme celui-ci continuait à couler, et que les contractions avaient complètement cessé, on appela M. Stoll; celui ci trouva la tête de l'enfant dans le petit bassin, et attribua l'écoulement sanguin au placenta peut-être en partie détaché. La femme lui apprit que dans les grossesses précédentes, on lui avait pratiqué plusieurs petites saignées, ce qu'elle avait négligé dans la dernière, et que depuis neuf semaines elle ressentait une douleur continuelle, piquante au côté droit du bas-ventre, douleur qui avait augmenté depuis l'apparition des maux. La femme étant très affaiblie, et vu l'hémorragie, bien inquiétante pour la vie de l'enfant, M. Stoll appliqua le forceps et mit bientôt au monde un garçon mort, gros, fort, à terme, bien constitué; mais blanc comme de la cire. Beaucoup de sang coagulé suivit la sortie de l'enfant. Le placenta fut trouvé très adhérent dans toute sa surface, ce n'est qu'avec beaucoup de peine qu'on parvint à le détacher. L'examen le plus attentif du col, de l'orifice, du corps et du fond de l'utérus de l'enfant, etc., ne peut expliquer la cause de l'hémorragie, qui a cessé immédiatement après l'expulsion de l'enfant et du placenta; ce n'est que lorsque M. Stoll examina avec grand soin le placenta et le cordon ombilical, qu'il trouva que celui-ci était plus gros et plus distendu vers le placenta que dans le reste de sa longueur, et qu'en pressant sur le placenta, on fit sortir du sang. Une des artères ombilicales était distendue en forme de sac dans un espace de quatre pouces; elle allait se rétrécissant de plus en plus vers l'ombilic. L'artère était ainsi distendue jusqu'à la profondeur d'un demi-pouce dans la substance du placenta, où plusieurs vaisseaux également distendus s'inséraient. Une déchirure longue se trouva dans l'artère distendue, et s'étendait jusque dans la profondeur du placenta. L'artère ombilicale distendue dans un espace de quatre pouces était d'un gris rougeâtre, friable, molle; elle avait un pouce et demi de largeur, et un demi-pouce seulement à l'endroit où la dilatation commençait à cesser.

Il est évident que l'anévrisme s'est rompu pendant les contractions utérines et a donné lieu à l'hémorragie avant et après l'expulsion de l'enfant; c'est aussi à cet accident que doit être attribuée la mort de celui-ci.

HISTOIRE D'UNE OPÉRATION CÉSARIENNE; par le docteur FLAMM, avec gravures.

La femme qui fait le sujet de cette observation, très bien décrite, et avec beaucoup de détails, est morte le troisième jour de l'opération. Ce cas est snivi d'un autre encore plus intéressant. Une femme, qui avait accouché cinq fois d'une manière très heureuse, enceinte pour la sixième, était arrivée à terme, lorsque les poches se rompirent. Les douleurs, assez fortes, cessèrent complètement. Par une exploration externe, on sentit distinctement la tête, un coude et les fesses immédiatement, sous les tégumens du bas-ventre; il était facile de remuer tout le fruit; on ne découvrit rien de l'utérus. En introduisant la main dans le vagin, na ne trouva aucune partie d'un enfant. Dans la supposition d'une grossesse abdominale, suite de rupture spontanée de la matrice, ce que l'autopsie a aussi constaté, on fit la gastrotomie. La femme est morte trois jours après.

DESCRIPTION D'UN NOUVEAU COMPAS D'ÉPAISSEUR; par le docteur BONCHARD, de Breslau, avec gravures.

Cet instrument, de même que tout autre compas, se compose de deux branches mobiles et jointes ensemble par une espèce de tête, que traversent une goupille et un clou rivé. Il ne se ferme pas comme un autre compas, mais on peut en faire glisser les branches l'une sur l'autre, de droite à gauche, comme celles d'une chasse de lancette. Les branches sont courbes et présentent, selon leur position respective, la forme d'un compas d'épaisseur de Baudelocque à concavité intérieure, ou bien la forme d'un autre instrument à rayons divergens et à concavité extérieure. Dans le premier cas, on s'en sert avec avantage pour mesurer la circonférence des corps courbes, tels que la tête du fœtus, le dehors du bassin, etc.; dans le second, il peut être employé pour apprécier l'étendue de la cavité des corps creux, tels que le bassin, la poitrine, le crâne, le ventre, etc. A l'une des branches de l'instrument est fixé un curseur gradué et courbé en arc de cercle, sur lequel on fait la lecture du degré d'ouverture du compas. Et, comme on peut faire glisser les branches l'une sur l'autre des deux côtés, le curseur, ou arc-de cercle s'étend à droite et à gauche et ne forme pas un simple bras, comme aux compas ordinaires. La branche du compas qui ne supporte pas le curseur est partagée sur sa longueur en deux pièces qui s'articulent avec l'autre, comme dans les compas ordinaires, à l'aide d'une vis de pression. Cette articulation permet de rendre, selon le besoin, les courbures des branches parallèles l'une à l'autre. M. Burchard pense que son instrument peut être d'une grande utilité en obstétrique, en médecine légale et dans toutes les circonstances où il importe de mesurer le diamètre de certains corps auxquels on ne peut pas appliquer des mesures linéaires droites. Déjà un grand nombre d'artisans, tels que tourneurs et autres, préfèrent ce compas à ceux qui étaient antérieurement en usage. Pour rendre ce compas d'épaisseur encore plus avantageux, M. Burchard adapte à volonté et à la tête de l'instrument un rapporteur gradué auquel est suspendu un fil d'aplomb, à l'aide duquel on peut aussi reconnaître les inclinaisons des corps qu'on examine, tels que le bassin, etc.

OBSERVATIONS PRATIQUES; par le docteur BUNSEN, à Francfort-sur-le-Mein.

1° PLACENTA INSÉRÉ SUR OU PRÈS DE L'ORIFICE, MENAÇANT D'UN AVORTEMENT.

M. Bunsen a eu occasion d'observer chez une femme enceinte pour la première fois, et à la quatorzième semaine de la grossesse, une hémorragie occasionnée par la présence d'un lobule de placenta de la dimension d'une noisette dans l'intérieur de l'orifice utérin entr'ouvert; le col était extraordinairement raccourci, et l'utérus se contractait par intervalles, et tout annonçait un avortement prochain. M. Bunsen s'avisa de faire l'extraction de la portion du placenta qui se trouvait dans l'orifice du col, plaça une éponge dans le vagin, fit tenir au repos la malade, et donna à l'intérieur tous les quarts et demi-heure, 20 gouttes de teinture de ratanhia et autant de cannelle. Il ne donta pas un instant d'un prochain avortement; mais quel ne fut pas son étonnement, lorsque le soir même, en revoyant sa malade, il trouva non seulement l'hémorragie arrêtée, mais le col considérablement allongé et l'orifice utérin fermé! La femme enceinte garda encore pendant quelques jours le repos, continua ses gouttes et finit par accoucher à terme d'un garçon bien portant.

Depuis, M. Bunsen a eu occasion de voir encore six fois des hémorragies menaçant d'avortemens et déterminées par une portion de placenta à l'orifice utérin, et chaque fois il a été assez heureux pour faire cesser les accidens, et pour conserver le fruit de la conception en faisant l'évulsion de la portion du placenta saillant à l'orifice entr'ouvert. Dans les sept cas observés, quatre étaient entre le troisième et le quatrième; deux au cinquième, et un au huitième mois de la grossesse.

Chez une femme où l'hémorragie se répétait à différentes reprises correspondantes aux époques menstruelles, M. Bunsen s'est trouvé deux fois dans le cas d'arrêter l'écoulement de sang en enlevant une portion de placenta hernié. M. le docteur Jassoy, auquel M. Bunsen a communiqué ses observations, a répété avec un égal succès l'opération indiquée.

D'après ces observations, M. Bunsen indique comme une règle à suivre dans les cas où l'accouchement serait accompagné d'hémorragie pour cause d'insertion du placenta sur l'orifice ou dans son voisinage, d'attaquer les portions de placenta qui se présentent et d'en faire l'arrachement plutôt que de suivre les préceptes des anciens en appliquant le tampon, etc., parce que les vaisseaux déchirés ou saignent pas, et que chaque fois après l'arrachement le col de l'utérus se contracte et l'hémorragie s'arrête. La même manipulation est répétée à plusieurs reprises jusqu'à ce que le segment inférieur de l'utérus devienne assez dilatable pour permettre l'introduction de la main et pour faire la version. Le résultat de cette méthode a été très-heureux, les femmes en travail ne perdirent que peu de sang, et jamais M. Bunsen n'a amené au monde un enfant exsangue.

Il n'est pas à notre connaissance qu'on ait proposé cette manière d'agir, elle nous paraît tout-à-fait neuve et de la plus haute importance. Nous laissons à des médecins plus expérimentés que nous dans cette matière à se prononcer sur les ressources qu'offre le procédé de M. Bunsen. Les hémorragies pour cause d'insertion du placenta sur le col sont si fréquemment suivies d'avortement, qu'il serait heureux que les assertions de M. Bunsen fussent sanctionnées par une expérience plus étendue.

2° POSITION A DONNER AUX FEMMES EN TRAVAIL LORSQU'ON OPÈRE LA VERSION.

L'auteur préfère se placer à côté de la patiente couchée sur le flanc, plutôt qu'entre ses jambes pendant qu'elle serait renversée sur le dos.

3° VERSION SUR LA TÊTE PENDANT LA GROSSESSE.

Lorsqu'on est à même de s'assurer que le fœtus occupe une position transversale dans l'utérus, M. Bunsen croit qu'à l'aide d'une situation convenable donnée à la femme, et à l'aide de mouvemens circulaires imprimés avec les deux mains aux parois abdominales, on peut parvenir à ramener la tête dans une position convenable; il cite entre autres l'observation de sa propre femme.

M. Bunsen fait suivre ces observatious par quelques considératious sur les sécrétions morbides de sérosités chez les femmes enceintes, et enfin il cite le cas d'une obésité remarquable.

Obs. — P., maintenant âgée de 48 ans, très grasse, avait acquis pendant chaque grossesse une ampleur si extraordinaire que tout mouvement était devenu presque impossible. De cinq enfans à terme et très gros, trois vinrent morts au monde dans un état de putréfaction; le quatrième succomba peu après la naissance, et le cinquième mourut apoplectique à l'âge de huit mois. Enceinte pour la sixième fois en 1827, elle consulta M. Bunsen qui lui donna l'extrait d'aloès aqueux afin de lui procurer deux à trois selles liquides par jour pendant la grossesse. Par suite de ce traitement, P. perdit de son ampleur, sentit les mouvemens de l'enfant, ce qui n'avait pas eu lieu dans les grossesses précédentes; enfin elle accoucha, le 11 octobre 1837, heureusement d'une fille bien portante mais délicate qui vit encore.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 19 MARS.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

La correspondance comprend une lettre de M. Rognetta, en réponse aux observations faites dans la dernière séance par M. Orfila sur un article de LA LANCETTE, relatif à un cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux. (Voir le dernier compte-rendu.)

M. Rognetta déclare n'être point l'auteur des articles de LA LANCETTE qui ont attaqué M. Orfila. Cependant, il maintient les opinions scientifiques énoncées dans ces articles; il rappelle qu'il a naguère soutenu ces opinions dans la GAZETTE MÉDICALE (1), et au sein de la Société médicale d'émulation. Elles tendent à établir, contrairement à l'opinion de M. Orfila, 1° que l'action dynamique ou constitutionnelle de l'arsenic, est de nature asthénique ou affaiblissante; 2° que la saignée et autres remèdes antiphlogistiques agissent dans le sens même du poison; 3° que les remèdes excitans, tels que les alcooliques, etc., diminuent constamment, ou dissipent les symptômes de l'intoxication.

M. Rognetta s'engage à démontrer la vérité de ces propositions à l'aide d'expériences sur les animaux et d'observations cliniques, et il demande qu'une commission soit nommée pour suivre ses expériences et rendre compte de ses recherches à l'Académie.

Immédiatement après la lecture de cette lettre, M. le secrétaire perpétuel en lit une de M. Orfila, qui transmet à l'Académie la réponse de M. le docteur Coquerel à différentes questions qui lui avaient été adressées par M. Orfila.

Voici cette lettre :

A MONSIEUR ORFILA, DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

Monsieur et très honoré confrère,

Je m'empresse de répondre à la lettre dans laquelle vous me demandez : 1° ce que je pense de l'exactitude des faits dont vous avez parlé à l'Académie, et qui se trouvent consignés dans la GAZETTE MÉDICALE du 9 courant; 2° si, dans le courant de la semaine dernière, un médecin, autre que M. Rognetta, est venu conférer avec moi sur l'empoisonnement dont il s'agit, et me demander à visiter l'individu. J'ai lu attentivement l'article de la GAZETTE MÉDICALE, et je me plais à déclarer que les faits qui y sont énoncés sont conformes à ceux que j'ai observés, et que je publierai prochainement dans le JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES. Un seul symptôme (la douleur dans la région du cœur, que vous avez pu reconnaître dans les visites que vous avez faites en dehors de moi), ne se trouve pas indiqué dans mes notes. Du reste, comme vous, j'ai observé des symptômes graves du côté du cerveau et de l'appareil circulatoire, et j'ai pu reconnaître l'efficacité des évacuations sanguines.

Une erreur de date, sans importance, sur les jours de l'empoisonnement et de votre consultation, ne saurait être prise au sérieux.

Je vous dirai, en réponse à la seconde question, que depuis quinze jours M. Rognetta est le seul médecin que, dans l'intérêt de la science, j'aie conduit près de notre malade, et à qui j'aie donné des détails circonstanciés. La polémique irritante qui en a été le résultat m'impose le devoir de donner les explications suivantes.

M. Rognetta vint me demander (8 courant) quelques renseignemens sur l'empoisonnement en question : comme j'avais peu de temps à ma disposition, je l'autorisai, après une courte conversation, à visiter seul mon malade, lui promettant pour le lendemain soir des détails plus étendus. Nous eûmes en effet une longue conversation, à la suite de laquelle nous convînmes de revoir le malade le lundi 11, ce qui eut lieu. Le jour suivant, 12, la GAZETTE DES HÔPITAUX contenait, à ma grande surprise, un article qui exprime positivement le contraire du langage que j'ai tenu à M. Rognetta : ainsi, par exemple, j'ai soutenu à plusieurs reprises qu'il y avait eu violente réaction; « elle n'est plus que légère dans l'article cité » ; dans tout le cours de la discussion, j'ai manifesté une opinion contraire à M. Rognetta; « dans la GAZETTE, je partage entièrement la sienne. »

QUELLE QUE soit ma répugnance à prendre part à ce malheureux débat, je ne puis me dispenser, dans l'intérêt de la vérité, d'entrer en explication avec M. Rognetta, à qui je viens d'écrire pour lui rappeler ce qui s'est passé entre nous; au reste, la publication de mon observation, qu'il trouvera conforme aux détails que je lui ai donnés, achèvera, j'espère, de mettre la vérité dans tout son jour.

J'ai l'honneur d'être, Monsieur, avec la considération la plus distinguée, votre tout dévoué confrère,

Signé COQUERET.

Paris, ce 15 mars 1839.

Après cette lettre, M. Orfila obtient la parole à l'occasion de la correspondance, et il s'exprime en ces termes : Je dois présenter quelques observations sur la lettre de M. Rognetta. Je suis loin de m'opposer à la nomination de la commission qu'il sollicite. Je n'ai jamais songé à me soustraire à la critique scientifique, et je serais le premier à appuyer des recherches qui auraient pour but d'éclairer la vérité. Si je me suis trompé, je m'empresserai de le reconnaître : jusqu'ici cependant je n'ai aucun motif de croire qu'il en soit ainsi. Quant à l'assertion de M. Rognetta, qui déclare n'être point l'auteur des articles de LA LANCETTE que j'ai signalés à l'Académie, elle pourra être juge elle-même de la vérité de cette déclaration. Voici quelques lignes d'un des articles en question :

« Ce que nous avions prévu sur les véritables conditions du cas d'empoisonnement dont a parlé M. Orfila à l'Académie, et sur l'illusion probable de ce chimiste, se trouve aujourd'hui parfaitement confirmé. Nous avons vu nous-même le malade; nous avons causé avec le jeune et consciencieux médecin qui l'a soigné, M. Coquerel; nous avons sous les yeux les notes qu'il nous a communiquées, et nous sommes à même de corriger, sans crainte d'être démenti, les assertions et le jugement clinique de M. le doyen. »

Or, il résulte de la lettre de M. Coquerel que M. Rognetta est le seul médecin qu'il ait conduit près du malade, et avec lequel il en ait conféré ; de plus, M. Coquerel déclare que, le lendemain du jour de sa conversation avec M. Rognetta, LA LANCETTE contenait, à sa grande surprise, un article qui exprime positivement le contraire du langage qu'il avait tenu à ce médecin. De ces divers rapprochemens, je suis obligé de conclure que M. Rognetta a altéré sciemment la vérité à mon égard, à l'égard de M. Coquerel et à l'égard de l'Académie. J'appuie, du reste, avec empressement, la nomination d'une commission chargée de suivre ses expériences. Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

NOMINATION DES MEMBRES DEVANT FAIRE PARTIE DU JURY POUR LE CONCOURS DE LA CHAIRE DE THÉRAPEUTIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

L'ordre du jour appelle l'élection au scrutin de dix membres de l'Académie, parmi lesquels quatre devront être désignés par le sort pour faire partie du jury pour le concours de la chaire de thérapeutique et de matière médicale.

M. CORNAC demande la parole : Il est d'usage en pareille occasion qu'on lise la liste des membres de la section qui a trait au sujet du concours. Les membres du jury pouvant être indistinctement nommés dans toutes les sections, je pense qu'il n'y a pas lieu à proposer la lecture.

M. CHEVALLIER : Comme il n'y a aucun inconvénient à ce que cette lecture soit faite, je demande qu'on se conforme aux usages établis.

M. le président lit la liste de la section de thérapeutique.

On procède au scrutin.

Le nombre de votans est de 105; majorité absolue 52.

Au premier tour de scrutin,

M. Mérat obtient.....	47	suffrages.
M. Reveillé-Parise....	22	—
M. Delens...........	11	—
M. Patissier.........	5	—

Au deuxième tour, M. Mérat obtenant 61 bulletins est nommé.

Le second scrutin désigne M. Reveillé-Parise; le troisième, M. Delens; le quatrième, M. Patissier; le cinquième ne donnant point de majorité absolue est renvoyé à la prochaine séance, vu l'heure avancée.

M. Renault, directeur de l'école vétérinaire d'Alfort, est appelé à la tribune pour une communication.

Il soumet à l'examen de l'Académie les pièces anatomiques d'un cheval morveux qui a succombé à une arthritis des diverses articulations des membres, et chez lequel on a trouvé du pus dans les articulations, du pus disséminé dans les poumons et divers viscères, et une concrétion fibrineuse oblitérant incomplètement une partie de l'aorte; cette dernière lésion paraît beaucoup plus ancienne que les autres.

BIBLIOGRAPHIE.

ESSAI SUR L'APPLICATION DE LA CHIMIE A L'ÉTUDE PHYSIOLOGIQUE DU SANG DE L'HOMME ET A L'ÉTUDE PHYSIOLOGICO-PATHOLOGIQUE, HYGIÉNIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES DE CETTE HUMEUR; par P.-S. DENIS, D. M. P., médecin de l'hôpital civil et militaire de Commercy. — Paris, 1838. Un vol. in-8 de 366 pages. Chez Béchet jeune, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

Huit années à peine se sont écoulées depuis que M. Denis a publié son premier travail sur l'application de la chimie à l'étude du sang, et dans cet espace de temps la science a presque entièrement changé de face; on pourrait peut-être dire même que la chimie organique a reçu pendant ce temps l'existence. Si une partie des phénomènes qui la composent étaient

(1) M. Rognetta a cessé d'appartenir à la rédaction de la GAZETTE MÉDICALE. (N. DU R. EN CHEF.)

déjà connus, ils restaient confondus et étudiés pêle-mêle avec ceux qui appartiennent plus spécialement à la chimie inorganique; mais aujourd'hui, malgré les nombreux points de contact que ces deux sciences ont entre elles, elles sont cependant entièrement distinctes et par les questions qui s'y rattachent, et par les hommes qui les cultivent, et par la nature des matières soumises à leur examen, et nous dirions presque par les lois qui semblent les régir. Parmi les espérances qu'a fait naître le mouvement qui, depuis quelques années, a dirigé tant d'homme actifs et intelligens vers la chimie organique, il en est dont la réalisation est sans doute bien éloignée, et quelques-unes même dont l'accomplissement nous semble impossible: telle est, par exemple, l'explication des phénomènes propres à la vie d'après les lois de la chimie, explication qui est la pierre philosophale de nos jours, et qui aujourd'hui occupe infructueusement plusieurs hommes dont les loisirs pourraient être plus utilement employés. Les écarts de quelques-uns ne doivent pas diminuer l'intérêt qui se rattache à une science dont l'avenir promet de si beaux résultats; car avant que la chimie ait prouvé que les phénomènes vitaux proprement dits ne sont que l'effet d'une simple action moléculaire, il reste encore de nombreuses questions qui ont à peine été indiquées, et qui rentrent tout à fait dans le domaine des sciences chimiques.

L'étude du sang à l'état normal et à l'état pathologique est l'une des mines les plus fécondes que la chimie organique ait à exploiter, et si les recherches faites jusqu'ici n'ont produit que des résultats encore peu importans pour la pratique, c'est que ces recherches ne font pour ainsi dire que de commencer, et que les chimistes, au lieu de s'exagérer, comme nous le faisons chaque jour en médecine, l'importance de faits qui trop souvent sont faux, incomplets ou mal observés, se bornent au contraire à estimer leur valeur, et à les interpréter après les avoir vérifiés, nombrés et pesés en procédant à cette opération importante avec une rigueur mathématique et laissant à d'autres l'honneur de construire l'édifice quand les matériaux convenables auront été réunis.

Le travail de M. Denis est divisé en trois parties. La première contient quelques considérations générales sur l'application des sciences physico-chimiques à l'étude physiologique et médicale de l'homme, et sur la valeur des inductions qu'il est possible d'en tirer. La seconde comprend les recherches de chimie organique sur le sang de l'homme; et dans la troisième, l'auteur étudie les applications qu'on pourrait faire des recherches précédentes à la physiologie, à la physiologie pathologique, à l'hygiène et à la thérapeutique.

M. Denis ne s'est donc pas borné à exposer le résultat de ses recherches chimiques; il a voulu examiner jusqu'à quel point dans l'état actuel de la science ces recherches pouvaient être appliquées en médecine; mais avant de nous engager dans cette discussion importante et qu'on peut regarder comme neuve, nous devons le suivre dans ses recherches, et d'abord étudier avec lui jusqu'à quel point les sciences physico-chimiques considérées d'une manière générale sont applicables à l'étude physiologique et médicale de l'homme.

La chimie organique, nous dit M. Denis, ne reconnaît, ainsi que la physique organique, dans les matières qu'elle étudie, comme cause productrice des phénomènes pendant la vie ou après la mort, que les forces qui régissent tous les corps de la nature, et dont l'activité ne se déploie qu'à une courte distance. Il faut donc considérer les appareils organiques comme des appareils physico-chimiques, opérant des effets nécessairement physico-chimiques eux-mêmes qui s'enchaînent les uns aux autres, dont l'ensemble entretient les phénomènes de la vie. Chaque organe, chaque tissu, chaque fibre, chaque globule, les vaisseaux, les nerfs, les glandes, les muscles, les os, sont aussi autant d'instrumens de physique ou de chimie plus ingénieux que ceux des laboratoires dans lesquels s'opèrent tous les mouvemens d'analyse et de catalyse. L'organisation n'est donc pendant la vie pour M. Denis que ce qu'elle paraît quand l'existence a cessé et telle que l'anatomie et la chimie organique peuvent la faire connaître; cependant comme il y a entre le cadavre et l'être vivant une différence dont la chimie organique ne peut songer à donner l'explication, M. Denis reconnaît qu'il est impossible de se refuser à admettre ici la présence d'une cause occulte d'animation qui, tant qu'elle siége dans l'organisation, sollicite à son gré les forces physiques et chimiques, et aussi reconnaît-il que les philosophes qui ont cherché à rendre compte de la vie par les seules forces qui régissent la matière ont échoué; mais si nous en croyons l'auteur, nous devons nous donner de garde d'attacher trop d'importance à cette influence occulte; c'est en vain qu'elle semble être la dernière perfection des travaux de la nature et le but principal de tous ses efforts, M. Denis n'en soutient pas moins qu'elle ne change rien aux lois qui régissent la matière inorganique, qu'au contraire elle ne fait qu'exalter ces efforts physiques et chimiques sans qu'ils dérogent à leur lois. La vie n'est pour lui qu'un excitant général et incessant de toutes les propriétés physiques et chimiques des principes immédiats organiques et des appareils qu'ils constituent ou des humeurs qu'ils composent. On ne doit donc étudier dans les phénomènes de la vie que les propriétés physiques et chimiques; pour des propriétés vitales, il n'en est point, c'est de l'ontologie; tout ce qui est en dehors des propriétés physiques et chimiques appartient à la psychologie et à la métaphysique.

Nous venons d'exposer aussi exactement qu'il nous a été possible l'opinion de M. Denis sur l'application des sciences physiques et chimiques à l'étude de l'homme, et nous avons vu que, bien qu'il ne rejette pas absolument, ainsi que quelques autres chimistes, toute influence des principes de la vie sur l'être organisé, cependant il rétrécit tellement cette influence qu'elle disparaît au milieu des mouvemens moléculaires produits par les lois physiques et chimiques mises en action. La vie qui joue un si grand rôle chez l'être organisé, qui le crée, qui le moule, qui le fait enfin tout entier, et se manifeste d'une manière si frappante sur tous les points de l'organisme est reléguée par M. Denis, nous ne savons trop dans quel coin de l'économie, et réduite à une simple influence excitatrice. Si cette doctrine est un peu moins irrationnelle que celle des philosophes qui ne voient dans la vie elle-même qu'un simple résultat des lois qui président à l'agrégation des molécules, elle n'est pas moins inutile et est également frappée de la même stérilité pour l'étude des grands phénomènes physiologiques qu'offrent à l'observation les différentes séries d'êtres organisés où l'influence de la vie seule domine sous les formes les plus variées, tandis que les phénomènes physiques et chimiques qu'on ne peut séparer de l'organisation disparaissent ou au moins n'occupent qu'un rang très secondaire. La preuve de cette stérilité, nous la trouvons pour nous médecins dans la définition que donne M. Denis de la maladie, et qui, au reste, est une conséquence naturelle de son opinion: pour lui, la maladie est une lésion physique ou chimique où toutes deux ensemble affectent tout le matériel de l'organisation; il ne nie pas cependant complètement l'intervention du principe vital dans la production des maladies; mais comme cette influence ne peut être vue ni touchée, il pense qu'on ne peut en tenir compte, et que le médecin ne doit s'occuper que des modifications des propriétés physiques et chimiques des organes altérés; tout le reste appartient au roman de la science.

Il est facile de concevoir que les maladies n'étant jamais qu'un effet chimique ou physique dérangé les remèdes à y apporter doivent être de même nature; mais ici commence un nouvel embarras; la science considérée dans cette direction est tout entière à faire, et l'auteur croit avec raison que des siècles se passeront probablement avant que les grands travaux de pathologie et de thérapeutique chimique dont il signale la nécessité aient été exécutés; contentons-nous de la bonne et ancienne médecine qui guérit souvent et sans qu'on puisse reconnaître dans son action l'influence des propriétés physiques ou chimiques des agens qu'elle emploie; mais n'en tenons pas moins compte des progrès que fait, entre les mains d'expérimentateurs habiles et ingénieux, comme M. Denis, l'étude physique et chimique de l'homme qui, bien que, à notre avis, elle ne mérite pas encore, dans les études physiologiques, le rang que lui donne M. Denis, n'en est pas moins appelée, suivant nous, à occuper une place importante dans les progrès futurs de la science. Voyons donc les faits nouveaux que les recherches de M. Denis sur le sang ont ajoutés à ceux qui étaient déjà connus.

Les matériaux constituans qu'on a signalés jusqu'ici dans le sang sont groupés par l'auteur en sept genres différens sur chacun desquels nous allons nous arrêter quelques instans.

Le premier genre contient les *substances fluides* : l'eau et les gaz. Ce qui ressort de plus important de la lecture de cette section, c'est que M. Denis qui, dans son premier mémoire, avait soutenu déjà qu'on ne trouvait dans le sang aucun gaz à l'état libre, a repris ses expériences sur ce point, surtout relativement à la présence du gaz acide carbonique, et n'a pu en constater la moindre trace dans le sang récemment tiré; mais il a reconnu qu'il s'en développe promptement par suite de l'action de l'air, ou de la réaction des parties constituantes du sang, seule, et sollicitée simplement par la température ambiante.

2e genre : *Substances albumineuses*. C'est l'auteur qui, le premier (en 1828), admit que la fibrine est liquide dans le sang qui circule, et qu'elle ne se solidifie qu'au moment de la coagulation, opinion qui, depuis, a été adoptée par M. Berzélius, et démontrée par les expériences de MM. Piorry et Mondézert. Mais la question la plus importante que soulève M. Denis à l'occasion de la fibrine et de l'albumine du sang, c'est celle relative à l'identité de ces deux principes, identité qui avait déjà été soupçonnée par plusieurs chimistes, mais dont aucun n'était arrivé aussi près de la démonstration. Nous ne suivrons pas M. Denis dans les nombreuses et complexes expériences auxquelles il s'est livré pour arriver à la solution de cette importante question. Il nous suffira de dire qu'il a été amené à cette opinion par l'observation des effets des solutions salines.

sur la fibrine, dans lesquelles elle se dissont. C'est là le point de départ des belles recherches qu'a faites sur ce sujet M. Denis, et desquelles il résultera, si elles sont admises par les autres chimistes, que l'albumine peut se montrer sous plusieurs formes : 1° liquide, tenue à cet état par des substances salines et un alcali existant avec elle dans l'eau qui l'a dissonte; 2° solide; alors en corpuscules très fins, arrondis, globuliformes, qui paraissent être le mode d'arrangement de ses molécules; 3° solide encore; mais en flocons volumineux, feutrés, réunion de ces corpuscules. Ces trois formes constituent l'albumine liquide, l'albumine globulaire, et l'albumine fibrineuse ou fibrine. Les deux dernières, qui ne diffèrent qu'accidentellement, ne sont qu'une seule et même substance qui devra conserver la dénomination d'albumine. La première, au contraire, n'est qu'un composé qui doit être rayé du nombre des principes organiques simples. L'auteur pense que peut-être on démontrera plus tard que la gélatine et le mucus qui, au reste, ne se trouvent pas dans le sang, ne sont que de nouvelles formes de l'albumine.

La question agitée entre les chimistes sur la nature des globules du sang, qui seraient composés d'hématosine et de fibrine selon les uns, d'hématosine et d'albumine selon les autres, se trouverait ainsi résolue. Mais M. Denis ne s'en tient pas encore à ces résultats de son opinion, il y trouve aussi l'explication de l'un des points qui ont le plus embarrassé les investigateurs modernes, savoir : de la formation des globules du sang et de la forme sous laquelle on les observe. « L'aspect sous lequel se montre l'albumine solide qui constitue les globules n'a rien d'extraordinaire; il ne peut résulter que des lois très naturelles de la précipitation chimique de ce corps, qui, comme on le sait, prend toujours la forme globulaire, et que de son passage forcé dans la filière des vaisseaux où chacun des globules se trouve nécessairement pressé contre son voisin et contre les parois vasculaires elles-mêmes, ce qui occasionne leur aplatissement. Qu'on considère le sang agité, poussé dans une foule de pertuits étroits, l'albumine qu'il contient en si grande quantité, et qui a une disposition continuelle à se solidifier, se déposera; mais ses particules ne parviendront pas à s'agglutiner, à cause du mouvement qui les entraînera en tous sens; elles s'isoleront les unes des autres; ne pouvant prendre la forme de fibrine, il faudra bien qu'elles revêtent celle de globules. » Ces globules, si uniformes dans leur aspect, et d'une structure si délicate qui se forment au milieu et par l'effet même de l'agitation du sang en circulation, nous rappellent trop les atomes crochus d'Epicure, qui, après s'être heurtés et rencontrés pendant si longtemps, finirent, un beau jour, et par l'effet du simple hasard, par se rencontrer dans la disposition que nous connaissons, et qui a toujours persisté depuis, pour admettre, avec l'auteur, qu'il s'est tenu à l'occasion de cette explication dans les faits, et qu'il n'y a rien émis de systématique.

3° *Substances colorantes*. Les beaux travaux de M. Lecanu sur l'hématosine (Gaz. Méd., année 1838,) sont trop récens pour que M. Denis puisse signaler quelques faits nouveaux et importans sur ce principe constituant du sang. Il semble disposé à attribuer, avec d'autres physiologistes, la formation de l'hématosine à l'action des poumons dans la respiration. Mais alors, d'où vient donc l'hématosine qu'on trouve chez le fœtus, dans l'œuf, et qui se développe spontanément dans les fausses membranes organisées, dans les productions accidentelles? L'origine de l'hématosine est aussi obscure que le rôle chimique qu'elle joue dans le sang. L'auteur pense, mais sans entrer dans aucun développement à cet égard, qu'elle est toujours la même à tous les âges et dans toutes les circonstances de la vie, et ne balance pas à la regarder comme du premier ordre dans l'économie. Tout ce qu'on a pu constater (nous ne disons pas expliquer), c'est la différence d'action qu'elle exerce suivant le degré de coloration des globules, différence qui se présente dans des proportions immenses. « Elle tue les organes; elle arrête les sécrétions et amène promptement la mort générale quand elle circule avec sa teinte rouge-brune; au contraire, elle vivifie tous les appareils; elle anime pour ainsi dire toutes les fonctions, dès qu'elle est répandue dans la trame des tissus avec sa teinte écarlate. Aussi sa quantité est-elle en raison de la force musculaire, de la force organique et surtout de l'énergie respiratoire, d'où elle tire son origine. Il semble qu'il y ait entre elle et le système nerveux principalement un accord de réactions moléculaires, dont le mode, la direction et la nature sont inconnus, sans lequel l'organisation succombe. »

La substance jaune biliaire existe également dans le sang des sujets bien portans et dans celui des ictériques, à la différence de quantité près; c'est elle qui colore le sérum du sang des ictériques et de celui des sujets bien portans. La source de cette substance est fort obscure; on n'en trouve aucune trace dans le sérum du chyle, qui est incolore; le poumon ne peut être non plus chargé de la produire; car, dans les cas où elle est augmentée accidentellement, cet organe n'est nullement troublé dans ses fonctions. M. Denis est disposé à en attribuer la formation à l'appareil de la veine-porte, qui est chargé de l'absorption de la plus grande partie des liquides des boissons. « Alors, dit l'auteur, il résulte de la réunion des liquides bus, de certaines molécules des alimens et de celles que le même appareil reçoit de la rate, une humeur spéciale aussitôt entraînée dans le foie dont la fonction est d'en achever l'élaboration. Je nomme *spléno-hépatique* cette humeur qu'on ne peut concevoir que par induction, mais dont l'existence ne peut être révoquée en doute. Une portion sert à entretenir la sécrétion du foie qui détourne la substance jaune qu'on voit dans la bile et les matières résineuses qui l'accompagnent. Une autre portion continue son trajet par les veines hépatiques, et se verse dans la veine-cave pour réparer les pertes de la même substance qu'a faites le sang. Pendant qu'il reçoit de la substance jaune, le sang en donne à diverses sécrétions; ainsi, on en rencontre dans le lait, dans la graisse, dans l'urine surtout. La plupart des tissus en offrent de déposés dans leur trame. »

La substance bleue découverte dans le sang par M. Lecanu, et étudiée par M. Sanson, paraît à M. Denis devoir être la cause du bleuissement que présentent le serum et l'albumine de l'œuf.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans le développement qu'il présente sur les substances grasses, sur les substances odorantes et les substances colorées que contient le sang; nous citerons seulement son opinion sur l'effet électrique du sang et les prétentions exagérées que l'on a élevées sur le rôle que jouerait l'électricité dans le phénomène de la vie, et d'après quelques faits probablement hypothétiques. « Je crois qu'on n'est pas encore parvenu à signaler directement l'état électrique du sang, dont cependant il est question dans plusieurs ouvrages du jour. Mais, quand même le sang serait électrisé positivement pendant l'exercice normal des fonctions, ainsi que quelques savans l'induisent d'expériences indirectes, la science est trop peu avancée, relativement aux effets électro-chimiques qui peuvent avoir lieu dans l'organisation, pour hasarder d'en baser l'explication des phénomènes de la vie. »

Nous laissons également de côté tout ce que dit M. Denis sur la méthode qu'il a suivie dans son analyse du sang. Ces détails ne seraient utiles qu'aux hommes spéciaux auxquels une simple indication ne pourrait suffire, ou pour corroborer la confiance que méritent les travaux de l'auteur; mais cette précaution même nous semble tout à fait inutile, et si nous avons émis quelques doutes sur plusieurs des inductions éloignées que M. Denis a tirées de ses observations, ces dernières nous ont semblé mériter toute confiance par les détails avec lesquels elles sont rapportées, et la bonne foi avec laquelle l'auteur rectifie lui-même quelques inexactitudes dans ses premiers travaux.

La deuxième partie est divisée en trois sections dans la première desquelles M. Denis expose l'état normal du sang, et s'efforce de dévoiler les phénomènes qu'il produit dans l'économie, et par son ensemble et par chacun de ses élémens. Dans la seconde, il cherche à déterminer la nature de plusieurs de ses états pathologiques, et dans la troisième, tire quelques inductions nouvelles relatives à l'hygiène et à la thérapeutique. Cette seconde partie, bien que moins positive et offrant moins de certitude que la précédente, n'est cependant pas moins intéressante qu'elle, puisqu'elle en est le complément. Quelle serait en effet l'utilité des recherches les plus savantes sur la composition du sang, s'il n'en devait rien résulter d'applicable soit en santé, soit en maladie; elles ensent pu tout au plus satisfaire notre curiosité, et n'auraient servi qu'à augmenter le nombre déjà si considérable des faits scientifiques sans application. M. Denis a voulu examiner jusqu'à quel point, dans l'état actuel de nos connaissances, il était possible de tirer des inductions hygiéniques et thérapeutiques de la composition du sang connue. « Cet essai, dit-il, qui paraît, à quelques personnes, prématuré, et n'amène qu'à un petit nombre de résultats applicables, n'en serait pas moins une heureuse tentative, et un encouragement à de nouvelles recherches. » Aussi, nous allons suivre l'auteur dans le développement successif des trois sections que nous venons d'indiquer.

Le sang n'offre pas toujours, on le sait, les mêmes proportions à l'état de santé; aussi M. Denis distingue-t-il de nombreuses variétés (31) qui reposent sur les différentes proportions dans lesquelles se trouvent le sérum et les globules dans le sang qu'ils forment par leur réunion; et cette proportion, afin de multiplier les données, est indiquée, et pour le volume et pour le poids. Comme la composition de chacune de ces parties paraît à l'auteur devoir être invariable à l'état sain, il préfère de beaucoup cette méthode à celle qu'on emploie ordinairement, et dans laquelle on aligne sans ordre et sans but déterminé, les substances immédiates et leurs chiffres.

Les 31 variétés établies sur cette donnée sont distribuées en quatre groupes ou classes que nous allons faire connaître.

Les variétés de la première se rencontrent depuis quelques jours après la naissance jusque vers l'âge de 10 à 12 ans, et ensuite, dans un âge

très avancé. On les observe aussi chez les adultes qui sont faibles, mal nourris, qui vivent dans des lieux obscurs, et alors il est bien difficile quelquefois de dire si l'homme est réellement en santé; aussi observe-t-on ces variétés chez les phthisiques, les chlorotiques, les anémiques, etc. Le tableau suivant dégagé des nombreux développemens dont l'auteur a dû l'accompagner, nous fera connaître les différentes proportions dans lesquelles se trouvent le sérum et les globules dans les cinq variétés de cette première classe.

	1re variété.	2e	3e	4e	5e
Sérum........	951,111	948,229	945,347	942,465	939,682
Globules......	48,889	51,771	54,653	57,535	60,318
Le sang étant à	1,045	1,046	1,047	1,048	1,049 de densité.

La deuxième classe comprend des adultes qui se trouvent dans des conditions de santé parfaite, et chez lesquels la densité du sang s'élève depuis 1,050 jusqu'à 1,059. Elle comprend dix variétés, et nous voyons la proportion du sérum baisser graduellement, comme dans le tableau précédent, de 936,696 jusqu'à 910,762; tandis que celle des globules augmente dans le même rapport; c'est-à-dire depuis 63,304 jusqu'à 89,238.

Le sang des variétés de la troisième classe est celui des sujets très vigoureux, doués de tempérament sanguin, qui vivent d'alimens abondans et succulens. Dans les variétés de cette classe, la densité du sang va en augmentant de 1,060 à 1,069. En même temps, la quantité du sérum diminue graduellement de 907,879 à 881,940, pendant que les globules, au contraire, vont en augmentant de 92,121 à 118,060.

Dans la quatrième série, qui est composée de six variétés, et qui ne se rattache qu'au sang que fournit chez les enfans naissans le cordon ombilical après sa section, la densité du sang va encore en augmentant jusqu'à 1,075 pendant que le sérum s'abaisse jusqu'à 864,036, et que les globules, au contraire, augmentent jusqu'à 135,354.

Après avoir ainsi étudié les différentes proportions dans lesquelles se trouvent à l'état de santé les principes élémentaires du sang chez l'homme, et avoir cru remarquer dans cette étude que les chiffres qui exprimaient ces rapports étaient des multiples de dix, ce qui indiquerait une tendance à l'application d'une haute théorie, M. Denis passe à l'examen des effets que produisent sur l'économie chacun des principes élémentaires ou des composés qu'ils forment. Si nous pouvions le suivre dans les longs développemens dans lesquels il entre à l'occasion de cette belle question, nous verrions comment l'eau du sang a pour objet principal de faciliter les rapports des divers élémens du sang, et par conséquent de provoquer les nombreux changemens qu'ils éprouvent dans la circulation; nous reconnaîtrions que les substances salines servent surtout à tenir en dissolution les matières solides, naturellement insolubles dans l'eau, et que sans le sel marin l'homme serait converti en une statue de chairs consistantes, et deviendrait une vraie momie. Les phénomènes propres aux substances colorantes sont jusqu'ici fort obscurs. Quant à l'albumine, son usage est surtout de servir comme substance nutritive.

Il est bien probable que, de toutes les parties constituantes du sang ce sont les globules qui jouent le rôle le plus important; et pourtant il y a dans cette partie de la science une grave lacune, car nous ne savons rien de positif sur leur usage et sur les phénomènes auxquels ils donnent lieu. Tout ce que nous a appris l'observation, c'est que, quand ils sont arrivés dans les capillaires de la grande circulation, l'hématosine qui les enveloppe prend une teinte brun-rouge, et qu'au contraire, pendant qu'ils sont dans les capillaires pulmonaires, la substance colorante reprend immédiatement la couleur écarlate. Mais quels sont les phénomènes moléculaires qui sont produits dans ces deux états, où elle jouit de propriétés si différentes? Il y a évidemment entre les globules et les nerfs une harmonie de réactions moléculaires des plus essentielles dans l'organisme. C'est là en quoi consiste probablement leur usage spécial.

Nous voici arrivés à la deuxième section, où à l'étude du sang malade pendant la vie. Tout changement survenu dans les proportions des substances constituantes du sérum et des globules, dans la quantité respective de ces deux parties spéciales au-delà des bornes de l'état sain, la disparition d'une ou de plusieurs des parties constituantes elles-mêmes, l'addition des substances étrangères, telles sont les circonstances qu'on doit regarder comme caractérisant l'altération du sang, et il est facile d'indiquer, *à priori*, une partie de ces altérations.

Ce n'est pas tout encore que de caractériser une altération, il faut chercher aussi comment elle réagit sur l'organisme, ou quelle est la série des effets qui, partant d'elle-même, constituent la maladie plus ou moins étendue qu'on peut lui attribuer. Dès que la composition du sang est modifiée, ses réactions le sont nécessairement aussi. M. Denis étudie également ces réactions après avoir signalé les altérations qu'on trouve à l'analyse des espèces suivantes du sang malade :

Sang couenneux. Vingt-deux fois l'auteur a fait l'analyse du sang à cet état, et constamment il a obtenu les mêmes résultats, variant seulement suivant les degrés de l'altération. Ces résultats se réduisent à une diminution dans le sang couenneux du chlorure de sodium et à une augmentation de la soude, ce qui exprime une perte d'un millième environ de chlore, facile à signaler dans ce dernier sang.

Sang lie de vin. Ce sang a offert, dans un cas seulement, où M. Denis s'est occupé de son analyse, une diminution notable des sels solubles et une disparition complète du chlorure de sodium; les sels qui restaient étaient formés de sulfates et de phosphates alcalins.

Sang incoagulable. C'est celui qu'on observe assez fréquemment dans les cas graves de fièvre typhoïde, de scorbut, de *purpura hemorragica*, etc. Le sang d'un sujet atteint d'une fièvre typhoïde grave, examiné le jour même de son extraction, contenait, outre la quantité normale des sels solubles du sang fixées au feu rouge, de l'ammoniaque, en partie libre et en partie saturée par un acide combustible (acide acétique ou acide lactique), et, en outre, une proportion du même acide, saturant la soude naturelle du sang.

Sang épais des sujets pléthoriques. L'épaisseur du sang, ou plutôt l'abondance des globules n'est relative qu'à la force du sujet, au développement de sa constitution. Elle ne dépend point d'une altération dans les proportions des principes constituans du sang; il en est de même du *sang aqueux*, qui n'est point du sang altéré, mais du sang trop peu abondant et trop peu globulaire pour la constitution du sujet. M. Denis n'assure pas cependant qu'il n'existe des circonstances dans lesquelles le sérum offre plus d'eau que de coutume; mais il dit n'en point avoir observé de cette sorte.

Sang des ictériques. M. Denis n'y a trouvé aucun principe étranger à l'état normal. La seule différence qu'il a constatée entre le sang ictérique et le sang sain, c'est qu'il y a, dans le premier, une moindre proportion d'albumine et une proportion plus considérable de substance jaune. Voici ces proportions différentes : sur 1000 parties de sang il y avait :

	Sang sain.		Sang ictérique.	
Albumine............	70,253	72	53,000	62,500
Fibrine..............	2,232		9,500	
Substance colorante...	2,624		14,533	

Sang des cholériques. La seule différence marquée, mais très prononcée, qui, d'après M. Denis, existe entre ce sang et le sang normal, porte sur la quantité proportionnelle de son sérum et de ses globules. Plus le choléra approche de son *summum* d'intensité, plus la quantité du sérum décroît et plus celle des globules augmente. Quant à la presque incoagulabilité de ce sang, elle est une conséquence de la diminution de son sérum, et de la petite proportion de fibrine qu'il peut déposer.

Nous passerons rapidement sur l'article où M. Denis examine quels sont les phénomènes moléculaires que produit le sang malade pendant la vie, et nous nous contenterons de faire remarquer qu'il résulte de l'analyse du sang couenneux et du sang lie de vin que ces deux altérations reconnaîtraient, d'après M. Denis, la même cause, mais à des degrés différens, savoir, la diminution de la quantité du chlore pour le sang couenneux et son absence complète pour le sang lie de vin. Or, nous le demandons à tous les pathologistes qui se sont occupés de l'état du sang dans les différentes maladies : y a-t-il deux états de l'économie plus opposés que ceux où l'on trouve chacune de ces deux altérations? Le sang couenneux existe presque constamment avec une exagération des forces, une surexcitation fébrile, tandis que le sang lie de vin ne se rencontre que dans les cas où il y a une prostration plus ou moins prononcée de ces mêmes forces et une absence complète de réaction dans l'économie. Nous dirons donc non seulement, avec M. Denis : ce sont là de petites causes pour de grands effets, mais nous dirons aussi : ce sont des causes trop identiques pour des effets si différens.

Nous voici arrivés à la partie de l'ouvrage qui semblerait devoir être la plus importante, savoir, à l'application des recherches précédentes, soit à l'hygiène, soit à la médecine pratique. C'est ici que nous devrions voir les résultats merveilleux de cette nouvelle doctrine qui, considérant « toute maladie comme une simple lésion physique ou chimique (ou toutes deux ensemble), affectant le matériel de l'organisme, ne doit plus s'occuper ou ne doit plus admettre de ces perturbations vitales que nous ne pouvons concevoir, de ces lésions vitales que nous ne concevons pas mieux. » Examinons donc ce qui ressort de neuf des recherches de la chimie organique pour les applications à la médecine. Eh bien ! que trouvons-nous? Qu'il faut donner aux individus lymphatiques (ceux dans le sang desquels le sérum prédomine sur les globules) des alimens empruntés au règne animal, des boissons ferrées, un air pur et sec. Y a-t-il rien de bien neuf dans cette induction des recherches chimiques? La simple observation, un peu empirique, il est vrai, mais que le médecin au lit du malade préfère aux plus belles théories vides de résultats, n'avait-elle

pas révélé les mêmes indications depuis déjà bien des siècles? Peut-être même pourrait-on reprocher au chimiste d'avoir attribué ici aux résultats de la science ce qu'elle n'a pu lui apprendre et ce qu'il n'a su que par cette observation empirique si dédaignée par les hautes intelligences scientifiques. Ainsi est-ce l'expérimentation chimique qui a appris aux chimistes modernes que les substances animales fournissent plus de globules au sang et que les boissons ferrées augmentent la quantité de fer que contient ce liquide? Quel expérimentateur a suivi les substances animales et le fer dans les différentes transformations qu'ils éprouvent avant d'arriver à former, les unes, le noyau ou la partie centrale des globules, les autres, la tunique ferrugineuse dont il paraît enveloppé? Sur ce point, les conseils donnés par la chimie organique ne ressortent donc pas complètement et exclusivement des faits qui lui appartiennent.

Nous pourrions faire la même observation relativement aux autres applications de quelque valeur dans d'autres altérations du fluide sanguin, telles que la saignée contre le sang couenneux, les purgatifs et les diurétiques contre le sang ictérique.

Quant à l'emploi du chlore dans les cas d'inflammation et des sels solubles du sang dans ceux de concrétions albumineuses, outre que ces états morbides se présentent dans des conditions trop différentes et sous l'influence de causes trop variées pour qu'on puisse espérer de grands effets d'un seul moyen, nous attendrons les résultats, non de l'expérience chimique, mais de l'observation clinique, avant d'admettre leur efficacité dans les cas indiqués ci-dessus. Nous devons cependant dire qu'un cas de croup traité par M. Denis lui-même, au moyen d'une boisson contenant les sels solubles du sang, jusqu'à une salure supportable et d'une insufflation dans la gorge des mêmes sels réduits en poudre, s'est terminé d'une manière heureuse.

Il nous reste encore une réflexion à présenter sur l'emploi des moyens qui ressortent exclusivement des recherches de la chimie organique, réflexion qui n'a point échappé à l'habile expérimentateur de Commercy. Il résulte jusqu'ici des recherches de la chimie organique que pour rétablir à l'état sain le sang altéré, il faut lui enlever les substances étrangères qu'il peut contenir, lui restituer celles qu'il aurait perdues, et rétablir l'équilibre dans les proportions de ses parties constituantes; mais aura-t-on atteint réellement le but que doit se proposer le médecin en introduisant dans le sang du chlore, par exemple, dans les cas où le chlore en a disparu; non; on n'atteindra pas le but tant qu'on n'aura pas détruit complètement la cause qui déchlorure le sang. Dans les cas de fièvre typhoïde, par exemple, verser dans l'économie et dans un but purement chimique de l'acide carbonique avec le docteur Reid Clenny, du chlorure de soude avec le docteur Stevens, des chlorures avec plusieurs médecins, qui ne connaissaient probablement pas les recherches de M. Denis sur le sang incoagulable, n'est-ce pas se soumettre au rôle des Danaïdes condamnées à remplir leur tonneau percé par les deux bouts? C'est donc plutôt dans l'étude de l'étiologie qu'on peut espérer d'utiles indications que dans celle des effets qui ne cesseront pas de se reproduire aussi longtemps qu'on n'aura pu combattre la cause qui leur donne lieu; mais cette connaissance des causes, ce n'est point la chimie organique qui nous la fournira le plus souvent, c'est dans l'étude des lois qui président au développement et à l'entretien des corps organiques qu'on la trouvera.

Est-ce à dire que nous refusons toute espèce d'utilité en médecine aux recherches de la chimie organique; loin de là, nous attendons des travaux des chimistes actuels qui se livrent à l'étude des corps organiques, et parmi lesquels M. Denis occupe un rang distingué, de beaux résultats, et surtout des résultats d'une haute importance pour la médecine pratique; la chimie organique ne vient que de naître pour ainsi dire; on ne peut donc lui reprocher d'avoir été jusqu'ici presque stérile en applications, ainsi qu'il ressort évidemment de la lecture de l'ouvrage dont nous venons de donner une analyse exacte; mais elle a un si vaste champ ouvert devant elle que nous ne concevons pas pourquoi dès ses premiers pas et presque avant d'avoir fourni des preuves d'une existence forte et utile, elle envahirait la science de la vie qui appartient à un ordre de faits tout différens, et reléguerait dans la métaphysique tout ce qu'il y a de mystérieux dans cette belle science. Dans l'état actuel des connaissances humaines, il y a évidemment dans la nature trois ordres de faits qui ne peuvent être confondus: ceux qui ont rapport aux corps inorganiques ou organiques obéissant aux lois générales des sciences physico-chimiques; ceux qui se rattachent aux corps organisés vivans, et enfin les faits intellectuels proprement dits. Quelle distance existe entre ces trois ordres de faits? C'est ce qu'il serait difficile d'établir; mais ce qui est certain, c'est que la conquête par les chimistes d'un petit nombre de faits qui étaient regardés par nos prédécesseurs comme appartenant à la science de la vie n'a point fait disparaître l'intervalle qui sépare ceux des deux premiers ordres.

GENEST.

VARIÉTÉS.

— Nous croyons devoir rappeler aux élèves le Concours qui s'ouvrira, le 2 avril prochain, pour l'admission de chirurgiens-élèves dans les hôpitaux militaires de Paris (Val-de-Grâce), Strasbourg et Lille. Une ordonnance royale vient de modifier les conditions d'admission d'une manière très avantageuse aux élèves qui ont subi un ou deux examens à la Faculté avec la note *satisfait*. Les premiers ne sont astreints qu'à une scholarité d'un an dans les hôpitaux d'instruction; ceux qui ont subi deux examens sont admis directement à l'hôpital de perfectionnement (Val-de-Grâce) où ils concourent, après quelques mois de stage, pour le grade de sous-aide dont les émolumens vont être élevés à 1,500 fr. par an. La condition d'âge est d'avoir au moins de 23 ans au 1er janvier dernier.

La chirurgie militaire présente aux jeunes gens qui s'y destinent une carrière sûre; les principaux grades s'obtiennent par le concours; une retraite avantageuse est assurée à ceux qui y ont achevé leur temps de service. Par suite d'une décision qui fait compter aux officiers de santé militaires, pour la retraite, le temps passé en licenciement, de nombreuses vacances doivent survenir dans le grade de chirurgien-major; cette circonstance augmente considérablement les chances d'avancement pour les étudians qui entreront actuellement dans cette carrière. Elle a reçu de nombreuses améliorations qui en font aujourd'hui une issue honorable et sûre pour les élèves qui encombrent la Faculté, en attendant qu'ils ajoutent à l'encombrement de la pratique civile.

Le registre d'inscription est ouvert dans les bureaux des Facultés et des Écoles de médecine, ainsi que dans ceux de l'Intendance.

— SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND. — PROGRAMME DES QUESTIONS PROPOSÉES POUR LE CONCOURS DE 1840. — Un prix de six cents francs sera accordé à l'auteur du meilleur mémoire qui sera adressé à la Société sur la question suivante :

« *Déterminer la topographie médicale des deux Flandres, faire ressortir son importance eu égard aux causes, à la nature et au traitement des maladies régnantes ?* »

Il sera accordé un prix de trois cents francs à l'auteur du meilleur mémoire envoyé en réponse à la question suivante :

« *Décrire tout ce qui est relatif à l'autoplastique : en poser les règles générales et spéciales et s'attacher surtout à l'appréciation raisonnée des cas spéciaux d'autoplastique déjà acquis à la science, en établissant les règles à suivre dans les cas où les restaurations de parties pourraient être pratiquées.* »

Les mémoires envoyés au Concours deviennent la propriété de la Société; toutefois il est loisible aux auteurs d'en faire prendre copie.

Les réponses écrites lisiblement en latin, flamand, français, anglais ou allemand (pourvu que dans ce dernier cas on se serve des écritures bâtarde ou anglaise), doivent être envoyées, franc de port, avant le 1er juin 1840, au docteur E. de Nobele, secrétaire de la Société, rue des Charretiers, 19, à Gand.

— RELATION DE LA MALADIE DE BROUSSAIS, suivie de quelques réflexions pratiques sur les obstructions du rectum; par J.-Z. AMUSSAT, membre de l'Académie royale de médecine. 1839. In-8, broché. Prix : 1 fr. 25.

— TRAITÉ PRATIQUE DES ACCOUCHEMENS; par F.-J. MORÉAU, professeur d'accouchemens, des maladies des femmes et des enfans à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Maternité. 10e et 11e livraisons de l'atlas de planches in-folio, contenant le mécanisme de l'accouchement naturel, dans les quatre temps de la première position oblique du sommet, dans le second et troisième temps de la quatrième position directe du sommet, dans le premier et second temps de la seconde position de la face, dans les cinq temps de la première position des fesses, dans le premier temps de la seconde position des genoux, dans la troisième position des pieds, dans la quatrième position des fesses.

Prix de chaque livraison, fig. noires : 4 fr.
Id. coloriées : 8 fr.

L'atlas aura 14 à 15 livraisons in-folio.

Tous les souscripteurs recevront *gratis* les deux vol. in-8 de texte.

Ces deux ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 13. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 30 MARS 1839.

Gazette Médicale

DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier avril. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la GAZETTE MÉDICALE, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

ANATOMIE.

EXPOSÉ SOMMAIRE DES RECHERCHES FAITES SUR QUELQUES PARTIES DU CERVEAU, PRÉCÉDÉ DE CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR CET ORGANE; par le docteur F. RIBES père, médecin principal à l'hôtel royal des Invalides.

(Suite. — Voir le numéro du 16 mars.)

DES PARTIES DE LA SECONDE SÉRIE.

La masse médullaire du cerveau est formée par les corps cannelés, les couches des nerfs optiques et leurs commissures, par les tubercules quadrijumeaux, les éminences genouillées, les pédoncules cérébraux, le corps calleux et les circonvolutions du cerveau. Telles sont les parties comprises dans la seconde série : nous allons les examiner successivement.

DES CORPS CANNELÉS ET DE LA COUCHE DES NERFS OPTIQUES.

Avant d'entrer dans aucun détail sur le corps cannelé, une question se présente à résoudre, celle de savoir s'il doit être considéré comme un corps isolé, ou comme faisant partie intégrante de la couche des nerfs optiques. En examinant extérieurement ces deux parties, il serait difficile de déterminer rigoureusement où finit le corps cannelé et où commence la couche optique. En les disséquant avec soin et en pénétrant dans leur intérieur, on voit que ces deux corps sont tellement cannelés qu'ils ne semblent former qu'un tout continu et composé de plusieurs parties unies par deux grosses intersections médullaires; ainsi je pense qu'il faut considérer le corps cannelé et la couche optique comme formant un seul et même organe. Ces deux parties étant également entremêlées de substance grise et de substance blanche, je les désignerai par le nom commun de corps cannelé.

Feuilleton.

GALERIE MÉDICALE.

N° VIII.

J.-L. ALIBERT.

« La gloire se doit toujours mesurer aux moyens dont on » s'est servi pour l'acquérir. »

(LAROCHEFOUCAULD.)

Pour être médecin et médecin célèbre, il n'est pas toujours besoin de l'irrésistible puissance d'une vocation décidée pour cette profession, Alibert en est un exemple. Il entra d'abord dans une congrégation destinée à l'enseignement; ensuite, il devint homme de lettres, enfin il s'adonna à la médecine. On ignore qui le détermina à prendre ce dernier parti; il est probable pourtant que ce fut le médecin Roussel, dont il a fait l'éloge, et on doit avouer qu'Alibert avait trouvé dans cet écrivain gracieux, un modèle parfait, qui prouvait que la médecine peut s'allier aux lettres et à la philosophie. Toutefois, passer de la poésie à l'étude d'une science aussi grave, aussi sévère que la nôtre, quitter la *Dispute des fleurs*, poème auquel Alibert a consacré sa plume, pour les fièvres intermittentes pernicieuses et les ulcères dartreux, est un contraste assez grand pour qu'on en fasse la remarque. Quoi qu'il en soit, Alibert suivit avec courage sa nouvelle carrière; possédé de bonne heure par le *digito monstrari*, il voulut se faire un nom dans la science, et il y réussit, bien qu'on retrouve toujours le cachet du littérateur dans ses ouvrages, plutôt que celui du médecin. Il acquit de la célébrité; puis, avec elle, vinrent les places, les honneurs, la fortune, les distinctions, cela devait être; car ce médecin était un homme d'esprit, de savoir et de savoir-faire, triple et infaillible moyen pour obtenir du succès. A la vérité, il se manifesta dans la suite une réaction à son égard; son auréole pâlit, son piédestal fut raccourci, et il eut une de ces réputations qu'on regarde comme surfaites, que le public rabaisse parfois avec humeur, comme si on la lui avait surprise.

Cependant Alibert débuta d'une manière brillante; sa thèse, publiée ensuite comme TRAITÉ DES FIÈVRES INTERMITTENTES PERNICIEUSES, fut remarquée, parce que c'était, en effet, un ouvrage remarquable. Qui est-ce qui connaissait en France le savant ouvrage de Torti? Qui est-ce qui se faisait une idée juste de la gravité de ces fièvres, de leurs formes variées, de leur marche rapide et insidieuse, de leur traitement pour ainsi dire spécial ? Bien peu de médecins, assurément. Le travail d'Alibert, par sa clarté, par sa méthode, par l'art de présenter les préceptes sous la forme de théorèmes, illumina tout à coup les esprits; cet ouvrage eut donc un succès complet, et il le méritait. On peut dire même que c'est aujourd'hui un des meilleurs titres d'Alibert à la reconnaissance des amis de la science. Un pareil essai lui donna de la réputation, et comme l'auteur était fort adroit, qu'il connaissait une foule de procédés et re-

La dissection de ces deux corps réunis m'a démontré que c'était un organe de huit pouces et demi à neuf pouces de longueur, qui a la forme d'un cône alongé, recourbé en spirale, et qui forme sur son axe un tour et demi.

Ce corps peut être divisé en trois parties, une spiroïde, une horizontale et une verticale. Je donne le nom de spiroïde à la partie de ce corps qui est visible dans les ventricules, de portion horizontale à celle qui est enfoncée dans la masse du cerveau, et de portion verticale à ce qu'on appelle couche des nerfs optiques.

La première portion de ce corps est visible dans les ventricules et n'a presque pas besoin de préparation pour être démontrée. Le reste ne peut être aperçu que par le secours de la dissection. Nous allons examiner ces corps du sommet vers la base.

Le sommet de la portion spiroïde du corps cannelé commence à la fin du plancher des ventricules latéraux, et dépasse un peu le côté externe de la grosse extrémité de la corne d'Ammon. Là le sommet de ce corps est mince, aplati; de ce point le corps cannelé se porte un peu en arrière et en dedans, ensuite en haut et en devant en grossissant, et il continue ainsi sa marche jusqu'à la partie antérieure et interne des ventricules latéraux. Placée dans toute son étendue entre la partie inférieure du bord externe du corps calleux et la couche optique, cette partie du corps cannelé représente dans ce trajet la forme de la moitié d'un cône légèrement recourbé, dont le côté libre est convexe et lisse, et dont le côté adhérent est aplati ou même légèrement concave, et un peu appliqué sur la partie saillante de la couche optique.

Arrivé à la partie antérieure des ventricules latéraux, le corps cannelé se recourbe, forme en avant un angle aigu, s'enfonce profondément et semble disparaître entièrement. Il ne peut être suivi que par le secours de la dissection : pour cela il faut emporter toutes les circonvolutions jusqu'au niveau du centre ovale de Vieussens. On pénètre à l'ordinaire dans les ventricules latéraux; ensuite on enlève par couches la substance médullaire qui se trouve immédiatement au-dessus du bord externe de la portion spiroïde, et l'on arrive bientôt à une masse de substance grise qu'on met avec précaution entièrement à découvert. Alors on voit que cette masse n'est que la continuation de la portion spiroïde du corps cannelé, qui, après avoir formé un angle aigu, continue sa marche horizontalement en arrière, en se courbant un peu en dedans sur les côtés de la selle turcique. Arrivée au niveau des éminences genouillées, cette substance, qui a augmenté de volume, se recourbe de nouveau, se porte en dedans, en devant et un peu en haut, et se place au côté interne et au-dessous de la portion spiroïde du corps cannelé et à la partie inférieure des ventricules latéraux : cette dernière partie est formée par la couche optique.

Une fois qu'on a vu le corps cannelé par le moyen de la dissection, on peut se le représenter en partie sans ce secours. En effet la première portion se voit dans les ventricules, mais elle disparaît sous la masse cérébrale et reparaît bientôt au côté externe et à la fin du ventricule latéral. Elle se montre sous la forme d'une grosseur tuberculeuse, et par une saillie légère qui est dans son milieu et qui se porte en haut et en arrière; elle se recourbe en dedans et marche en devant jusqu'à la partie antérieure des ventricules. Sur cette saillie se trouve appuyé le bord interne de la portion spiroïde du corps cannelé, ainsi que la bandelette demi-circulaire, et sur la partie la plus saillante se trouve également appuyée la rène de la glande pinéale. On voit que dans ce trajet le corps cannelé a décrit une ligne spirale.

On trouve au-dessous de la portion horizontale du corps cannelé une couche mince de substance grise, qui a une longueur et une largeur à peu près égales à celles de la portion horizontale; mais cette couche n'est pas cannelée, et n'a qu'une ligne ou une ligne et demie d'épaisseur; je la désigne par le nom de portion accessoire du corps strié; elle est en rapport avec la substance médullaire du cerveau comme les corps cannelés.

Plusieurs parties doivent être considérées dans la structure de ce corps. Ces parties sont la substance grise qui en forme la masse, la membrane qui la recouvre, les stries qu'on y remarque, et les vaisseaux qui vont s'y rendre et qui la traversent.

La substance grise du corps cannelé est divisée en quatre parties bien distinctes : la première forme la portion spiroïde; la seconde, la portion horizontale; la troisième, la portion verticale, et la quatrième, la portion accessoire.

La première partie est visible dans les ventricules latéraux; elle est obliquement placée et a de trois pouces et demi à quatre pouces de longueur : elle a la forme d'un cône dont la base est en dedans en devant, et le sommet en arrière et en dehors.

La seconde portion n'est point visible à l'extérieur; elle doit être mise à découvert par le secours de la dissection. Située horizontalement elle a environ trois pouces de longueur et a aussi une forme conique dont la base est en devant et le sommet en arrière : ces deux cônes sont unis par leur base.

La troisième portion qui est formée par la couche optique a une forme demi-sphérique et bosselée; sa longueur est d'un pouce et demi à deux pouces; sa hauteur est d'à peu près dix lignes, et son épaisseur de neuf lignes.

La portion accessoire du corps cannelé est large, mince, et entièrement formée de substance grise.

En général la consistance de cette substance est plus grande dans sa seconde portion que dans la première et la troisième.

La couleur n'est pas tout à fait la même dans les quatre portions; sa nuance varie un peu; en effet, on la voit d'un gris foncé dans la portion spiroïde : cette couleur s'affaiblit un peu dans la portion horizontale; on voit même que dans la moitié inférieure de la longueur de cette substance, elle est plus pâle que dans la moitié supérieure; il y a une légère ligne de démarcation qui les sépare, et des filets blancs qui les traversent. Mais dans la portion accessoire et dans la portion verticale ou couche optique, elle est d'un gris plus clair, et se continue ainsi dans les éminences *nates et testes*, et dans le centre des pédoncules du cerveau : avant d'arriver au pont de Varol, cette couleur devient presque noire, ce qui se remarque seulement dans l'âge adulte.

On ne connaît pas plus la nature de la substance grise du corps cannelé que celle des autres parties du cerveau. Ce n'est que par le moyen de la congélation que j'ai pu bien voir et constater l'existence des fibres du corps cannelé et de la couche optique, ainsi que l'union directe de ces fibres avec celles de la substance médullaire du cerveau.

Du feuillet celluleux. — Le feuillet celluleux de la cloison transparente que j'ai dit tapisser la voûte des ventricules latéraux, descend et s'applique presque sans adhérence sur la face libre de la portion spiroïde

cettes pour arriver à la célébrité, il prit bientôt rang parmi les médecins les plus distingués de son temps. Toutefois, on doit dire qu'Alibert n'a pas mis toute sa gloire à savoir faire son chemin; il fit toujours marcher de front le travail scientifique avec son avancement, et sa capacité intellectuelle n'a pas été de tout point inférieure à la capacité de son ambition. Il est surtout une branche de la science à laquelle il donna une impulsion qui dure encore : il s'agit des maladies de la peau. Alibert sut attacher à cette étude un immense intérêt par ses ouvrages, par ses leçons, et même par l'espèce d'originalité qu'il mit à ces dernières. Je sais que le côté pittoresque, une certaine prétention de style, quelque chose du vernis d'un faiseur lettré, lui furent reprochés, peut-être à tort. Pourquoi ne pas voir qu'il est des cas où un certain éclat devient indispensable, et qu'il fallait peut-être ce luxe de peintures, de descriptions, de typographie, pour éveiller l'attention publique, pour la fixer sur un sujet de pathologie négligé, quoique très digne d'intérêt? Alibert le comprit, et agit en conséquence; ses principes, sa méthode, ses divisions furent d'abord adoptés, puis délaissés; il en conçut quelque dépit, car il vantait sans cesse sa classification; il y tenait même tellement qu'il l'avait fait peindre sur l'un des murs de l'amphithéâtre de l'hôpital St Louis, « car *l'arbre des dermatoses*, selon ses propres paroles, répandait sur les élèves l'ombre de son feuillage et les fruits de son instruction. » L'amphithéâtre a disparu, la classification est rejetée; triste et frappant emblème de la fragilité de nos conceptions médicales.

Mais, s'il est vrai, comme on l'a dit, qu'Alibert, en s'occupant des maladies de la peau, eut plus en vue les faveurs de la fortune que les progrès de la science, il y réussit complétement. Les dartres, c'était son filon d'or; il l'exploita longtemps; il l'exploita surtout avec une rare habileté. Ce fut même au traité qu'il publia sur cette maladie que ce médecin dut en grande partie sa haute position médicale. En 1815, ayant offert à Lefèvre, médecin ordinaire de Louis XVIII, son ouvrage, avec les belles planches gravées et coloriées dont il est orné, Lefèvre, charmé du présent, lui fit avoir, au bout de quelque temps, la survivance de sa place; de là s'ouvrit pour Alibert l'avenir le plus séduisant. Il s'en faut de beaucoup que ses autres ouvrages lui aient acquis les mêmes avantages; quelques-uns même sont aujourd'hui cotés assez bas dans la littérature médicale.

En général, ces ouvrages ont un caractère particulier : on les lit sans fatigue; mais ils manquent de profondeur, de sagacité méditative, de cette érudition travailleuse, active, véritable cachet de la force d'attention qui creuse et presse une question, qui la retourne dans tous les sens, la considère sous tous les aspects. Alibert n'avait qu'à un faible degré la faculté du sens philosophique qui atteste une grande virilité d'intelligence. Ne voyant guère que par aperçus, il s'arrêtait à la superficie; après un premier moment d'observation, il laisse aller le fait et n'en garde qu'une notion de première vue; son œil ne plonge pas dans l'intérieur pour y distinguer le vrai et le saisir fortement. D'ailleurs, on sent toujours que l'auteur vise à l'effet, que le souci de la forme l'absorbe et le préoccupe sans cesse; en un mot, qu'il songe trop au costume de sa pensée. Un style naturel et ferme, où les mots et les idées s'enchaînent dans un ordre précis et vigoureux, n'est pas le sien; toujours maniéré, il se livre trop aux artifices du travail et de l'esprit; il veut paraître et briller; mais sous le voile chatoyant de sa jolie phrase, on cherche en vain le fait, le réel et le positif. A la vérité, ce style est toujours correct, élégant, qualités d'autant plus remarquables qu'elles sont maintenant plus rares. Le style, dit-on, est comme

du corps strié; de là ce feuillet passe sur la couche optique et semble s'arrêter à la ligne saillante qu'un observe vers le tiers inférieur de cette éminence: cependant il descend jusqu'à la partie inférieure. Ce feuillet est transparent, et il est si mince que les deux parties qu'il recouvre semblent à nu dans les ventricules. Il est très difficile d'en détacher quelque lambeau. Ce feuillet a été déjà décrit avec la lame médullaire de la cloison transparente.

Des cannelures. — Pour se former une idée des cannelures qu'on remarque dans le corps strié, il faut savoir que les fibres des pédoncules du cerveau, disposées par couches, montent jusqu'au corps calleux, aux circonvolutions et aux anfractuosités de cet organe.

La première couche de substance médullaire, résultat du développement des pédoncules cérébraux, est superficielle; elle monte en rayonnant entre la portion spiroïde et la portion horizontale du corps cannelé, s'épanouit sur la face interne des ventricules latéraux, et s'étend en haut jusqu'au corps calleux, et d'avant en arrière, depuis la partie antérieure de la paroi externe des ventricules latéraux jusqu'à la partie postérieure.

Cette couche est blanche, médullaire; examinée en arrière, près de son bord supérieur, nous voyons qu'elle a une certaine épaisseur : elle diminue insensiblement et se trouve recouverte en partie par la portion spiroïde du corps cannelé; mais à mesure qu'on l'examine antérieurement, on voit que cette couche se divise en bandelettes médullaires. Les premières sont courtes et ont une certaine largeur, les suivantes sont plus longues, et cette longueur dans chacune d'elles va en augmentant jusqu'à la partie antérieure : il arrive de là que toutes ces bandelettes sont de largeur et de longueur inégales; les espaces qui les séparent éprouvent la même différence dans leur hauteur et dans leur écartement; il résulte enfin de cette disposition que le premier tiers de la longueur de la portion spiroïde du corps cannelé se trouve posé sans adhérence sur cette couche médullaire, et n'a aucune communication avec la partie horizontale du corps strié; mais, dans le reste de son étendue, la substance grise de la portion spiroïde communique directement, d'espace en espace, avec la substance de la portion horizontale, de sorte qu'on aperçoit une cloison médullaire en partie dentelée, placée entre les deux portions du corps cannelé, et toutes ces bandelettes blanches sont, comme on voit, le résultat des faisceaux qui s'étendent perpendiculairement, des pédoncules du cerveau qui s'épanouissent et s'écartent. Ces bandelettes sont séparées dans leur trajet par l'interposition d'une ligne de substance grise.

Du côté postérieur et externe, il y a une intersection médullaire d'une grande épaisseur, interposée entre la portion horizontale du corps cannelé et la portion verticale qui sépare le corps cannelé de la couche optique, et lie en même temps ces deux parties entre elles.

Antérieurement, il y a aussi une intersection médullaire remarquable par son épaisseur, et qui sépare la base de la portion spiroïde de la base de la portion horizontale du corps cannelé : ces deux intersections vont se continuer avec les bourrelets antérieur et postérieur du corps calleux.

Mais, outre ces intersections, il y en a une qui sépare dans sa longueur en deux moitiés la portion horizontale du corps strié. Il y a une moitié supérieure et une inférieure, et celle-ci est encore subdivisée en deux sur sa longueur, de sorte que l'intérieur de la portion horizontale du corps cannelé présente dans sa couleur trois nuances différentes. Il se détache de la substance médullaire qui le recouvre, et plus particulièrement de la moitié inférieure, des stries blanches plus ou moins nombreuses, qui vont se ramifier et se terminer en pointe dans la substance grise, et sont d'un effet remarquable : la même chose se distingue à l'égard de la couche optique, quoique d'une manière moins marquée.

Vaisseaux. — Le corps cannelé est traversé par beaucoup de vaisseaux qui sont même d'une grosseur plus considérable qu'on ne l'avait cru. On peut juger du nombre et du volume des artères par le nombre et la grosseur des veines qui en sortent, et qui vont se rendre dans les veines de Galien; aussi voyons-nous très souvent des hémorragies mortelles dans le centre des corps cannelés ou dans le centre de la couche optique, produites par la rupture de ces vaisseaux.

Des commissures. — Les corps cannelés ont des parties qui leur sont communes, de sorte que les corps cannelés du côté droit communiquent avec ceux du côté gauche au moyen de trois commissures. Il y en a une antérieure, une postérieure et une moyenne. Les deux premières sont formées de substance blanche, et la dernière est formée de substance grise.

Il en est de la commissure antérieure comme du corps cannelé; elle ne peut être bien aperçue qu'au moyen de la dissection. Lorsque cette commissure est mise à découvert, on voit qu'elle est placée transversalement à la partie antérieure du troisième ventricule entre les deux piliers qui forment l'angle antérieur de la voûte à trois piliers. La portion en évidence, avant la dissection totale, a une ligne et demie ou deux lignes de longueur; mais lorsque cette commissure est mise à découvert, on voit qu'elle a plus de trois pouces. Sa grosseur est médiocre et n'est pas égale dans toute son étendue. Cette grosseur est moindre à la partie moyenne, et augmente insensiblement à mesure qu'elle s'éloigne de son milieu; elle est cylindrique et recourbée dans sa longueur en forme d'arc; elle est convexe antérieurement et concave en arrière. La plus grande partie de cette commissure est enfoncée de chaque côté, à droite et à gauche, dans l'épaisseur des corps cannelés; elle est blanche, médullaire, et composée de filets qui sont réunis sous une même gaîne tellement mince qu'elle est presque imperceptible.

Cette commissure unit ensemble la partie antérieure et inférieure des corps cannelés dans l'épaisseur desquels elle est logée, et elle se termine en arrière et en dehors par l'épanouissement de sa substance. Quelquefois la commissure antérieure traverse cette éminence en formant une sorte de bandelette aplatie; d'autres fois elle conserve sa forme cylindrique : on la voit tantôt se terminer dans le milieu de cette éminence, tantôt, et le plus souvent, aller se rendre dans une circonvolution externe et inférieure du lobe moyen du cerveau. Je l'ai vue, sur quelques sujets, se terminer net; et, chez d'autres, s'épanouir et se diviser en forme d'aigrette, de sorte qu'elle traversait le corps strié par un grand nombre de ramifications médullaires divergentes.

La commissure postérieure est un cordon tendu transversalement derrière la couche optique; elle est à peu près semblable à l'antérieure, si ce n'est que cette commissure est plus grosse, moins longue, plus mollasse; que la structure fibreuse se remarque mieux que dans l'antérieure, et qu'elle ne s'étend pas aussi profondément dans la substance du cerveau. D'ailleurs, la commissure postérieure, tantôt se termine dans la couche optique elle-même, tantôt traverse cette éminence et va se terminer dans une circonvolution inférieure du lobe moyen du cerveau.

Il y a une troisième commissure découverte par Morgagni, qu'on peut

le cristal, sa pureté fait son éclat; on peut dire qu'Alibert avait toujours cette précieuse clarté qui, dans les sujets scientifiques, est la première des grâces. Du reste, ne cherchez dans ses œuvres, ni force ni verve, ni vues hardies et originales, aucune audace de conception; nulle de ces idées fortes et fécondes, qui, maniées avec puissance, rallient à elles nombre d'esprits, et font époque dans la science. C'est surtout dans son dernier ouvrage où l'on remarque plus particulièrement les qualités et les défauts dont je viens de parler; il s'agit de la Physiologie des passions, livre qui, selon Alibert, devait protéger son nom dans l'avenir.

Que doit être le but d'un pareil ouvrage? L'étude des phénomènes comparatifs entre l'organisme et l'exaltation morale, la recherche des innombrables effets de cette exaltation sur les fonctions et les organes. Certes, dans cette conflagration de désirs, dans ce tourbillon de pensées et d'affections qui, en obscurcissant la raison, par là constituent et caractérisent la passion, se trouve nécessairement un principe de maladies singulièrement actif. Il y a ici un ébranlement de l'économie qui agite et bouleverse jusqu'aux dernières fibres, qui glace le sang ou le fait bouillonner, qui altère et fait jaillir la bile, qui brise le cœur, stupéfie la puissance musculaire ou en triple l'énergie; parfois tue comme la foudre, le plus souvent use et détruit les forces, en épuisant lentement la vie. De pareils résultats, toujours proportionnés à l'intensité, à la durée de la cause, comme à la sphère de vitalité individuelle, méritaient bien qu'on en fit une étude approfondie, sous le double rapport médical et philosophique. On chercherait en vain de pareilles vues dans l'ouvrage d'Alibert; non seulement il n'agite point l'important et difficile problème de l'influence réciproque du physique et du moral, mais il craint même de l'aborder. Sa Physiologie des passions se compose d'une suite de tableaux moraux qui ne se rattachent nullement aux lois de l'économie, de petites histoires philosophiques, racontées avec esprit, mais très éloignées du but principal. C'est un exposé classique et raisonné de nos sentimens, y compris la modestie, fort étonnée sans doute de se voir comptée parmi les passions. Toujours une diction pure, élégante, soignée, des *lècheries* de style qui sentent le rhéteur homme du monde; mais rien de ce feu sacré qui, sans emphase comme sans effort, doit échauffer et animer dans un pareil sujet; rien de la simplicité d'un style nerveux, solide et élevé, de cette logique exacte, pressante, qui exclut les sophismes, les paradoxes et les faux brillans. Avec beaucoup d'esprit et de savoir, Alibert s'est donc tout à fait trompé sur le fond et la forme de son livre, il n'en a compris ni le sens, ni la portée; à la lettre, ce fut un auteur vaincu par son sujet.

Comme professeur, on retrouve toujours dans Alibert l'homme d'esprit et disert, qui ne cherche qu'à mettre en saillie les grâces de son imagination. Discoureur brillant et ingénieux, esprit plein d'atticisme, s'abandonnant aux chances de l'inspiration, qui parfois le servait bien, il oubliait complétement le but de quiconque se livre à l'enseignement, éclairer et guider les élèves. Pour atteindre ce but, Alibert manquait de trois choses fondamentales : de profondeur, de méthode et de patience. Je l'ai vu, en 1807, commencer son professorat, dans la rue St-Victor; j'en portai alors le même jugement qu'à présent, bien qu'à trente-deux ans de distance; en effet, il n'avait pas changé. Qui ne se rappelle le mode bizarre de ses leçons de clinique à l'hôpital St-Louis? Là, sous les arbres de l'établissement, c'est à la manière des péripatéticiens, se promenant sous le portique, ou, comme Platon au cap Sunium, qu'Alibert dissertait philosophiquement sur le *porrigo*, sur l'*eczema* ou la dartre rongeante.

appeler commissure grise; elle est placée transversalement au-dessus du troisième ventricule, au-dessous de la voûte à trois piliers, et entre les couches optiques; elle n'a qu'environ une ligne et demie à deux lignes de longueur; elle est épaisse, mollasse, de couleur grise, comme la substance dont elle est formée. Cette commissure établit une communication directe entre la partie moyenne d'une couche des nerfs optiques avec l'autre.

Il faut que les corps cannelés aient des fonctions bien importantes à remplir; car ils sont le point de réunion et le point de départ de presque toutes les parties du cerveau, et ils sont particulièrement unis aux tubercules quadrijumeaux.

DES TUBERCULES QUADRIJUMEAUX.

On donne ce nom à quatre éminences placées derrière et entre les couches des nerfs optiques avec lesquelles elles semblent se continuer : elles sont situées au-dessus des pédoncules du cerveau, au-dessous de la glande pinéale et de ses rênes. Ce groupe d'éminences a un peu plus d'étendue transversalement que de devant en arrière. Son plus grand diamètre est de dix à douze lignes. L'ensemble de ces éminences est d'une forme carrée affectant une direction oblique de haut en bas et de devant en arrière.

Ces éminences sont placées les unes un peu au-dessus des autres; il y en a deux antérieures et deux postérieures; les premières sont plus grosses que les secondes; toutes ont une forme arrondie, mamillaire. Elles sont dirigées obliquement en arrière et séparées par un enfoncement crucial formé par deux lignes; l'une dirigée d'avant en arrière, et l'autre transversalement.

Les tubercules antérieurs sont de couleur grise et moins consistans que les postérieurs, qui sont plus blancs et offrent un peu plus de densité. Ils sont formés d'une couche de substance médullaire à l'extérieur, et de substance cendrée à l'intérieur.

La lame médullaire des éminences antérieures est très mince, et celle des éminences postérieures a un peu plus d'épaisseur. La substance grise qui entre dans leur composition semble la même dans les quatre éminences; cependant elle ne se continue pas sans interruption de l'un à l'autre de ces tubercules; on voit une légère trace de démarcation qui les distingue les uns des autres dans une grande partie de leur épaisseur; mais vers la base de ces éminences, on ne voit rien qui divise cette substance, et elle paraît la même dans toute son étendue: ainsi, il y a cela de particulier, que la substance grise, vue près du sommet, paraît différente, et qu'en approchant de la base elle prend insensiblement une couleur d'un gris égal dans tous les points.

Il se détache de chaque côté des tubercules quadrijumeaux deux prolongemens médullaires qui vont se rendre à deux éminences nommées genouillées, placées à la face inférieure de la couche optique. De ces éminences partent deux petites bandelettes qui se réunissent bientôt, et vont concourir à former le nerf oculaire.

D'après cette disposition, il s'agit enfin de déterminer si les nerfs oculaires naissent des couches optiques ou des tubercules quadrijumeaux, ou bien si ces deux parties contribuent également à l'origine de ces nerfs; pour cela, examinons les prolongemens des tubercules quadrijumeaux et les éminences genouillées.

Les tubercules quadrijumeaux postérieurs donnent naissance de chaque côté à un prolongement médullaire qui va se rendre à l'éminence genouillée externe, et paraître confondre avec elle. Ces prolongemens sont évidemment formés de substance blanche à l'extérieur et de substance grise à l'intérieur. La substance blanche est visiblement la continuation de celle qui recouvre les tubercules quadrijumeaux postérieurs et se continue jusque auprès des éminences genouillées externes. Cette lame est plus mince à son origine et à sa terminaison que dans son milieu où elle a une certaine épaisseur. Il est à remarquer que cette lame s'unit à la lame médullaire de l'extérieur de l'éminence genouillée externe, quelquefois par une espèce de raphé, et le plus souvent elle se continue sans interruption avec la lame externe de cette éminence, de sorte que ce sont deux parties qui, sur certains sujets, paraissent distinctes, et, chez d'autres, paraissent unies et continues.

Il se détache également de chaque côté des tubercules quadrijumeaux antérieurs un prolongement médullaire qui va se terminer à l'éminence genouillée interne. Ce prolongement semble entièrement composé de substance grise; cependant une lame médullaire mince le recouvre.

Il y a deux éminences, et rarement trois, de chaque côté de la face inférieure de la couche optique; on les nomme éminences genouillées. Ces éminences sont distinguées en externe et en interne. C'est dans la première que va se rendre le prolongement des tubercules quadrijumeaux postérieurs.

L'éminence genouillée externe est assez saillante, de forme légèrement ovalaire, et dirigée un peu obliquement en arrière et en dedans. Elle est formée à l'extérieur d'une couche médullaire d'un quart de ligne d'épaisseur, et l'intérieur l'est entièrement par un noyau de substance grise. Cette substance est enfermée dans une espèce de coque de substance médullaire, qui se continue avec la racine externe du nerf oculaire. Mais cette éminence est bien distincte de la couche des nerfs optiques, quoique logée dans son épaisseur.

L'éminence genouillée interne reçoit le prolongement des tubercules quadrujumeaux antérieurs; elle paraît de la même nature que l'éminence externe et elle a à peu près la même manière d'être.

Les nerfs optiques prennent naissance presque toujours par deux racines et quelquefois par trois; il y en a une externe et une interne; elles sortent évidemment de l'éminence genouillée externe, ainsi que de l'interne. Cependant, pour éclairer la question, il faut examiner de nouveau les éminences genouillées, les prolongemens des tubercules quadrijumeaux et les racines des nerfs oculaires.

1° L'éminence genouillée externe, comme nous l'avons dit, est composée d'une couche blanche médullaire, qui en forme l'extérieur, et d'un noyau de substance grise, qui en remplit l'intérieur.

2° Le prolongement des tubercules quadrijumeaux postérieurs est également composé de substance blanche à l'extérieur et de substance grise dans l'intérieur.

Il est à remarquer que la substance grise du prolongement ne se continue point avec celle de l'éminence genouillée. Ces deux substances sont séparées par la couche médullaire externe de l'éminence genouillée, ce qui empêche toute communication entre ces parties.

Il n'en est pas de même de la lame médullaire externe de ce prolongement. On voit qu'arrivée près de l'éminence genouillée, quelquefois elle s'unit à la lame externe de cette éminence par une sorte de raphé; mais ordinairement ces deux lames médullaires sont tellement bien unies qu'elles se continuent et se confondent, de sorte qu'alors il est difficile de

---

Il affectait aussi de ne désigner les malades que par le genre d'affection dont on les traitait; avancez ici, *érythème;* où en êtes-vous, *dartre squammeuse?* Comment va l'appétit, vous, ancien *psoriase?* etc. Etait-ce laisser-aller de bonhomie; était-ce pour affecter l'originalité? On peut supposer l'un et l'autre. Quand il fut nommé professeur à l'Ecole-de-Médecine, même négligé, même abandon dans sa manière de professer. Voici, mot à mot, le commencement d'une de ses leçons, au mois de mai 1827. « Messieurs, de même que l'estomac est le roi des organes, le quinquina est aussi le roi des médicamens; occupons-nous donc, occupons-nous longtemps de cette écorce importante...., » et puis quinze ou vingt minutes de leçon. Voilà un professeur en renom.

Cependant ce renom, hâtons-nous de le redire, n'était pas sans fondement; il ne faut pas regarder les succès d'Alibert comme le bien joué de l'intrigue. Ce médecin avait des connaissances aussi étendues que variées; son discours sur les rapports de la médecine, ses divers éloges, sa nosographie, etc., le prouvent incontestablement. Ce savoir, joint à son adresse, l'avait fait accueillir favorablement du public. Bien qu'en fait de réputation l'étendue ne soit pas toujours la mesure exacte de la valeur, celle d'Alibert était pourtant appuyée sur des services et des travaux réels. Malheureusement, ce médecin portait dans l'exercice de l'art un esprit de légèreté, une sorte d'insouciance qui conviennent peu aux malades, toujours très exigeans, assez disposés dans certains cas à s'amuser avec leur médecin, mais, dans le fond, le jugent toujours avec sévérité. Alibert en fit l'expérience, et il fut peu à peu délaissé du public; il est même douteux si, dans les derniers temps, il eut autre chose qu'une clientelle de consultans. D'ailleurs, ses distractions étaient continuelles; au lieu d'un grave et sérieux examen du malade et de la maladie, il causait d'art, de littérature, et racontait des anecdotes. Ses distractions étaient si bien connues, qu'on disait dans le monde que souvent à son hôpital, Alibert prescrivait au premier malade l'*ipéca*....; mais que, toujours distrait et répétant ce mot pendant toute la rangée des lits, il ne le terminait qu'au dernier malade. Ajoutons que ce médecin, dans sa manie anti-polypharmaque, n'ordonnait presque aucun médicament. Il avait tellement à cœur la maxime de Tronchin, qu'en médecine pratique, il faut souvent *oser* ne rien faire, qu'il ne faisait absolument rien ou à peu près; or, qui ne sait que l'imagination des malades demande à être en quelque sorte caressée, calmée par l'emploi de certains remèdes?

D'un autre côté, si Alibert voyait sa clientelle baisser, sa célébrité scientifique de bon aloi lui fut également contestée. J'en ai fait la remarque; son nom et ses œuvres furent pesés au poids de leur valeur réelle, et il faut avouer qu'on les trouva légers, très disproportionnés à leur valeur nominale. Ainsi, beaucoup furent convaincus que ce médecin avait tout ce qu'il faut pour acquérir une réputation, de l'esprit, du savoir, et la très utile science de l'entregent, mais rien de ce qu'il convient pour la conserver. Peut-être manquait-il de cette supériorité réelle, partout présente, partout prouvée, qui tient autant de la puissance du caractère que de l'étendue et de la finesse de l'esprit. Or cet esprit chez Alibert était pour ainsi dire en surface et en éclat; personne ne se laissait plus facilement attirer par tout ce qui brillait, sans trop s'inquiéter si c'était de l'or ou du cuivre, du diamant ou du strass. Seulement dans l'intimité et quand il ne voulait pas représenter, on pouvait apprécier tout ce qu'il avait réellement d'attachant, de spirituel et d'original. Possédant l'art de causer, cet art qui devient d'autant plus rare et plus inutile aujourd'hui que celui de discuter et de plaider est plus nécessaire et plus commun, il y déployait tout le charme de

distinguer où finit la lame médullaire du prolongement, et où commence la lame de l'éminence genouillée.

3° La racine externe du nerf oculaire est blanche dans toute son épaisseur et légèrement aplatie; elle remonte un peu en dedans, va s'épanouir sur l'éminence genouillée externe, passe outre, et se continue ordinairement, sans nulle interruption, avec la lame médullaire du prolongement des tubercules quadrijumeaux postérieurs. Ainsi la racine du nerf oculaire paraît réellement venir et prendre naissance des tubercules quadrijumeaux postérieurs par l'intermédiaire de l'éminence genouillée externe.

La seconde racine, ou racine interne du nerf oculaire, a environ une ligne et demie de longueur. Elle se porte en-dedans, un peu en haut, et va bientôt se terminer à l'éminence genouillée interne. Les rapports de ces deux parties sont à peu près semblables aux rapports qui existent entre la racine externe et l'éminence genouillée externe.

Je crois donc qu'on doit considérer ces deux racines du nerf oculaire comme venant des tubercules quadrijumeaux, puisqu'on voit un prolongement de chacun de ces tubercules se porter sur les éminences genouillées et, par leur intermédiaire, se continuer sans interruption avec les racines, du nerf oculaire. Cette disposition semble contraire à ce qui a lien à l'égard de l'origine de tous les autres nerfs.

En effet, tous les nerfs, en général, naissent par une ou plusieurs racines, d'un point de la substance grise et de la substance blanche. La nature du nerf, après qu'il a pris naissance, ne change point : il reste un dans toute son étendue, à moins qu'il ne se mêle à un plexus ou à un ganglion. D'après cette disposition générale des nerfs, ne pourrait-on pas regarder les éminences genouillées comme des ganglions ?

Dans tous les cas, nous devons nous rappeler que les deux racines des nerfs optiques sont entièrement médullaires, que les tubercules quadrijumeaux et les prolongemens qui en naissent sont composés de substance blanche à l'extérieur et de substance grise à l'intérieur : mais, ce qui est à remarquer, c'est que la substance blanche de ces différentes parties se continue de l'une à l'autre, tandis que la substance grise reste séparée et ne se continue point avec la substance grise des éminences genouillées, qui est renfermée dans une coque de substance médullaire, et est séparée de la substance grise de la couche optique et de celle des prolongemens fournis par les tubercules quadrijumeaux. La substance grise reste isolée dans la partie où elle est logée, et n'a de communication avec la substance grise des parties voisines que par contact. Du reste, je suis convaincu que les tubercules quadrijumeaux ont la plus grande part à l'origine des nerfs oculaires, et, s'ils ne font pas avec les couches des nerfs optiques un organe unique, du moins il doit y avoir entre eux communauté d'action dans quelques parties de leurs fonctions.

DES PÉDONCULES DU CERVEAU.

Avant de décrire ces pédoncules, il est essentiel de rappeler qu'ils sont séparés de la masse médullaire de l'organe encéphalique par la portion spiroïde, la portion horizontale, la portion verticale et la portion accessoire des corps cannelés. Par cette disposition, ceux-ci se trouvent être le point de réunion ou le point de départ de toute la substance du cerveau. En effet, 1° nous voyons que le feuillet médullaire qui se détache du bord supérieur de la cloison transparente, après avoir tapissé une partie de la face inférieure du meso-lobe, va se fixer à toute l'étendue du bord supérieur de la portion spiroïde du corps cannelé.

2° On voit toute la substance du corps calleux descendre de chaque côté des ventricules latéraux et aller se fixer aux couches des nerfs optiques.

3° On observe que presque toutes les fibres médullaires des circonvolutions supérieures et externes du cerveau vont se rendre à la portion horizontale du corps cannelé.

4° Nous remarquons que la substance médullaire d'un certain nombre de circonvolutions inférieures de l'organe encéphalique, et particulièrement de celles qui se trouvent au-dessous de la scissure de Sylvius, va se rendre à la portion accessoire du corps strié.

Voilà les points de réunion de la substance cérébrale. Voyons actuellement cette substance comme partant des différentes parties du corps cannelé, et allant se rendre aux circonvolutions et aux anfractuosités du cerveau. Mais d'abord examinons les pédoncules cérébraux.

Ces pédoncules sont au nombre de deux, situés au côté interne de la face inférieure du lobe moyen du cerveau, et s'étendent de la partie antérieure de la protubérance annulaire jusqu'au niveau de la partie inférieure de la couche optique. Mesurés à leur face inférieure, les pédoncules ont un pouce de longueur, six lignes de largeur à leur extrémité interne, et onze lignes dans leur milieu; mesurés selon leur épaisseur, ils ont neuf lignes de hauteur.

Les pédoncules sont étroits, presque cylindriques vers leur extrémité interne; ils sont larges, aplatis vers l'extrémité externe.

Après s'être séparés du pont de Varol, les pédoncules, placés sous les tubercules quadrijumeaux et au-dessus des nerfs oculaires, se portent presque horizontalement en avant, en-dehors et en haut, s'élargissant un peu jusqu'à la partie inférieure de la couche optique.

Les pédoncules sont composés de fibres blanches, longitudinales et saillantes à leur surface. Ces fibres laissent entre elles des intervalles plus ou moins marqués. Le tissu en est assez compacte et présente de la substance grise dans son intérieur; on y remarque seulement, dans l'âge adulte, un peu de substance noire.

Les pédoncules du cerveau tiennent au pont de Varol, mais cette éminence ne leur donne point naissance; ces deux parties sont unies ensemble, mais il est impossible de distinguer la manière d'être de leur articulation ou de leur jonction.

L'extrémité externe du pédoncule cérébral peut être considérée comme partagée sur sa longueur en deux moitiés, une supérieure et une inférieure.

La supérieure va se terminer à la couche optique. Quoique continues, ces deux parties se distinguent l'une de l'autre : ainsi il y a union, mais il n'y a pas continuité de substance du pédoncule avec la couche optique.

Si nous considérons la moitié inférieure de l'extrémité externe du pédoncule cérébral dans sa marche de bas en haut, nous la voyons se diviser en deux parties ; la première se porte à la portion horizontale du corps cannelé, la seconde va se rendre à une petite couche de substance grise accessoire au corps strié.

Nous allons examiner ces divers prolongemens médullaires comme s'ils tiraient leur origine des corps striés; nous verrons le premier provenir de la couche optique, le second prenant naissance de la portion horizontale, et le troisième de la portion accessoire du corps cannelé. Je rappellerai ici que la portion spiroïde du corps cannelé donne naissance à

---

son esprit, une sorte de bonhomie piquante, qui sait se passer de médisance; des traits de malice lui échappaient, mais sans les enfoncer. Fin, délié, persuasif, il savait dans l'occasion rentrer ses coudes pour ne heurter personne, pour se glisser adroitement où il voulait arriver. Sans avoir cet égoïsme sur lequel la politesse jette la glace de son vernis, Alibert n'était pas toujours vrai, mais il y avait en lui une candeur, une naïveté de mensonge telles qu'on ne pouvait s'empêcher de lui pardonner, d'autant plus que la cordialité affectée, le sourire faux, contrefaisant le sourire de bonté et même de protection, n'entraient pour rien dans son caractère. A dire vrai, ce caractère n'était pas profondément buriné, mais toujours bon, facile et bienveillant, aucun confrère, que je sache, n'a eu à se plaindre de ses relations avec ce médecin. Alibert était parfois le héros de la bonne intention, mais s'il ne rendait pas toujours service, au moins ne cherchait-il point à nuire, chose digne de remarque à notre époque. Jamais on ne le vit chercher la loupe en main les défauts, les erreurs de quiconque ne partageait pas ses opinions. Loin de là, on peut reprocher à ce médecin un laisser-aller de flatterie qui va mal à notre grave profession. Il eut toujours pour certains hommes puissans l'encens, épais et la plume parfumée. Dans sa conduite, dans ses discours, dans ses écrits, il court à la renommée par toutes les voies; on dirait le retentissant et le commérage d'une réputation de médecin cherche-vogue; il tend et prête la voile aux caprices du vent qui domine; il veut que son nom soit souvent répété; lui même flatte pour être flatté, vanté; dans ses ELÉMENS DE THÉRAPEUTIQUE, édition de 1817, on trouve huit dédicaces adressées à différentes personnes. Son principe était que le savoir-plaire est partie intégrante du savoir-faire : il agissait en conséquence; aussi sa réputation était pour ainsi dire vulgaire, il n'y a pas de mémoires historiques du temps, vrais ou apocryphes, où le nom du docteur Alibert ne se trouve plus d'une fois répété.

Mais il est une classe d'écrivains que ce médecin ménageait par-dessus tout, ce sont les journalistes. Sans les aimer, Alibert les craignait, parce qu'il n'avait pas compris la haute et difficile magistrature de la presse. Il s'était fait surtout l'ami de Chaumeton, homme d'un vaste et indigeste savoir, érudit qui savait le latin, le grec, l'hébreu, mais qui ne savait vivre avec personne, critique virulent et grossier, menaçant de *barbouiller de sa bile*, selon son expression, tout écrivain dont le succès ou les opinions lui faisaient ombrage. Or, Alibert qui craignait par-dessus tout d'être barbouillé de la sorte, faisait, sous les apparences de l'amitié, une cour assidue à ce despote critique qui mourut, dit-on, des effets de cette bile enfiellée dont son organisme était saturé.

Ainsi l'amour-propre d'Alibert, toujours aux aguets, était éminemment flatté de toute espèce d'éloge, de quelque part qu'il vint, et sous quelque forme qu'on lui présentât la coupe enchantée. Bien qu'il eût trop d'esprit pour conserver la sotte rancune des vanités subalternes et des amours-propres de bas étage, une fois blessés, il n'oubliait pourtant pas ou l'injure ou l'affront qu'il croyait avoir reçus. Lors de la formation de l'Académie de médecine, voyant ses espérances trompées à la présidence annuelle, par la nomination de Bourdois de la Motte, jamais il ne mit le pied dans cette assemblée. Plus d'une fois on l'entendit s'écrier sur un ton moitié sérieux, moitié plaisant : « J'ai créé l'Académie de médecine, puis je l'ai lancée dans le *vide*. » Cependant Alibert se trompait complètement s'il croyait y briller par son absence; rien de plus rare maintenant que le *præfulgebant* de Tacite. Au reste, ce médecin était

la lame médullaire de la cloison transparente, laquelle se réfléchit sous la face inférieure du corps calleux.

1° PROLONGEMENT MÉDULLAIRE DE LA COUCHE OPTIQUE. — Ce prolongement prend naissance en même temps de la partie externe, antérienre, postérieure, et principalement de la partie supérieure de la couche optique, de sorte que cette éminence semble enveloppée de toute part et n'avoir de libre que sa face interne. Ce prolongement médullaire forme les parois et la voûte des ventricules latéraux, et s'étend de droite à gauche de la couche optique d'uo côté jusqu'à celle du côté opposé, en passant par le corps calleux; d'avant en arrière, il s'étend du bourrelet antérieur du corps calleux jusqu'au bourrelet postérieur. Ce prolongement présente deux faces et quatre bords.

La face interne est convexe dans son tiers inférieur, concave dans le reste de son étendue, et répond à la voûte et aux parois des ventricoles latéraux. Elle est un peu recouverte par la portion spiroïde du corps cannelé, par la membrane médullaire de la cloison transparente, et ensuite par la membrane celluleuse très mince qui tapisse toute l'étendue des ventricules latéraux. Cette face offre des éminences et des enfoncemens formés par les parties contenues dans cette cavité.

La face externe répond à la portion horizontale du corps canoelé et ao second prolongement médullaire fourni par l'extrémité externe du pédoncule cérébral.

Il y a quatre bords : un antérieur, un postérieur et deux inférieurs.

Le bord antérieur est formé par le bourrelet antérieur du corps calleux, bourrelet qui est épais, arrondi, et se prolonge de chaque côté jusqu'à la partie antérieure de la couche optique.

Le bord postérieur est également formé par une sorte de bourrelet arrondi, dont le tissu fibreux se continue et se prolonge de la partie postérieure de la couche optique d'un côté jusqu'aux mêmes parties du côté opposé.

Il y a deux bords inférieurs : l'un est à droite et l'autre à gauche. Chacun d'eux a environ deux pouces et demi de longueur, et s'étend de l'extrémité antérieure du bord supérieur de la couche optique jusqu'à son extrémité externe et postérieure. Ce bord inférieur est recourbé et présente à peu près trois quarts de cercle, de sorte que dans sa longueur il forme une ligne un peu spirale.

Ces bords se correspondent par leur convexité. Leurs extrémités antérieures sont éloignées l'une de l'autre d'environ quinze lignes. Delà on voit ces bords monter en arrière et en dedans eu se rapprochant un peu l'un de l'autre, et là ils ne sont séparés que par l'espace occupé par la voûte à trois piliers. Bientôt ils se portent eu arrière et en dehors, en s'écartant beaucoup; ensuite ils descendent eu avant et en dedans jusqu'à la fin des ventricules latéraux, de sorte que leur extrémité postérieure est plus bas et plus en dehors que celle qui est antérieure, ce qui leur fait décrire une ligne un peu spirale.

Du bord supérieur de la couche optique, le premier prolongement médullaire du pédoncule du cerveau monte sur les parois et la voûte des ventricules latéraux; il va se placer entre la portion spiroïde et la portion horizontale du corps strié, et en les traversant forme, comme il a été dit, les cannelures de ce corps. Cette première couche médullaire continue sa marche eu s'épanouissant, se recourbe un peu vers le corps calleux, et se divise eu un grand nombre de baudelettes médullaires qui s'écartent les unes des autres, se porteut eu avant, eu arrière et eu haut, se séparent, et s'éloignant comme les branches d'un éventail, forment ce qu'on nomme le grand soleil de Vieussens ou la couronne rayonnante de Reil. Cette couche médullaire, un peu recourbée en spirale, est d'un très bel aspect. Voici comment elle se termine antérieurement, en arrière et dans le milieu.

Antérieurement, un faisceau de cette couche médullaire se porte en bant, en devant et en dedans, en grossissant un peu, et va former, comme il a été dit, le bourrelet antérieur du corps calleux.

Postérieurement, oo voit un second faisceau se porter en baut, en arrière et en dedans, et aller se continuer avec le bourrelet postérieur du corps calleux.

Le faisceau mitoyen est large, aplati, monte et va former le corps calleux. Ce faisceau est disposé par couches médullaires, composées de fibres que l'on suit de la partie droite à la partie gauche du corps calleux, et l'on ne voit point d'interruption. Je n'ai pas trouvé de raphé ni d'entrecroisement; ainsi je crois qu'il y a continuité de fibres qui vont directement d'une couche optique à l'autre, en traversant le corps calleux, et qui par leur disposition forment la voûte et les parois des ventricules latéraux.

2° PROLONGEMENT MÉDULLAIRE DE LA PORTION HORIZONTALE DES CORPS CANNELÉS. — Ce prolongement, après avoir pris naissance de la portion horizontale du corps cannelé, se divise en plusieurs parties, qu'on peut suivre au moins jusqu'à la première, seconde, troisième et quatrième circonvolution du cerveau, qui sont les plus voisines de la fissure interlobulaire: on pourrait les suivre plus loin, car il est probable qu'il en est des autres circonvolutions comme des premières.

3° PROLONGEMENT MÉDULLAIRE DE LA PORTION ACCESSOIRE DU CORPS CANNELÉ. — De ce prolongement partent les faisceaux médullaires qui vont se porter successivement aux circonvolutions et aux anfractuosités les plus inférieures du cerveau.

Pour voir les fibres de la substance cérébrale qui vont des circonvolutions aux corps cannelés, il faut exposer le cerveau à la congélation pendant une nuit; lorsque le cerveau est légèrement congelé, on n'a qu'à tirer deux circonvolutions en sens opposé; elles s'écartent, la substance se déchire depuis l'anfractuosité jusqu'au corps cannelé et à la couche optique: alors on voit très bien les fibres de la substance médullaire s'étendre sans interruption de l'une à l'autre de ces parties. Les fibres sont devenues solides et sont maintenues droites par la congélation du fluide dont la substance cérébrale est pénétrée.

Quoique les fibres des pédoncules du cerveau soient plus nombreuses à leur arrivée à la couche optique et au corps cannelé, qu'à leur départ de la protubérance annulaire, et quoiqu'elles soient beaucoup augmentées en nombre à leur sortie de la couche optique et du corps cannelé, on aura de la peine à croire qu'elles aient suffi pour former la masse entière du cerveau, si on ne reste pas convaincu que les fibres et les lames de la substance cérébrale naissent les unes des autres, qu'elles se multiplient en quelque sorte, comme les gros troncs artériels qui se divisent en branches, en rameaux ou ramifications.

D'après ce qui vient d'être exposé, nous voyons que les pédoncules du cerveau vont se rendre aux corps cannelés, et ceux-ci, comme des espèces de ganglions, donnent naissance à toute la masse cérébrale.

Mais toutes les fibres médullaires qui sortent du corps cannelé vont-elles à la substance corticale du cerveau? ou bien partent-elles de cette

---

dans une position assez élevée pour pouvoir se passer des honneurs académiques. Jouissant de cette célébrité, petite monnaie de la gloire qu'il avait tant désirée, professeur à l'école de médecine, pourvu en outre de trois ou quatre places, il aurait pu se trouver satisfait, mais son bonheur lui paraissait incomplet, parce qu'il mesurait toujours la distance de ce qu'il était à ce qu'il voulait être. Un poète a dit :

« Chaque homme enfle une bulle où se reflète un ciel. »

Or le ciel que se figurait Alibert n'était autre que devenir premier médecin du roi de France. Son espoir avait quelque fondement; Portal, surchargé de quatre-vingt-six ans, allait bientôt lui faire place; il était bien en cour; il avançait, il touchait au but, mais les coups du bélier populaire ayant donné un mouvement violent à la roue de la fortune, la bulle d'Alibert se brisa et son ciel disparut. Peu de gens le plaignirent, et lui-même eut l'excellent esprit de n'en paraître aucunement affecté. Le genre de philosophie qu'il adopta de bonne heure parut le consoler en peu de temps. En effet, Alibert, sans perdre de vue son avancement et le soin de sa réputation, aimait, sous quelques rapports, la société, et ce qu'on est convenu d'appeler les plaisirs du monde, mais à sa manière. Bien convaincu que vivre, c'est passer, c'est voyager, il ne vivait pas hier, ni demain, il vivait aujourd'hui et assez largement, sans trop se bercer d'espérances que l'avenir trompe si souvent. On aurait pu lui appliquer ce qu'on avait dit d'un autre médecin : il aimait le *positif* au superlatif. Cependant il eut cet *aristippisme* de bon goût qui établit bien la préexcellence de l'argent et des jouissances sur le mérite et la vertu, mais avec mesure et discrétion. Il serait facile d'en trouver la preuve dans ses célèbres *déjeuners-dinatoires* qu'il a continués jusqu'au dernier moment. On a dit que selon les circonstances du jour, tantôt on y avait joué des vaudevilles, tantôt débité des sermons; que parfois on y dissertait d'une manière assez leste, d'autrefois on y affectait une austérité presque claustrale. Rien de plus évident qu'on doit se méfier de pareils bruits, propagés avec légèreté et accueillis avec malice; toujours est-il qu'Alibert ne négligea rien pour que son existence ne fût pas trop obscurcie de tristesse et de mélancolie; puis en beaucoup de choses, il avait conservé cette chaleur d'esprit et de cœur qui survit si rarement à la jeunesse. Sa constitution physique pouvait d'ailleurs aisément le seconder. Gros, court, brun, laid, mais d'une laideur spirituelle et animée, tout annonçait en lui beaucoup d'énergie et de force organique. Son portrait qu'il a légué à la Faculté de médecine est assez ressemblant. Bien entendu qu'il est peint avec toute la représentation d'un costume officiel, car Alibert tenait infiniment à ses titres, à ses décorations, à sa chaine de soie et de rubans. Né le 12 mai 1766, il mourut le 5 novembre 1837 d'une affection cancéreuse à l'estomac, produite elle-même, disait-on, par une de ces causes qu'on trouve dans la PHYSIOLOGIE DES PASSIONS. En jetant un dernier coup d'œil sur la vie et les travaux de ce médecin, on peut dire qu'il a contribué au progrès de la science; s'il n'a brillé qu'au second rang, si on ne peut le compter parmi les plus hautes illustrations médicales, son nom du moins se conservera longtemps encore dans les fastes de la science.

R. P.

---

substance pour se rendre dans le corps cannelé proprement dit? c'est ce qu'on ne sait pas : ce qu'il y a de certain, c'est que la substance médullaire du corps calleux n'a de rapports qu'avec la substance grise des couches optiques, et qu'elle n'en a point avec la substance corticale du cerveau.

Enfin nous voyons ici que le point de départ ou le point de réunion des fibres médullaires du cerveau est dans la couche optique, et dans les portions spiroïde, horizontale et accessoire du corps cannelé.

Du reste de quelque manière qu'on examine le cerveau, soit dans les circonvolutions ou les anfractuosités, soit en avant, soit en arrière ou dans le milieu, soit dans la substance corticale ou dans la substance médullaire, depuis la partie supérieure de cet organe jusqu'aux corps cannelés et la couche optique, la substance cérébrale est une; elle paraît égale partout; on n'y voit aucun compartiment particulier, aucun centre auquel on puisse raisonnablement attribuer un usage bien déterminé; ainsi après que les idées ou les sensations sont arrivées aux couches des nerfs optiques et aux corps cannelés, il est difficile de savoir si elles s'y arrêtent: dans le cas contraire, comment se répandent-elles dans les différentes parties de la substance du cerveau, et comment y sont-elles élaborées?

(La fin à un prochain numéro.)

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENS.

COMPTE-RENDU DE L'ÉCOLE D'ACCOUCHEMENT DE LA MATERNITÉ DE MARSEILLE, PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE DE 1837-1838; par M. VILLENEUVE, professeur.

Le nombre des accouchemens n'a été, du 1er octobre 1837 au 1er octobre 1838, que de 48. Les 48 enfans qui en sont provenus ont présenté 45 fois le vertex et trois fois le pelvis. Le vertex a fourni 28 premières positions, 15 secondes et 2 troisièmes. Deux secondes positions et une quatrième des pieds ont constitué les trois présentations du pelvis.

Sur les 48 enfans, il y a eu 23 garçons et 25 filles; 4 enfans morts-nés, dont 2 du sexe masculin et 2 du sexe féminin. Des deux filles, l'une est née putréfiée au terme de 7 mois et demi; et l'autre, du terme de 7 mois a été expulsée sans vie après une heure et demie de travail à la suite d'une première grossesse. Les deux garçons sont nés par les pieds; l'un en seconde, et l'autre en quatrième position; de sorte que sur 45 enfans nés par le vertex, 43 sont nés vivans; tandis que sur 3 enfans nés par les pieds, 2 sont nés morts. Depuis longtemps on connaît l'influence fâcheuse qu'exerce sur la vie des enfans, au moment de la naissance, leur issue par le pelvis, et plus particulièrement celle par les pieds.

Parmi les 28 premières positions du vertex, une a été reconnue seconde au début du travail. Des 15 secondes, 10 ont été constatées troisièmes au commencement du travail : ce sont les deux tiers sur le nombre total. L'an dernier, c'était 10 sur 24 secondes. Sur les 5 occipito-cotyloïdiennes droites qui n'aient pas été constatées fronto-cotyloïdiennes gauches au début du travail, une seule a été reconnue occipito-cotyloïdienne droite dès le début; l'orifice utérin avait sept à huit lignes de dilatation, et les membranes étaient intactes. Parmi les 4 autres, la position a été constatée seconde trois heures après l'établissement du travail; chez l'une, l'orifice ayant un pouce de dilatation et les membranes étant intactes; chez l'autre, après la dilatation complète de l'orifice; chez la troisième, au moment de l'expulsion de la tête; chez la quatrième, enfin, la direction de la suture sagitale a fait croire d'abord à une première position, l'orifice n'ayant encore que 5 à 6 lignes de diamètre; tandis que la conversion en seconde a été constatée cinq heures après, l'orifice ayant alors 18 à 20 lignes de dilatation et les membranes n'étant pas rompues.

Deux positions occipito-postérieures fronto-cotyloïdiennes gauches se sont également présentées. L'une d'elles a surtout été remarquable, en ce qu'elle a été frontale, et que l'orbite et le frontal gauches, ainsi que la partie supérieure et antérieure du pariétal du même côté, étaient le siége d'une tuméfaction sanguine, preuve certaine que ces parties occupaient le centre du bassin. En voici les détails :

OBS. 1.—La nommée Marie Bremond, âgée de 25 ans, enceinte pour la seconde fois, n'a éprouvé d'autre incommodité pendant sa grossesse, qu'un peu d'infiltration aux jambes qu'une saignée a fait disparaître au septième mois. Les douleurs de l'enfantement se sont déclarées le 23 janvier à quatre heures du soir. L'orifice était alors dilaté de 4 à 5 lignes; il était souple, épais et dirigé à gauche et en arrière. A six heures, les douleurs devenues plus fortes, on a cherché à reconnaître la position; mais les membranes bombaient si fortement qu'il a été impossible de rien préciser sur ce point. L'orifice offrait en ce moment une dilatation de 7 à 8 lignes. A neuf heures, cette dilatation avait acquis 15 lignes de diamètre, et l'on s'est aperçu que les membranes n'appuyaient pas sur l'orifice. Depuis cet instant jusqu'au 26 à quatre heures du matin, les douleurs se sont ralenties et sont devenues plus faibles. A cinq heures du soir, l'orifice étant dilaté de deux pouces, les membranes se sont rompues sous l'influence de douleurs un peu plus vigoureuses. Une grande quantité d'eaux s'est écoulée. On a bien reconnu la présentation du sommet; mais non la position, parce que les membranes rompues au-dessus du cercle utérin bombaient encore dans l'aire de l'orifice, et empêchaient le doigt investigateur de distinguer la direction des sutures. Les membranes ayant été rompues artificiellement au centre, on a senti la fontanelle postérieure à droite et en arrière, et un œil à gauche et en avant. A neuf heures du matin, les douleurs se sont ralenties de nouveau; une tumeur s'est formée sur la tête, et l'on n'a plus pu distinguer ni sutures, ni fontanelle. A une heure après midi, la dilatation était complète; l'orifice utérin a été franchi par la tête à deux heures. Le mouvement de rotation s'est opéré un instant après, et à trois heures et demie la tête a franchi la vulve en position fronto-cotyloïdienne gauche. Garçon né vivant, un peu pléthorique, présentant une tumeur sur le frontal, l'orbite gauche et la partie supérieure et antérieure du pariétal gauche : 47 heures de travail.

La seconde observation n'offre rien de remarquable, si ce n'est que la femme qui en est l'objet, quoique parvenue à sa dixième grossesse, a eu un travail de vingt-quatre heures. Cette longueur du travail, qui n'est pourtant pas excessive, après un si grand nombre d'accouchemens, s'explique facilement par la nature de la position du vertex, et fournit une nouvelle preuve d'accouchement naturel dans les positions occipito-postérieures, sans que les diamètres de l'enfant soient très petits et ceux de la mère très grands.

Le diamètre sous-occipito-bregmatique avait 3 pouces 9 lignes; le bipariétal 3 pouces et demi, et le diamètre sacro-pubien inférieur de la mère avait 5 pouces. Nous croyons avoir suffisamment prouvé, dans un travail *ad hoc* (REVUE MÉDICALE, août 1836), que ce n'est pas au détroit supérieur que commencent les difficultés dans les positions occipito-postérieures; mais bien dans l'excavation et surtout au détroit inférieur, parties du bassin dans lesquelles le cou de l'enfant est obligé de se placer entre le sacrum et la tête, de manière que ce n'est plus un diamètre exclusivement céphalique qui est en rapport avec le diamètre antéro-postérieur de l'excavation et du détroit inférieur; mais bien un diamètre qui part de la dernière apophyse épineuse cervicale à la fontanelle antérieure (la tête étant fortement fléchie), diamètre que j'ai cru devoir désigner sous le nom de *dorso-bregmatique*, lequel est composé du diamètre mento-bregmatique, et d'un diamètre *dorso-sternal*, qui part de la dernière apophyse épineuse cervicale au point sternal sur lequel le menton appuie fortement dans ces sortes d'accouchement. On sait que le diamètre antéro-postérieur de l'excavation et le sacro-pubien du détroit inférieur, le coccyx étant repoussé, ont chacun 5 pouces. Il faut donc que le diamètre fœtal n'ait pas plus de 5 pouces; et si l'on songe à la forte dépression que peut éprouver la partie supérieure du sternum par le menton, et à celle que peut subir la partie supérieure des deux pièces du coronal à cause du voisinage de la grande fontanelle et du peu d'ossification que les os présentent vers cette ouverture, on comprendra facilement la réduction à 5 pouces d'un diamètre *dorso-bregmatique* qui pourrait excéder cette étendue; ce qui d'ailleurs supposerait un enfant bien volumineux.

Je sais que cette théorie pressentie, mais non développée par madame Lachapelle, n'est pas partagée par un grand nombre d'accoucheurs. Les uns pensent que les positions occipito-postérieures doivent nécessiter des accouchemens artificiels toutes les fois que le bassin de la mère et la tête de l'enfant présentent des diamètres normaux. D'autres, obligés de se rendre à l'évidence des faits authentiques, conviennent que ces accouchemens peuvent se terminer spontanément avec des diamètres normaux de part et d'autre; mais ne donnent aucune explication satisfaisante du mécanisme de ces sortes d'accouchemens.

M. Naegelé seul avance que, dans les positions fronto-cotyloïdiennes gauches, *le coronal gauche est la région qui se trouve tournée vers la vulve, et par laquelle la tête s'engage et franchit au-dehors* (ARCH. GÉNÉR. DE MÉD., 1833, p. 590, l. 16). Il est vraiment extraordinaire qu'une assertion aussi positivement énoncée, et qui peut, bien mieux que la conversion des positions fronto-cotyloïdiennes gauches ou occipito-cotyloïdiennes droites, être vérifiée à l'œil nu; il est extraordinaire, dis-je, qu'aucun accoucheur n'ait signalé ce mode de terminaison des troisièmes positions comme étant le plus ordinaire. Pour nous qui pouvons bien nous être trop confiés dans la parole et l'assertion des grands maîtres, il est possible que nous n'ayons pas porté jusqu'à présent une attention assez soutenue pour affirmer ou nier formellement cette nouvelle doctrine du professeur allemand. Nous promettons une investigation scrupuleuse à l'avenir pour rendre de nouveau, comme nous l'avons fait dans d'autres circonstances, une éclatante justice aux idées de M. Naegelé si de nouveaux faits bien examinés viennent nous donner la certitude maté-

rielle de ce qu'il avance (1). Pour le moment, nous pensons et nous croyons que ces cas signalés par le professeur de Heidelberg et qui sont vrais, se rapportent aux circonstances où les enfans sont petits et présentent de petits diamètres céphaliques relativement à ceux du bassin, on bien à l'absence du périnée chez certaines femmes qui ont subi une déchirure profonde; ce que M. Paul Dubois a fort bien fait pressentir dans le JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES, de décembre 1834.

Nous ajouterons encore que les positions occipito-postérieures qui présentent le coronal qui est en avant, comme la partie la plus déclive, offrent aussi l'orbite correspondant derrière la cavité cotyloïde du même côté et la racine du nez ayant souvent franchi le rebord du détroit supérieur. Il nous est impossible de ne pas voir là des cas vraiment exceptionnels de positions occipito-postérieures qui tendent à se transformer en positions-secondaires de la face; ce que nous enseignons depuis longtemps dans nos leçons, ce que Smellie avait déjà pressenti, et ce qu'un accoucheur praticien de Paris, M. Guillemot, a parfaitement bien prouvé par un fait qu'il a publié dans les ARCH. GÉN. DE MÉDEC., cahier d'oct. 1837, et qu'il a étayé d'une observation de Smellie et d'une autre de madame Lachapelle.

L'observation dont nous avons été témoin, le 25 janvier dernier, et qui a été relatée plus haut, vient à l'appui de celles que nous avons eues les années précédentes dans l'hospice de la Maternité et que nous avons rencontrées quelquefois dans notre pratique particulière. Elle prouve la tendance qu'ont les positions occipito-postérieures à devenir positions de la face. Quoique nous n'ayons jamais vu se passer devant nos yeux cette transformation *complète*, nous en croyons facilement l'assertion avancée par un praticien aussi consommé et aussi consciencieux que l'est M. Guillemot. Nous adoptons sans peine les faits qu'il signale sans partager avec lui la théorie dont il se sert pour expliquer le mécanisme des positions occipito-postérieures et le mécanisme de leur conversion en positions de la face. Ce qui nous tient dans cette réserve, c'est que M. Guillemot ne parle pas des rapports des diamètres de la tête avec ceux du bassin dans le moment où s'exécute cette conversion. Mais pour nous qui n'avons jamais eu l'occasion d'observer ce dernier fait s'opérant d'une manière spontanée, et qui ne connaissons jusqu'à présent que le fait unique signalé par M. Guillemot, nous pensons que l'enfant qui a subi cette espèce de conversion devait avoir, quoique étant à terme, des diamètres céphaliques plus petits qu'à l'ordinaire, ou bien des diamètres normaux en rapport avec un bassin très ample, car il est impossible de comprendre ce mécanisme sans admettre que le diamètre occipito-mentonier se trouve, dans un moment donné, en rapport avec l'un des diamètres de l'excavation pelvienne. Or le plus grand diamètre de cette excavation, qui est le sacro-pubien horizontal, n'ayant pas plus de cinq pouces, le diamètre occipito-mentonier qui a la même étendue doit y passer avec beaucoup de peine, en supposant que la rotation soit complète et que la tête ne soit plus placée dans un diamètre oblique pelvien au moment de cette transformation.

Cette opinion nous paraît d'autant plus fondée que nous avons été forcés de recourir à des moyens artificiels, tels que le forceps ou la main, pour des positions occipito-postérieures, où le front formait la partie la plus déclive de la tête; l'attente d'un accouchement spontané a toujours été vaine dans les circonstances où nous nous sommes trouvés, et nous avons presque toujours retiré avec le forceps des enfans morts. Un seul enfant, d'un volume très gros, naquit pléthorique et cria bientôt après; mais, après des douleurs atroces, survenues le long du nerf crural gauche jusqu'aux orteils, lesquelles déterminèrent un état presque convulsif chez une femme peu nerveuse, qui était à son cinquième accouchement et qui avait un large bassin. Ces douleurs, ces angoisses plus vives que celles qu'elle éprouva à son premier accouchement, me déterminèrent à songer à l'application du forceps que la patiente demandait avec instance lorsque j'eus l'idée d'aller accrocher avec ma main l'occiput, qui était en arrière et à gauche, et je parvins, aidé surtout par une nouvelle douleur, à lui faire franchir la vulve en quatrième position franche du vertex de quatrième position secondaire de la face, dans laquelle elle tendait de plus en plus à se convertir.

Des faits ainsi exposés, il résulte 1° de nos réflexions que la tendance bien prononcée de certains cas de positions occipito-postérieures à se transformer en position secondaire de la face n'a jamais pu se réaliser devant nous, malgré les efforts tentés par la nature, souvent au détriment de la vie de l'enfant; il résulte 2° de l'observation de Smellie et de celle de madame Lachapelle que cette conversion n'a pu s'opérer qu'au moyen du forceps par le premier de ces auteurs et au moyen des doigts accrochant le menton par la célèbre sage femme de la Maternité de Paris. Quoique madame Lachapelle ait noté que l'enfant était fort gros, elle n'a pas dit que le bassin ne fût pas très ample, et les personnes qui ont connu cette sage-femme n'ignoraient pas toute sa dextérité, augmentée peut-être par la conformation d'une main faite tout exprès pour l'exercice de l'art des accouchemens. Enfin il résulte 3° que l'observation, d'ailleurs fort intéressante, de M. Guillemot, constatant une transformation spontanée d'une position occipito-postérieure en position de la face, demeure *unique* en présence de tant d'observations constatant cette impossibilité de transformation spontanée, et dans lesquelles l'intervention de l'art a été obligatoire. Il n'est donc pas extraordinaire de trouver l'explication de cette impossibilité presque générale dans la nécessité où se trouve le diamètre occipito-mentonnier de se mettre un moment en rapport avec un diamètre de l'excavation presque toujours moins étendu que lui.

Dans le mois de février, deux femmes ont été atteintes d'hémorragie externe, légère chez l'une et survenue peu de temps après l'accouchement, et assez inquiétante chez l'autre, qui en a été affectée le sixième jour de couches et délivrée aussitôt après l'extraction d'un cotylédon tout à fait indépendant du placenta, qui était sorti parfaitement entier. Dans le mois de juillet, une femme a présenté une mastoïde abcédée,

(1) Je prie M. Naegelé fils de croire que ce n'est que dans l'intérêt de la science que je me suis servi et que je me servirai du nom de son estimable père, et jamais dans l'intention de diminuer en rien le mérite d'ailleurs trop bien établi d'un homme aussi recommandable et qui a déjà fait époque dans les fastes de l'art obstétrique.

Je saisis avec bonheur cette occasion pour rendre à M. Naegelé père toute la justice qu'il mérite et que réclame son digne fils. Voici les faits dans toute leur vérité. J'ai avancé, dans mon compte-rendu inséré dans le n. 6 de la GAZ. MÉD. DE PARIS, 1838, que, d'après M. Naegelé, sur mille positions fronto-cotyloïdiennes gauches, neuf cent quatre-vingt-dix-neuf s'étaient converties en occipito-cotyloïdienne droite. Cette assertion est vraiment inexacte, et la cause de cette inexactitude provient de ce que j'ai fait cette citation d'après le souvenir d'un article d'accouchement que j'avais lu depuis longtemps dans le trente-troisième cahier du journal complémentaire du DICTION. DES SCIENCES MÉDIC., mars 1821, où je trouve ces mots à la page 40 : « Sur plus de *douze cents accouchemens*, il ne s'en est pas offert à moi *un seul* dans lequel la tête se présentât primitivement par le vertex dans la *seconde* position, etc., etc. » Telle est la cause et la source de mon erreur.

Je me plais à faire, pour l'amour de la vérité, cette rectification seule importante pour M. Naegelé; et je compte assez sur la loyauté de mon confrère pour ne pas me supposer des prétentions auxquelles je n'ai pas encore aspiré jusqu'à présent, pas même dans mon dernier compte-rendu.

Quand j'ai dit que : « Des recherches attentives sur le diagnostic des transformations des positions du vertex m'ont conduit à une *découverte inattendue*, » c'est-à-dire à celle de la conversion d'une fronto-cotyloïdienne droite (quatrième position) en occipito-cotyloïdienne gauche (première), il me semble que j'ai eu assez de soin de ne pas m'en rapporter toute la gloire, quand j'ai ajouté que la première observation connue est rapportée par madame Lachapelle, et que cette observation publiée en 1821 ne date pas moins de 1817 quoi qu'en dise M. Naegelé fils (voyez d'ailleurs PRATIQUE DES ACCOUCHEMENS, par madame Lachapelle, t. 1, p. 169).

Toutes les réflexions que m'adresse à ce sujet cet estimable confrère ne me paraissent être qu'une dispute de mots, et le résultat d'une susceptibilité d'auteur d'autant plus excusable qu'elle a été éveillée pour la défense d'un père illustre. A Dieu ne plaise que je veuille enlever à M. Naegelé père le mérite d'avoir reconnu la transformation des quatrièmes positions en première. Il partage ce mérite avec Baudelocque qui a signalé cette conversion au parag. 708 de son immortel ouvrage : l'ART DES ACCOUCHEMENS. Il le partage avec d'autres accoucheurs qui ont écrit avant lui, tels que Capuron qui l'a consignée en 1811 et Maygrier en 1814, etc., etc. Tous ces auteurs, y compris M. Naegelé père, ont avancé le fait de cette conversion, mais n'ont pas donné, que je sache, les détails circonstanciés d'une observation, comme l'a fait madame Lachapelle pour la première fois et comme je crois l'avoir fait pour la seconde.

Mais s'il est naturel de penser que, puisque les troisièmes positions du vertex se convertissent en seconde, les quatrièmes peuvent bien se transformer en première, il est aussi bien plus rigoureux de croire à une observation authentique et bien détaillée qu'à une assertion qui peut n'être que le fruit d'un raisonnement très logique. Et quelque respect que je professe pour des autorités aussi recommandables que celles que je viens de citer, les détails d'une observation porteront dans mon esprit un degré de certitude bien plus grand que le simple énoncé d'une assertion même vraie. Car combien plus rares sont les conversions des quatrièmes positions du vertex en première comparativement au nombre des troisièmes qui se terminent en seconde! Pour mon compte, j'ai rencontré si rarement le premier cas, que je me suis trouvé trop heureux de le rencontrer et d'en suivre le mécanisme complet. Ce mot de *découverte inattendue* à la vérité peu rigoureux, mais qui ne semblait pas devoir fixer l'attention dans l'exposé d'un modeste compte-rendu, est plutôt ici l'expression du plaisir que cette rencontre m'a fait éprouver, qu'il n'est l'expression de sa valeur intrinsèque, puisque, loin de me l'attribuer exclusivement, j'ai cité l'auteur, le volume, la page et la date de la seule observation détaillée que je connaisse avant celle que j'ai publiée.

Ainsi, je crois sans peine que Baudelocque, MM. Capuron, Maygrier et Naegelé père aient constaté la conversion des positions fronto-cotyloïdiennes droites en occipito-cotyloïdiennes gauches. Mais il me sera permis d'affirmer que madame Lachapelle est le seul auteur, *à ma connaissance*, qui ait donné une observation précise, et que j'ai fourni la seconde.

Je pense donc avoir rétabli les faits dans leur vérité entière, sans avoir eu la prétention et sans avoir *perdu l'illusion d'avoir enrichi la science d'un fait nouveau.*

Obs. II. — Enfin, le 18 avril, une femme, âgée de 37 ans, atteinte de leucophlegmasie générale, ayant les parois abdominales fortement infiltrées, surtout du côté droit, où la malade demeurait couchée, est accouchée d'une fille à terme en seconde position du sommet, morte le second jour après sa naissance. La veille de son accouchement, le col utérin était considérablement épaissi et semblait être entr'ouvert par l'infiltration qui le pénétrait. Elle a eu trois heures de travail; c'était son quatrième accouchement. Le second jour, les lochies ne coulaient pas (20 sangsues à la vulve). Le troisième jour et les suivans, pas de sécrétion laiteuse; diarrhée séreuse involontaire. Le quatrième jour, perte assez considérable, avec caillots de sang. (Diurétiques). Le sixième jour, l'abdomen et les membres inférieurs sont moins infiltrés; mais la main, du côté où elle se couche, l'est beaucoup. A trois heures du soir, la diarrhée cesse, et, à sept heures, une hémorragie assez abondante se déclare; elle dure une demi-heure. Le huitième jour, la diarrhée a reparu; les selles sont même involontaires. (Décoction blanche de Sydenham, liniment avec la teinture de digitale et de scille sur le bas-ventre.) Elle est mise ensuite à l'usage des ferrugineux associés à la digitale et à la scille. La diarrhée va diminuant jusqu'au dix-septième jour, où j'essaie de lui donner un peu de purée. Le vingt-deuxième jour, 9 mai, j'ajoute un peu de confiture à ses alimens. Elle vient deux fois par jour à la selle. On lui donne ensuite des alimens très légers, tels que poisson, œufs. (Continuation de ferrugineux; vin de Corvisart.) Le trente-troisième jour, 20 mai, la diarrhée redevient plus abondante.

Dans les premiers jours de juin, les membres inférieurs sont de nouveau beaucoup plus infiltrés. (Fomentations aromatiques sur les jambes, quelques grains de rhubarbe à l'intérieur.) Je me decide, le 9 juin, cinquante-troisième jour, à faire appliquer un bandage compressif sur les extrémités inférieures. Le 17, elle s'est un peu levée du lit. Elle mange le quart matin et soir. Le 18, la jambe gauche est beaucoup plus enflée que la droite. (Sulfate de magnésie, demi once.) La diarrhée est revenue. Le 20, elle a vomi un peu de soupe qu'elle avait pris. Le 21, les membres inférieurs sont beaucoup moins infiltrés, mais le ventre est plus volumineux. Le 23, les selles sont involontaires.

Depuis, la malade va de mal en pis, et, le 26, on applique un vésicatoire à chaque cuisse. Morte à 11 heures du soir, soixante-huit jours après son accouchement.

Autopsie cadavérique, faite le lendemain à cinq heures du soir, dix-huit heures après la mort.

Ventre excessivement météorisé; membres inférieurs infiltrés, le gauche plus que le droit.

La veine saphène gauche ouverte présente au-dessus du condyle interne du tibia et dans l'étendue de deux pouces un caillot fibrineux plus mou à sa partie supérieure qu'à son extrémité inférieure et qui n'est nullement adhérent à la membrane interne de la veine dont le tissu ne présente aucune altération. Trois pouces au-dessus du condyle interne du fémur, la veine saphène est distendue par un caillot fibrineux, adhérent dans une étendue de neuf pouces et d'une manière si intime au niveau de l'épigastrique et de l'iliaque superficielle qu'on ne peut le séparer de la membrane interne. Ce caillot se continue dans la veine crurale où il est très volumineux. Il se termine en haut dans l'iliaque externe au niveau de l'embouchure de l'iliaque interne et se propage en bas dans toutes les collatérales profondes jusque dans la poplitée qui est très distendue d'où il se prolonge dans les tibiale antérieure et postérieure.

La veine crurale droite présente aussi un gros caillot fibrineux, mais qui se borne au niveau de l'arcade crurale et qui s'étend en bas jusqu'à sa division en tibiale antérieure et postérieure. La veine saphène de ce côté ne présente qu'un peu de sang faiblement coagulé au-dessus de quelques valvules.

Les veines iliaques primitives droite et gauche contenaient une grande quantité de sang noir. La veine crurale gauche était divisée en deux troncs distendus, chacun par un caillot, et la crurale droite n'offrait qu'un seul tronc.

Abdomen. Adhérences filamenteuses, plus prononcées à gauche, entre les parois abdominales et le grand épiploon. Celui-ci plus adhérent par sa face postérieure sur la masse des intestins grêles qu'il ne l'est en avant avec la paroi de l'abdomen. Une poche de nouvelle formation et de consistance fibreuse enveloppe tous les petits intestins et les isole complètement des gros. Cette poche très solide dans la presque totalité de son étendue présente une contexture plus lâche et plus celluleuse au niveau de l'ouverture par où pénètrent les petits intestins et offre à la vue des ramifications vasculaires très prononcées là où le tissu est plus dense, et peu apparentes là où il est moins solide. Elle contient dans sa cavité une quantité assez considérable de liquide séro-purulent. Les intestins qu'elle renferme, très distendus par des gaz, présentent des circonvolutions unies et effacées même par des adhérences albumineuses. Cette poche est située dans le flanc gauche, sous l'estomac et le colon transverse. Celui-ci disposé en S iliaque à gauche et en bas, de manière que la poche très distendue repose à gauche et en arrière immédiatement sur le flanc gauche après avoir passé sur le colon descendant.

La partie inférieure de l'abdomen présente une cavité spacieuse, bornée en haut et à droite par le transverse, le colon ascendant et le cœcum fortement distendu par des gaz et bornée en bas par les pubis. Cette cavité est remplie par un liquide pultacé et assez abondant dans lequel nagent beaucoup de flocons albumineux. Ce liquide mêlé à celui contenu dans la poche pesait treize livres et sept onces. La surface muqueuse intestinale était pâle.

Les régions iliaque et pubienne offraient une rougeur vive et pointillée. Les surfaces diaphragmatique et hépatique sont également tapissées par des adhérences filamenteuses.

L'utérus revenu sur lui-même paraît sain.

Rien de remarquable dans la poitrine; le cœur seulement est molasse et est distendu par un gros caillot fibrineux dans le ventricule droit.

Cette observation est remarquable sous plus d'un rapport. Nous nous attacherons à faire ressortir, premièrement, la cause de la leucophlegmasie, qui, comme on l'a vu, par l'état de coagulation du sang dans les veines des membres inférieurs, résidait dans l'obstacle mécanique que cette coagulation opposait à la circulation veineuse. Cette cause, si souvent rapportée à cet état désigné sous le nom de *cachexie* ou de faiblesse générale, est bien plus souvent mécanique qu'on ne le pense; et plus d'une fois on aurait trouvé l'explication toute matérielle d'une foule de leucophlegmasies, d'hydropisies et même d'ascites, si l'on s'était donné la peine de vérifier les veines dont l'arrêt de circulation aurait pu expliquer l'exhalation séreuse. A Dieu ne plaise que, poussant les théories mécaniques à l'extrême, nous voulions enlever aux modifications morbides des propriétés vitales toute l'importance qu'elles méritent. Nous tenous surtout à faire remarquer que, si autrefois on a porté trop loin les théories mécaniques, les partisans des théories vitales ont bien souvent tenu trop peu de compte des forces physiques indispensables à l'entretien normal de la vie et des causes matérielles des maladies.

La seconde remarque qui ressort de cette observation est l'erreur dans laquelle serait tombé, je pense, un médecin qui, n'ayant pas vu la malade pendant la vie, aurait voulu caractériser la maladie par l'inspection cadavérique de l'abdomen. Nul doute qu'à l'aspect de cette quantité de sérosité purulente et floconneuse, qu'à l'aspect de ces adhérences filamenteuses et albumineuses qui tapissaient les parois abdominales, le diaphragme, les surfaces convexe et concave du foie et tous les intestins; qu'à l'aspect enfin de cette rougeur piquetée si intense que le péritoine iliaque et pubien offrait; nul doute, ce me semble, que ce médecin aurait trouvé les caractères bien dessinés de la péritonite la plus violente. Eh bien! pendant la vie, les symptômes d'entérite ont prédominé: la langue rouge, sèche; la diarrhée, le pouls souvent fréquent et fort surtout le jour même de la mort; jamais le pouls petit et concentré; point de ces douleurs vives de l'abdomen, douleurs caractéristiques de la péritonite, Le ventre, quoique volumineux, était distendu par des gaz; mais ce météorisme était accompagné d'assez de molesse pour permettre sans douleur la percussion au moyen de laquelle nous avons constaté, dans les premiers jours de couches, la non existence de sérosité dans la cavité abdominale. La sérosité remplissait alors les mailles du tissu cellulaire de la paroi abdominale correspondant au côté sur lequel était couchée la malade.

Après l'application du bandage compressif aux extrémités inférieures; après l'usage des compresses résolutives et surtout après l'administration de cette faible dose de sulfate de magnésie, nous nous sommes aperçus du développement plus considérable de l'abdomen, et nous avons pu le palper également sans douleur et reconnaître alors l'existence d'une certaine quantité d'eau; circonstances qui nous ont fait affirmer avec plus d'assurance aux étudians qui suivaient la clinique d'accouchement, que nous avions affaire à une coagulation sanguine des principales veines du bassin et des membres inférieurs. Mais n'est-il pas assez évident que les symptômes observés pendant la vie ne sont nullement en rapport avec les altérations trouvées dans la cavité abdominale? Il n'est donc pas constamment vrai de dire que les altérations décélées par l'inspection cadavérique donnent la raison complète et entière de la maladie qui a précédé la mort.

D'autres considérations relèvent naturellement de ce fait intéressant. Nous nous contenterons de dire que l'état du pouls, qui a été presque toujours fort, devait encourager à pratiquer des saignées. Mais l'état général de la malade, sa physionomie plus décrépite encore que ne le comportait son âge, sa constitution détériorée par la profession fatigante de blanchisseuse, l'infiltration plus considérable survenue après la saignée faite au septième mois de la grossesse; tout cela nous a peut-être un peu trop retenus, nous l'avouons, dans l'emploi d'un moyen qu'une théorie, du moins rationnelle, nous fait considérer comme le plus efficace. Nous avions cru trouver des auxiliaires assez puissans dans l'administration de divers diurétiques. Nous pensons aujourd'hui, comme plusieurs autres praticiens, que les saignées ne peuvent être utiles qu'au début de la leucophlegmasie, parce qu'alors seulement elles peuvent s'opposer à la formation du caillot sanguin et à l'inflammation adhésive qui l'unit à la membrane interne de la veine. Mais nous ne croyons pas qu'une fois le caillot formé, ses adhérences établies avec le tissu veineux, les saignées puissent rétablir la liberté de la circulation. Nous croyons ce résultat au-dessus des ressources de l'art, la nature présentant alors des ressources bien plus puissantes en activant la circulation veineuse dans un système veineux voisin, au moyen des anostomoses, comme l'ont rencontré MM. Magendie, Rostan, etc., etc. Mais quand, dans un membre, par exemple, les veines profondes et les veines superficielles sont remplies de caillots dans leurs principaux troncs, la maladie est incurable; et c'est l'état que nous a présenté le membre gauche de notre malade.

On sera étonné du petit nombre d'accouchemens qui se sont faits pendant l'année scolaire de 1837 à 1838. Jamais, depuis la fondation de l'école d'accouchement, ce nombre n'a été si minime. Plusieurs causes viennent nous donner l'explication de cette diminution d'accouchemens, nuisible aux élèves, qui sont privés d'un grand fonds d'instruction, et nui-

sible aux enfans nouveaux-oés, qui sont privés de nourrices, et coodamnés par conséqueot à un mode d'alimeutation (le biberon) qui est presque toujours mortel.

Les principales causes sont 1° la translatioo de l'hospice de la Materoité d'un lieu central, bien exposé et commode, dans un lieu éloigné et de difficile abord (l'hospice de la Charité); 2° le contrôle importuo et décourageant qo'ont à supporter les filles enceintes de la part de personnes étrangères à l'établissement; 3° et, eofin, les mesures prises par l'autorité départementale pour éloigoer de Marseille les eofans des départemens voisins et même de l'arrondissement. Ces dernières mesures, doot nous comprenons toute la justice rigonreuse, mais que la connaissance de l'état actuel de ootre société nons empêche d'appronver, ont le plus contribué à diminoer le nombre des accouchemens, sans diminuer d'une manière sensible ni le nombre des enfans illégitimes, ni celui des eofans abandonoés. On pent en juger par les relevés de l'état civil qui indiqueroot l'état comparatif et proportiooné du nombre des enfans légitimes et des enfans oaturels reconnus ct abandonnés depuis le 1er jaovier 1828 jusqu'au 1er octobre 1838.

ÉTAT DES NAISSANCES D'APRÈS LES RELEVÉS DE L'ÉTAT CIVIL DE MARSEILLE.

ANNÉES.	LÉGITIMES.	ENFANS NATURELS.			TOTAL GÉNÉRAL.	PROPORTION DES ENFANS NATURELS ET DES ENFANS ABANDONNÉS SUR LE NOMBRE DES NAISSANCES.	
		RECONNUS.	ABANDONNÉS.	TOTAL.			
1828	3909	252	585	737	4646	1 eof. nat. sur 6 $\frac{224}{737}$ naiss.	1 enf. abaod. sur 9 $\frac{281}{585}$ naiss.
1829	3949	230	505	735	4683	1 » » sur 6 $\frac{273}{735}$ »	1 » » sur 9 $\frac{438}{505}$ »
1830	3912	159	476	635	4547	1 » » sur 7 $\frac{102}{635}$ »	1 » » sur 9 $\frac{283}{476}$ »
1831	3949	345	437	782	4731	1 » » sur 6 $\frac{39}{782}$ »	1 » » sur 10 $\frac{364}{437}$ »
1832	3993	400	423	823	4816	1 » » sur 5 $\frac{704}{823}$ »	1 » » sur 11 $\frac{163}{423}$ »
1833	3939	460	488	948	4887	1 » » snr 5 $\frac{147}{948}$ »	1 sur 10 $\frac{7}{488}$ »
1834	4150	482	477	959	5109	1 » » sor 5 $\frac{314}{959}$ »	1 » » sur 10 $\frac{139}{477}$ »
1835	3661	342	426	768	4429	1 » » snr 5 $\frac{589}{768}$ »	1 » » sur 10 $\frac{109}{426}$ »
1836	4147	333	531	864	5011	1 » » sur 5 $\frac{664}{864}$ »	1 » » sur 9 $\frac{232}{531}$ »
1837	4194	290	491	781	4975	1 » » sor 6 $\frac{289}{781}$ »	1 » » sor 10 $\frac{65}{491}$ »
Jusqu'an 1er oct. 1838	3324	305	377	682	4006	1 » » snr 5 $\frac{596}{682}$ »	1 » » snr 10 $\frac{236}{377}$ »
10 et 9 mois.	43126	3598	5116	8714	51840	1 enf. nat. sur 5 $\frac{8270}{8714}$ naiss.	1 enf. aband. sur 10 $\frac{680}{5116}$ naiss.

Un conp-d'œil rapide jeté sur le tableau précédent suffit poor nous montrer jusqu'à l'évidence qne les neuf mois de 1838, pendant lesqnels on a mis eo exercice les mesures (1) de l'autorité supérieure n'ont pas beaucoup contribué à diminoer, d'une part, le nombre d'enfans naturels, ni, d'autre part, le nombre des enfans abandonnés daos les hôpitaux. Il reste donc démontré que dans cette période de dix ans et neuf mois, le nombre des enfaos naturels a été bieo moins considérable en 1828, 1829, 1830, 1831 et 1837, et le nombre des enfans abandonnés bien plus petit en 1834, 1831, et surtout en 1832, que dans les neuf mois de 1838. Maintenant, si nous tenons compte du plus grand nombre d'enfans morts sur la voie publique pendant les mois de janvier et février; si nons teoons compte de la diminntion énorme que le nombre des accouchemens a subie pendant les neuf mois de 1838, et, par une conséquence forcée, de la dimioution des nourrices, il résulte que les mesures administratives de l'autorité supérieure ont été funestes d'abord aux enfans abandonnés sur la voie publique; ensuite aux enfans déposés dans les hôpitaux, où ils oot été condamoés à l'allaitement artificiel, faute de nourrices: qu'elles ont été fuoestes, enfin, à l'instruction obstétrique par l'obstacle que les filles enceintes ont rencontré pour aller accoucher à la Materuité.

Il est donc raisonnable de conclure que tonte mesore admioistrative, quelqoe lonable qu'en soit le motif, qni nuit à la science, fait gémir l'bumanité, et qne les moyens employés pour agrandir le domaine scientifique contribueront davantage au sonlagement de l'bumanité.

(1) Ces mesures consistaient à exiger 1° que tous les enfans abandonnés fussent portés au tour à des heures déterminées, pendant lesquelles un agent de police guettait la personne qui déposait cet enfant, et la suivait de loin jusqu'à son domicile; 2° que toutes les sages-femmes eussent un livret sur lequel elles étaient tenues d'inscrire le nom, la demeure et le lieu de naissance des femmes enceintes qui s'étaient réfugiées chez elles; 3° et que les médecins fussent interrogés par les commissaires de police sur le nom de la personne d'où provenait un enfant déclaré par eux « *né de parens inconnus.* » Indiquer ces mesures suffit pour en faire comprendre tous les inconvéniens. Aussi les tristes résultats qu'elles ont déterminés ont-ils forcé l'autorité à les modifier de manière à ne donner aucun prétexte à l'infanticide, provoqué par la surveillance du tour.

CLINIQUE DES ENFANS MALADES.

Uoe nouvelle source d'instructioo inconnue jusqu'aujourd'hui à Marseille vient de surgir en faveur des étodians en médecioe. L'administratioo des hôpitaux, heureuse de contribuer aux progrès scientifiques, parce qu'elle sait bien que c'est ainsi qu'on contribue réellement au soulagement de l'bumanité, a établi, à la fin du mois de mai dernier, une clinique des maladies des eofaus au lait sous notre direction. Une salle, désignée sous le nom d'infirmerie, a été affectée à cet objet.

Les enfans malades reçus dans cette salle proviennent de la salle du biberon ou allaitement artificiel, de la salle des nourrices et de la salle d'accouchement.

Noos faisons partir notre compte-reodo des enfans malades du 1er juin au 1er octobre.

Sur 132 enfans nonrris artificiellement dans la salle dn biberon, 50 ont été portés malades à l'infirmerie : 1 enfant malade sur 2 $\frac{32}{50}$ enfans nourris artificiellement.

Sur 118 enfaos allaités par les nonrrices, il en est passé 13, on bieo 1 malade sur 9 $\frac{1}{13}$ enfans allaités naturellement.

Sur 22 enfans nourris par les nourrices de la section d'accouchement, qui sont de nouvelles accoucbées, 1 seul a été porté à l'infirmerie; encore venait-il de la ville.

Le 1er juin, 6 enfans se trouvaient malades dans l'infirmerie. Les 64 enfans venus des salles ci-dessus désignées et un enfant venu malade de la ville ont élevé le nombre total des malaces à 71.

Sur ce nombre, 60 enfans sont morts dans la salle de l'infirmerie. Cinq ont été donnés bien portans aux nourrices; 1 a été envoyé de l'infirmerie à la campagne; 1 a été remis à une nouvelle accoucbée; et 4 se trouvaient encore malades le 1er octobre.

Sur les 60 enfans morts, 45 provenaient dn biberon, et avaient été par

conséquent soumis à l'allaitement artificiel; 12 avaient été allaités par des nourrices; 2 avaient été apportés de la ville et 1 de la campagne. Il y a donc eu 5 enfans venus du biberon, 1 de la salle d'accouchement, et 1 venu des nourrices; en tout 7 enfans guéris sur 71 malades : c'est-à-dire 1 enfant guéri sur 10 $\frac{1}{7}$ malades.

Outre ces 60 morts, 9 enfans ont succombé qui n'ont pas été envoyés à la salle de l'infirmerie. Sur ces 9, 3 sont morts dans la salle d'accouchement, dont 2 avortons dont on n'a pas fait l'autopsie cadavérique; 4 sont morts dans la salle du biberon, et 2 dans la salle des nourrices; ce qui établit la proportion suivante :

Allaitem. artific. Sur 133 enf. reçus, 54 malad. : 1 mal. sur 2 $\frac{25}{54}$ = 49 morts : 1 mort sur 2 $\frac{35}{94}$ rec.

Allaitem. natur. Sur 118 enf. reçus, 15 malad. : 1 mal. sur 7 $\frac{13}{15}$ = 14 morts : 1 mort sur 8 $\frac{6}{14}$ rec.

Total.... 251 enf. reçus, 69 malad. : 1 mal. sur 3 $\frac{44}{69}$ = 63 morts : 1 mort sur 3 $\frac{62}{63}$ rec.

Des considérations bien affligeantes se déduisent naturellement de cet exposé : 1° la proportion absolue des malades (1 sur 2 $\frac{25}{54}$), et des morts (1 sur 2 $\frac{35}{49}$), bien plus considérable parmi les enfans reçus et nourris au biberon, que parmi les enfans donnés à des nourrices (1 malade sur 7 $\frac{13}{15}$, et 1 mort sur 8 $\frac{6}{14}$ enfans nourris naturellement); 2° la proportion des enfans morts relativement aux malades bien plus forte chez les enfans confiés aux nourrices (14 morts sur 15 malades), que parmi ceux nourris au biberon (49 sur 54). Ces faits authentiques nous prouvent clairement que les enfans des nourrices, dont la mortalité, relative au nombre des enfans reçus, est bien moins considérable que celle des enfans du biberon, arrivent à la dernière extrémité dans la salle de l'infirmerie; et que ces enfans, trouvant dans le lait de leurs nourrices bien plus de chances de vie, trouveraient par conséquent plus de chances de salut et de guérison, s'ils étaient envoyés à temps dans la salle de l'infirmerie.

Nous avons essayé de mettre à profit cette effrayante mortalité en constatant par la nécropsie le genre d'affection auquel succombaient ces enfans. Il me serait impossible de retracer ce travail sans rendre la plus grande justice au zèle soutenu et intelligent de M. Girard, chirurgien-chef-interne de la Charité dont la coopération nous a été très utile dans nos recherches anatomiques.

Sur 62 autopsies cadavériques, les maladies auxquelles ont succombé les enfans se sont présentées dans le rapport ci-indiqué :

MALADIES.	ENFANS ALLAITÉS AU BIBERON.		PAR DES NOURRIC.
Ramollissement gastro-intestinal..........	33	14 sans complication..... 19 compliqués de muguet.	5
Muguet..............	6	19 avec ramollissement... 6 sans complication..... 25 Total.	2
Gastro-entérites.......	4		6
Tétanos..............	1		1
Sclérèmes............	2		0
Pneumonie...........	1		0
Péritonite gangréneuse..	1		0
Maladie inconnue; pas d'autopsie.........	1		0
Total.....	49		14
	Total......... 63		

L'inspection de ce tableau nous fait voir 1° que le ramollissement intestinal se rencontre sur les deux tiers des enfans nourris artificiellement au biberon et sur le tiers seulement des enfans allaités par des nourrices : encore faut-il remarquer que tous les enfans donnés aux nourrices ont été nourris pendant un temps plus ou moins long au biberon avant de téter. Il est donc permis de croire que le ramollissement serait bien moins fréquent parmi ces derniers s'ils trouvaient à leur arrivée une nourrice à leur disposition, et il est évident que cette maladie fait mourir un enfant sur quatre nourris au biberon, tandis qu'il n'en meurt qu'un sur 23 3/5 qui tètent; 2° que le muguet sans complication qui se déclare une fois sur 22 enfans nourris au biberon et n'en fait succomber qu'un sur 59 à la mamelle est bien souvent combiné au ramollissement intestinal (19 fois sur 33) et forme ainsi un total de 25 cas de muguet chez les enfans nourris artificiellement (1 mort sur 5 2/3 reçus), tandis qu'il n'y en a que 2 qui succombent à cette maladie sur 118 nourris au sein; et 3° que l'inflammation gastro-intestinale a fait succomber d'une manière absolue et relative un plus grand nombre d'enfans à la mamelle (1 sur 19 2/3) que d'enfans au biberon (1 sur 33 1/4).

Quand on voit d'une part que la mortalité est d'une sur trois environ parmi les enfans nourris artificiellement et qu'elle est de 1 sur 8 1/2 parmi ceux qui tètent, il est évident que le premier mode de nourriture est au moins bien funeste s'il ne devient pas essentiellement mortel entre les mains inhabiles qui l'administrent. Mais si d'autre part on considère la mortalité relativement au nombre des malades de l'une et de l'autre classe, il est vraiment épouvantable de penser qu'il meurt 14 enfans sur 15 enfans malades provenant des nourrices, tandis qu'il n'en meurt que 49 sur 54 provenant du biberon. Cette énorme différence tient surtout à ce que, dans nos hôpitaux, on donne trop peu d'action à l'influence médicale, tandis qu'on respecte un peu trop les préjugés des personnes subalternes employées à donner leurs soins à ces chétives créatures, préjugés dont l'action cause, entretient un état maladif qui se termine par la mort d'un très grand nombre d'enfans. C'est ainsi, par exemple, que dans la salle du biberon, non seulement on a résisté pendant longtemps à faire usage d'un biberon composé de matières incorruptibles telles que l'éponge pour continuer à se servir d'un corps rendu putrescible (le pis de vache) par la macération dans l'eau, mais c'est encore à des heures très irrégulières et le plus souvent au moindre cri d'un enfant qu'on lui donne à boire du lait de vache, tantôt trop chaud, tantôt trop froid, et presque toujours avec trop d'abondance. C'est ainsi qu'aux nourrices on ne se contente pas du lait de femme, mais qu'un assez grand nombre d'enfans, âgés seulement de quelques jours, sont simultanément nourris par le lait d'une nourrice, et par du pain cuit que nous avons rencontré quelques fois dans l'estomac des enfans dont nous avons fait l'autopsie. Ce mode d'alimentation du biberon nous explique suffisamment la facilité avec laquelle se développe le muguet et le ramollissement intestinal, comme le mode d'alimentation suivi par les nourrices à l'égard de leurs nourrissons, nous explique l'apparition des symptômes d'inflammation gastro-entérique.

Nous avons cru devoir nous borner cette année à donner un aperçu général de la mortalité des enfans et du genre de maladies qu'ils ont présenté. Dans le prochain compte-rendu nous exposerons avec détail les observations qui nous ont déjà paru ou qui nous paraîtront les plus remarquables.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 18 MARS.

SUITE DU RAPPORT SUR LE LAIT DES VACHES AFFECTÉES DE LA COCOTE.

Nos lecteurs se rappellent qu'à la dernière séance de l'Académie, M. Chevreul a lu la première partie du rapport rédigé au nom de la commission qui avait été chargée d'examiner la note de de M. Donné, relative à l'altération que présente le lait des vaches en proie à l'épizootie régnante; deux points importans avaient été établis; savoir, en premier lieu, l'existence des altérations suivantes signalées dans la note de M. Donné, défaut d'homogénéité et de liquidité, présence de quatre sortes de globules, et épaississement au moyen de l'ammoniaque; en second lieu, l'innocuité de ce fait ainsi modifié sur l'économie. Cette dernière conclusion aurait pu être déduite *à priori* des observations microscopiques et de l'examen chimique, puisqu'en dernière analyse ce liquide, altéré par la maladie, est ramené aux conditions du *colostrum*, ou lait sécrété, dans les jours qui suivent la parturition.

La deuxième partie du rapport de M. Chevreul a trait aux recherches qu'il conviendrait d'entreprendre dans les cas d'épizootie, d'épidémie ou de maladie contagieuse, afin de tirer le plus grand parti possible des lumières fournies par l'analyse chimiques. Ces recherches devraient porter sur les matières organiques et sur les agens extérieurs, tels que l'air, l'eau, etc. Pour ce qui est des matières organiques, on comprend sans peine qu'il faut s'aider des données fournies par la médecine, afin de déterminer et les symptômes dont la réunion constitue la maladie qu'il s'agit d'étudier dans les produits morbides qu'elle fait naître, et les lésions de tissus qui accompagnent ces symptômes : de là aussi la nécessité d'analyses exactes des humeurs ou des tissus, considérés dans l'état sain, afin de s'en servir comme de point de comparaison : malheureusement, dans l'état actuel de la science, ces analyses manquent complètement. Bien plus, la proportion des principes immédiats du sang, du lait, etc., n'est pas réduite en formules assez précises pour pouvoir les exécuter; et ces principes eux-mêmes n'offrent pas toujours des caractères assez positifs pour qu'il soit toujours possible de les distinguer entre eux; ainsi le caseum, la fibrine, l'albumine concrète, soumis à l'action des agens chimiques, offrent des propriétés presque identiques. Que sera-ce donc si, à ces causes d'erreur, on joint encore celles qui sont inhérentes à l'exiguité de la proportion du principe hétérogène, engendré dans une humeur ou un tissu par la maladie, et à son existence passagère, qui empêche de vérifier les inductions fournies par un premier examen ?

Les analyses dont il est question offrent donc une excessive difficulté : elles seront sans doute rendues plus accessibles aux efforts des chimistes par les progrès de la science. C'est ainsi qu'avant les travaux si remarquables de M. Chevreul lui même sur les corps gras, il eût été impossible de caractériser les graisses contenues dans le sang ou la bile, tandis qu'aujourd'hui les résultats obtenus à ce sujet sont des plus satisfaisans.

Les recherches microscopiques ne sont pas d'une moindre importance. Les humeurs animales, malgré une homogénéité apparente, sont souvent constituées par des globules, qui nagent dans un liquide transparent ou opaque; tels sont le sang, le lait, le pus, etc. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que, dans

ce cas, l'identité de forme ne prouve pas celle de la nature; il suffit même que cette forme soit simple pour qu'elle s'applique à des substances fort différentes. L'identité des caractères chimiques peut seule éclairer sur la nature véritable des corps que l'on étudie.

Si l'on fait au lait l'application des principes qui viennent d'être émis, on voit que l'analyse normale de ce liquide est encore à faire; que dans le beurre, par exemple, la proportion des acides gras est loin d'être fixée d'une manière précise; que le caseum aurait besoin d'être étudié plus complétement, comparativement à la fibrine et à l'albumine coagulée, pour établir les altérations qu'il est susceptible d'éprouver sous l'influence des maladies. Les réactions les plus simples du lait forment encore un sujet de divergence parmi les observateurs : acide pour les uns, ce liquide est alcalin pour les autres; la commission voulant avoir, sur ce point, des données positives, a fait à Alfort des expériences d'où il résulte que le lait, dirigé sur le papier réactif, au sortir du pis, est habituellement, mais non toujours, alcalin. On se rappelle à cette occasion que M. Lassaigne a observé des vaches dont le lait offrait, à quelques jours d'intervalle, des réactions opposées sur les couleurs végétales. La présence du pus dans le sang ou le lait est-elle plus facile à établir? Tout chimiste répondra par la négative; car il ne suffit pas d'y constater la présence de globules d'une forme particulière, ou de montrer que le liquide s'épaissit par l'ammoniaque, les globules de pus et de mucus ayant la même apparence, et le *colostrum*, qui n'a rien de morbide, devenant aussi visqueux par l'addition de l'alcali, comme l'a montré M. Donné lui même : ici encore, il faut donc remonter à l'étude chimique des principes immédiats.

Les recherches qu'il conviendrait d'entreprendre sur les agens extérieurs donnent lieu à des considérations analogues à celles que nous venons de présenter. Jusqu'ici on n'est arrivé à aucun résultat; ce n'est pas qu'on n'ait reconnu dans l'air des principes étrangers à sa constitution ordinaire. On a pu, en recueillant la rosée condensée sur les parois d'un vase rempli de glace, y démontrer la présence de substances organiques; on a également mis hors de doute l'existence d'un élément hydrogéné dans l'air; mais il eût fallu prouver que ces principes étaient doués de propriétés nuisibles; et cette démonstration est d'autant plus urgente que, d'une part, nos opérations industrielles, et une foule d'autres actes naturels ou artificiels versent dans l'air des élémens d'origine organique, et que, de l'autre, la présence d'un principe immédiat nouveau dans un foyer de maladie peut être, non la cause, mais bien un symptôme de l'affection régnante. Par opposition à ces considérations, on ne peut nier l'existence d'un agent délétère, en se fondant sur ce qu'on ne l'a pas trouvé : combien de fois n'a-t-on pas méconnu des métaux, cachés en minime portion dans des alliages? Il faudrait donc, à l'aide de moyens mécaniques, comme la compression et le refroidissement, chercher à condenser les miasmes contenus dans l'air. On devrait aussi tâcher de les séparer des matières solides ou liquides d'où ils s'échappent, ou même en déterminer la formation; puis on les étudierait par les procédés chimiques ordinaires. L'examen des eaux destinées aux usages domestiques donne lieu à des considérations de même nature, et d'autant plus importantes, que certains arts ont pour effet de vicier les eaux qu'ils emploient, en y introduisant des matières vénéneuses, telles que des sels arsénicaux. L'on conçoit alors le danger qui pourrait résulter du mélange de ces eaux ainsi altérées avec celles que nous destinons à nous servir de boisson.

Comme conclusion, M. Chevreul propose de remercier M. Donné de sa communication, et de l'engager à continuer ses recherches. L'Académie approuve, mais elle renvoie à la séance prochaine la discussion d'une autre proposition, qui consiste à accorder, sur le jugement de la section de chimie, un des prix de la fondation Montyon à l'auteur d'un travail sur la distinction et la définition des principes immédiats des animaux, ou sur les agens contenus dans l'air ou dans l'eau, auxquels les matières morbides doivent leur origine.

NOTES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'EMBRYOLOGIE VÉGÉTALE; PAR MM. DE MIRBEL ET SPACH.

Le développement de l'embryon végétal, les modifications par lesquelles il passe, ont déjà occupé plusieurs observateurs. MM. Cuillard, de Lyon, et Schleiden, de Berlin, ont publié, sur cet important sujet, des travaux intéressans : MM. de Mirbel et Spach, dont les premières recherches, qui remontent à 1835, ont été depuis confirmées, en partie, par les publications des auteurs que nous venons de nommer, ont choisi pour point de départ la famille des graminées : le maïs a été pris pour type et servira de terme de comparaison avec les autres espèces. Pour éviter toute confusion, les diverses phases du développement ont été partagées en sept séries, dont chacune correspond à une période de la végétation; au début de la *première période*, l'épi femelle du maïs commence, comme tout organe extérieur, par une simple excroissance de tissu cellulaire, invisible à l'œil nu; en avançant en âge, il grossit, s'allonge, se façonne en cône, se couvre, à partir de sa base jusqu'à son sommet, de mamelons qui, chacun séparément, en engendrent d'autres. Chaque groupe de mamelons devient un épillet; chaque mamelon est le germe d'une fleur.

Ordinairement, il n'y a qu'un seul mamelon par épillet qui se maintienne; il produit à son pourtour de minces bourrelets concentriques, circulaires ou demi-circulaires, qui se transforment bientôt, suivant leur position, en bractée, glume, lodicule, ovaire ou tégument ovulaire; dès à présent, le sommet du mamelon constitue le nucelle, qui plus tard deviendra l'embryon : à cette époque, qui signale le début de la seconde période, la forme de l'ovaire est celle d'un godet à large orifice, et sa paroi est une membrane mince et transparente : le nucelle est fixé au fond de l'ovaire, et de son pourtour partent la secondine et la primine, enveloppes concentriques qui le recouvrent en partie : celle-ci à sa base seulement, à raison de sa moindre étendue; de là résulte l'inégalité des ouvertures ou bouches qui les terminent à leur extrémité libre, ou, en d'autres termes, la saillie de l'endostome au-dessus de l'exostome.

Dans la troisième période, on voit naître du bord de l'ovaire, du côté où il regarde l'axe de l'épi, le style, qui s'allonge verticalement en lame étroite. La réunion du style et de l'ovaire a la figure d'une petite hotte. L'ovule et ses enveloppes ont changé de position; de parallèle qu'il était à celui de l'épi, son axe s'est incliné à environ 45°. La quatrième période est caractérisée par la rondeur que prend l'ovaire, le rétrécissement de son orifice, et son allongement en forme de canal. Le style accru offre une bifurcation distincte; l'axe de l'ovule s'incline de plus en plus vers celui de l'épi, et ses enveloppes prennent un accroissement remarquable, mais seulement du côté de ce même axe de l'épi; enfin, au sommet du nucelle se voit une petite cavité ovoïde qui renferme une mucosité transparente que M. Schleiden a observée le premier. La suite prouvera que cette matière n'est que du cambium à l'état amorphe.

Au début de la cinquième période, on observe dans le style, qui a pris un allongement toujours croissant, deux faisceaux de trachées déjà reconnus par M. Adolphe Brongniart; ces faisceaux partent chacun de l'un des côtés de l'ovaire, et se rendent, en suivant une direction parallèle, aux dents ou stigmates qui terminent le style. L'inclinaison de l'ovule est alors de 125 à 135 degrés environ. L'apparence d'un mucilage dans la cavité qui surmonte le nucelle s'est évanouie, et a laissé une utricule ovoïde et diaphane qui tapisse toute la cavité. MM. de Mirbel et Spach la nomment utricule primordiale; c'est la vésicule embryonnaire de M. Ad. Brongniart que Schleiden, de son côté, a désignée sous le nom d'extrémité antérieure du boyau pollinique. Elle est surmontée d'un prolongement grêle, sur lequel sont attachées de petites utricules turbinées, disposées en grappe serrée, et se termine inférieurement par le suspenseur, appareil filiforme et tubulé qui aboutit à l'endostome. A la sixième période appartiennent les changemens remarquables que présente l'utricule primordiale peu de temps après sa naissance. En effet, on ne tarde pas à apercevoir sous sa membrane fine et transparente un cambium que les savans auteurs du présent mémoire qualifient de globulo-cellulaire, attendu qu'il se compose de globules dans chacun desquels il y a une petite cavité centrale. Au premier abord, le cambium échappe à la vue : la cavité seule est visible; limitée en dehors par un cercle noir, et offrant au centre un point lumineux, elle imite, à s'y méprendre, des granules opaques. C'est cette apparence qui a fait croire à l'existence de granules qui seraient la quote-part de l'organe femelle dans la formation du nouvel être; mais ce sont là de ces illusions d'optique dont la cause et les correctifs ont été très bien expliqués par M. Dujardin, dans son beau travail sur les animaux infusoires.

Bientôt, le cambium globulo-cellulaire se transforme en une masse de tissu membraneux continu qui se moule dans le creux de l'utricule primordiale et de son suspenseur, lequel s'élargit et s'allonge insensiblement en prenant la forme d'une petite massue. Personne ne mettra en doute que le corps formé par la réunion de l'utricule primordiale et du tissu cellulaire né dans sa cavité ne soit l'embryon. Les transformations successives qu'il va subir constituent la septième et dernière période de son développement; sa portion la plus épaisse ne tarde pas à s'élargir et à s'allonger en fer de lance à pointe mousse; c'est la lame de la feuille séminale (hypoblaste, de Cl. Richard), dont la face inférieure regarde l'intérieur de l'ovule, et la supérieure, l'axe de l'épi. A sa base est la radicule, terminée par un boyau vide, flasque, lacéré, dernier vestige du suspenseur, qui ne tardera pas à disparaître. Sur la face supérieure de la lame, immédiatement au-dessus du point où celle-ci s'unit à la radicule, se forme un renflement. Il s'élargit, se creuse en capuchon, et l'on voit alors, dans sa cavité, les premiers rudimens de feuilles caulinaires. Les bords du capuchon se rapprochent peu à peu, se joignent, et forment une sorte de poche (cotylédon, de Cl. Richard et H. de Cassini) qui, avec la feuille séminale déjà mentionnée, forme les premières feuilles de la plante, modifiées par les circonstances qui ont accompagné leur développement.

Telles sont les particularités de la formation de l'embryon du maïs. Hâtonsnous d'ajouter qu'à cela près de quelques légères modifications, que MM. de Mirbel et Spach ont eu le soin de signaler, dans quelques espèces, le choix que ces auteurs ont fait du maïs, comme type, suffit pour jeter la plus vive lumière sur l'embryogénie des graminées.

EFFETS THÉRAPEUTIQUES DE L'AIR COMPRIMÉ.

M. Francœur, atteint d'aphonie depuis six semaines, s'est soumis, d'après le conseil de M. Arago, au traitement qu'emploie M. Tabarié, lequel consiste, comme on le sait, à faire séjourner le malade dans une capacité close de toutes parts, où l'on comprime l'air à l'aide d'une pompe; après la seconde séance, M. Francœur a parlé; à la troisième, il put chanter une gamme; à la onzième, il parlait et chantait, et à cela près d'un léger enrouement, il jouissait d'une bonne santé; la pression au manomètre était de 33 pouces de mercure. Cette observation est renvoyée à la commission chargée d'examiner les travaux de M. Tabarié.

PHÉNOMÈNES LUMINEUX.

M. Savigny envoie la suite du journal qu'il rédige sur les apparences lumineuses qui se développent dans ses yeux frappés de cécité. Une discussion s'étant élevée à cette occasion, M. Arago fait observer que l'imagination seule ne suffit pas à la production de ces apparences, et que Newton les a étudiées sur lui-même.

M. le docteur JULES GUÉRIN adresse un mémoire intitulé : MÉMOIRE SUR LES VARIÉTÉS DU PIED-BOT CONGÉNITAL, CONSIDÉRÉES DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA RÉTRACTION MUSCULAIRE CONVULSIVE.

Ce travail, dit l'auteur, fait suite à mes recherches sur les difformités chez les monstres et le fœtus, que l'Académie a bien voulu honorer de son approbation. (Voir l'ACADÉMIE DE MÉDECINE.)

SÉANCE DU 25 MARS.

PARALYSIE TRAITÉE PAR L'ÉLECTRICITÉ.

M. Roux communique verbalement l'observation d'un malade atteint de paralysie des extrémités inférieures, consécutivement à une commotion de la moelle épinière, qu'il a soumis à l'action de l'appareil de M. Neeff, de Francfort-sur-le-Mein, dont nous avons parlé dans le compte-rendu de la dernière séance. La maladie qui dure depuis dix mois avait résisté à plusieurs traite-

mens, et notamment à l'emploi des moxas : déjà une amélioration importante a été obtenue par l'emploi de l'électricité; le malade est en état d'appliquer lui-même l'appareil; quant à la sensation qu'il en éprouve, au lieu de brusques et violentes secousses, c'est une agitation continue, plutôt douce que douloureuse.

CHALEUR DÉVELOPPÉE DANS LES FLEURS.

On sait que Lamarck observa le premier, en 1777, le curieux phénomène d'un développement considérable de chaleur à l'époque de la floraison du gouet d'Italie (*arum italicum*) : les spadices épanouis deviennent alors tellement chauds qu'ils semblent brûlans, tandis que ceux qui ne sont pas encore développés restent à la température de l'air ambiant. Hubert, savant agriculteur de l'île Mascareigne, a fait sur ce phénomène des remarques curieuses; il a vu que les thermomètres appliqués contre les spadices épanouis s'élevaient à 44° centigrades.

Deux naturalistes hollandais envoient les observations du même genre qu'ils ont recueillies sur les fleurs du *colocasia odorans*, espèce de gouet; ils ont fait usage de l'appareil thermo-électrique de MM. Becquerel et Breschet, qui consiste, comme on le sait, dans deux aiguilles formées chacune de deux métaux; on en introduit une dans le corps qu'on observe, et l'autre est maintenue à une température constante : le courant électrique produit par l'inégale température des deux soudures est transmis par un fil de cuivre enroulé de soie, à un multiplicateur ordinaire : entre autres particularités, M. Van Beeck et son collègue ont reconnu que l'émission du pollen était accompagnée d'un accroissement de chaleur notable.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 27 MARS.

STRONGLES RENDUS PAR L'URÈTRE.

M. Loyseau annonce à l'Académie la mort d'une femme, qui a rendu, depuis un mois, des strongles par l'urètre. Il invite ceux de MM. les académiciens curieux d'étudier ce fait à se rendre à l'autopsie, qui aura lieu ce soir.

M. le docteur Jules Guérin adresse un mémoire intitulé :

MÉMOIRE SUR LES VARIÉTÉS DU PIED-BOT CONGÉNITAL, CONSIDÉRÉES DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA RÉTRACTION MUSCULAIRE CONVULSIVE.

Ce travail, dit l'auteur, fait suite au mémoire que j'ai eu l'honneur de lire, il y a quelques mois, devant l'Académie, sur L'ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE DU PIED-BOT CONGÉNITAL.

Dans mon premier travail, j'avais signalé le fait de la rétraction musculaire convulsive comme la cause du pied-bot congénital. Dans le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre aujourd'hui à son examen, j'ai poursuivi, dans les différentes variétés connues du pied-bot, les conséquences du fait dont je m'étais borné à signaler l'influence générale.

L'analyse à laquelle je me suis livré n'a pas eu seulement pour but et pour résultat de montrer que toutes les formes du pied-bot congénital ne sont que des produits de la rétraction musculaire siégeant dans tels ou tels muscles, et de déterminer explicitement les muscles rétractés qui président à la formation de chaque variété du pied-bot : elle a encore eu pour résultat de conduire à un système de traitement chirurgical et mécanique plus en rapport avec l'étiologie de la difformité; elle m'a permis d'établir le double précepte suivant : « Ne pas se borner à diviser le tendon d'Achille, mais diviser les tendons des muscles de la jambe et du pied qui tiennent sous leur dépendance les différentes formes du pied-bot; ne pas chercher à redresser le pied en masse après la division des tendons, mais employer des machines agissant spécialement en sens inverse des muscles rétractés. »

Voici du reste les conclusions textuelles qui terminent mon mémoire :

1° Toutes les formes ou variétés du pied-bot congénital sont le résultat de la rétraction musculaire, dont les élémens sont différemment distribués et combinés dans les muscles de la jambe et du pied; et les muscles rétractés dans chaque variété du pied-bot sont ceux dont la contraction temporaire détermine dans le pied un mouvement physiologique correspondant; d'où il résulte que tout pied-bot n'est que la forme ou l'exagération permanente de la forme d'un mouvement physiologique du pied.

2° Toutes les variétés du pied-bot sont *simples* ou *composées* : simples, quand elles sont exclusivement le résultat de la rétraction des muscles qui président à la forme spéciale de la variété; composées, quand à la rétraction de ces muscles se joint, mais à des degrés différens, celle de la plupart des autres muscles de la jambe et du pied; en sorte que les mêmes muscles peuvent être rétractés dans les différentes variétés du pied-bot, et que c'est autant à la combinaison des degrés de la rétraction, qu'à celle de son siége, que sont dues les oppositions ou caractères des variétés de ces difformités.

3° Les formes spéciales du *pied équin* sont le produit de la rétraction des jumeaux-soléaires et des fléchisseurs des orteils; celles du *varus*, de la rétraction des jambiers antérieur et postérieur; celles du *valgus*, de la rétraction des péroniers antérieur et latéraux; celles du *talus*, de la rétraction du jambier antérieur, des longs fléchisseurs des orteils et du péronier antérieur, avec paralysie complète ou incomplète des jumeaux et soléaire. Les formes des variétés d'association qui résultent de la combinaison de ces principales variétés entre elles sont le produit de la rétraction simultanée des mêmes muscles, auxquels il faut ajouter comme élémens de déformation accessoires ou complémentaires, la rétraction des courts extenseurs et des courts fléchisseurs des orteils, des adducteurs du gros et du petit orteil et de l'aponévrose plantaire; en un mot, de tous les muscles de la jambe et du pied.

4° Le traitement chirurgical du pied-bot congénital doit comprendre la section des tendons des muscles dont la rétraction décide de la forme pathologique du pied : contre l'élévation du talon, le tendon d'Achille; contre le renversement du pied sur son bord externe, le jambier antérieur; contre le renversement sur son bord interne, le péronier antérieur; contre l'adduction forcée du pied, le jambier postérieur; contre son abduction, les péroniers latéraux; contre la courbure suivant son bord interne, l'adducteur du gros orteil; contre l'extension ou la flexion permanente des orteils, la section des tendons et des muscles correspondans; et finalement la section simultanée des tendons de ces muscles, suivant la simultanéité de leur rétraction dans les différentes combinaisons de forme que présente le pied-bot.

5° Le traitement mécanique ou consécutif du pied-bot doit reposer sur les mêmes données, c'est-à-dire employer des appareils dont les centres de mouvement répondent au centre du mouvement des articulations déplacées, et dont les efforts agissent dans un sens directement opposé à l'action des muscles rétractés.

Je crois devoir faire remarquer en terminant que les conclusions qui précèdent font partie d'un paquet cacheté que j'ai déposé à l'Académie au mois de juillet dernier.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

M. ORFILA obtient la parole pour montrer l'estomac de Soufflard. On peut réduire à trois opinions, dit-il, celles qui ont été émises par les physiologistes relativement à l'action de l'acide arsénieux. les uns ont pensé qu'il agissait comme corrosif et qu'il n'exerçait qu'une action locale; d'autres ont dit que ses effets toxiques étaient le résultat de son absorption et qu'il ne déterminait point l'inflammation des parties sur lesquelles il avait été appliqué; enfin, il en est, et je suis de ce nombre, qui croient que les symptômes occasionés par ce poison dépendent à la fois et de son absorption et de l'action locale qu'il exerce. En vérité, celle-ci est, en général, légère, car, dans le plus grand nombre des cas on ne trouve dans le canal digestif qui a reçu l'acide arsénieux qu'une inflammation peu intense et d'une petite étendue. La mort de Soufflard confirme pleinement l'opinion que je m'étais formée sur l'action de l'acide arsénieux : il y a eu absorption et action locale. Voyez, messieurs, combien est profonde l'altération de cet estomac; dans presque toute son étendue, vous remarquez un nombre considérable de petites ecchymoses, placées les unes à côté des autres et formant des traînées longitudinales; chacune d'elles laisse suinter un sang rouge violet, dès qu'on la touche légèrement avec le doigt ou avec un scalpel; plus loin, dans les environs du pylore, vous pouvez remarquer une plaque circulaire rouge, de deux pouces de diamètre environ, au centre de laquelle se trouve une sorte d'escarre grisâtre, du volume d'une aveline, dure et comme tannée au centre, molle vers ses bords. Si Soufflard eût vécu quelques heures de plus, cette partie eût été probablement le siége d'une perforation. J'avoue que je n'avais jamais vu, dans ma pratique, de pareils désordres locaux dans l'empoisonnement par l'acide arsénieux; je ne puis les comparer qu'à ceux que l'on remarque sur un estomac qui est déposé au museum de Hunter, et que j'ai étudié avec soin. Mais vous expliquerez aisément l'intensité de ces lésions en apprenant que Soufflard avait avalé 216 grains environ de substance vénéneuse. Vous n'oublierez pas, messieurs, l'état de cet estomac au moment où vous vous occuperez de la question soulevée par l'école italienne, qui prétend combattre avec succès les effets des poisons arsénicaux par les stimulans (1).

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie que la commission nommée pour suivre les expériences de M. Rognetta sur l'empoisonnement par l'acide arsénieux sera composée de MM. Ollivier d'Angers, Amussat, Bouillaud, Lecanu et Husson.

JUGES DU CONCOURS POUR LA CHAIRE DE THÉRAPEUTIQUE.

L'ordre du jour appelle la suite de l'élection au scrutin de six autres membres de l'Académie qui restent à nommer pour compléter le nombre de dix, dans lequel le sort désignera quatre juges et un suppléant pour le concours de la chaire de thérapeutique et de matière médicale.

Après plusieurs tours de scrutin et plusieurs ballottages, MM. Jourdan, Bricheteau, Emery, Cornac, sont nommés successivement. L'Académie n'étant plus en nombre, l'élection sera terminée mardi prochain.

Samedi, séance extraordinaire, pour des lectures arriérées.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX DES SÉANCES DES MOIS DE DÉCEMBRE ET JANVIER.

AFFECTIONS OCULAIRES.

Rapport de M. ROGNETTA, secrétaire.

La Société m'a chargé de lui faire un rapport verbal sur une brochure in-4° de M. le docteur Bourjot ayant pour titre : *Compte-rendu des malades traités au dispensaire des maladies des yeux pour les indigens des 6e, 7e, 8e et 9e arrondissemens.*

Ce travail est plutôt une sorte de relevé statistique basé sur des chiffres isolés qu'une relation détaillée de faits importans.

Cependant M. Bourjot a été plus explicite à l'égard de quelques maladies des paupières et de l'appareil lacrymal : il cite un cas de fistule lacrymale qu'il a guéri à l'aide du clou de Scarpa enfoncé dans le canal nasal. Nous félicitons M. Bourjot de cette pratique, car elle est aussi la nôtre, avec cette différence pourtant que nous ne nous servons du clou de Scarpa que dans quelques variétés de la maladie en question. Depuis une année surtout nous avons obtenu des résultats tellement satisfaisans des injections dans le syphon lacrymal à l'aide de la seringue d'Anel chargée d'une légère solution de nitrate d'argent, que nous n'ouvrons le sac avec le bistouri que dans les seuls cas où le mal est très avancé et que les injections ne parviennent pas à déboucher le canal nasal. Nous avons dernièrement traité une femme de la campagne atteinte d'une fistule lacrymale ulcérée; la malade avait une aversion absolue pour le bistouri; nous sommes parvenu à la guérir à l'aide d'un traitement basé sur

(1) Nous croyons savoir que, dans la prochaine séance de l'Académie, M. Orfila se propose de prouver que l'acide arsénieux a été *absorbé* dans le cas dont il s'agit.

des injections détersives pratiquées avec une seringue dont le bec était introduit dans une des ouvertures fistuleuses du sac. Nous pourrions citer d'autres guérisons analogues de notre pratique. Du reste la question du traitement de la tumeur et de la fistule lacrymale est très complexe, nous croyons l'avoir singulièrement simplifiée dans l'ouvrage que nous venons d'offrir à la compagnie.

Une seconde observation rapportée avec détail par M. Bourjot est relative à un cas de mélanose des tissus intraoculaires. Le mal existait chez une petite fille; l'œil était bosselé, noir et avait la figure d'une petite truffe. La malade s'est refusée à l'opération. M. Bourjot regarde la mélanose comme une affection cancéreuse; nous savons qu'un des honorables membres de cette compagnie, M. Vassal, considère aussi le tissu mélanique comme de nature cancéreuse; mais votre rapporteur est fâché de ne pas pouvoir partager cette manière de voir. Il est vrai de dire que le tissu mélanique se rencontre souvent combiné au tissu squirrheux; mais considéré à l'état de pureté il n'a pas les caractères de malignité qu'on lui attribue. Nous trouvons à l'appui de notre opinion deux grandes autorités, Meckel et Lobstein.

Un cas de trichiasis forme le sujet de la troisième observation de M. Bourjot. L'auteur l'a traité et guéri à l'aide du procédé de Vacca. On s'est formé, messieurs, des idées bien extraordinaires sur la nature et le traitement de cette maladie. Il est étrange d'entendre encore parler de nos jours de la possibilité de deux, trois ou quatre rangées de cils. On n'avait pas réfléchi, ainsi que Scarpa l'a fait observer, que l'implantation naturelle des cils n'est pas sur une ligne régulière; les bulbes sont disposées pêle-mêle sur le bord tarsien comme les bulbes des roseaux sur un terrain inculte; il ne peut donc pas y avoir à la rigueur du mot de dystrichiasis, de tetratrichiasis, etc. Dans l'état actuel de la science nous admettons trois sortes de lésions sous le nom de trichiasis :

1° Le roulement de la paupière en dedans, c'est l'entropion des auteurs ou le trichiasis symptomatique;

2° L'inclinaison accidentelle d'un ou de plusieurs cils du côté du bulbe, le bord palpébral conservant sa position normale. Cette inclinaison peut arriver par des causes diverses qu'il est inutile de mentionner ici.

3° Enfin, la présence de cils accidentellement formés, soit à la face interne de la paupière, soit sur la muqueuse caronculaire, soit enfin sur la conjonctive bulbienne. Nous avons cité plusieurs exemples de ce cas dans notre ouvrage, et nous avons expliqué comment des poils peuvent naître accidentellement à toutes les époques de la vie et sur toutes les régions du corps où il n'en existait pas auparavant. La solution de ce problème est basée sur une observation anatomique que la science doit à l'un des membres de la société, M. Mojon; savoir, qu'il existe sous l'épiderme de certaines régions du corps des poils abortifs, à tige tellement faible qu'elle n'a pas en assez de force pour franchir la barrière épidermique. Si une cause quelconque vient à ranimer la vitalité des bulbes, ou que l'épiderme soit enlevé, la tige pileuse se montre en dehors, et elle peut acquérir beaucoup de consistance. C'est ainsi que Boyer vit, après l'application d'un vésicatoire à la partie interne de la cuisse d'une jeune femme où il n'y avait pas de poils la place du vésicatoire se couvrir presque instantanément de poils. Il existe d'autres faits analogues dans la science.

D'un autre côté, ne voyons-nous pas des poils très faibles, le duvet très fin, par exemple, à la figure de certaines jeunes femmes, et dans d'autres régions aussi, acquérir de la consistance après l'âge de 40 ans, et prendre les caractères des tiges pileuses très développées? Le même phénomène s'observe à la surface du derme réfléchi qui constitue les membranes muqueuses, et en particulier sur la conjonctive; mais il y a loin, comme on le voit, de cette double genèse des cils accidentels à l'idée qu'on se forme communément de plusieurs rangées de cils.

M. Vassal : Je n'ai pas dit précisément que la mélanose fût une maladie cancéreuse; j'ai soutenu seulement que les garderobes de couleur mélanique se rattachaient toujours à une affection organique grave et qu'elles coïncidaient souvent avec une maladie cancéreuse. Quant à la composition intime de la mélanose, voici ce que je sais. Une femme avait un abcès au sein, je l'ouvris et je fus étonné de trouver sur les linges du pansement une teinte noire; cette teinte a continué jusqu'à la cicatrisation qui s'est faite régulièrement; j'en parlai à Fourcroy, qui a désiré avoir les pièces du pansement; il en fit l'analyse et ne trouva que du carbone.

M. Bricheteau : Il existe deux espèces de mélanose, l'une spontanée, c'est-à-dire provenant d'une sécrétion; l'autre, acquise ou contractée par l'habitation prolongée dans une atmosphère charbonneuse. Ni l'une ni l'autre ne sont par elles-mêmes de nature maligne. On avait cru qu'il y avait une phthisie mélanique; des recherches récentes cependant, faites en France, ont démontré que la coloration noire des poumons n'était autre chose que de la poussière de charbon infiltrée dans la substance tuberculeuse. Les charbonniers, les forgerons, les mineurs, etc., atteints de tuberculisation offrent assez souvent cette forme de phthisie; mais la coloration noire n'est, comme on le voit, qu'une condition accessoire dépendant de l'état de l'atmosphère que ces sortes de sujets respirent.

Le rapport et les conclusions sont mis aux voix et adoptés.

D'après les termes du réglement, la société votera, au scrutin, à la séance prochaine, sur l'admission de la demande de l'auteur.

FOLIES SYMPATHIQUES.

M. Belhomme lit un mémoire sur ce sujet.

L'auteur divise son travail en deux parties. Dans la première, il se livre à des considérations générales sur les conditions pathologiques sur la folie et arrive, à la suite d'un grand nombre de faits importans, dont une partie lui sont propres, aux conclusions suivantes : 1° Que la manie aiguë se rapporte constamment à une congestion inflammatoire des membranes et de la surface corticale du cerveau, ce qui lui a fait proposer la dénomination de méningo-cérébrite aiguë. 2° Que la manie tranquille se rattache à une hypérémie moins forte; aussi l'appelle-t-il méningo-cérébrite simple. 3° Que la démence provient de l'inflammation congestive chronique des membranes du cerveau et de la substance corticale, ce qui lui a mérité le nom de méningo-cérébrite chronique. 4° Que la démence prenant le caractère de l'idiotisme peut dépendre d'un affaissement des circonvolutions. M. Belhomme l'appelle atrophie cérébrale, et chez le vieillard atrophie sénile. 5° Que la folie paralytique s'accompagne constamment d'une affection organique de l'encéphale; 6° que l'idiotie et l'imbécillité dépendent d'une atrophie originaire. 7° Que certaines aliénations mentales, appelées monomanies, affections vaporeuses, vésanies, hypocondrie, dépendent le plus souvent d'une affection sympathique de certains organes abdominaux et pectoraux. 8° Que la dénomination de névropathie, qui exprime l'existence d'une affection nerveuse sans lésion organique, en y ajoutant le nom des organes d'où part l'impulsion et celui du cerveau qui reçoit l'impulsion, exprime les relations sympatiques entre les divers centres nerveux et l'encéphale. 9° Que la folie est idiopathique et sympathique; mais que, dans tous les cas, l'action du cerveau est indispensable pour la production de l'aliénation mentale. 10° Que l'affection la plus constante chez les fous est la lésion de la surface de l'encéphale. Cette observation paraît confirmer l'opinion de Gall, qui regardait cette partie comme le siége spécial des facultés intellectuelles, morales et instinctives. 11° Que la phrénologie peut rendre de grands services à l'étude de la folie, par l'examen des prédominances fonctionnelles qui influent sur la forme du délire. 12° Que le traitement des fous est d'autant plus exact que l'on connaît mieux le siege de l'affection cérébrale et les divers organes de la sympathie. 13° Que les antiphlogistiques et les sédatifs de tous genres, et surtout les bains prolongés pendant six, huit heures, et quelquefois davantage, sont les meilleurs moyens à opposer à la folie aiguë. 14° Que les dérivatifs cutanés et ceux qui agissent sur le canal intestinal sont le traitement le plus opportun dans la folie chronique. 15° Que les moyens moraux peuvent être appliqués en même temps que les traitemens physiques; mais qu'en général les moyens physiques doivent toujours précéder les autres, puisqu'il nous paraît prouvé que c'est bien le cerveau et les nerfs qui sont irrités dans la folie. 16° Enfin, que, sans bannir toute idée philosophique dans l'étude de l'aliénation mentale, il faut voir les organes et leurs fonctions avant d'admettre des hypothèses spécieuses qui peuvent satisfaire l'esprit, mais qui ne font rien pour la connaissance et la cure de la folie.

Dans la seconde partie, M. Belhomme aborde directement le sujet des folies sympathiques. Il rapporte d'abord sept observations remarquables de ces sortes de folies, dont trois se rattachent à des lésions utérines, deux à des tubercules pulmonaires, deux autres à des affections chroniques de l'estomac. Ces deux dernières appartiennent à M. Bricheteau.

IDÉES D'HIPPOCRATE SUR LA NATURE DE L'ÉPILEPSIE CHEZ LES ANIMAUX.

A l'occasion d'une discussion sur le *tournis* qui a eu lieu à la Société d'émulation, en même temps qu'à l'Académie, M. Gilette rappelle un passage d'Hippocrate qui prouve que les anciens avaient des idées assez exactes sur la nature de l'épilepsie chez les animaux. Voici ce passage :

Hippocrate. *De morbo sacro*, p. 307 (éd. Foes). Après avoir dit que chez les épileptiques le cerveau est plus humide, il ajoute :

« Id ipsum ex ovibus hoc morbo correptis, ac præsertim capris quæ frequentissime hoc morbo prehenduntur, facile est cognoscere. Harum si caput secueris, cerebrum humidum et sudore redundans et malè olens deprehendes. »

L'expression de *sudore redundans* est vague; mais je crois l'expression grecque περίπλεων, qui marque une *circumfusion*, plus précise; d'ailleurs quelques lignes plus bas l'auteur exprime encore mieux sa pensée : car il ajoute : « Cum inveteraverit morbus (apud hominem) amplius curari non potest. Cerebrum enim à pituita eroditur et colliquescit. Quod colliquatum est in aquam venitur, *foris* cerebrum ambit et *circum-circa* alluit. » Il me paraît très probable que c'est à des cas d'hydrocephalie avec convulsion que l'auteur fait allusion. Je dis auteur Hippocrate, car ces connaissances assez avancées paraissent d'une époque postérieure à Hippocrate; Aristote lui-même, quoiqu'il vécût un siècle plus tard que le père de la médecine, ignorait que les animaux pussent être sujets à des attaques d'épilepsie. Voy. sec. 31, prob. 27, où il écrit : *hominem solum morbo comitiali tentari*.

SURDITÉ.—OTORRHÉE PURULENTE COÏNCIDANT AVEC UNE PARALYSIE D'UN BRAS ET ALTÉRATION DE L'INTELLIGENCE.

M. Caffe lit l'observation suivante :

Obs. — Un jeune homme, né à Madrid, âgé de 14 ans, est présenté par ses parens à la consultation de M. Caffe. Il s'était toujours bien porté jusqu'à l'âge de 10 ans lorsqu'il a été frappé d'un coup de pied de cheval sur la région latérale gauche de la tête et de la face, principalement sur l'oreille de ce côté : l'enfant n'a pas perdu connaissance, et il a pu le lendemain reprendre ses occupations habituelles, aller à l'école comme de coutume, etc. Toutefois il est aussitôt devenu sourd du même côté. Un écoulement muco-purulent s'est déclaré de la même oreille; il a eu en même temps une incontinence d'urine et une faiblesse paralytique du membre thoracique gauche. Ainsi, percussion à gauche, othorrhée, surdité et paralysie du membre du même côté; plus, incontinence d'urine, tels sont les phénomènes qui ont succédé à la lésion traumatique. L'écoulement de l'oreille s'est arrêté l'été dernier, c'est-à-dire au bout de quatre ans.

A l'examen, M. Caffe trouve le membre thoracique gauche non-seulement impuissant, mais même arrêté dans son développement; le reste du corps est très bien développé; l'intelligence altérée depuis l'accident. L'enfant ne peut fixer un instant l'attention, il ne peut réfléchir ni comparer deux idées; en d'autres termes il y a chez lui absence complète de jugement, par défaut forcé d'attention; pourtant il n'est point imbécile, car il répond juste et avec précision aux questions simples qu'on lui adresse. Aucune trace de douleur ni de carie à la tête n'existe.

Le diagnostic sur la nature de la lésion cérébrale offre, comme on le voit, beaucoup d'obscurité dans ce cas. Le symptôme cependant sur lequel M. Caffe

a eu à devoir s'arrêter de préférence est l'impossibilité où le malade se trouve de fixer son attention, ou la mobilité extrême de l'intelligence; aussi a-t-il proposé, entre autres moyens de traitement, les suivans : 1° chaque jour, pendant peu de temps d'abord, mais bientôt pendant un temps beaucoup plus long, l'étude, la démonstration des mathématiques, la réflexion devenant alors indispensable; 2° chaque jour, rendre l'enfant témoin de l'exécution d'une musique à rhythme lent et parfaitement cadencé. Bien n'est plus propre à rétablir l'harmonie des idées, à leur donner la régularité et la fixité qui manquent chez le malade; 3° suspension des fonctions des sens par l'obscurité dans laquelle on les place; ce moyen a suffi souvent pour faire perdre aux sens leur mobilité, distraits qu'ils étaient par la vue ou le bruit des objets extérieurs.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'ÉTAT DE LA MÉDECINE; par SIGNORET, D. M., etc. — 130 pages in-8. Paris, 1838. Chez Just Rouvier et Lebouvier, rue de l'Ecole-de-Médecine, 8.

L'auteur de cette brochure, peu satisfait des théories qui ont vogue aujourd'hui, et spécialement de celles de l'irritation; frappé aussi du désaccord qui règne entre les hommes qu'on représente comme étant à la tête de la science, a cherché à se rendre compte des causes de ce désaccord et des moyens de le faire disparaître. Nous allons le suivre quelques instans dans cette discussion.

Nous admettons entièrement avec lui que ce qui a rendu tout progrès impossible et toute recherche inféconde, c'est qu'on a voulu élever un édifice avant d'avoir reconnu le sol sur lequel il devait poser; c'est qu'on s'est borné à étudier les maladies en isolement, c'est-à-dire séparées de tous les actes vitaux avec lesquels elles s'enchaînent; partiellement, nous voulons dire pendant une époque seulement de leur durée. Pour l'auteur, la maladie est un phénomène vital anormal, ce qui l'amène à entrer dans quelques considérations générales sur la vie, qu'il définit une suite de combinaisons du principe vital, avec des matières nouvelles, enlevées au monde extérieur, au moyen d'instrumens animés que ce même principe s'est créés avec la matière; puis, après avoir jeté un coup-d'œil sur l'effet des causes morbides, il croit pouvoir conclure de cette discussion que le point de départ de presque toutes les maladies est presque toujours une altération des fluides. Jusqu'ici nous ne trouvons, dans les idées émises par le docteur Signoret, rien qui n'ait été dit déjà bien des fois; mais il va plus loin, et si nous l'en croyons, il faudrait rayer du cadre nosologique la grande classe des maladies inflammatoires (internes); car ce n'est pas, d'après lui, dans ces affections, l'irritation qui appelle le sang vers la partie malade; ce fluide n'y a pas été, comme on dit, appelé, attiré par la surexcitation vitale; mais il y a été refoulé; le refoulement a causé des ruptures et le sang s'est épanché. Voulez-vous savoir, par exemple, comment M. Signoret explique le développement de la pneumonie ou de la pleurésie : « La température du corps étant élevée, toutes les fonctions sont en rapport...; mais si, dans cet état, on est exposé tout à coup à un air très froid, qu'arrivera-t-il? La circulation sera brusquement troublée par la contraction de la fibre dans les parties refroidies; et, comme la périphérie du corps reçoit les premières impressions de froid, c'est vers cette partie que la circulation est d'abord ralentie. Les capillaires de la peau sont resserrés et les fluides refoulés vers les organes internes, qui reçoivent plus de sang qu'ils n'en perdent dans un temps donné; de là, des engorgemens. » Ce passage suffit pour faire entrevoir la manière dont l'auteur considère le mode d'action des causes des maladies internes. Mais s'il semble repousser l'action du principe vital dans la production de ces maladies, il n'en admet pas moins la nécessité de cette action pour leur guérison. De là, l'inutilité ou même les effets fâcheux des différentes médications qu'on leur oppose d'ordinaire, et la nécessité d'établir le mode de traitement, la méthode générale sur des bases différentes de celles qui sont généralement admises. C'est ce qu'il nous promet dans un second opuscule, complément de celui-ci.

QU'EST CE QUE L'INFLAMMATION? QU'EST-CE QUE LA FIÈVRE? par ROBERT-LATOUR, docteur en médecine. — 150 pages in-8. Paris, 1838. Chez Labbé, rue de l'Ecole-de-Médecine, 10.

Le travail de M. Latour n'appartient à aucune des doctrines anciennes ou modernes, pas plus à l'école physiologique ou à l'éclectisme qu'à l'empirisme ou au scepticisme. « Mon œuvre, dit-il lui-même, ne s'adresse qu'aux médecins philosophes, peu nombreux aujourd'hui, qui, libres de toute secte, osent prononcer tout haut le mot de *théorie*, devenu la terreur des savans de notre époque; qui comprennent que la théorie n'est que le rapport des faits entre eux, les conséquences qu'on en doit tirer, ces conséquences elles-mêmes érigées en principes; en un mot, que la théorie c'est la science. » Nous qui n'appartenons à aucune secte, et qui cherchons aussi à lier les faits et à les comparer pour en tirer quelques inductions, nous allons chercher à comprendre et à juger de la valeur de la théorie de M. Latour, qui est contenue dans les deux propositions suivantes :

1° L'inflammation n'est autre chose que l'exagération de la calorification.

2° La fièvre n'est que l'exagération générale de la calorification.

L'auteur commence d'abord par établir, sur des données qui nous ont paru très hypothétiques, que le système nerveux ganglionnaire est, dans l'économie, l'organe de la calorification, et que c'est dans la chaleur développée par ces nerfs que le sang puise une nouvelle impulsion qui détermine la progression dans les veines. Qu'il y ait surcroît de la calorification, le mécanisme de l'inflammation n'est plus un mystère; dilaté par un excès de chaleur, le sang des vaisseaux capillaires avance vers les veines avec plus de rapidité; mais rencontrant un obstacle dans le liquide que contiennent ces derniers vaisseaux, il distend les premiers. Le liquide qui le remplace, subissant aussi l'excès de température qui a lieu dans cette partie, se dilate à son tour et produit le même effet que celui qui l'a précédé.

Ainsi donc, exaltation de la calorification par suite d'une lésion des nerfs ganglionnaires, d'où la chaleur; dilatation du sang par l'excès de calorique, et augmentation du calibre des vaisseaux capillaires, d'où la rougeur et la tuméfaction; enfin, distension des nerfs sensitifs par l'effet de l'engorgement, d'où la douleur; tels sont, dans la théorie de M. Latour, les caractères de l'inflammation dans leur développement.

Le mécanisme de la fièvre s'explique de même que celui de l'inflammation, et la seule différence, c'est que l'altération du grand sympathique, au lieu d'être bornée, comme dans l'inflammation, à un de ses rameaux ou à un de ses ganglions, s'étend jusque dans les divisions les plus éloignées du système ganglionaire.

Partant de ces deux principes, comme démontrés, M. Latour explique très facilement les fièvres dites essentielles, et leurs différentes formes, ainsi que les divers accidens qui déterminent l'inflammation et la fièvre. Mais les deux points de départ de cette discussion, dans laquelle l'auteur montre une grande habileté d'exposition, une logique serrée dans les conclusions qu'il en tire, nous ont paru trop hypothétiques pour que nous poursuivions l'examen de cette théorie. Il nous suffit d'avoir exposé les bases sur lesquelles elle repose. Maintenant, nous ne nous chargeons pas d'expliquer comment la chaleur, phénomène tout physique de sa nature, serait produit par le système ganglionnaire; car il ne suffit pas d'avoir démontré que toutes les théories avancées pour l'explication de la production de la chaleur animale sont erronées pour que celle qu'on propose soit bonne, il faut encore prouver qu'elle l'est réellement. Nous ne chercherons pas non plus à expliquer comment, même dans l'hypothèse de l'auteur, les altérations du système ganglionnaire auraient pour effet presque constant, d'exagérer sa fonction; cette explication que nous cherchons en vain dans sa brochure, et qu'il nous semble difficile de donner, aurait dû cependant y trouver place.

VARIÉTÉS.

VAISSEAUX UTÉRO-PLACENTAIRES.

Monsieur,

Pour prévenir les erreurs que l'autorité d'un grand nom pourrait entraîner, je dois vous indiquer une erreur qui a paru dans votre GAZETTE MÉDICALE, le samedi 5 janvier 1839.

L'article *Société médicale d'émulation* cite une lettre adressée à M. Rognetta par un médecin grec, M. Zeviziano, relative à des préparations remarquables d'anatomie qu'il a vues dans plusieurs cabinets d'Europe qu'il a visités dernièrement, entre lesquels on a distingué les belles injections des membranes séreuses et des vaisseaux utéro-placentaires faites par M. Panizza à Pavie. Une discussion s'est engagé à ce sujet et MM. Mojon et Giraldès ont contesté l'existence des vaisseaux utéro-placentaires.

Vous pouvez dire à ces messieurs qu'ils ne se dérangent pas davantage, parce que M. Panizza est de leur sentiment, et il y a au moins vingt ans qu'il répète à ses élèves d'une voix très claire et d'un ton très positif qu'il n'y a pas communication directe vasculaire entre la mère et le fœtus. Cette opinion du savant anatomiste de Pavie sera développée à tout le monde dans son travail sur les parties génératives de la femme qu'il va achever. Cependant moi, qui ai l'honneur d'être son aide depuis trois ans et qui dois conséquemment connaître très bien ses préparations anatomiques, je puis assurer que toutes les injections vraiment heureuses qu'il a faites sur la lapine, la chatte, la chienne, la chèvre, la brebis, la vache, tantôt de la mère vers le fœtus, tantôt du fœtus vers

la mère, ont été conservées pour démontrer que ce n'est que par une sorte d'illusion que quelques anatomistes ont admis les vaisseaux utéro-placentaires.

Après tout cela, on avait bien raison d'être fort étonné des notices dont le secrétaire de la Société médicale d'émulation a donné lecture. Quelle que soit la cause des méprises de M. Zeviziano, j'espère qu'il sera content qua vous le rectifiies dans votre GAZETTE MÉDICALE, comme exigeant avant tout la vérité et puis l'honneur d'un homme très respectable, tel que le professeur Panizza et d'un journal très renommé tel que la GAZETTE dont vous êtes le digne rédacteur.

Docteur VERGA,
Aide d'anatomie à l'université de Pavie.

Pavie, 12 mars 1839.

— Dans toutes les armées, les chirurgiens se plaignent de la modicité de leurs appointemens, et les gouvernemens ne se montrent guère disposés à les mieux rétribuer. Les médecins, pharmaciens et vétérinaires de l'armée belge, appartenant aux troupes qui se trouvaient réunies en juillet 1838 au camp de Beverloo, ont tenté une démarche qui a été couronnée d'un plein succès, et au sujet de laquelle nous entrerons dans quelques détails.

Ils ont chargé deux de leurs camarades, MM. les docteurs Decondé et Florent Cunier, de rédiger un mémoire à l'appui de la réclamation qu'ils se proposaient de faire pour obtenir une augmentation de traitement. Ces deux médecins acceptèrent le mandat honorable qui leur était confié. Ils établirent dans leur mémoire que les officiers du génie, de l'artillerie et de l'état-major étaient mieux payés que ceux des autres armes, parce qu'ils ne parvenaient à un grade qu'après des études toutes spéciales, longues et difficiles, et qu'une fois sortis de l'école militaire ils avaient beaucoup de dépenses à supporter pour se maintenir au niveau des connaissances de l'époque et suivre les progrès imprimés chaque jour aux sciences qu'ils cultivent. Or cela a également lieu pour les officiers de santé militaires; ce n'est qu'après avoir passé plusieurs années dans les écoles, après avoir sacrifié pour la plupart tout leur patrimoine qu'ils ont acquis les connaissances que l'on exige pour le grade le plus inférieur, dans lequel on leur donne les appointemens d'un sous-lieutenant d'infanterie!...

MM. Cunier et Decondé terminaient en prouvant que l'avancement dans le service de santé des armées est excessivement lent, et que l'on peut tout au plus y parvenir à un troisième grade, l'équivalent de celui de capitaine de deuxième classe d'infanterie. Leurs conclusions étaient qu'un pareil état de choses était décourageant, enlevait peu à peu à l'armée les hommes capables qu'elle possédait et qui se vouaient à la pratique civile, et que le seul moyen de les retenir au service était d'assimiler, en tout et pour tout, le service de santé aux armes spéciales; qu'une pareille mesure aurait, en outre, pour résultat que les jeunes médecins instruits pourraient se vouer à la carrière militaire.

Ce mémoire reçut la signature des médecins, pharmaciens et vétérinaires, et ses auteurs, MM. Cunier et Becondé, furent chargés de le présenter au roi Léopold. Ces messieurs commencèrent par plaider leur cause auprès du ministre de la guerre, M. le général Willmar, qui se rendit à leurs raisons et prit l'engagement de proposer aux chambres belges une loi consacrant l'assimilation qu'ils réclamaient. Le général Willmar a tenu parole, et sur ses conclusions conformes pour les médecins à celles de MM. Decoudé et Cunier, la chambre des représentans et le sénat ont voté *à l'unanimité et sans discussion* une loi qui règle comme suit les traitemens des officiers de santé.

DÉSIGNATION DES GRADES.	TRAITEMENT ANNUEL EN SERVICE SÉDENTAIRE.	TRAITEMENT ANNUEL A L'ARMÉE ACTIVE.
Inspecteur-général du service	fr. 8,400	0,000
Médecin en chef de l'armée	5,500	6,300
Médecins principaux	5,050	5,500
— de garnison	3,800	4,650
— de régiment	3,350	3,800
— de bataillon	2,500	2,950
— adjoints brevetés	2,100	2,500
— Commissionnés	1,480	1,880
Pharmaciens principaux	3,800	0,000
— de 1re classe	3,330	0,000
— de 2e classe	2,500	2,930
— de 3e classe	2,100	2,500
— de 3e, chargés en chef d'un service	2,500	0,000
Vétérinaires de 1re classe	2,300	2,950
— de 2e classe	2,100	2,500

Pour bien comprendre les avantages que cette loi assure au service de santé de l'armée belge, il est bon de savoir qu'en Belgique les chirurgiens et médecins y sont tous compris sous la dénomination de *médecins*. Les médecins principaux sont attachés aux garnison de première classe, ou dirigent le service d'une division sur pied de guerre; les médecins de garnison sont chargés du service dans les hôpitaux de deuxième classe, et en temps de guerre ils sont attachés aux brigades. Les grades de médecin de régiment, de bataillon, et adjoints, répondent aux grades de chirurgien-major, aide-major et sous-aide de l'armée française.

Une loi du 9 septembre 1833 et maintenue malgré la promulgation de celle dont il vient d'être question, assure aux médecins, pharmaciens et vétérinaires de l'armée, la jouissance des appointemens du grade supérieur après dix années passées dans un même grade.

— MALADIE ÉPIDÉMIQUE A L'HOSPICE DU MONT-ST.-BERNARD. — M. Rey, qui vient d'achever une histoire du Grand-St.-Bernard, a publié une lettre, dont nous extrayons ce qui suit :

« Une maladie épidémique et contagieuse a éclaté comme un coup de foudre au Grand-St.-Bernard, le 16 février dernier; on l'attribuait à une famille pauvre du Valais, qui a reçu l'hospitalité au Grand-St.-Bernard.

» Sur 21 personnes, dont 13 religieux et 8 domestiques, qui composaient la communauté religieuse, 3 seulement furent épargnées. Les médecins des vallées d'Entremont et d'Aoste se sont aussitôt portés au secours des malades; mais déjà plusieurs personnes avaient succombé.

» La maladie paraît offrir tous les caractères de la fièvre typhoïde: un des symptômes serait un long délire, interrompu par quelques momens lucides. Cette maladie n'a, du reste, ravagé que la montagne, et a perdu de son intensité *à mesure que les mendians descendaient*.

— Deux ordonnances royales des 18 décembre 1825 et 7 juin 1826, pour l'exécution desquelles une autre ordonnance de police a été rendue le 25 décembre 1837, prohibent l'usage des anciens poids dits *poids de marc*.

Un pharmacien ayant contrevenu aux prescriptions imposées par ces ordonnances, était traduit devant le tribunal de simple police, à la requête du ministère public. A l'audience, le pharmacien, loin de nier le fait, l'avouait avec franchise : « Mais, disait-il, si j'ai commis une contravention, la faute ne doit pas retomber sur moi, mais sur les médecins et les officiers de santé, qui sont dans l'habitude de n'indiquer les médicamens que par once et par gros. Or il y aurait témérité de ma part, et peut-être danger pour les malades, de me servir d'autres poids que ceux indiqués par les hommes de l'art. »

Malgré ces observations, fort sages d'ailleurs, le prévenu s'est vu condamner à l'amende et aux dépens. (GAZ. DES TRIB.)

— PRIX DÉCERNÉS. — Les rédacteurs des ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE ont décerné à M. Henri Bayard, médecin à Paris, le prix de médecine légale, proposé pour l'année 1839, consistant en une médaille d'or de la valeur de 300 fr., pour son mémoire intitulé : *Examen microscopique du sperme desséché sur le linge* ou *sur les tissus de nature et de coloration diverses.*

Et à M. Riceké (Victor-Adolphe), médecin à Stuttgardt (royaume de Wurtemberg), une mention honorable et une médaille d'argent, pour son mémoire intitulé : *De l'influence des gaz putrides sur la santé de l'homme et des lieux de sépulture considérés sous le rapport de la police médicale.*

PRIX PROPOSÉS. — Les mêmes rédacteurs proposent, pour l'année 1840 :

1° Deux prix de 300 fr. chacun, l'un sur une question d'hygiène publique, l'autre sur une question de médecine légale, laissant aux concurrens le choix des sujets qu'ils voudront traiter.

2° Un prix de la valeur de 500 fr., sur la *Statistique des aliénés d'un des départemens de la France.* (V. le programme de cette question : ANN. D'HYG., t. XIX, p. 499.)

Et pour l'année 1841 :

3° Un prix de la valeur de 600 fr. sur la question suivante : *Faire connaître les moyens d'opérer la séparation des matières animales dans l'analyse des substances toxiques, minérales ou végétales.*

Les mémoires écrits en français ou en latin devront être remis à M. Leuret, rédacteur principal, avant le premier janvier de l'année pour laquelle ils sont indiqués.

Seront chargés de l'examen des mémoires pour l'hygiène publique, MM. Andral, d'Arcet, Chevallier, Gaultier de Claubry, Guérard, Kerœudren et Villermé; pour la médecine légale, MM. Adelon, Devergie, Esquirol, Leuret, Marc, Ollivier (d'Angers) et Orfila.

— Le concours pour deux places de médecins du bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, s'ouvrira vendredi 19 avril 1839, à l'amphithéâtre, rue Notre-Dame, 2.

MM. les médecins qui désirent concourir sont invités à se faire inscrire à l'administration des hospices, jusqu'au mardi 2 avril.

— Un concours public pour la place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux sera ouvert le lundi 29 avril 1839, à midi, dans la salle des concours de l'administration générale des hôpitaux civils, rue Neuve-Notre-Dame, 2.

— M. GUERSANT fils, chirurgien de Bicêtre, commencera son cours de chirurgie pratique le lundi 15 avril, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n. 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi à la même heure. Il s'occupera cette année :

1° Des maladies des voies urinaires.

2° Des maladies des organes de la génération.

Il joindra aux descriptions de ces maladies la démonstration de toutes les opérations que réclament ces maladies.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 14. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 6 AVRIL 1839.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ANATOMIE.

EXPOSÉ SOMMAIRE DES RECHERCHES FAITES SUR QUELQUES PARTIES DU CERVEAU, PRÉCÉDÉ DE CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR CET ORGANE; par le docteur F. Ribes père, médecin principal à l'hôtel royal des Invalides.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 30 mars.)

RÉCAPITULATION.

Avant d'aller plus loin, faisons la récapitulation des différentes parties que nous avons décrites.

D'abord nous avons vu la glande pituitaire et la tige du même nom, ainsi que la lame grise qui forme l'infundibulum, ou la moitié antérieure de la paroi inférieure du troisième ventricule.

Nous avons divisé en deux séries les parties qui composent le cerveau proprement dit. Les parties qui se trouvent dans la première série sont toutes placées dans les ventricules, et celles de la seconde forment plus particulièrement la masse du cerveau.

La première série, ou la série des ventricules, serait symétrique et présenterait deux moitiés parfaitement semblables, si cette symétrie n'était interrompue par la glande pinéale.

Nous voyons d'abord les éminences mamillaires contiguës l'une à l'autre, et leur collet entouré par une partie de la substance cendrée de la lame grise. Un prolongement ou cordon cylindrique de quatre ou cinq lignes part de cette éminence et forme le pédoncule de l'éminence mamillaire. Ensuite on remarque les rênes de la glande pinéale, et la glande elle-même, placée sur les tubercules quadrijumeaux, en communication directe avec ces éminences, et fixées sur elles au moyen des rênes. Après cela, on voit la bandelette demi-circulaire, qui va communiquer avec le corps frangé et se terminer dans la corne d'Ammon. Puis l'éminence mamillaire se continue sous le nom de voûte à trois piliers, se prolonge en arrière, donne naissance à la lame médullaire qui se porte sur la corne d'Ammon, sur le cuissard, sur l'ergot, et va former le corps frangé, se terminant ensuite aussi à la corne d'Ammon et à la bandelette demi-circulaire. Après avoir fourni toutes les bandes médullaires, la voûte à trois piliers s'élève pour former la cloison transparente qui s'épanouit sous le corps calleux, et avec sa tunique celluleuse va tapisser la face interne de tous les ventricules.

On voit les parties de la première série qui sont placées du côté droit, communiquer avec celles du côté gauche, au moyen de la lame interne du bord supérieur de la cloison transparente, et au moyen de la glande pinéale et de ses rênes.

Les parties de la seconde série qui forment particulièrement la masse du cerveau sont les pédoncules de cet organe, les tubercules quadrijumeaux, les éminences genouillées, les couches des nerfs optiques, les corps cannelés, les corps calleux, les circonvolutions du cerveau, et les commissures antérieure, moyenne et postérieure.

Les parties de la seconde série qui sont du côté droit communiquent

Feuilleton.

GALERIE RÉTROSPECTIVE.

GUY-PATIN.

(Voir le N° du 9 mars.)

Le maître de la critique latine a dit : *Ut pictura poesis*. Nous ajouterions volontiers : *Et historia*. Et sous cette loi de similitude, nous rangeons non-seulement l'histoire littérale du passé, l'histoire descriptive et chroniqueuse, telle que l'a conçue l'école de M. de Barante; mais encore l'histoire philosophique qui enjambe les siècles, et va démêlant à travers les hommes et les choses des temps antérieurs la pensée qui gouverne la société humaine. De même que la vérité d'une peinture ressort du détail multiple qu'elle encadre et de l'agencement logique des objets; ainsi la vertu de l'histoire gît dans l'universalité des faits, si discordans, si hétérogènes qu'ils soient. La ressemblance d'un portrait est au prix d'une fidèle reproduction des défauts comme des beautés d'une physionomie : pour qu'une époque historique se dresse vivante sur la page de l'écrivain, pour qu'une individualité célèbre, enfoncée dans le passé, nous soit rendue dans toute sa valeur, il faut qu'elle nous apparaisse avec ses mérites et ses misères, avec sa puissance et sa faiblesse, avec ses charmes et ses verrues. La postérité n'a que faire des momies fardées et chargées de bandelettes; elle brise le verre qui protége contre le souffle de ses interrogations les reliques pulvérulentes, et vent palper ces apparences et ces formes, mensonge de la mort; les hommes que leur siècle n'a vus que sous une face, elle en contourne pour ainsi dire tous les côtés, s'inclinant ici, là souriant de pitié, silencieuse ailleurs, et faisant taire sa justice. Elle déshabille le génie et promène son doigt explorateur sur la charpente, quand l'admiration contemporaine n'avait aperçu que la forme et les saillies externes. Pour la génération qui s'agite sur la scène du jour, tout est provisoire, erreurs et vérités; le triage est dans l'avenir; chaque siècle s'en va de la sorte, scrutant le détritus intellectuel de son devancier, et léguant ses doutes au siècle qui suit; c'est là le mouvement alternatif de composition et de décomposition de l'humanité; et l'étude de l'esprit humain doit porter autant sur ce qu'elle rejette, que sur ce qu'elle assimile à son puissant organisme. Les erreurs, les fausses théories, les conceptions tronquées, les nouveautés aventureuses, comme aussi les préjugés qui annulent l'expérience, sont comme les matériaux réfractaires à son assimilation; après avoir circulé quelque temps dans ses veines, ils sont éliminés, et elle les dépose là sur le chemin de l'histoire, comme les témoignages de son divin instinct de vérité. Aussi la loi de l'humanité se déduit-elle de l'examen de ses aberrations, non moins que de celui de ses découvertes et de ses conquêtes sincères. C'est une double voie d'exégèse, ouverte aux explorations philosophiques. Et comme les sciences, les arts et les lettres ne sont que les radiations nuancées d'un même foyer, la brillante décomposition du prisme humain, dans quelque sphère d'activité

avec celles du côté gauche, au moyen des commissures, mais particulièrement au moyen du corps calleux.

Par la récapitulation que nous venons de faire, nous avons vu les relations qu'ont entre elles les parties qui composent l'appareil sphénoïdal, et les relations de celles qui composent chaque série en particulier; à présent considérons les relations des parties des deux séries, les unes avec les autres; et d'abord jetons un coup-d'œil sur les relations de l'appareil sphénoïdal.

Ici, nous voyons la glande pituitaire; puis sa tige qui s'insère dans la plaque ou lame grise, et fait corps avec elle. Cette lame entoure le collet des éminences mamillaires, l'origine de la bandelette demi-circulaire et de la rène de la glande pinéale. La lame grise sert d'appui à la base de la portion spiroïde du corps cannelé, et s'unit avec le côté interne de la substance de la couche optique. Par l'intermédiaire de ces parties, la glande pituitaire, sa tige et la lame grise sont en relation avec les éminences quadrijumeaux, avec la substance grise et noire du centre des pédoncules cérébraux, du pont de Varol, de la moëlle épinière, et avec tous les nerfs de la vie animale, au moyen de la substance grise de laquelle tous les nerfs en général prennent naissance. Ainsi, les relations de l'appareil sphénoïdal sont extrêmement étendues, et me semblent aussi positives que les relations du bulbe rachidien avec la protubérance annulaire et les autres parties du cerveau.

La première série des parties du cerveau proprement dit est en relation avec la deuxième par le moyen des pédoncules de l'éminence mamillaire, qui s'enfonce dans la base de la couche des nerfs optiques. Une autre communication peu connue, c'est celle qui a lieu au moyen de l'extrémité externe de la bandelette demi-circulaire et du corps frangé. Après que les extrémités de ces bandelettes se sont réunies et ont formé la commissure antérieure de la fente latérale des ventricules, elles envoient un filet médullaire qui va se terminer à une dentelure de la corne d'Ammon. Ces parties communiquent avec les tubercules quadrijumeaux au moyen des rênes de la glande pinéale; elles sont aussi en relation directe avec le corps calleux et les corps cannelés, au moyen de la lame médullaire qui se réfléchit du bord supérieur de la cloison transparente.

L'appareil sphénoïdal et les parties du cerveau qui composent la seconde série sont en rapport direct avec tous les nerfs de la tête et avec tous les autres nerfs du corps, par l'intermédiaire de la moelle allongée et de la moelle épinière.

D'après cette disposition des parties, ne pourrait-on pas considérer l'appareil sphénoïdal et les organes de la seconde série du cerveau, qui sont le point de départ on d'insertion de tous les nerfs, comme le lieu commun des sensations, et les parties de la première série comme les organes des facultés intellectuelles?

Avant de prononcer une opinion, cherchons si, en effet, il y a dans le cerveau un lieu pour les sensations, et un autre pour le siége de la pensée et la génération des idées; enfin, pour les facultés intellectuelles.

Si nous pouvions juger par analogie, la question serait moins difficile à décider. On sait que les alimens agissent sur la membrane muqueuse de l'estomac, sur les villosités intestinales, et que celles-ci agissent sur les alimens; l'air agit sur le tissu lobulaire du poumon, et celui-ci sur l'air; le sang agit sur le cœur et les vaisseaux capillaires, et ceux-ci agissent sur le sang; les sons agissent sur la membrane acoustique, et celle-ci sur les sons; la lumière agit sur la rétine, et celle-ci sur la lumière; les odeurs on les corpuscules odorans agissent sur la membrane pituitaire, et celle-ci agit sur les odeurs; les corpuscules savoureux agissent sur la membrane muqueuse de la langue, et celle-ci agit sur les corps savoureux; les corps extérieurs agissent sur les papilles de la peau, et celle-ci sur les corps extérieurs; les causes qui produisent le plaisir et la douleur agissent sur les nerfs, et ceux-ci sur ces causes; enfin, le cerveau agit sur les idées, la pensée et l'imagination, et celles-ci agissent sur l'organe encéphalique. *Mais par quelle partie du cerveau l'imagination crée et forme l'objet que l'idée peint et représente, que la pensée considère et examine*: c'est ce que nous ne savons pas, et qu'il nous sera difficile de savoir. Cependant, cherchons à connaître la série des parties à travers lesquelles les sensations passent pour arriver dans le point du cerveau où elles doivent être élaborées.

Nous devons encore faire remarquer que les parties de la première série ne donnent point naissance aux nerfs, et qu'elles n'ont point de rapports directs avec eux.

Nous avons dit que les parties de la seconde série, telles que le corps calleux, les corps cannelés, la couche des nerfs optiques, les pédoncules cérébraux, donnaient naissance à la moelle allongée, à la moelle épinière et à tous les nerfs: examinons sommairement les points de départ de ces nerfs et les parties dans lesquelles ils vont se terminer; nous examinerons en même temps la marche que suit la sensation en remontant à travers les différentes parties du cerveau pour arriver au siége de l'âme. Nous commencerons par le sens du toucher.

De la sensation considérée sous le rapport anatomique. — Sensation, impression que l'âme reçoit des objets par les sens: cette fonction suppose un sens qui reçoit l'impression, la transmet au cerveau et la dirige vers le siége de l'âme. Le sens du toucher est le plus étendu de tous; il s'exécute au moyen de la peau et des nerfs.

La peau est une membrane inégalement épaisse; elle est composée en général de quatre parties qui sont le derme, le corps papillaire, le corps réticulaire et l'épiderme.

Le corps papillaire paraît être l'organe immédiat du toucher; mais le cerveau, la moelle allongée, la moelle épinière et les nerfs sont les principaux organes du sentiment.

Les nerfs confondus à leur origine sont déjà séparés en faisceaux à leur sortie du crâne et du canal vertébral; les gros troncs contiennent sous une enveloppe commune des troncs plus petits qui contiennent à leur tour de nouvelles divisions, et ainsi de suite, sans qu'on ait jamais pu trouver un nerf, quelque fin qu'il paraît à l'œil, dont l'enveloppe n'en renfermât encore un grand nombre de plus petits. Tous ces nerfs, si déliés, vont se distribuer aux différentes parties du corps, de sorte que l'on croit que chaque point sentant a son nerf, et communique par son entremise avec le centre cérébral.

Pour moi, je regarde comme une chose difficile que chaque point sentant ait un nerf. Quoi! une partie serait sensible et n'aurait pas de nerf? Cela est impossible; car s'il y a sentiment on sensation, il doit y avoir des nerfs. Tout le monde, il est vrai, s'accorde à penser que chaque point sentant a un nerf; mais quand je jette les yeux sur l'immense surface de la peau, et que je la compare avec le nombre des nerfs qui s'y distribuent, je doute que cela soit; lors même que je pique avec une aiguille un point quelconque de cet organe, et quoique j'éprouve de la douleur, j'avoue que je ne puis croire avoir piqué un nerf.

---

que l'on porte ce double critérium, à quelque science que l'on en applique la double effigie, elle en reproduit l'empreinte; elle en exprime la démonstration.

Ce n'est pas trop de se munir de quelques hautes considérations pour aborder sans un superbe ennui l'inventaire des erreurs qui encombrent le passé. C'est surtout dans le champ de la médecine qu'elles se rencontrent avec une abondance qui doit nous humilier profondément, si la postérité nous applique un jour la discipline de sa critique aussi sévèrement que force nous est de le faire sur la personne de nos devanciers. Il est peu de noms parmi les plus révérés dans la tradition des écoles qui conservent autant de droits à nos suffrages qu'ils en ont eu à ceux de leur époque. Beaucoup d'illustrations acceptées se dérobent à l'analyse, dans le passé de la science aussi bien que de nos jours; la scholastique aristotélienne et l'érudition ont fait monter dans les régions de la célébrité plus d'un nom ballonné qui s'y balance encore, parce que la critique ne s'est pas donné la peine de le crever. Il en est d'autres qui, gonflés par la faveur contemporaine et poussés par un souffle de gloire éphémère, ont disparu plus ou moins complètement de notre horizon; en lisant les lettres de Guy-Patin, on est tout étonné de se heurter à tant de supériorités qui n'ont laissé trace; celles ci appartenant à la pratique; celles-là à l'enseignement; d'autres, escortées de productions dont l'oubli a dévoré jusqu'aux titres. On se pourvoit de quelque patience pour cet essaim de petites gloires qui tourbillonnent dans l'atmosphère parisienne et qui bourdonnent à l'envi aux oreilles du public, en songeant à la fortune des noms que Guy-Patin a vainement couverts de la piété de ses louanges. Guy-Patin lui-même, censeur caustique des uns, laudateur passionné des autres, reste à peine debout sur le piédestal bigarré qu'il s'est construit par ses lettres. Quelques faits consignés dans ce recueil et qui sont comme des lueurs d'une haute sagacité médicale, quelques opinions, vraies ou non; mais qui contiennent le germe ou la substance des doctrines développées de nos jours par de prétendus novateurs, les sages idées qu'il émet avec une complaisante redondance sur la simplification de la thérapeutique, ne suffisent point pour le ranger parmi les hommes qui ont bien mérité de l'art. Et si des mains médicales feuillètent les volumes de sa correspondance, ce doit être moins pour en exhumer ces rares parcelles de saine science, que pour constater ce que l'un des meilleurs esprits de la médecine au dix-septième siècle pouvait contenir d'idées fausses et de chimères théoriques. Nous ne nous sentons guère le courage de tenir la promesse que nous avons faite à nos lecteurs de placer sous leurs yeux quelques échantillons de cette absurde poésie, appliquée aux phénomènes morbides, et se repliant, hors des faits et de l'organisme, sur des mots et des réminiscences scholastiques. Etrange pathogénie qui s'étaie sur les plus gratuites hypothèses comme sur des dogmes éternels, qui se crée des convictions d'une hardiesse naïve, et procède ensuite, sur le corps vivant, avec une terrible vigueur de conscience et de bonne volonté! Rappelons quelques opinions qui sont jetées çà et là dans ses Lettres, et qui sont pour ainsi dire l'expression familière de sa religion médicale; bien entendu que nous prenons au hasard, et, s'il y a choix, c'est plutôt en faveur de Guy-Patin; aussi bien ce serait trop exiger du lecteur que de lui demander patience et merci pour le gros bagage de cette littérature médicale, dont les esprits animaux, les humeurs voyageuses à travers les organes et l'érudition laborieuse des subtilités galéniques, forment la fastidieuse trilogie.

Si nos connaissances sur la cause prochaine du tétanos idiopathique ne sont

On m'objectera qu'il y a des vaisseaux partout; car si on pique la peau avec la pointe d'une aiguille, il sort du sang. Pourquoi n'y aurait-il pas de nerfs également par toutes les parties du corps, puisqu'en se piquant avec la pointe d'une aiguille on ressent de la douleur? La comparaison n'est pas exacte, parce que les choses sont très différentes.

En effet, un tronc d'artère se divise tellement que le nombre des branches et des rameaux qui en naissent peuvent en se multipliant égaler dix et même vingt fois le volume du tronc qui leur a donné naissance : même chose s'observe à l'égard des veines.

Il n'en est pas ainsi des nerfs : les troncs sont composés de filets qui naissent immédiatement de l'organe encéphalique, et non du tronc avec lequel ils sont sortis du crâne ou du canal vertébral; ils ne font que se séparer, ils ne prennent aucun accroissement en s'éloignant les uns des autres, à moins qu'ils ne forment ganglion : on aurait beau réunir tous les rameaux et les filets qui constituaient primitivement le tronc nerveux, ils ne formeraient pas un tout plus volumineux que le tronc d'où ils se sont d'abord séparés.

On ne doit pas être étonné de voir sortir du sang par une piqûre faite à la peau avec la pointe d'une aiguille, quand on se rappelle combien est grand le nombre des vaisseaux tant artériels que veineux, combien ils se multiplient en naissant les uns des autres. Si l'on réfléchit en outre aux communications directes que ces vaisseaux ont entre eux, et à celles qu'ils ont avec le tissu aréolaire ou celluleux qui constitue la peau, on voit que dans cet organe tout est vaisseaux.

Je sais qu'un nerf coupé détermine la paralysie des parties dans lesquelles il va se rendre; aussi j'admets avec tous les anatomistes qu'il faut qu'il y ait des nerfs pour qu'une partie soit sensible; mais je ne puis admettre que toutes les parties sensibles soient tellement tissues, que les nerfs qui s'y rendent ne laissent aucun intervalle à travers duquel la pointe d'une aiguille ne puisse passer sans piquer un nerf.

Quelque fins qu'ils soient, tous les filets des nerfs prennent chacun en particulier naissance du cerveau et de la moelle épinière. D'abord, un certain nombre de filets se réunit et forme des cordons. Après être sortis du crâne ou du canal vertébral, ces filets se séparent et vont à leur destination. En les poursuivant le plus loin possible, on les voit diminuer d'épaisseur et devenir si fins qu'ils ne sont plus suffisans pour ne laisser aucun intervalle dépourvu de nerfs dans les parties où ils se distribuent: ainsi, il faut qu'il y ait au-delà des nerfs quelque chose qui porte la sensibilité dans les parties où les nerfs ne peuvent arriver.

Les nerfs ne s'étendent pas réellement dans toutes les parties du corps qui jouissent de la vie; nous voyons que les membranes accidentelles, non seulement n'ont point de nerfs, mais qu'elles sont loin de leur portée et semblent même hors de leur influence. En effet, en examinant l'humeur que l'on trouve dans l'abdomen des femmes mortes de fièvre puerpérale, et dans la poitrine des sujets morts de pleurésie, il y a déjà longtemps qu'on a observé que des flocons albumineux s'y organisent, ont des vaisseaux, jouissent de la vie sans avoir de nerfs, et vivent par une action qui leur est propre. Les larges cicatrices, suites des grandes plaies avec perte de substance, sont sensibles à la moindre piqûre : ces cicatrices ont des vaisseaux; mais on n'y trouve pas de nerfs. Les os, les cartilages, les ligamens étant malades, sont dans le même cas; et cependant les nerfs y sont bien difficiles à découvrir.

Il faut espérer qu'un jour le génie ou le hasard nous apprendra comment les nerfs se comportent à leur dernière extrémité pour former un tout continu qui ne laisse aucun intervalle au passage de la pointe d'une aiguille, sans qu'il en résulte de la douleur; ou bien comment la sensibilité se prolonge au-delà du point où les nerfs ne peuvent atteindre.

Quoi qu'il en soit, les troncs principaux des nerfs sont donc composés de filets qui, d'abord placés sous la même gaine, vont ensuite à leur destination en se séparant les uns des autres. Cependant il n'en est pas toujours de même; souvent on voit des rameaux d'un tronc principal se détacher et aller se placer sous la gaine d'un tronc voisin, communiquer et marcher dans un certain espace avec lui, mais s'en séparer bientôt, lui laissant quelques filets et lui en prenant un certain nombre d'autres : cette disposition s'observe au plexus cervical, au plexus brachial et dans d'autres nerfs. Je citerai particulièrement la corde du tympan; elle ne se perd pas dans le nerf lingual du maxillaire inférieur; car si l'on incise la gaine qui enveloppe ces nerfs après leur union, on voit qu'ils marchent parallèlement sans se confondre; et parvenus à une certaine distance, la corde du tympan se partage en deux faisceaux : l'un s'en sépare et va à la glande maxillaire, après avoir formé un petit ganglion conjointement avec quelques filets du lingual; l'autre continue sa marche jusqu'à la langue.

Nous voyons arriver quelque chose d'analogue à l'égard du rameau qui va de la première paire cervicale au grand hypoglosse. Ces deux nerfs après leur réunion sont enfermés sous la même gaine; mais bientôt après y avoir laissé quelques filets et en avoir pris quelques autres, le rameau s'en sépare presque en entier, et va former à la partie antérieure du cou ce qu'on nomme l'anse nerveuse de la neuvième paire ou du grand hypoglosse, tandis que les filets restés sous la gaine de ce nerf vont avec lui aux muscles de la langue.

Dans le chien, ce rameau de la première paire cervicale se porte tout le long du cou, donne en dehors quelques filets qui vont s'unir, comme dans l'homme, avec la deuxième et la troisième paire cervicale, et forment ainsi l'anse nerveuse, sans que le grand hypoglosse y prenne aucune part, sans avoir avec lui la moindre connexion.

Je pourrais citer un plus grand nombre d'exemples et prouver par la dissection que bien qu'un nerf s'unisse à un autre nerf il ne se confond point avec lui : cela n'empêche pas que le nerf n'aille à sa destination comme s'il avait été isolé dans tout son trajet.

Mais il n'en est sans doute pas de même lorsque deux ou un plus grand nombre de nerfs se divisent en plusieurs branches dont les rameaux se réunissent, comme nous venons de le dire, et que de nouveau ceux-ci se divisent en filets qui vont se réunir encore à d'autres en se plaçant sous la même gaine, et par suite de communications et d'entrelacemens répétés forment une espèce de réseau qu'on nomme plexus, duquel partent des filets qui vont à leur destination : ils doivent y arriver diversement modifiés, selon que leurs communications ont été plus souvent répétées et plus ou moins nombreuses.

Les nerfs éprouvent une troisième modification lorsqu'ils se réunissent à des ganglions ou qu'ils forment ces centres nerveux; il résulte de là que les filets des nerfs qui sortent des plexus sont dans un état intermédiaire entre ceux qui de l'organe encéphalique vont directement à leur destination et ceux qui partent des ganglions.

En effet, nous voyons, comme nous l'avons dit, un petit faisceau de filets de la corde du tympan réuni à un faisceau pareil du nerf lingual sortir de dessous la gaine qui les renferme, et aller se renforcer dans le ganglion

pas très avancées, malgré les recherches anatomo-pathologiques des modernes, Guy-Patin nous apprend au moins à préférer notre ignorance à certaines explications : « Je n'ay vû le vray *tétan* que trois fois dans ma vie, écrit-il à un confrère, et une quatrième fois depuis huit jours, qui venait d'une plénitude de vaisseaux et une intempérie chaude des entrailles, avec un danger évident de cette suffocation que les anciens ont appelée *actus sanguinis*, qui est la vraye et proprement nommée apopléxie. » Le traitement que Guy-Patin a fait subir au malade, sujet de cette note, nous montre encore ici sa prédilection pour les saignées répétées, ou, comme on dirait aujourd'hui, pour la formule coup sur coup; la saignée a été ordonnée six fois en quatre jours, et c'est à l'énergique emploi de ce moyen qu'il attribue la guérison de son malade. Et comme il faut que Galien se mêle à ses succès comme à ses revers, comme la pratique devait alors chercher une sanction dans les livres, non les livres dans la pratique, il ajoute : « L'expérience nous fait voir à Paris tous les jours combien est vray tout ce que Galien a écrit de la saignée et de ses admirables vertus, principalement dans les trois livres qu'il en a fait exprés. » On le voit, Guy-Patin saignait coup sur coup dans plus d'une affection. Cette méthode n'était pas entièrement pour lui une affaire d'engouement, une prédilection systématique; quelque peu d'observation rationnelle l'entraîne incessamment vers cette thérapeutique pour laquelle on n'avait pas encore inventé des périphrases sacramentelles; il insiste en plusieurs passages de son recueil sur le tempérament sanguin et la constitution épaisse des Parisiens, qui, dit-il, mangent beaucoup, prennent peu d'exercice, et présentent un état de pléthore habituelle. Cette remarque est de nature à contrarier les vues hypothétiques de ceux qui ont voulu expliquer l'opportunité des méthodes de traitement antiphlogistiques par un changement dans la forme générale des maladies, et la constitution physique de la population. Il n'est donc pas exact de dire que le mode inflammatoire a marqué davantage dans la pathogénie de ces derniers temps que dans celle des deux derniers siècles; l'espèce d'impunité avec laquelle Guy-Patin et les praticiens qui militaient sous les mêmes enseignes ont prodigué les évacuations sanguines, attesterait une semblable prédominance dans le mouvement pathogénique de leur époque; et quant aux conditions physiologiques de la population, elles sembleraient, d'après le tableau que Guy-Patin trace de ses contemporains, avoir plutôt baissé que de s'être aiguisées jusqu'à l'imminence phlegmasique; l'habitus grêle et décoloré des classes inférieures d'aujourd'hui contraste avec cet extérieur de santé luxuriante qui décorait les Parisiens du dix-septième siècle, peints par l'auteur des LETTRES.

Nous avons vainement porté nos investigations sur la thérapeutique adoptée par Guy-Patin dans les phlegmasies des organes respiratoires; nous nous serions délectés à le retrouver sur ce terrain encore, l'initiateur hardi d'une méthode qui se dit nouvelle; nos recherches ont été médiocrement payées par la lecture de ce singulier aphorisme qui n'effraiera plus les têtes rousses d'aujourd'hui, à savoir, que *l'inflammation du poumon est toujours mortelle aux rousseaux.* Cet événement est constant, Guy-Patin l'affirme; mais, il faut bien le dire, il affirme souvent, la bouche pleine d'erreurs et d'absurdités. N'avance-t-il point que les bilieux ne tombent jamais en démence, parce que la bile est comme le correctif du sang (lettre LXXXIV, Ed. 1683)? Convenons que les médecins étaient mal venus à remuer les questions de psychologie à une époque où le plus spirituel et le plus docte d'entre eux professait que le sang desséché dans le cerveau cause une obstruction et produit une pesanteur et une grossièreté

sous-maxillaire d'où partent les nerfs destinés pour la glande du même nom. La portion de la corde du tympan qui est restée sous la gaîne du tronc du nerf lingual va se distribuer dans les papilles de la langue, et partager avec ce nerf les fonctions de l'organe du goût. D'après cette disposition, ce nerf a du moins en partie cessé d'être sous l'influence du reste du cerveau, et semble autant appartenir à la vie organique qu'à la vie animale.

Tous les nerfs examinés successivement dans leurs trois modifications offrent la même structure : ainsi la différence des impressions tient à la composition différente des organes, et non à la nature différente des nerfs qui s'y rendent. En effet, nous voyons que le ganglion semi-lunaire fournit un tourbillon de filets, qui par leurs nombreuses et mutuelles communications forment le plexus solaire, qui lui-même se divise en faisceaux, dont un va se distribuer dans le foie et présider à la sécrétion de la bile; un second se porte au rein pour y déterminer la sécrétion de l'urine; enfin, d'autres faisceaux du plexus solaire se distribuent dans l'épaisseur des parois des voies alimentaires et contribuent aux fonctions diverses de la digestion, et cela sans que la nature des nerfs ait changé dans aucun point de leur trajet.

Les nerfs de la vie animale, quels qu'ils soient, ont tous une organisation égale; ils président au mouvement lorsqu'ils se distribuent dans le corps charnu des muscles, et au sentiment lorsqu'ils vont aux autres tissus.

Toutes les parties sensibles reçoivent plus ou moins de nerfs; mais le degré de sensibilité dont elles jouissent appartient plus à l'organisation de leur tissu qu'à la nature des nerfs qui s'y distribuent; ainsi la différence des impressions tient essentiellement à la structure différente des organes, et non à la nature différente des nerfs.

Cependant, on dit que si l'œil a été fait pour voir, le nerf optique a été fait pour l'œil; et si l'oreille a été faite pour entendre, le nerf acoustique a été fait pour l'oreille. Mais ces parties font exception à la nature générale des nerfs; ce sont des êtres à part : aussi je ne crois pas que les membranes acoustique, rétine et nasale pourraient remplir complètement leurs fonctions si elles ne recevaient pas d'autres nerfs que les olfactif, optique et acoustique. En effet la rétine reçoit des filets du ganglion lenticulaire et la membrane pituitaire reçoit plusieurs rameaux du nerf nasal de l'ophthalmique de Willis. Mais la sensation ou la perception des objets ne se fait pas à l'extrémité des nerfs et dans l'organe auquel la cause qui la détermine est appliquée; c'est dans les centres dont les nerfs tirent leur origine que les impressions vont se réunir; ce sont donc bien les nerfs qui sentent, et c'est dans le cerveau, ou dans la moelle allongée, ou dans la moelle épinière, que l'individu perçoit les sensations.

Ainsi les nerfs sont bien les organes du sentiment; mais la sensation ne s'opère qu'au moyen d'organes disposés convenablement pour la transmettre au cerveau et au siége de l'âme.

Toutes les impressions peuvent se rapporter au tact; c'est le sens général; les autres ne sont que des modifications ou des variétés. Mais le tact de l'œil, le tact de l'oreille, celui de la langue, de la membrane pituitaire, ne se ressemblent point entre eux; ils ne ressemblent pas non plus au toucher proprement dit, dont les fonctions consistent à reconnaître les qualités des corps extérieurs.

Quoique toute l'étendue de la peau puisse servir au toucher, cependant la perception est beaucoup plus distincte à l'extrémité des doigts de la main où les papilles ont une sensibilité particulière; en effet, lorsqu'on applique les doigts sur un objet, les papilles mises en mouvement reçoivent un ébranlement différent selon la superficie du corps touché. Cet ébranlement communiqué affecte l'âme diversement.

Il y a deux sortes de touchers, l'un général et l'autre particulier. Le toucher particulier est accompagné d'une certaine impression caractérisée qui fait discerner les objets d'une manière très distincte, et c'est ce qu'on appelle proprement le tact, dont l'organe propre est au bout de la face interne des doigts; l'autre sorte de toucher général est plus vague et ne donne pas le discernement caractérisé; c'est ce qu'on exprime par le simple terme d'attouchement.

Ces différences du toucher dépendent de celles des papilles qui paraissent effectivement plus serrées et plus composées à la pulpe des doigts qu'ailleurs; car les cordons nerveux qui vont particulièrement aux doigts sont à proportion beaucoup plus forts que ceux qui se distribuent aux autres parties de la peau. Mais le tact particulier, aussi bien que le toucher en général, est plus ou moins exquis selon la constitution des individus et selon plusieurs causes accidentelles.

Que l'organe du tact soit fin ou obtus, l'impression qu'il reçoit est portée au lieu commun des sensations ou au siége de l'âme au moyen du prolongement rachidien et des nerfs qui en partent. Je regarde la moelle de l'épine, de même que les cordons rachidiens, comme un moyen de transmission sur la moelle allongée.

Nous devons nous rappeler que le bulbe rachidien est composé par les éminences pyramidales, les éminences olivaires et par le corps restiforme. Celui-ci va se rendre au cervelet, tandis que les éminences pyramidales vont à la protubérance annulaire. Nous ne savons point si la sensation arrivée dans le bulbe rachidien éprouve quelque modification, ou si continuant sa marche elle va se rendre au cervelet ou au pont de Varol. En sortant de cette éminence, la sensation est-elle modifiée? Se divise-t-elle en deux moitiés pour se rendre au cerveau, en passant par les deux bras de la moelle allongée et sous les tubercules quadrijumeaux? La sensation éprouve-t-elle quelque changement après être arrivée aux couches des nerfs optiques et aux corps cannelés? La sensation s'y arrête-t-elle, ou va-t-elle au corps calleux ou aux circonvolutions du cerveau, ou bien va-t-elle à la substance corticale? Dans ce cas, serait-ce dans cette substance que s'accomplirait la sensation, et cette substance serait elle en même temps le siége de la puissance qui dirige les opérations de l'esprit? Ne pouvant répondre à cette question, nous rappellerons ce que nous avons déjà dit, c'est que l'inflammation de la substance corticale, qui est inséparable de l'inflammation de la pie-mère, trouble complètement les sensations et les facultés intellectuelles; ainsi il semble qu'il doit s'opérer dans cette substance des fonctions relatives aux sensations et à l'intelligence. Cependant, il faut l'avouer, nous sommes incertains de la marche que suit la sensation, du trajet qu'elle parcourt, des modifications qu'elle éprouve dans sa route, du point où elle s'arrête; seulement nous savons que les parties qui composent la seconde série et l'appareil suspbénoïdal sont en rapport avec tous les nerfs du corps, soit par elles-mêmes, soit par l'intermédiaire de la moelle allongée et de la moelle épinière.

Mais si les parties de la première série n'ont pas de communications avec les nerfs, elles en ont par plusieurs points avec les parties de la seconde série. En effet, nous voyons, comme il a déjà été dit, que la lame médullaire qui se détache du bord supérieur de la cloison transparente, après avoir tapissé la face inférieure du corps calleux, se porte en dehors

---

d'esprit, les esprits n'ayant pas bien leur chemin libre (*loco citat.*). Convenons que la science n'avait pas beaucoup à attendre des controverses de l'école, en ce temps où l'un de ses aigles présidait une thèse cardinale, laquelle concluait : *ergo fabri pestilenti theriaca venenum*, « pour réfuter l'erreur commune et populaire d'un tas de barbiers ignorans et autres charlatans qui entendant le mot de peste, pour amasser de l'argent promettent sa guérison par la thériaque qu'ils ne connaissent ni n'entendent. » Voulez-vous savoir jusqu'où pénètre la sagacité observatrice de Guy-Patin quant à la nature de la phthisie : « M. le duc d'Anjou est malade d'une fièvre hectique et en danger de devenir tabide par une trop grande sécheresse des entrailles et particulièrement du poumon; c'est le phthoë des anciens Athéniens, une phthisie sèche et la maladie de consomption des Anglais que quelqu'un a appelé fort à propos le fléau de l'Angleterre. » Mais c'est surtout dans le domaine de la matière médicale qu'il est curieux d'envisager Guy-Patin et ses contemporains; il nous a laissé, éparses dans ses causeries épistolaires, des indications suffisantes pour nous recomposer en idée la pratique de ce temps; c'est aussi là qu'il se montre avec le plus d'avantage; car son bon sens qui ne l'abandonne jamais, si ce n'est en présence de Galien et des autres anciens, l'éloigne de cette polypharmacie cabalistique qui règne autour de lui, et qui s'appuie, non sur le savoir des praticiens, mais sur l'ignorance de la société d'alors et sur l'avide cupidité des apothicaires. Il faut que cette plaie de l'industrie pharmaceutique ait été bien grande pour motiver les incessantes invectives de Guy-Patin. Simplifier les méthodes de thérapeutique, telle est sa préoccupation favorite; elle perce à travers les autres idées qui éclosent dans sa mobile cervelle; elle est au fond de ses doctrines et sur le premier plan de sa pratique. Il semble s'être imposé cette mission de réduire à de raisonnables proportions la pharmacopée monstrueuse qui pesait alors sur les malades non moins que sur la science; et si les efforts qu'il tente et renouvelle sans relâche dégénèrent en une sorte de croisade contre une profession savante, il faut, pour l'excuser, se représenter la situation subalterne de la pharmacie et l'exiguité scientifique de ses adeptes qui n'avaient pas encore placé leurs officines et leurs affiches sous la protection de la chimie des Bertholet, des Priestley, des Vauquelin, etc.

Toutes les réactions sont aveugles, immodérées; Guy-Patin, proscrivant les formules compliquées, les préparations multipharmaques, ne sait point s'arrêter aux limites d'une réforme utile; pour exterminer les abus, il détruit les ressources de l'art. Peu de nos confrères se contenteraient aujourd'hui de sa matière médicale, et ceux-là mêmes qui, sous l'influence de l'exagération systématique, ont sacrifié les instrumens précieux de la médecine pratique à je ne sais quelle impuissante simplicité, ne diraient pas avec Guy-Patin : « La casse, le sené, le sirop de fleurs de pêche, de roses pâles et de cichorée composé avec rhubarbe, suffisent presque à tout. » Il est vrai que la lecture des prescriptions qui se faisaient alors au lit des malades fait concevoir la sobriété médicamenteuse de Guy-Patin; mieux valait cette modicité dans l'emploi des remèdes, laissant aux maladies une certaine latitude d'évolution spontanée, que l'agressive et turbulente thérapeutique de la plèbe médicale; qu'on juge des merveilles de leur formulaire, par la recette suivante que nous a conservée l'auteur des Lettres et qui est tombée de la plume de l'un des moins médiocres d'entre eux, Valot, premier médecin du roi : « Je viens de voir une grande ordonnance de Valot, où il y a du sel prunelle, de la crème de tartre, du tartre vitriolé, du sel de verveine et de tamarise, délayés dans l'esprit de vin, bon Dieu, quels

et va se fixer à toute l'étendue du bord supérieur de la portion spiroïde du corps cannelé; nous voyons aussi que le pédoncule de l'éminence mamillaire se perd dans l'intérieur de la couche optique. La première série communique encore avec la seconde au moyen de la bandelette demi-circulaire et du corps frangé. Après avoir communiqué entre elles, ces bandelettes vont se fixer à l'extrémité externe de la corne d'Ammon, qui fait partie de la circonvolution interne du lobe moyen du cerveau. La première série a encore des communications avec les tubercules quadrijumeaux, au moyen de la glande pinéale et de ses rênes: la sensation peut donc passer de la seconde série dans la première par cinq points différens, et aller jusqu'à la cloison transparente, jusqu'à la voûte à trois piliers, et se terminer à l'éminence mamillaire.

D'après ce qui vient d'être dit, il s'agirait de savoir quel est le rôle que jouent les parties de la première série dans la sensation. Ce rôle ne peut pas être passif; car quoique les parties de la première série soient en communication avec la seconde, elles n'en forment pas moins un être à part, non seulement parce que la première série n'a point de communication directe avec les nerfs, mais encore parce que la seconde est composée d'une suite de parties qui vont successivement en grossissant comme si elles naissaient les unes des autres, depuis le bulbe rachidien jusqu'aux circonvolutions du cerveau, ou, si l'on veut, qui vont en décroissant du cerveau au bulbe rachidien; tandis que les parties de la première série semblent naître de la voûte à trois piliers et de la cloison transparente ou plutôt des éminences mamillaires. Ainsi ne pourrait-on pas présumer, d'après la préoccupation des anciens au sujet des ventricules, que les parties de la seconde série sont le centre commun des sensations; que le rôle des parties de la première est actif, qu'elles pourraient être l'organe des facultés intellectuelles et agir sur l'imagination, les idées et la pensée? Voyons si la connaissance des sens du goût, de l'odorat, de la vue et de l'ouïe, pourra nous éclairer dans cette recherche.

DU GOUT.

La langue et les nerfs qui vont s'y rendre sont les parties principales de l'organe du goût. La langue est divisée en deux moitiés indépendantes, car l'une peut être paralysée, perdre la faculté de se mouvoir et de sentir, lorsque l'autre peut rester saine et dans son intégrité. Mais par quels nerfs la langue transmet-elle au siége de l'âme l'impression des saveurs? C'est une question qui ne me paraît pas encore bien décidée. Voyons si nous y pourrons jeter quelque lumière.

Chaque moitié de la langue a ses nerfs particuliers, qui sont le nerf lingual du maxillaire inférieur, le glosso-pharyngien et le grand hypoglosse. Le premier prend naissance des parties latérales de la protubérance annulaire, et fait partie du nerf trijumeau; le second prend naissance par quatre ou cinq filets des parties latérales du bulbe rachidien entre les éminences restiformes et olivaires; le dernier tire son origine également de la partie supérieure de la moelle rachidienne par dix ou douze filets entre les éminences pyramidale et olivaire. Ces trois nerfs, après leur naissance, se portent obliquement en-dedans. Le nerf lingual est en haut et en devant, le glosso-pharyngien est dans le milieu, et le grand hypoglosse en dedans et en bas.

Le nerf lingual du maxillaire inférieur se porte en avant entre le muscle pterygoïdien interne et la branche de la mâchoire inférieure; il se dirige le long du bord supérieur de la glande maxillaire et se porte entre le côté interne de la glande sublinguale et le bord correspondant de la langue. Bientôt après sa sortie du crâne, ce nerf reçoit la corde du tympan et quelques autres rameaux; il donne des filets aux parties voisines et fournit ceux qui vont concourir à la formation du ganglion maxillaire. Placé ensuite près du bord de la langue et arrivé à un pouce et demi de la pointe de cet organe, on voit une branche se séparer de ce nerf et aller communiquer en manière d'anastomose avec une branche du nerf grand hypoglosse. Le nerf lingual, après cela, continue sa marche en donnant des rameaux dont les uns se portent en dehors sur le bord de la langue et les autres en dedans: ceux-ci traversent la partie charnue et se perdent dans l'épaisseur de la membrane de la langue. Le tronc de ce nerf finit par des filets qui se terminent vers la pointe de cet organe.

Le nerf grand hypoglosse, après être sorti du crâne, se porte en bas et en dedans, s'engage entre les muscles mylohyoïdien et l'hyoglosse, envoie au muscle genioglosse quelques filets, dont plusieurs remontent sur la face externe du muscle hyoglosse, et après cela il donne la branche qui va communiquer, comme nous l'avons dit, avec le nerf lingual du maxillaire inférieur, et former une arcade concave en arrière et convexe en avant: de cette convexité il part un grand nombre de filets, qui quelquefois sont disposés en manière de plexus, et qui vont se disposer dans les muscles et dans la membrane muqueuse de la langue. Arrivé au bord antérieur du muscle hyoglosse, le tronc du grand hypoglosse se plonge avec l'artère linguale entre les muscles génioglosse et lingual, se porte en devant, en dedans et en haut, puis se termine vers la pointe de la langue par un grand nombre de filets qui se distribuent dans cet organe avec les rameaux de l'artère linguale, qu'il n'a pas cessé d'accompagner jusqu'à la fin.

Je crois qu'on a bien légèrement prononcé que le grand hypoglosse n'allait point jusqu'à la membrane muqueuse de la langue et qu'il ne coopérait point à la gustation. Colombo, entre autres, est un des anatomistes qui ont ôté cette attribution au nerf grand hypoglosse. Voici à quelle occasion: un homme privé de la faculté de discerner les saveurs vint à mourir. Colombo, curieux de découvrir la cause de cette disposition, fit l'ouverture du corps, et trouva que le nerf de la quatrième paire manquait; c'était ce que nous nommons le nerf lingual du maxillaire inférieur: cet anatomiste en conclut que ce nerf était celui qui recevait l'impression des saveurs. Boerhaave, au contraire, croyait que les papilles nerveuses qui sont parsemées sur la surface supérieure de la langue venaient du nerf grand hypoglosse, qui ne va que dans cet organe et qui s'y distribue presque en entier, tandis que le rameau que la cinquième paire y envoie, sous le nom de nerf lingual, ne sert qu'à ses mouvemens musculaires.

Je crois que ces deux nerfs se partagent également la fonction de la gustation; car si l'on se donne la peine de disséquer seulement les rameaux qui partent de l'arcade formée par la réunion anastomatique des branches que s'envoient mutuellement les nerfs lingual et grand hypoglosse, on verra qu'on peut suivre les rameaux non seulement dans la partie charnue, jusqu'à la pointe de la langue, mais encore dans la membrane muqueuse de cet organe.

D'ailleurs, si nous examinons les papilles qui s'élèvent sur la surface de la langue, nous voyons qu'elles sont formées par l'épanouissement des filets nerveux qui vont s'y rendre, et que ces filets sont environnés d'un

---

monstres et quelle médecine fardée! » En vérité, il y avait lieu d'interdire aux médecins, non l'usage du mot ordonnance, comme l'a fait Louis XIV qui prétendait seul faire des ordonnances dans son royaume, mais la faculté même de prescrire. Toutefois Guy-Patin ne renonce pas, avec un complet désintéressement, à cette médecine étrange qu'il apprécie si bien; il sait l'ascendant qu'exerce sur la foule et même sur les gens de haut lieu l'appareil mystérieux du formulaire; il ne dédaigne pas d'user de ce moyen de réussite dans le monde; il réserve ses colères contre les *cuisiniers arabesques* pour ses leçons au collége de France ou ses communications épistolaires; mais sauf à procéder moins aventureusement dans l'usage des remèdes préconisés dans le public, il n'a garde de s'en priver: « Je n'ai jamais vu de maladie guérissable qui ne pût guérir sans antimoine, quoiqu'à la vérité je me serve aussi pour les plus sots, tels que sont quelquefois les étrangers, de nos confections scamoniées, comme du diaphénic, diaprum solutif, diacarthame, diapsyllium, de citro et de *succo rosarum*; mais il faut regarder de près et ne pas prendre martre pour renard. » Il est cependant des médicamens qu'il proscrit sans miséricorde et qui n'entrent même point dans ses ordonnances pour les étrangers: le croirait-on? Ce sont trois médicamens des plus efficaces, des plus héroïques; trois substances qui, maniées et diversifiées dans leur forme et leur dosation par des mains habiles, constituent la providence du praticien: l'opium, le quinquina, l'émétique. Célébrer les vertus du sirop de roses pâles et rejeter sans réserve le quinquina, l'émétique, ce n'est certes point faire acte de discernement pratique; mais il ne s'agissait pas, au temps de Guy-Patin, de soumettre au creuset de l'expérience les divers agens thérapeutiques; il ne s'agissait point d'en étudier sur le vivant les effets immédiats et secondaires; le point capital consistait à déterrer dans les anciens quelques passages relatifs à ces substances, et si l'antiquité n'en avait connaissance, leur condamnation était inévitable. Puis, l'auteur des LETTRES appartenait par sa nature à cette classe d'esprit vifs, passionnés, dont les impressions se traduisent d'emblée en convictions, aussi accessibles à la vérité qu'à l'erreur par la promptitude et la facilité même de leur compréhension, et en qui l'erreur et la vérité s'exaltent également jusqu'au fanatisme. Contraste mortifiant dans un esprit comme Guy-Patin, qui devance son siècle en mainte voie, qui secoue dans l'intimité des épanchemens épistolaires le joug des croyances politiques et religieuses de son époque, qui réunit aux lumières de la philosophie antique les inspirations clandestines de la réforme de Luther, qui s'exerce à trouer sur les épaules de ses ignorans confrères le manteau de l'alchimie et d'une thérapeutique superstitieuse; intelligence lucide et prime-sautière, comme aurait dit Montaigne, dont il est quelque peu parent par le dedans, et qui n'est pas plus exempte de certains préjugés que le plus obscur médicastre de son temps! Je soupçonne que son opinion sur les effets du quinquina était solidaire de sa profonde répugnance pour les jésuites; il les voyait de si mauvais œil que conformément au précepte virgilien, il redoutait jusqu'aux présens offerts par leurs mains: « Cette poudre de kinakina, écrit-il, n'a par deçà aucun crédit. Les fous y ont couru, parce qu'on la vendait cher... J'avais traité une fille de la fièvre quarte, si heureusement que l'accès était réduit à deux heures seulement. Sa mère impatiente, ayant entendu le bruit que faisait cette poudre des jésuites, en acheta une prise 40 fr., dont elle avait grande espérance à cause du grand prix. Le premier accès après cette prise fut de dix-sept heures et beaucoup plus violent qu'aucun autre qu'elle eut auparavant. Aujourd'hui cette mère a peur de la fièvre de

lacis de vaisseaux sanguins, qui leur est uni au moyen d'un tissu cellulaire très fin.

Actuellement si nous jetons les yeux sur les rapports très remarquables du grand hypoglosse avec l'artère linguale, nous voyons que ce nerf marche au-dessous et au niveau de cette artère; qu'il l'accompagne par des ramifications nerveuses jusqu'à sa terminaison aux papilles, et ne la quitte pas, tandis que le nerf lingual est très éloigné de l'artère et ne l'accompagne point.

D'après cette disposition des parties, on ne peut guère se refuser à croire que les papilles de la langue ne soient formées par l'épanouissement de filets nerveux appartenant au moins en même temps aux nerfs lingual et grand hypoglosse, environnés d'un lacis de vaisseaux fournis par l'artère et la veine linguales.

J'ai exposé ici le résultat de mes recherches et mon opinion, mais je ne prétends pas décider la question : de nouvelles dissections bien authentiques sont appelées à la résoudre.

Le nerf lingual et le grand hypoglosse étant, en quelque sorte, congénères, je les ai indiqués les premiers. Le glosso-pharyngien est ici, en quelque façon, un nerf à part; je l'expose le dernier.

Après être sorti du crâne par la partie antérieure du trou déchiré postérieur, et avoir fourni un grand nombre de rameaux très importans, le nerf glosso-pharyngien se place au côté interne du muscle hyoglosse, pénètre dans l'épaisseur de la base de la langue, et donne quelques filets au muscle lingual. Mais la plupart vont se distribuer au trou aveugle de Morgagni et à tous les follicules muqueux de la partie postérieure de la langue; ces filets ne paraissent pas aller aux papilles nerveuses de cet organe; ainsi, quoi qu'on en dise, je ne crois pas que le glosso-pharyngien ait une grande part à la fonction de la gustation.

La langue, étant le principal organe du goût, est couverte de papilles molles, continuellement humectées et presque entièrement nerveuses, ce qui les dispose favorablement pour discerner les saveurs. Les papilles de la langue sont un peu éminentes; leurs pointes étant ébranlées dans une grande étendue sont facilement excitées par les corps savoureux.

L'effet produit par les corps savoureux sur les papilles de la langue est transmis au siége de l'âme au moyen des nerfs. D'après la disposition anatomique des parties, la sensation peut aller de la face supérieure de la langue au nerf lingual du maxillaire inférieur, de celui-ci à la protubérance annulaire, aux pédoncules du cerveau, et de là aux couches des nerfs optiques et au corps cannelé. Est-ce là réellement que la sensation est reçue et jugée, ou bien est-ce ailleurs? On l'ignore.

Si, au contraire, les nerfs grand hypoglosse ou glosso-pharyngien sont chargés de cette mission, l'impression faite par les corps savoureux sur les papilles de la langue sera portée d'abord sur le bulbe rachidien, pourra passer au cervelet, ou continuer sa marche par le pont de Varol et s'arrêter on ne sait où : l'observation et l'expérience n'ont encore rien décidé de positif à ce sujet.

DE L'ODORAT.

Avant d'exposer le nerf olfactif, nous devons rappeler que les pédoncules du cerveau vont se rendre à la couche optique, à la portion horizontale et à la portion accessoire du corps cannelé. Nous avons dit que de cette dernière portion naissaient les fibres médullaires qui allaient se porter successivement à la corne d'Ammon et aux circonvolutions et anfractuosités les plus inférieures du cerveau. C'est donc des pédoncules du cerveau, par l'intermédiaire de la portion accessoire du corps cannelé, que le nerf optique prend naissance. A son origine, ce nerf présente trois racines; deux sont formées par la substance blanche et sont distinguées en externe et en interne; la troisième racine est grise et située dans le milieu.

La racine blanche externe, qui est la plus longue, se dirige en avant et en dedans, cachée en grande partie par la scissure de Sylvius. Elle semble naître presque de l'extrémité externe de la corne d'Ammon, au voisinage de la base du corps cannelé. Cette racine devient apparente à la partie la plus reculée du lobe antérieur du cerveau; souvent aussi elle reçoit dans cette région un ou deux petits filamens médullaires.

La racine blanche interne, plus courte et plus large, paraît se confondre, à son origine, avec la substance médullaire du bord postérieur du lobe antérieur du cerveau; quelquefois cette racine semble se prolonger jusqu'à l'extrémité externe du bourrelet antérieur du mésolobe.

Souvent le mode d'origine de ces deux racines n'est pas le même à droite qu'à gauche; quelquefois aussi dans l'angle qui résulte de leur union, j'on voit des filets blancs qui viennent se joindre à elles.

La racine moyenne est formée de substance corticale. Elle naît de la partie postérieure et interne du lobe antérieur du cerveau. Ces trois racines se portent en avant, se réunissent bientôt et constituent un tronc de forme prismatique, qui se porte en avant, logé dans un sillon creusé sous le lobe antérieur du cerveau. Ce nerf continue sa marche jusqu'à la lame criblée de l'os ethmoïde, et lorsqu'il y est arrivé, il se divise en un grand nombre de filets, qui passent à travers les trous de la lame horizontale de cet os, et vont, vers la partie supérieure des fosses nasales, se répandre dans l'épaisseur de la membrane pituitaire qui revêt ces cavités.

Cette membrane est molle, pulpeuse, papillaire, poreuse, vasculaire; elle tapisse toute la cavité interne des narines. Plus épaisse vers la cloison et les cornets du nez, plus mince dans les méats et les sinus, cette membrane est ouverte en dehors et présente un facile accès aux odeurs; elle peut être dilatée à proportion de la plus grande quantité d'air qu'on doit inspirer, et elle est plus ou moins resserrée, suivant la quantité qu'on en doit rejeter; ainsi, l'air rempli des molécules odoriférantes très fines, invisibles et volatiles qui s'échappent des corps odorans ou fétides, attiré dans les narines pendant l'inspiration, dépose les particules sur les papilles de la membrane pituitaire et y excite une espèce de toucher, qu'on appelle odorat, au moyen duquel on distingue les différens genres d'odeurs.

Il s'y distribue un assez grand nombre de nerfs très mous. Ceux qui se rendent dans la partie moyenne viennent de la première paire et descendent par les trous de la lame cribleuse. Il y a d'autres nerfs qui viennent de l'ophthalmique de Willis et du maxillaire supérieur. Tous ces nerfs se ramifient dans la membrane pituitaire et y conservent une nature pulpeuse. Ils sont très mous et recouverts d'un épiderme extrêmement fin.

La portion de membrane pituitaire qui tapisse la voûte des fosses nasales, la cloison du nez et les cornets, doit être regardée comme la partie qui reçoit l'impression des odeurs et qui la transmet au siége de l'âme, au moyen des nerfs olfactifs.

---

sa fille et grand regret de son argent. Voilà comment le monde va, qui n'est qu'un sot et veut être trompé. Cette poudre est fort chaude et ne purge en aucune façon. Ils disent qu'elle est diaphorétique : ce sont des fictions aussi bien que tout ce que l'on dit de la chair des vipères dont peu de gens se servent, si ce n'est les suppôts des apothicaires. » Ailleurs, et l'on trouvera ici un nouveau spécimen de sa verve théorique : « Quand le corps est bien déchargé par la saignée et les purgatifs, il peut par sa chaleur résoudre ou absorber le reliquat de la matière morbifique : à moins que cela, il ne fait qu'échauffer. Ceux même à qui il a fait cesser la fièvre n'en ont pas été tout à fait guéris, car elle est revenue, quoiqu'ils eussent été bien purgés. L'opiniâtreté et la durée de ces fièvres quartes vient de la disposition mauvaise et presque carcinomateuse de la rate, qui occupe sa propre substance. *Je n'ai jamais donné du quinquina.* J'en ai vu qui pour s'y être trop fiés sont devenus hydropiques. » (Lettre civ.) Il ressort de cette citation que Guy-Patin, qui n'a jamais administré le quinquina, le juge de toute sa hauteur doctorale; il considère les rechutes comme le résultat de son action; il connaît les hypertrophies spléniques, mais les interprète mal; quant aux hydropisies consécutives aux lésions de la rate et aux fièvres intermittentes prolongées, il en accuse encore l'influence du quinquina; notons dans ce passage de Guy-Patin l'origine d'une opinion qui est encore populaire; nous entendons tous les jours des militaires qui ont longtemps fébricité en Afrique et qui s'en reviennent infiltrés, attribuer leur état au sulfate de quinine. Les erreurs médicales qui circulent dans les étages inférieurs de la société et qu'une génération transmet à l'autre ne sont pour la plupart que le retentissement, l'écho lointain des doctrines qui ont régné dans le passé; l'humorisme du dix-septième siècle est encore vivace dans les maximes hygiéniques et dans les pratiques domestiques qui dominent dans le peuple.

Un de nos classiques a juré, par Hercule (*Me Herclè*), que, sans opium, il n'aurait point voulu pratiquer la médecine : à son tour, Guy-Patin s'exclame : « Dieu nous veuille, par sa sainte grâce, préserver de l'opium et de l'antimoine! » S'il faut l'en croire, la reine d'Angleterre est morte d'un médicament narcotique; une pilule de laudanum, donnée par Valot, aurait produit ce résultat qui, véritable ou non, a produit, à son tour, cette sanglante épigramme, dont Molière a dû s'ébahir :

Le croiriez-vous, race future,
Que la fille du grand Henry
Eût en mourant même avanture
Que fen son père et son mary?
Tous trois sont morts par assassin,
Ravaillac, Cromwell, médecin :
Henry, d'un coup de baïonnette,
Charles finit sur un billot,
Et maintenant meurt Henriette
Par l'ignorance de Valot.

Mais c'est contre l'antimoine qu'il dépense citations, aphorismes, sarcasmes, pamphlets, discours ; il en parle à tout propos ; il ne fait aucun quartier à ses partisans. Meurt-il un malade qui en a fait usage, c'est l'antimoine qui l'a tué; le nom d'un confrère qui a prescrit l'antimoine se rencontre-t-il sous sa plume,

Mais dans quelle partie du cerveau la sensation est-elle portée? Est-ce à la partie antérieure de la corne d'Ammon, partie au voisinage de laquelle la racine externe du nerf olfactif paraît prendre naissance? On bien la sensation est-elle portée à la portion du bourrelet antérieur du corps calleux, d'où semble venir la branche interne de ce nerf? Enfin serait-ce dans toutes ces parties en même temps que la sensation des odeurs serait transmise et jugée? Ou bien la sensation passerait-elle du corps cannelé dans une ou plusieurs circonvolutions attenantes à cette éminence? Nous l'ignorons.

DE LA VISION.

Cherchons si dans la vision nous trouverons quelque chose de plus satisfaisant que dans les trois sens que nous venons d'examiner, et commençons par les nerfs optiques. Pour ne pas rentrer de nouveau dans de longs détails, nous dirons que ces nerfs naissent en arrière des tubercules quadrijumeaux et de la partie postérieure de la couche optique. Ils sont écartés, fort larges en cet endroit et se portent d'abord en haut et en dehors, entre les bras de la moelle allongée et les lobes moyens du cerveau. Après quoi ils descendent un peu en se portant en dedans et en devant, jusqu'à ce qu'ils soient parvenus sur la selle turcique, au-devant de l'infundibulum, où ils s'approchent et s'unissent l'un à l'autre. De ce point, la partie médullaire de ce nerf se porte dans le fond de l'œil et se distribue dans la rétine, membrane vasculaire, formée en partie d'une substance molle et pulpeuse, du côté qui regarde la choroïde, et qui ne peut être séparée du tissu membraneux qui la soutient que par la macération: cette membrane, ou substance, est la partie de l'œil sur laquelle les rayons de lumière font impression.

Les yeux sont les organes de la vue; les rayons de lumière qui partent des objets éclairés et qui tombent sur la cornée transparente souffrent, en la traversant, des réfractions différentes, suivant leurs degrés différens d'inclinaison; ils en éprouvent d'autres à mesure qu'ils passent à travers l'humeur aqueuse, le cristallin et le corps vitré. Lorsqu'ils sont parvenus au fond de l'œil, ces rayons se rassemblent pour peindre sur la rétine l'image des objets desquels ils viennent; l'impression qu'ils excitent sur cette membrane est ensuite communiquée au siége de l'âme par le moyen du nerf optique.

Ici l'anatomie nous apprend, comme nous l'avons dit, que le nerf oculaire prend naissance des tubercules quadrijumeaux et des couches des nerfs optiques: est-ce dans ces tubercules que reste la sensation produite par l'impression de l'image des corps éclairés par la lumière? C'est encore ce que nous ne pouvons déterminer.

DE L'AUDITION.

Nous allons commencer par l'exposition du nerf qui sert principalement à l'audition. Le nerf acoustique prend naissance de la face postérieure de la queue de la moelle allongée, ou de la paroi antérieure du quatrième ventricule, par deux cordons. Le premier plus petit, placé en devant, composé de filets très fins qui s'anastomosent fréquemment entre eux, est destiné pour le vestibule et les canaux demi-circulaires. Le second plus gros, placé plus en arrière, est blanc, mou, pulpeux; il n'est point formé de filets; il va se rendre dans le limaçon. Bientôt après leur naissance ces deux cordons se réunissent sous une enveloppe très fine, pour former un seul tronc aplati et creusé d'un sillon dans lequel le nerf facial se trouve logé. Ces deux nerfs se portent en dehors et un peu en devant. Ils marchent parallèlement jusque dans le fond du conduit auditif interne. Là ils se séparent: le facial va dans l'aqueduc de Fallope, et l'acoustique dans le labyrinthe. Voici comment ce dernier se distribue dans l'oreille interne.

Le cordon antérieur du nerf acoustique, composé de filets dont quelques-uns vont au cordon postérieur, donne plusieurs rameaux. Le premier qui s'en détache est tout à fait en bas et en arrière; il s'introduit bientôt dans une ouverture qui se trouve à la partie postérieure de la paroi inférieure du conduit auditif; il passe ensuite directement par l'ouverture inférieure du canal demi-circulaire postérieur dans l'intérieur duquel il va se distribuer, sans qu'on puisse le suivre au-delà.

Après avoir donné ce rameau, le cordon antérieur se renfle un peu, devient grisâtre et se partage en deux, quelquefois en trois rameaux, qui se placent l'un au-dessus de l'autre, et pénètrent dans les deux ou trois ouvertures qui existent au fond du conduit auditif, au-dessous de la saillie falciforme qu'on y remarque. De là ces rameaux vont se rendre à la paroi antérieure du vestibule, dans une cavité régulièrement concave, sphéroïde; et après être devenus plus blancs et très mous, ils s'épanouissent et se distribuent dans le vestibule. Quelques filets de ces rameaux descendent en arrière et en dehors, vont se répandre dans la membrane qui concourt à boucher l'ouverture commune du labyrinthe, et s'étendent même vers la fenêtre ovale jusqu'à la face interne de la base de l'étrier. Ces rameaux donnent aussi des filets qui vont en haut, à la paroi supérieure du vestibule; mais il est impossible de les suivre jusque dans les canaux demi-circulaires supérieur et horizontal, dans l'intérieur desquels cependant il est probable que ces filets se prolongent.

Le second cordon ou le postérieur, destiné en entier pour le limaçon, est placé d'abord plus en arrière que le premier, et lui devient ensuite antérieur. Il est plus gros; il a une origine particulière; dès sa naissance, on le distingue du cordon antérieur, et l'on voit qu'il est d'une nature différente. En effet, il est blanc, mou, pulpeux, et ne paraît point, comme le premier, formé de filets. Ce cordon se porte en haut et en dehors, mais il se dirige bientôt un peu en devant vers le fond du conduit auditif interne, et lorsqu'il y est parvenu, il s'épanouit, prend une certaine largeur, et se termine par un bord de quatre ou cinq lignes d'étendue qui vient s'appliquer contre la gouttière que l'on voit à la partie interne de la paroi antérieure du conduit auditif, et qui répond à la base du limaçon. Ce bord commence par s'appliquer sur la partie postérieure de la gouttière de la base du limaçon, se porte en avant et un peu en dehors, se recourbe bientôt, puis se dirige en haut et en arrière, ensuite en bas et en devant, et se termine enfin un peu en haut vers le sommet de l'axe du noyau commun. Ainsi ce nerf se contourne sur la gouttière du limaçon et en suit absolument tous les détours; et, comme l'avait observé Valsalva, ce nerf, dans le conduit auditif interne, est réellement roulé sur lui-même. Il part de tout le trajet de ce bord deux rangées de filets placées l'une au-dessus de l'autre, qui marchent parallèlement, et sont appliqués contre les deux rangées d'ouvertures qu'on remarque dans le fond du conduit auditif interne: ainsi disposés ces filets pénètrent par ces ouvertures dans le limaçon, vont en grande partie dans la rampe interne, et se répandent principalement à la face de la lame spirale qui répond à cette rampe. Ces filets marchent dans le sens de la ligne centrale du limaçon; ils sont

---

il lui en imprime la pointe acérée et le stigmatise à merci; pauvres noms qu'il roule et ballotte dans ses lettres, sous les éclats d'un rire homérique. S'il avait destiné ses lettres à la publicité, peut-être eût-il dit comme Boileau :

Je n'illustrerai point ces faquins dans mes vers.

Mais, grâce à sa modeste imprévoyance, les voilà conservés en toutes lettres, sous l'œil du lecteur, après deux siècles presque révolus. Guenautt, Desfougerais, Raissant, Mauvilain, Saint-Jacques, Thevart, Vauttier, pléiade médicale, dont les pâles rayons ont aussi glissé sur le ciel de cette capitale, qui vous connaîtrait sans l'antimoniophobie de Guy-Patin? Chapelains et Pradons de la science, le travers d'un homme d'esprit les a immortalisés comme les héros littéraires, qui ont baptisé de leurs noms ces types intellectuels, doivent leur famosité aux alexandrins mordans de l'Horace français. L'opinion de Guy-Patin sur l'antimoine est sans tempérament, quoi qu'en dise un de ses biographes : « Je n'en ai jamais donné à personne, parce je ne hasarde rien et sur les instructions que m'en a données, il y a plus de quarante ans, feu M. Nicolas Piètre, qui m'était comme un autre Galien ou Hippocrate, les mains ne m'en ont jamais démangé pour en donner à qui que ce soit, et, en vérité, je crois avoir raison. C'est une méchante drogue, et le peu qui en a pris et n'en est pas mort, n'en avait que faire. » On ne comprend plus aujourd'hui la polémique qui s'est prolongée à l'occasion de ce médicament entre les médecins de Paris. Rien n'eût été plus simple que d'en appeler à l'expérience, d'attendre, d'observer; mais tel n'était point l'esprit de cette époque : la controverse d'abord, les faits ensuite; encore si on les constatait avec quelque soin et si on les portait en ligne de compte. On a vu Guy-Patin répudier ce qu'il appelle la poudre des jésuites et avouer qu'il ne l'avait jamais essayée; il ne s'embarrasse pas davantage des effets réels de l'émétique; il le rejette sans vérification expérimentale, et de plus il fulmine maint écrit contre ceux qui l'emploient. Tout le monde sait sa plaisante idée du martyrologe de l'antimoine. Ce que la ferveur d'une doctrine nouvelle et fondée à la fois sur des vérités partielles et sur la puissance d'un beau génie a produit de nos jours, la discussion des propriétés d'un médicament le produisit au temps de Guy-Patin : on se passionna pour ou contre l'antimoine; il fit naître des livres et des libelles; il eut même son journal : maître Eusèbe Renaudot publia la GAZETTE ANTIMONIALE; la *légende antimoniale* se chargea de riposter à ce zélateur enthousiaste de l'émétique, et le doyen Blondel ne dédaigna point d'appuyer le parti de Guy-Patin par la publication de l'ALETOPHANES, autre monument de cette polémique défunte. La plaisanterie de Guy-Patin ne se pique point de courtoisie; telle de ses saillies ne remplit pas scrupuleusement les conditions de forme et de langage qu'exprime le mot moderne parlementaire; un passage de sa lettre XLIII s'éloigne même beaucoup de cette mesure : « Aussi est-il vray que cette grande ville est une vraye retraite de larrons, d'imposteurs et de coupeurs de bourse, sans faire mention de ceux qui donnent de l'antimoine aux malades. » D'après Tite-Live, les honneurs du triomphe ne s'obtenaient à Rome qu'après une bataille gagnée où cinq ou six mille hommes au moins étaient restés sur le champ de bataille. Tite-Live ne se doutait guères qu'il fournirait secours à la malice épigrammatique de Guy-Patin contre une portion de ses confrères. Voici une épigramme qu'il dit avoir été faite par un avocat nommé Ogier, mais qui trahit le cachet de sa caustique latinité; un écrit publié par le fils de Renaudot, qu'il appelle le ga-

d'abord assez longs; mais vers le sommet du noyau commun ils deviennent plus courts, très fins et très multipliés, et les derniers vont se distribuer dans cette portion membraneuse de la cloison, qu'on nomme infundibulum. Ce nerf forme sur toute l'étendue de la face interne de la lame spirale un réseau très apparent.

La terminaison de ce nerf dans les différentes parties de l'oreille interne, et la manière d'être de la portion membraneuse de la lame qui bouche l'ouverture du labyrinthe et qui va séparer les rampes du limaçon, me semblent ne pas laisser douter que cette cloison en partie mobile ne soit le siége principal de l'audition.

Qu'il est grand le nombre des parties qui composent l'organe de l'ouïe et que l'on voit depuis le pavillon de l'oreille jusqu'au point où le nerf acoustique prend son origine dans le quatrième ventricule! Dans ce nombre il n'y a pas deux parties qui se ressemblent, et l'intégrité de toutes est nécessaire : le dérangement d'une seule peut altérer plus ou moins l'audition.

Nous savons que les oreilles sont les organes de l'ouïe; les sons qui viennent frapper la face externe et antérieure de leur pavillon sont diversement réfléchis par les contours de cette partie, et dirigés vers le conduit auditif externe. Ils ébranlent la membrane du tympan dont la tension varie selon qu'ils sont plus graves et plus aigus. Cette membrane communique les ébranlemens aux osselets de l'ouïe, et par le moyen de l'étrier dont la base est appuyée sur la fenêtre ovale, elle les communique aussi au fluide qui est contenu dans le labyrinthe, et aux ramifications de la portion molle du nerf auditif qui se distribuent dans les différentes parties de cette cavité : l'impression qui en résulte est enfin portée au siége de l'ame.

Nous venons de voir les parties au travers desquelles les sons passent depuis le pavillon de l'oreille jusqu'à la membrane acoustique. Qu'il serait heureux que nous pussions voir et connaître les parties du cerveau au travers desquelles les sons passent, depuis leur arrivée à la moelle allongée jusqu'au lieu commun ou particulier des sensations! nous sera-t-il jamais donné de les connaître?

L'anatomie nous apprend bien que le nerf acoustique prend naissance de la face postérieure de la queue de la moelle allongée ou du moins que c'est là son point de départ ou d'insertion. Ce nerf est en rapport avec la substance grise et avec les fibres de la substance blanche de la queue de la moelle allongée. A présent il s'agirait de savoir si les sons restent là, s'ils y sont perçus et appréciés. Si les sons vont plus loin, ils doivent suivre les fibres longitudinales de la queue de la moelle allongée; s'ils ne s'arrêtent pas dans la protubérance annulaire, ils passeront par les pédoncules du cerveau, et seront transmis aux couches des nerfs optiques et au corps cannelé; ou bien la sensation perçue par l'organe de l'ouïe, ainsi que les sensations perçues par les organes de la vue, de l'odorat, du goût et du tact, peuvent, après avoir traversé toutes les parties de l'encéphale, depuis le prolongement rachidien jusqu'à la substance corticale du cerveau, passer, comme il a été déjà dit, du corps cannelé et de la couche optique, dans la cloison transparente, la voûte à trois piliers, et aller jusqu'aux éminences mamillaires. D'après cela, si nous jugions par analogie, nous dirions que les parties de la première série sont le centre commun des sensations et des facultés intellectuelles.

En effet, nous voyons que la partie principale du sens de l'ouïe est la membrane acoustique, que celle de la vue est la rétine, que celle de l'odorat est la membrane pituitaire, celle du goût, la membrane de la langue, et que le sens du tact ou du toucher est dans la peau de la pulpe des doigts. Pourquoi le lieu commun des sensations et des facultés intellectuelles, s'il y en a un, ne serait-il pas dans la membrane médullaire qui est étendue sous la voûte des ventricules latéraux et qui tient à un ensemble de parties admirablement arrangées?

Mais comme nous cherchons une science solide, nous devons avouer que nous ne trouvons ici presque rien qui puisse nous instruire d'une manière certaine. Ainsi pour arriver à quelque chose de positif, il faut recourir encore aux belles expériences de M. Flourens, en faire de nouvelles et d'analogues à celles de ce savant physiologiste, recommencer par le bulbe rachidien, et continuer successivement par le pont de Varol, les pédoncules du cerveau, les tubercules quadrijumeaux, les couches des nerfs optiques et les corps cannelés, etc., etc., etc.; mais il faudra avoir recours à l'anatomie pathologique pour les parties de la première série, et pour toutes les parties qui ne sont pas accessibles aux instrumens des anatomistes, sans quoi la science restera stationnaire sur ce point.

Ce qu'il y a de vrai, c'est que toutes les idées nous viennent par les sens : il n'y a d'inné que la bonne ou la mauvaise disposition de nos organes. Heureux l'homme qui a su les perfectionner et faire en quelque sorte leur éducation, en les exerçant et en répétant plus ou moins souvent les mêmes impressions jusqu'à ce que la sensation, ou l'image de l'objet, reste gravée dans la mémoire! il y a des personnes qui ont cette faculté si prodigieusement étendue qu'elles retiendraient sans peine l'histoire presque entière des connaissances humaines.

La mémoire est donc le réservoir de toutes les idées qui nous viennent par les sens du toucher, du goût, de l'odorat, de la vue et de l'ouïe. Les idées qui nous viennent par le goût et l'odorat sont les moins nombreuses et les plus fugitives. Il n'en est pas de même à l'égard des sens du toucher, de la vue et de l'ouïe : les idées qui nous viennent par ces trois sources sont les plus nombreuses et celles que la mémoire retient le mieux. L'homme qui possède ce don précieux peut indéfiniment enrichir son esprit, et porter avec lui le livre entier de toutes les sciences, l'avoir constamment devant les yeux; il peut y lire à volonté et à chaque instant; il peut prendre dans sa mémoire une idée, l'examiner sous toutes les faces, la comparer avec une autre et la juger avec la rapidité de la pensée, sans avoir besoin à chaque moment de recourir aux auteurs, temps perdu qui affaiblit l'imagination et retarde le développement des idées.

La comparaison de deux idées que l'esprit sait distinguer l'une de l'autre est un jugement; mais dans le même instant il ne peut en considérer attentivement qu'une seule, et s'il manque de mémoire lorsqu'il vent comparer la seconde, il ne trouve plus rien. Ainsi, on a en quelque sorte raison de dire : point de mémoire, point de jugement.

Ces talens renommés de la chaire, du barreau et de la tribune, ces fondres d'éloquence sont dus en grande partie à la mémoire et au jugement qui en est le produit.

Bossuet, entre autres, en est une preuve : « La nature l'avait doué d'une mémoire prodigieuse, et son talent pour la chaire s'était manifesté presque dès son enfance. Il fit, à l'hôtel de Rambouillet, devant une assemblée nombreuse et choisie, presque sans préparation et avec les plus grands applaudissemens, un sermon sur un sujet qu'on lui donna. Le prédicateur n'avait que seize ans, et il était onze heures du soir; ce qui fit

---

zellier, sous le titre de l'*Antimoine triomphant et justifié*, a donné lieu à ces vers :

> Nunc licet aurato ascendat capitalia curru,
> Nunc albis stybium jure triomphet equis :
> Plaudite fumosi Balatrones, plaudite agyrtæ
> Inter qui cedat, credite, nullus erit :
> Victoris tanti meriti obstare triumphis
> Tot cæsis hominum millibus, invidia est.

C'est assurément une faute que d'avoir méconnu les ressources thérapeutiques que fournissent au praticien trois médicamens qu'on pourrait appeler cardinaux; mais le principe dont l'exagération a engendré cette triple prévention, le principe de la simplification des méthodes thérapeutiques, est une inspiration de bon sens qui n'appartient qu'à Guy-Patin parmi les médecins du dix-septième siècle; c'est par là qu'il a influé en quelque chose sur les destinées de l'art, influence négative, mais d'une utilité non douteuse. Les impédimens de la vieille polypharmacie devaient être balayés, pour que l'esprit des médecins, fixé constamment sur les combinaisons étranges de la matière médicale, et jaloux d'en augmenter les arcanes, se détournât de ce stérile labeur et fût ramené à l'observation des phénomènes. Ecarter du lit des malades l'appareil violent d'une médecine aveugle, c'était restituer en quelque sorte à la nature ses droits, à la maladie sa liberté d'évolution, au patient ses chances subjectives de salut. Plus on considère les qualités et les défauts de Guy-Patin, plus on comprend que son rôle ne pouvait être que négatif. Toute réforme est un drame à deux actes; dans le premier, destruction de ce qui existe; dans le second, construction d'une doctrine nouvelle. Guy Patin n'était, ne pouvait être que la moitié d'un réformateur; il n'était apte qu'à détruire. La nature l'avait armé pour cette mission, qu'il n'a point comprise, qu'il n'a fait qu'ébaucher en attaquant les abus d'une chimie de faux aloi. Il eût fallu que de la chimie, de la matière médicale, il se retournât contre la pathologie contemporaine, et qu'il la délivrât des liens d'une érudition rétrograde. Au lieu d'emprisonner son esprit dans les spéculations et dans les fables consacrées de l'humorisme, il lui appartenait de frapper à coups de bon sens sur cet édifice sans fondemens; au lieu de caresser la scholastique, il la devait meurtrir de sa férule de doyen et de professeur royal. Nul n'était plus propre à cette œuvre préparatrice d'une réforme; il avait la vigueur de la parole, le trait de la critique, l'appui d'une mémoire aussi meublée que sûre : l'ironie fine et l'invective brutale abondaient sous sa plume; novateur, il eût lancé le pamphlet avec la même énergie que la foudre oratoire. Son extérieur exprimait cet ensemble : il avait la taille haute et droite, la démarche assurée, la voix forte, les yeux vifs, et dans tout son air comme un reflet de puissance. C'était évidemment une organisation apte à quelque chose de plus grand que le martyrologe de l'antimoine. Deux causes semblent expliquer l'espèce d'avortement de cet esprit; d'abord sa littérature *même*, qui, en le clouant sur l'antiquité, absorba son activité et lui créa par l'érudition une sorte de paresse d'idées et d'invention. Puis, l'époque où il vécut ne permettait pas un public essor aux tendances novatrices; la censure de la Sorbonne, et plus encore l'ombrageuse sollicitude du grand roi, aidée des lettres de cachet et des arrêts d'exil (le fils de Guy-Patin en a trop su), comprimaient l'originalité de la pensée littéraire et scientifique. Boileau traduisait Horace; Racine inter-

dire à Voiture, si fécond en jeux de mots, qu'il n'avait jamais entendu prêcher *si tôt ni si tard*. » (ELOGE DE BOSSUET par d'ALEMBERT.)

Quand on demandait à Massillon, l'un de nos illustres orateurs de la chaire, quel était son meilleur sermon : « Celui que je sais le mieux, » répondait-il. On attribue la même réponse à Bourdaloue.

On ne saurait donc trop cultiver la mémoire non par la routine, mais par l'étude, en exerçant continuellement les organes des sens, pour leur apprendre à analyser, à classer, à retenir et à conserver les impressions que la manière d'être des objets extérieurs a faites sur eux.

Les sens sont les rudimens de l'esprit humain : la connaissance des organes qui les composent devrait faire partie de la première éducation de l'homme (1).

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

EXPÉRIENCES CLINIQUES SUR LE SOUFRE DORÉ D'ANTIMOINE OU SULFURE D'ANTIMOINE HYDRATÉ AVEC EXCÈS DE SOUFRE (BERZELIUS) COMME AGENT VOMITIF OU SUDORIFIQUE; par M. A. TOULMOUCHE, docteur-médecin à Rennes, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

Ayant entrepris de soumettre de nouveau au contrôle clinique tous les agens thérapeutiques minéraux qu'on a signalés comme propres à remplir la médication vomitive, j'ai cherché à étudier sous ce rapport le soufre doré d'antimoine. En conséquence, pendant les années 1836 et 1837, je l'ai administré comme vomitif.

Après avoir analysé ce que les auteurs des traités de matière médicale ont écrit de plus explicite à cet égard, je dirai les résultats que j'ai obtenus, et je ferai ressortir les différences qu'ils m'auront présentées.

J'ai profité de ces expériences pour chercher à apprécier la réalité de la vertu sudorifique qu'on lui a généralement attribuée, en relatant avec sincérité le chiffre de toutes celles qui tendent à infirmer cette opinion.

Desbois, de Rochefort, dans son traité de matière médicale, dit, en parlant du soufre doré d'antimoine, qu'il est plus vomitif que le kermès et plus diaphorétique, et qu'il se donne à la même dose. Mais il ne cite que les maladies dans lesquelles on l'emploie comme agent sudorifique.

Cullen, dans un ouvrage identique, regarde au contraire le même sel comme moins actif que le kermès minéral. Mais il n'indique aucunement les doses auxquelles il agirait comme vomitif. De même qu'il ne parle nullement de sa propriété sudorifique.

M. Barbier déclare, dans son ouvrage de matière médicale, que le sous hydro-sulfate d'antimoine sulfuré, pris à la dose de cinq à six grains, suscite le vomissement, qu'il peut aussi exciter des déjections alvines, qu'à plus forte dose il occasionnerait une phlogose de quelques points du canal alimentaire, et qu'on se sert rarement de ce produit chimique pour provoquer ces effets.

Alibert, dans ses NOUVEAUX ÉLÉMENS DE THÉRAPEUTIQUE, n'indique que la propriété sudorifique du soufre d'antimoine donné à petites doses, soit dans les affections de la peau, soit dans celles rhumatismales et la goutte, dans lesquelles il l'associe aux extraits de bardane, de gentiane, dans la proportion d'un à quatre grains.

Schwilgué, en traitant de ce sulfure hydraté d'antimoine, dans son ouvrage, dit seulement qu'on l'emploie comme excitant de la muqueuse bronchique et de l'exhalation cutanée ; comme tonique, à un ou deux cinquièmes de grain, et qu'à la dose de deux à quatre il occasionne fréquemment des nausées et des vomissemens.

Dans le premier DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES, publié en 1818, M. Virey, auteur de l'article *Soufre doré d'antimoine*, ne parle que de sa composition, se bornant à dire qu'il jouit des mêmes propriétés que le kermès, mais à un moindre degré, puisqu'on est obligé de le donner à des doses doubles ou triples.

Dans le second, par MM. Adelon, Beclard, etc., publié en 1825, M. Orfila s'est borné à indiquer la composition de ce sel et à rappeler qu'il agit sur l'économie animale de la même manière et aux mêmes doses que le kermès.

Dans le troisième, intitulé : DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUE, par MM. Andral, Bégin, etc. M. Guibourt ne dit rien des propriétés médicales du sous-hydro sulfate d'antimoine sulfuré, tandis que M. Rayer, auteur de l'article antimoine (thérapeutique) répète qu'il le trouve moins actif chez l'homme que le kermès, et qu'il faut le donner à dose double et triple ; qu'ainsi, à celle de quatre grains, ses effets sont rarement sensibles, chez les adultes et les vieillards ; qu'à celle de six il fait rarement vomir, mais détermine des gargouillemens, des selles liquides, des sueurs ; qu'à huit, il opère presque constamment cet effet, en même temps qu'il purge et fait suer. On verra par le résultat des expériences auxquelles j'ai soumis cet agent thérapeutique ce qu'on doit penser des assertions qui précèdent. Enfin, MM. Merat et Delens, dans leur dictionnaire de matière médicale, se bornent à resumer ce qui a été avancé par les divers auteurs sur les propriétés de ce sel antimonial. Mélange de proto et deuto sulfure d'antimoine. (Henry fils.)

On voit, d'après le rapide exposé que je viens de faire de l'état antérieur et actuel de la science relatif à la fixation des doses auxquelles ce sel minéral agit comme vomitif, quelle incertitude il règne dans la plupart des ouvrages, et combien peu d'écrivains ont expérimenté par eux-mêmes.

Mon travail a donc pour but d'établir : 1° A quelle dose le soufre doré d'antimoine provoque le plus constamment la médication vomitive ; 2° celle purgative ; 3° si elle doit être double ou triple de celle du kermès, pour produire les mêmes effets ; 4° si son action vomitive est incertaine ; 5° s'il peut être administré impunément à des doses élevées, dans des maladies autres que la pneumonie et le rhumatisme aigu ; 6° enfin, si la propriété sudorifique qu'on lui accorde généralement est bien réelle.

PREMIÈRE QUESTION. *A quelles doses cet agent thérapeutique agit-il le plus constamment comme vomitif?* Les expériences cliniques auxquelles je l'ai soumis m'ont donné les résultats suivans : administré à trente-neuf femmes, à celle d'un grain, il a fait vomir neuf fois ou dans un peu

(1) Cet article n'est qu'un compte rendu d'une partie de mes recherches et des réflexions qu'elles ont fait naître. De nouvelles investigations pourront fournir les matériaux d'un mémoire très étendu sur le cerveau et le système nerveux en général.

---

rogeait la tragédie grecque; La Bruyère sauvait sa finesse d'observation sous le masque de Théophraste et la désinence hellénique des noms propres : que pouvait faire Guy-Patin, sinon de commenter Galien, sauf à jeter sous le pli de la correspondance quelques indices d'originalité médicale et de spirituelles attaques contre Mazarin, la gabelle, la taille, les rois, le pape et les moines?

La médecine a subi, du dix-huitième au dix-neuvième siècles deux crises de rénovation; la première correspond aux années de la première révolution; la seconde s'est essayée après la chute de l'empire, à une époque de retour aux libertés politiques; n'existe-t-il entre ces deux groupes de faits qu'une fortuite coïncidence? M. L.

— Le concours pour la chaire de thérapeutique et de matière médicale, vacante à l'école de Paris, sera ouvert, lundi prochain 8 avril, à l'amphithéâtre de la Faculté. Les candidats inscrits sont au nombre de dix, savoir : MM. Trousseau, Bouchardat, Cottereau, Sandras, Requin, Cazenave, Martin-Solon, Bandrimont, Guérard et Ménière.

Le jury se compose comme suit :

POUR L'ECOLE : MM. Orfila, Adelon, Bérard, Richard, Dumas, Andral, Fouquier et J. Cloquet, juges; MM. Pelletan et Bouillaud, suppléans.

POUR L'ACADÉMIE : MM. Mérat, Emery, Guéneau et Loiseleur, juges; M. Cornac, suppléant.

—M. BECQUEREL, membre de l'Académie des sciences, professeur au Muséum d'histoire naturelle, ouvrira le cours de physique appliqué à l'histoire naturelle, au Jardin des Plantes, mercredi 10 avril, à onze heures et demie, et le continuera les mercredi et samedi de chaque semaine.

Il présentera, dans un discours préliminaire, le plan du cours, et il donnera un précis historique des progrès des sciences physiques et spécialement de celles qui sont relatives à l'histoire naturelle ; puis il exposera la constitution moléculaire des corps, la phosphorescence, l'électrochimie, les effets physiologiques de l'électricité et la mesure de la température dans les corps organisés.

— MALADIES DE LA PEAU. — M. GIBERT, agrégé de la Faculté et médecin de l'hôpital de l'Ourcine, commencera son cours annuel le samedi 20 avril, à cinq heures de l'après-midi (amphithéâtre n. 2 de l'école pratique) et le continuera les mardi et samedi de chaque semaine à la même heure.

Les dernières leçons seront consacrées aux *maladies vénériennes*.

plus du quart des cas, le nombre des vomissemens ayant été six fois de quatre à cinq et le reste du temps d'un à deux; donné à dix hommes, il n'a provoqué les précédens que trois fois on dans un peu plus du tiers des cas, et les évacuations bilieuses n'ont été que de deux à trois. En sorte que réunissant le chiffre des deux sexes, il n'a agi comme vomitif que dans un peu plus du cinquième des cas ou d'une manière très incertaine.

La plupart des sujets sur lesquels j'ai expérimenté étaient dans la force de l'âge, atteints dans la proportion de plus de la moitié d'embarras gastriques; et dans l'autre, de bronchites, de rhumatismes, de fièvres intermittentes, d'œdèmes, de pneumonies latentes, d'entérites, etc. Je faisais délayer chaque dose dans une once d'eau bien pure, qu'on agitait vivement et qu'on faisait avaler immédiatement.

Le même sel prescrit à deux grains, à trente-neuf femmes, a fait vomir vingt-une fois ou dans un peu plus de la moitié des cas; le nombre des vomissemens ayant été le plus souvent d'un seul et jamais de plus de trois ou quatre donné à la même dose; à dix hommes, il a fait vomir six fois ou un peu plus de la moitié, et les évacuations ont été plus nombreuses que chez les femmes, en sorte que sur le chiffre total des deux sexes, il a provoqué le vomissement dans plus de la moitié des cas.

Pris à la dose de trois grains par cinq femmes, il a fait vomir trois fois on les deux tiers, les vomissemens ayant été de trois à sept chaque fois. Ces derniers ont été provoqués chez un homme par le même poids, en sorte que, sur le chiffre total de six, ce sel a fait vomir quatre fois ou dans les deux tiers des cas.

A quatre grains, le soufre doré d'antimoine a suscité chez onze femmes cinq fois, ou dans un peu moins de la moitié des cas, de deux à trois vomissemens, et chez un homme onze : en sorte que sur le chiffre total, douze des deux sexes, il a produit l'action vomitive dans la moitié des cas.

A six grains, il a donné lieu, chez cinq femmes, deux fois, ou chez un peu moins de la moitié, à trois ou sept vomissements, tandis que chez deux hommes il n'a pas eu d'effet. En sorte que sur le chiffre total il n'a fait vomir que dans un peu moins du tiers des cas.

A huit grains, il a été administré à trois femmes, et n'a nullement fait vomir, tandis que chez un homme il a provoqué douze vomissemens.

Enfin, à douze grains, il en excite chez une femme deux.

On peut conclure des cent vingt-neuf expériences auxquelles j'ai soumis le soufre doré d'antimoine et dans lesquelles il a déterminé soixante fois le vomissement, qu'il ne jouit de la propriété vomitive que dans un peu plus de la moitié des cas, et que la dose à laquelle il la manifeste le plus constamment, est celle de deux grains, ensuite d'un, tandis que plus on l'élève, moins il est possible de l'obtenir.

DEUXIÈME QUESTION : *A quelle dose le même sel antimonial produit-il le plus constamment la médication purgative?*

A un grain, il n'a provoqué chez trente-neuf femmes que quatre fois seulement, ou dans un peu moins du dixième des cas, des selles au nombre d'une ou deux. Administré à dix hommes, il n'a purgé (et encore faiblement), que trois fois, ou dans un peu plus du septième. En sorte qu'en réunissant le chiffre des deux sexes, il n'a opéré que dans le huitième seulement des cas.

A deux grains, donné à trente-neuf femmes, il a excité vingt-deux fois, ou dans un peu plus de la moitié des cas, de quatre à huit selles; et trois fois de douze à dix-huit de celles-ci. Chez les hommes, donné dix fois à la même dose, il a purgé sept, ou dans un peu plus des deux tiers des cas. La moyenne des évacuations alvines a été de deux à trois : ainsi, sur le nombre total quarante-neuf, la médication purgative a été obtenue dans beaucoup plus de la moitié des cas.

A trois grains, prescrit à cinq femmes, il a purgé deux fois, ou un peu moins de la moitié des fois, en provoquant de deux à trois selles. Administré à un homme, il n'a pas eu cet effet : ainsi, à cette dose, il n'a purgé que dans le tiers seulement des essais.

A quatre grains, donné à onze femmes, il n'a purgé que deux fois seulement, ou dans un peu moins du sixième des cas. Chez un homme, il a eu également un effet purgatif : ce qui, sur le chiffre total, établit la proportion du quart.

A six grains, pris par cinq femmes; il n'a purgé que deux fois, ou dans un peu moins de la moitié des expériences. Chez deux hommes, il a eu deux fois un effet purgatif. En sorte que, sur le nombre total, il a produit ce dernier dans un peu moins de la moitié des cas.

A huit grains, prescrit à trois femmes, il n'a purgé qu'une fois, mais copieusement, ou le tiers d'entre elles.

A douze, il n'a point eu d'effet purgatif chez une femme.

On voit que sur cent vingt-neuf fois que j'ai expérimenté, le soufre doré d'antimoine n'a provoqué que quarante-neuf fois, ou dans beaucoup moins de la moitié des cas l'effet purgatif; et que la dose à laquelle il a eu lieu le plus constamment est celle de deux, trois et six grains.

TROISIÈME QUESTION : *La dose du sulfure d'antimoine hydraté doit-elle, comme le prétendent presque tous les auteurs de traités de matière médicale, être double ou triple de celle du kermès minéral, pour produire les mêmes effets?*

On peut voir déjà, par ce qui précède, que la plupart n'avaient pas expérimenté par eux-mêmes, et qu'ils ont répété cette assertion, sans l'avoir soumise à aucune vérification clinique. En effet, dans un travail sur le kermès, publié dans le n. 46 de la GAZETTE MÉDICALE, année 1838, j'ai démontré que la dose à laquelle il produisait le plus sûrement l'effet vomitif, était celle de deux à trois grains. Eh bien! pour le soufre doré d'antimoine, bien qu'il faille qu'elle soit double ou triple, comme le prétendent les pharmacologistes, pour obtenir le même résultat, c'est également à deux grains et à un qu'il occasionne les mêmes effets, et par conséquent à une dose moindre que le kermès minéral.

QUATRIÈME QUESTION : *L'action du sous-hydro-sulfate d'antimoine sulfuré est-elle incertaine?*

J'ai prouvé : 1° que le kermès produirait un peu plus souvent un effet purgatif que vomitif. Le soufre doré d'antimoine jouit d'une propriété contraire, n'occasionnant d'évacuations alvines que dans beaucoup moins de la moitié des cas; 2° que l'action vomitive de l'oxido-sulfure-hydraté d'antimoine était incertaine, puisqu'on ne pouvait compter sur elle que dans un peu moins de la moitié des cas. Celle du soufre doré l'est beaucoup moins, puisqu'elle est produite dans plus de la moitié de ceux-ci. D'où la conséquence qu'il devrait lui être préféré comme agent vomitif.

Néanmoins, je le regarde comme peu sûr, puisqu'on ne peut compter sur ses effets que dans la proportion indiquée ci-dessus.

CINQUIÈME QUESTION : *Le soufre doré d'antimoine peut-il être administré impunément à des doses élevées, dans des maladies autres que la pneumonie et le rhumatisme?*

Bien que je n'aie pas donné ce sel à des doses aussi élevées que le kermès minéral, je suis fondé à penser, d'après celles auxquelles je l'ai prescrit, qu'il pourrait l'être avec la même innocuité, et que son action vomitive et purgative diminuerait dans la même progression. En effet, à huit grains, il n'a nullement fait vomir, excepté une fois, et une autre où il a purgé. A douze, il n'a provoqué également qu'une seule fois deux vomissemens.

SIXIÈME QUESTION : *Le sulfure d'antimoine hydraté jouit-il, comme l'affirment tous les auteurs de pharmacologie, d'une propriété sudorifique incontestable?*

Il me semble que pour statuer à cet égard, de même que pour tout autre médicament dont on veut apprécier les vertus, il eût fallu expérimenter avec cet agent thérapeutique, en le donnant isolément. Or, c'est ce que la plupart des expérimentateurs n'ont point fait; car je le vois toujours associé à d'autres substances, dans les diverses préparations dont ils se sont servis pour en étudier l'action. Et alors, il devient bien difficile, pour ne pas dire impossible, de décider à laquelle d'entre elles est dû l'effet sudorifique.

J'ai donc, sur les cent deux expériences que j'ai faites avec le soufre doré d'antimoine donné seul, cherché à apprécier ce qu'il en était à cet égard, et j'ai pu constater que la propriété sudorifique qu'on lui attribue généralement est tout à fait contestable. En effet, sur ce nombre, je ne l'ai observée que treize fois, ou pas tout à fait dans le huitième des cas; savoir : onze chez les femmes, et deux seulement chez les hommes.

La dose à laquelle cet effet a été le plus fréquemment obtenu a été celle de deux grains six fois; ensuite celle d'un, trois; celle de trois, deux; puis celles de quatre et de six, une; à celles de huit et de douze, il n'y a eu aucun effet sudorifique. Tandis que l'inverse eût dû avoir lieu, et son intensité diaphorétique s'accroître avec les doses, si réellement ce sel antimonial possédait cette propriété thérapeutique.

Dans le tableau ci-après les astérisques (*) indiquent cette dernière.

FEMMES.

AGE.	MALADIES.	DOSE.	VOMISSEMENS.	SELLES.	SUEURS.
		Grains.			
28	Embarras gastrique.......	1	0	0	0
35	Entérite........	1	0	0	0
17	Pneumonie latente........	1	0	0	0
37	Embarras gastrique........	1	4	0	0
23	Idem..................	1	0	0	0
48	Idem..................	1	0	0	0
28	Idem..................	1	0	0	0
18	Idem..................	1	0	0	0

FEMMES.

AGE.	MALADIES.	DOSE.	VOMISSEMENS.	SELLES.	SUEURS.
		Grains.			
55	Idem	1	0	0	0
29	Idem	1	0	0	0
46	Idem	1	0	0	0
55	Idem	1	0	0	0
34	Idem	1	0	0	0
22	Idem	1	0	0	0
42	Idem	1	0	0	0
36	Anévrisme du cœur	1	0	0	0
27	Embarras gastrique	1	0	0	0
27	Idem	1	0	0	0
26	Idem	1	0	0	0
25	Idem	1	0	0	0
25	Idem	1	6	0	0
27	Pneumonie latente	1	5	0	0
34	Embarras gastrique	1	0	0	0
60	Idem	1	6	8	0
18	Idem	1	0	0	0
36	Rien	1	0	0	0
16	Embarras gastrique	1	1	1	*
54	Bronchite	1	5	1	*
27	Embarras gastrique	1	0	0	0
26	Idem	1	0	0	0
25	Idem	1	0	0	0
32	Bhumatisme	1	2	2	0
32	Idem	1	2	0	0
32	Idem	1	0	0	0
52	Idem	1	0	0	0
28	Bronchite	1	0	0	0
25	Idem	1	5	0	*
38	Broncborrée	1	0	0	0
28	Embarras gastrique	2	0	8	0
33	Entérite	2	0	0	0
17	Pneumonie latente	2	5	1	*
56	Emphysème pulmonaire	2	0	0	0
25	Embarras gastrique	2	1	0	0
48	Idem	2	1	0	0
28	Idem	2	0	12	0
18	Idem	2	2	0	0
55	Idem	2	1	8	0
46	Idem	2	0	0	0
55	Idem	2	1	0	0
34	Idem	2	1	4	0
22	Idem	2	1	2	0
42	Idem	2	1	1	0
36	Anévrisme du cœur	2	1	2	0
26	Embarras gastrique	2	2	5	0
25	Idem	2	1	5	0
36	Idem	2	4	0	0
40	Idem	2	3	3	0
28	Idem	2	0	4	0
19	Idem	2	1	3	0
43	Idem	2	4	5	0
34	Idem	2	4	18	0
36	Rien	2	5	4	0
37	Embarras gastrique	2	1	8	*
26	Idem	2	0	2	0
23	Idem	2	1	4	0
27	Rhumatisme articulaire	2	1	0	0
27	Idem	2	1	0	0
27	Idem	2	1	0	0
52	Rhumatisme chronique	2	1	0	0
52	Idem	2	2	0	0
52	Idem	2	0	1	0
52	Idem	2	1	0	*
52	Idem	2	1	0	*
52	Idem	2	0	0	*
28	Bronchite double	2	0	0	0
48	Idem	2	3	3	0
38	Broncborrée	2	1	18	0
29	Embarras gastrique	3	1	2	*
18	Idem	3	5	3	0
36	Idem	3	7	0	0
38	OEdème général	3	0	3	0
38	Idem	3	0	3	0
26	Embarras gastrique	4	3	0	*
36	Emphysème pulmonaire	4	3	1	0
26	Fièvre tierce	4	1	0	0
52	Rhumatisme chronique	4	3	0	0
52	Idem	4	2	2	0
38	OEdème général	4	0	0	0
38	Idem	4	0	0	0
38	Idem	4	0	0	0
38	Idem	4	0	0	0
38	Idem	4	0	0	0
38	Idem	4	0	0	0
38	Idem	4	0	0	0
48	Embarras gastrique	6	3	1	0
46	Idem	6	0	12	0
26	Idem	6	0	0	0
26	Idem	6	0	0	*
28	Bronchite double	6	7	0	0
32	OEdème général	8	0	0	0
32	Idem	8	0	8	0
32	Idem	8	0	0	0
27	Embarras gastrique	12	2	0	0

HOMMES.

AGE.	MALADIES.	DOSE.	VOMISSEMENS.	SELLES.	SUEURS.
24	Embarras gastrique	1	0	0	0
27	Idem	1	15	4	0
26	Idem	1	0	0	0
43	Idem	1	0	0	0
51	Idem	1	0	0	0
37	Idem	1	0	0	0
25	Fièvre tierce	1	0	0	0
21	Embarras gastrique	1	0	0	0
27	Diarrhée	1	3	3	0
33	Rien	1	3	2	0
24	Embarras gastrique	2	12	0	0
42	Idem	2	3	3	0
26	Idem	2	12	2	0
43	Idem	2	0	4	0
26	Idem	2	0	0	0
31	Idem	2	1	3	0
37	Idem	2	0	1	0
21	Idem	2	5	4	*
25	Fièvre tierce	3	3	0	*
26	Embarras gastrique	4	9	4	0
43	Embarras gastrique	6	0	6	0
37	Idem	6	0	1	0
37	Embarras gastrique	12	0	1	0

Les moyennes statistiques auxquelles je suis arrivé ont une valeur réelle, en ce qu'elles se rapportent à des expériences exactes sur l'action du médicament qui fait le sujet de ce mémoire. En effet, cette méthode numérique est un moyen coadjuteur pour apprécier les faits cliniques et les faire servir à l'éclaircissement des points obscurs de la science, en même temps qu'elle peut concourir à la découverte de vérités nouvelles; car, avez-vous des doutes sur la manière d'agir d'un remède, vous ne pourrez les dissiper qu'en comptant les résultats que vous obtiendrez de l'administration répétée du médicament. Sans chiffres, vous resterez dans le vague, et il n'y aurait pas de détermination exacte possible. Il faut donc, malgré ce qu'on a pu dire de l'impossibilité ou tout au moins de la difficulté d'appliquer la statistique à la médecine et surtout à la thérapeutique, ne pas craindre d'y recourir comme un instrument d'appréciation. Seulement il faudra tenir compte des différences qui peuvent être apportées à la justesse de ses résultats, par une foule de dissemblances, d'accidens, d'analogies qu'on doit savoir peser. Par-là on évitera le grave inconvénient qu'a le chiffre de ne mettre en saillie qu'une seule face de la question; car le principal moyen de concourir aux progrès de l'art de guérir consiste à essayer les agens médicinaux au lit des malades, à multiplier les essais cliniques, à noter avec soin toutes les circonstances de leur emploi, tous les changemens qui surviennent après leur usage, et enfin à rapprocher tous les faits sur un même point de thérapeutique, pour s'élever à des considérations générales, ce que n'exclut aucunement la méthode numérique.

Conclusions. — Je me crois autorisé à conclure, des nombreuses ex-

périences cliniques auxquelles je me suis livré sur le soufre doré d'antimoine,

1° Que ce sel provoque plus sûrement l'effet vomitif à la dose d'un à deux grains qu'à celle de quatre à huit;

2° Qu'il le produit à moindre dose que le kermès minéral et plus fréquemment;

3° Que son action vomitive, quoique moins incertaine que celle de ce dernier agent, est néanmoins peu sûre, puisqu'elle n'est produite que dans un peu plus de la moitié des cas;

4° Que sa propriété purgative est beaucoup moins fréquente que la vomitive, tandis que l'inverse s'observe pour le kermès;

5° Que le soufre doré d'antimoine peut être, comme le précédent, donné impunément à des doses élevées dans des maladies autres que le rhumatisme et la pneumonie; et que dans ces cas, l'action vomitive et la purgative semblent diminuer dans la même proportion que les doses sont augmentées;

6° Qu'enfin la propriété sudorifique que lui attribuent tous les auteurs de traités de matière médicale est tout à fait contestable.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU 30 MARS.

EMPLOI DE L'ALUN DANS LE TRAITEMENT DE L'ENTÉRITE FOLLICULEUSE.

M. Bally fait, au nom de MM. Chomel et Louis et au sien, un rapport sur un mémoire de M. Barthèz concernant l'emploi de l'alun dans l'entérite folliculeuse.

Les observations qui font la base de ce travail ont été recueillies il y a quatre ans à l'hôpital militaire du Gros-Caillou. L'auteur, en rendant hommage aux services importans rendus à la médecine par l'école physiologique, notamment dans l'étude de l'entérite folliculeuse, ne pense pas que les lésions des solides, et elles sont nombreuses, puissent tout expliquer; il faut faire attention aux altérations du sang qui s'y rencontrent; des médicamens qui pourraient modifier celui-ci seraient, sans aucun doute, d'une grande importance.

Dans l'histoire des causes, M. Barthèz fait jouer un grand rôle au séjour de Paris comme cause déterminante; et la diarrhée qui atteint la plupart de ceux qui y séjournent pour la première fois, lui paraît constituer chez les militaires une prédisposition influente. Autrefois, suivant lui, la diarrhée restait le plus souvent à l'état simple; aujourd'hui elle se complique promptement et souvent de l'état typhoïde. Cela se rattache, ainsi que le remarque M. Bally, à cette influence de constitutions médicales à laquelle les anciens faisaient jouer un si grand rôle.

Le travail de M. Barthèz renferme quelques faits curieux et exceptionnels; ainsi, d'après lui, les salles exposées dans les casernes au sud et à l'ouest auraient donné plus de malades que les autres, toutes choses égales d'ailleurs; et, suivant la remarque de M. Murat, chirurgien militaire, les chambres éclairées auraient fourni tous les malades, aucun n'aurait été donné par les chambres obscures. Du reste le choléra nous est venu naguère aussi apporter un démenti aux lois établies depuis longtemps par l'hygiène. Ces faits sont difficiles à concilier avec ce que l'auteur dit plus bas: que les saisons humides lui ont paru favoriser bien plus le développement de la fièvre typhoïde que les saisons simplement froides ou chaudes.

Après diverses considérations sur la nature de la maladie qu'il regarde comme un produit d'infection et l'exposé des opinions anciennes et des doctrines régnantes sur ce sujet, l'auteur établit une analogie qu'on ne saurait admettre entre l'entérite folliculeuse et l'empoisonnement par la belladone.

Nous ne saurions non plus adopter, dit M. le rapporteur, l'opinion de l'auteur sur la contagion de la fièvre typhoïde, que nous n'avons vue se communiquer ni par l'air ni par le contact pas plus aux malades voisins qu'aux servans, aux élèves, etc. Nous ne nions pas les faits allégués par les partisans de la contagion, mais il faut tenir compte de certaines circonstances spéciales dans lesquelles ils ont été recueillis. Ne pouvant pas analyser la cause intime, invisible de la fièvre typhoïde, M. Barthèz s'attache à combattre l'affection locale des follicules intestinaux. C'est contre leurs altérations qu'il dirige ses moyens; et comme l'influence de ces désordres, quoique secondaire, n'en est pas moins hors de doute, ce serait déjà beaucoup que de lutter contre elles, d'agir sur ces plaies enflammées, dont les réactions sympathiques, aussi bien que l'absorption qui s'y passe ne peuvent manquer d'être fâcheuses. C'est pour remplir cette indication que l'auteur a fait choix d'un astringent énergique; mais on ne saurait disconvenir qu'il ne soit irritant; par conséquent son emploi doit être restreint à la troisième période, à celle où existe la diarrhée colliquative, qui mérite une grande attention. Ainsi, continue M. le rapporteur, M. Barthèz veut arrêter les sécrétions et les évacuations alvines, c'est le contraire de M. Delarroque, qui fait tout pour les provoquer et les accroître; et de prime-abord il faut signaler ce double inconvénient des astringens, de favoriser l'inflammation, d'augmenter le météorisme, et par suite donner plus de chances au développement des accidens qui en sont la suite, les déchirures, les perforations, etc. On voit, en outre, que les noyaux sphacélés des follicules auront beaucoup plus de tendance à séjourner qu'à être rejetés au dehors.

Du reste, M. Barthèz se propose d'obtenir non seulement un effet astringent, styptique, mais en même temps résolutif; établissant une analogie entre la fièvre typhoïde et les inflammations pultacées de la langue, du gosier, etc., il veut obtenir les mêmes résultats que donne l'emploi de l'alun dans ces phlegmasies. La quantité d'alun qu'il administre en vingt-quatre heures varie entre quarante grains à deux gros, dans une potion gommeuse; quelques malades en ont pris jusqu'à cinq gros sans inconvénient. Du reste avant de donner ce médicament à de si fortes doses, M. Barthèz l'avait préalablement essayé sur lui-même, précaution dont on ne saurait trop le louer.

L'auteur termine par les corollaires suivans: 1° L'alun réprime le travail d'ulcération des follicules, favorise leur cicatrisation. Il arrête les hémorragies, les flux de la muqueuse intestinale; il fortifie l'estomac en déterminant sur lui une astriction remarquable; malgré cela il ne l'enflamme point, c'est ce qui résulte de l'examen des individus qui ont succombé après avoir pris de l'alun, comparativement à ceux qui n'en avaient pas fait usage; on ne saurait trouver entre eux, sous ce rapport, la moindre différence.

2° Ce médicament a l'avantage de favoriser la digestion dans la convalescence, et de contribuer par conséquent à rétablir plus promptement les forces.

Il est bon d'ajouter que M. Barthèz ne veut pas qu'on insiste sur les évacuations sanguines au début; à toutes les périodes il condamne l'emploi des purgatifs.

M. le rapporteur qui a plusieurs fois donné l'alun, conformément aux indications de M. Barthèz, n'a pas vu diminuer le chiffre de la mortalité, seulement il a pu constater la cicatrisation des ulcères intestinaux, ce qui se voit également après l'emploi d'autres méthodes. Il est vrai de dire que sur les huit sujets dont M. Barthèz rappelle l'autopsie, il n'est pas question d'altérations anatomiques aussi graves que dans la plupart des cas ordinaires: plusieurs offraient des commencemens de cicatrisation; faut-il en faire honneur à l'alun? Quoi qu'il en soit, depuis le mois de novembre 1834 jusqu'en juillet 1835, vingt-six malades ont été traités d'après ces principes; sur ce nombre, huit sont morts, ce qui donne à peu près 1/3 plus 1/13 de décès. La durée moyenne du traitement chez ceux qui ont guéri a été de dix-sept jours, de dix-neuf chez ceux qui ont succombé.

Bien que ce travail renferme quelques vues particulières qui auraient besoin d'être soumises à une critique raisonnée, la commission pense qu'il mérite de fixer l'attention de l'Académie, et propose de le déposer aux archives, et d'adresser des remercimens à l'auteur. (Adopté.)

M. Capuron: Je regrette que M. Bouillaud ne soit point présent à la séance pour défendre lui-même l'efficacité de sa formule dans la fièvre typhoïde. Suivant assiduement ses leçons et ses travaux depuis plusieurs années, je me crois fondé à en signaler les résultats.

Depuis le 1er avril 1838, jusqu'au 1er août de la même année, on n'a pas ouvert un cadavre mort de la fièvre typhoïde dans le service de M. Bouillaud.

Depuis le 1er novembre dernier, jusqu'au moment où nous nous trouvons, on n'a pas eu à descendre une fois à l'amphithéâtre pour l'autopsie d'un individu mort de cette maladie, après avoir été traité chez M. Bouillaud. Je sais bien, Messieurs, qu'on a parlé d'un autre chiffre et d'une mortalité plus grande, surtout dans ces derniers temps; mais M. Bouillaud a fait voir que la mortalité ne portait que sur ceux qui venaient en quelque sorte expirer dans ses salles; on ne doit pas les considérer comme faisant partie des bases de ses calculs.

M. Bricheteau: Je ne dirai qu'un mot à propos de la contagion de la fièvre typhoïde; cette question est loin d'être décidée d'une manière aussi tranchée qu'a paru l'établir M. le rapporteur. L'Académie se rappelle sans doute que le mémoire de M. Putégnat, sur lequel je fis un rapport, souleva dans cette enceinte une grave discussion. Beaucoup de faits furent apportés en faveur de la contagion, moi-même j'en ai cité plusieurs, de telle sorte que si la contagion ne peut encore être généralement admise, du moins on ne saurait la nier avec plus de fondement.

M. Bally: Je ne crois pas m'être prononcé d'une manière si exclusive; car ce ne serait point là ma pensée. J'admets comme M. Bricheteau que c'est une question non encore décidée.

STRUCTURE DU CERVEAU.

M. Leuret, qui a lu dernièrement un mémoire sur l'organisation du cerveau, met sous les yeux de l'Academie une série de planches qui justifient les faits qu'il y a énoncés. On y voit, en effet, sur le cerveau de l'homme, de l'éléphant et du singe, une longue circonvolution qui fait le tour des hémisphères, se porte en avant, puis en haut. Rien de semblable ne s'observe chez les autres animaux, ainsi qu'il résulte de l'examen d'un cerveau de mouton représenté comparativement. Cette circonvolution appartient, suivant M. Leuret, à un appareil particulier de circonvolutions, placé sous le pariétal, et qui se trouve fort développé chez l'homme. Ce point, d'une grande importance dans l'anatomie de l'encéphale, avait été complétement négligé par les phrénologistes.

DU TRAITEMENT MORAL DE LA FOLIE.

M. Leuret, qui a fait voir dans un précédent mémoire quel parti on pouvait tirer du traitement moral dans la monomanie, si souvent rebelle aux moyens ordinaires, rapporte aujourd'hui l'observation intéressante et fort détaillée d'un malade, ancien officier, atteint depuis plus de quatorze ans d'aliénation mentale (manie chronique et hallucinations), déclaré incurable, après avoir successivement séjourné à Charenton, à Rouen, dans l'établissement dirigé par MM. Foville et Parchappe; enfin, à Bicêtre.

Lorsque M. Leuret entreprit le traitement, la maladie datait de quinze ans. Les hallucinations étaient surtout le symptôme prédominant. (On sait combien il est difficile, pour ne pas dire impossible, de guérir cette variété d'aliénation.) Divers moyens médicaux avaient été employés, le fer rouge appliqué sur le cuir chevelu, rien n'avait pu faire renoncer ce malade à ses idées. Ainsi, il se croyait Napoléon Bonaparte, s'imaginait que Paris n'était qu'une image du vrai Paris, etc. On commença le traitement moral le 15 juin 1838; avant la fin du mois, le malade disait son nom, et non Bonaparte, en parlant de lui. Le 1er novembre, il reconnaissait Paris. Le 10 décembre, il sortit de Bicêtre presque à l'état normal. Le 9 février, il s'occupait de ses affaires. Le 17, on

pouvait le regarder comme tout à fait guéri. Aujourd'hui, il est employé dans une imprimerie, il a renoncé à toutes ses idées, et se rappelle tout ce qui s'est passé.

A l'aide de ce long et difficile traitement, dans lequel il a été puissamment secondé par M. Picard, interne de Bicêtre, M. Leuret a donc obtenu un résultat inespéré, à en juger du moins par l'idée que se font tous les médecins de cette variété d'aliénation mentale. Du reste, il faut avouer, dit M. Leuret, que le cas que je viens de rapporter était hérissé de difficultés; la plupart de ceux qu'on rencontrera plus tard seront sans doute plus simples; cela doit donc encourager à s'attacher moins aux moyens physiques et médicamenteux qu'on ne l'a fait jusqu'à présent; à se préoccuper moins de l'anatomie pathologique de l'aliénation mentale, qui a certainement exercé une influence fâcheuse sur son traitement, et à tenter de rechef l'influence du traitement moral, sans doute plus long, plus difficile, mais bien plus rationnel et plus efficace.

(Renvoyé à la même commission que le mémoire précédent du même auteur.)

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX. — OBSERVATION DE SOUFFLARD.

M. James, interne à l'Hôtel-Dieu, donne à l'Académie des détails sur la mort de Soufflard. Appelé une demi-heure après l'accident, dit M. James, je trouvai le malade en proie aux vomissemens. Soupçonnant l'empoisonnement, je recherchai la nature des substances rejetées; la saveur douceâtre, l'odeur alliacée de la substance mise sur des charbons ardens, me donnèrent à penser que c'était un composé arsénical. Soufflard me fit alors l'aveu qu'il en avait pris *de quoi tuer six hommes*. Les vomissemens continuaient; ils étaient formés par les débris d'alimens, du lait caillé et la substance toxique. Un grain d'émétique prescrit immédiatement fit rejeter tout ce qui restait dans l'estomac; l'hydrate de peroxide de fer fut donné ensuite par cuillerées rapprochées; mais les vomissemens continuaient encore; une heure après, il y eut une selle abondante, on put y retrouver le lait et les boissons récemment prises. Voilà, continue M. James, quel était l'état des principales fonctions : pouls imperceptible; on ne put trouver ses battemens ni immédiatement ni plus tard; veines jugulaires gonflées; peau froide, d'une teinte violacée; sensation générale de froid, avec tremblement comme dans les fièvres intermittentes. Des convertures, un matelas placés sur le malade, à défaut d'autres moyens, ne purent parvenir à le réchauffer.

La respiration ne fut pas gênée pendant les trois premières heures qui suivirent l'empoisonnement; bientôt elle s'embarrassa, devint plaintive; puis vint un sentiment de suffocation; pas d'expectoration.

La lèvre inférieure dejetée en dehors était comme cautérisée par un acide. (On sait que trois gros d'arsenic avaient été longtemps en contact avec la muqueuse buccale.) Les vomissemens s'accompagnaient de douleurs atroces à la région épigastrique : c'est là que Soufflard rapportait toutes ses souffrances.

Toutes les dix ou quinze minutes environ, il surveait des coliques qui amenaient peu de matières. Les parois abdominales étaient fortement rétractées, surtout vers la fin de la vie.

On crut à une rétention complète d'urine : le malade éprouvait le besoin d'uriner, et ne pouvait y parvenir, malgré ses efforts. Le cathétérisme n'amena qu'un demi-verre d'urine, qui ne présentait rien de particulier. Il y avait une sueur visqueuse, plus marquée aux tempes qu'ailleurs.

Du côté du système nerveux, je n'ai pas observé d'autre lésion que les douleurs : tous les sens étaient intacts; les yeux convulsés en bas. Mort à onze heures du matin, dans un état complet d'asphyxie.

AUTOPSIE. Le système nerveux central n'a pas présenté d'autre lésion qu'un engorgement assez marqué de sang noir : les veines de la pie-mère, les sinus, en renfermaient une grande quantité.

Les poumons étaient gorgés du même liquide, mais en bien plus grande quantité, à ce point que, dans quelques endroits, on y trouvait tous les caractères de l'apoplexie. Mis dans l'eau ils oscillaient un instant avant de surnager.

Le péricarde était sain. L'artère pulmonaire, les cavités droites du cœur, les deux veines caves, étaient remplies de sang noir coagulé. Le ventricule gauche n'a pas présenté d'autre lésion qu'une rougeur légère qui a persisté malgré le lavage sous un filet d'eau.

Je ne dirai rien de l'estomac, qui a été mis sous les yeux de l'Académie par M. Orfila. Quant aux intestins, ils offraient un certain nombre d'escarres analogues à celles qu'on rencontre dans la fièvre typhoïde. Un petit fragment d'acide arsénieux occupait le centre de chaque escarre; il n'y avait, du reste, pas de rougeur dans les intervalles.

Le foie ne présenta rien qui mérite d'être noté. Le système veineux de la veine-porte et la rate étaient gorgés de sang noir, non coagulé, légèrement grumeleux, analogue à celui que renfermaient les cavités droites du cœur.

Le pancréas, les reins, la vessie, n'offraient rien de particulier. La muqueuse vésicale était saine; il n'y avait qu'une fort petite quantité d'urine. La sécrétion de ce fluide avait donc été suspendue; c'est donc un point de contact de plus à établir entre les symptômes du choléra algide et ceux qu'a déterminés, chez Soufflard, l'empoisonnement par une forte dose d'arsenic.

La séance est levée à cinq heures.

SÉANCE DU 2 AVRIL.

M. Pointe adresse un travail sur la grippe qui a régné à Lyon en 1837.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

M. ORFILA communique à l'Académie les observations qu'il a eu occasion de faire sur l'empoisonnement de Soufflard, et annonce qu'il existe naturellement dans le corps de l'homme un composé arsénical.

En ce qui concerne Soufflard, il montre sur quatre capsules l'arsenic métallique qu'il a retiré des membres, du foie, de la rate et des poumons, traités séparément par le procédé qu'il a fait connaître dans son mémoire. Il pense, sans pouvoir l'affirmer, que la quantité d'acide arsénieux absorbée peut être évaluée à quatre grains, quoique Soufflard en ait avalé 216.

Il insiste sur la nécessité d'entretenir à l'état *neutre*, pendant tout le temps de l'ébullition et à l'aide d'une certaine quantité de potasse, le *decoctum* des membres du cadavre suspect; il annonce avoir fait ses expériences dans deux chaudières de fonte, et il démontre que ces vases n'ont eu aucune influence sur les résultats. Il prescrit; dans un cas d'empoisonnement, de commencer par faire bouillir dans une chaudière de fonte neuve deux des membres abdominaux d'un cadavre *normal* avant de procéder dans la même chaudière à l'ébullition des membres du cadavre suspect; il peut ainsi parfaitement comparer les résultats et éviter toute source d'erreur. Il insiste sur la nécessité de bien examiner les taches que l'on obtiendra à la fin des expériences, car il arrive quelquefois que des taches *non arsénicales* offrent en apparence quelques-unes des propriétés de celles que donne l'arsenic; il faut absolument, dit-il, s'assurer que ces taches se volatilisent promptement à des flammes du gaz hydrogène, et qu'elles présentent les autres caractères de l'arsenic; les experts seraient coupables s'ils n'examinaient pas attentivement la matière qui leur est soumise.

M. Orfila passe ensuite à l'examen d'une question du plus haut intérêt. Il annonce l'existence d'un composé arsénical dans le corps de l'homme; ce composé, qui est probablement de *l'arséniate de chaux*, se trouve en petite proportion dans les os et peut-être dans d'autres tissus; mais dès à présent il rassure la société en affirmant que l'arsenic naturellement entretenu dans les membres n'est pas extrait par l'eau bouillante tenue *constamment à l'état neutre*, tandis que celui qui existerait dans les membres, par suite d'un empoisonnement, est dissous par ce liquide bouillant. Il n'est pas éloigné de croire, d'après une seule expérience, il est vrai, que le bouillon de bœuf que nous mangeons tous les jours contient une infinimcot petite quantité d'acide arsénieux, quand il a été préparé, comme cela se pratique habituellement, avec de la viande non désossée et des légumes. Au reste, M. Orfila annonce un prochain mémoire qu'il présentera à l'Académie conjointement avec M. Conerbe, son élève, chimiste fort distingué.

JUGES DU CONCOURS POUR LA CHAIRE DE THÉRAPEUTIQUE.

L'ordre du jour appelle la fin de l'élection des membres de l'Académie qui doivent faire partie du jury pour la chaire de thérapeutique. M. Guéneau de Mussy est nommé après un seul tour de scrutin.

M. VIREY ayant écrit à l'Académie qu'il se désistait, le nombre des membres sur lesquels le sort désignera les juges reste, par conséquent, à neuf; ce sont, dans l'ordre de leur nomination : MM. Mérat, Réveillé-Parise, Delens, Patissier, Loiseleur Delongchamps, Jourdan, Bricheteau, Emery, Cornac et Guéneau de Mussy.

Le sort appelle successivement MM. Mérat, Emery, Guéneau de Mussy, Loiseleur Delongchamps, pour juges; M. Cornac pour suppléant.

NOUVELLE MÉTHODE DE RÉDUCTION DES LUXATIONS DANS LES ARTICULATIONS ORBICULAIRES.

M. BÉRARD fait un rapport sur une notice adressée par un membre correspondant qui a désiré garder l'anonyme. et qui expose à l'Académie les succès obtenus dans la réduction des luxations par une méthode à laquelle son auteur a donné le nom de *mérotropie*, *ostéotropique*. Au lieu des extensions graduées par la force des aides ou des moufles, avec des lacs ou les mains, M. Colombo, qui regarderait cette méthode comme sienne, a réussi à placer les muscles qui entourent l'articulation luxée dans un état moyen entre la flexion et l'extension; alors, si on parvient à profiter de leur relâchement, et qu'on fasse exécuter à la totalité du membre un mouvement brusque en fronde, la tête de l'os luxé, que ce soit à la cuisse ou au bras, se remet nécessairement dans sa cavité.

Il importe de fléchir en premier lieu le pied et la jambe, ou l'avant-bras, s'il s'agit de l'humérus; la cuisse doit être portée à angle droit sur le tronc; le chirurgien placé en avant, en arrière du malade, suivant le sens dans lequel s'est faite la luxation, saisit le membre sur deux points éloignés l'un de l'autre et par un mouvement en fronde qui a son centre à l'extrémité articulaire luxée, il fait parcourir à l'extrémité libre, tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre, suivant la jointure, un cercle étendu; de cette manière, la tête à laquelle le relâchement des muscles laisse un peu de liberté glisse sur les surfaces osseuses, et se réduit sans peine.

Dix observations, réunies par l'auteur du mémoire, dont huit relatives à des luxations du fémur, et deux à des luxations de l'humérus, prouvent expérimentalement l'efficacité de cette méthode. Dans un premier cas, il s'agissait d'une luxation de la cuisse, datant de douze jours; M. Colombo réduisit par la méthode ostéotropique, après avoir inutilement mis en usage les moyens anciens. Il eut le même succès chez un autre malade qui avait une luxation en dehors et en bas; chez un troisième où le déplacement était en avant et en haut; enfin, la même méthode réussit encore chez une femme qui avait la cuisse gauche luxée; dans toutes ces observations les signes du déplacement sont donnés avec soin; dans les trois dernières, on en vint, de prime-abord, à la réduction par ce procédé, sans avoir préalablement essayé les extensions, contre-extensions, etc.

Dans les quatre observations qui suivent, la méthode ostéotropique eut encore le même succès entre les mains de deux autres chirurgiens; mais ils y joignirent dans les deux premiers cas la pression directe sur l'extrémité supérieure de l'os luxé. Quant aux deux dernières observations, relatives, l'une à un sujet âgé de trois ans, l'autre de sept ans, elles ne sont pas d'une grande valeur; les signes de la luxation ne sont pas très clairs. M. Bérard serait porté à admettre dans ces cas un décollement d'épiphyse. Du reste, tous ces malades ont guéri.

L'auteur rapporte ensuite deux cas de luxation de l'épaule, réduite de la même manière et aussi heureusement. L'une d'elles est relative à un conducteur de diligence: après la flexion préalable, le bras reçut un mouvement de circumduction qui porta son extrémité inférieure en haut et en avant; la tête rentra dans sa cavité.

La description des manœuvres laissant beaucoup à désirer, il est difficile de se faire une bien juste idée de la méthode ostéotropique; le cercle doit-il être complet, doit-il être commencé dans un sens plutôt que dans un autre, etc.? Et puis, continue M. Bérard, dans les faits de M. Robert, des aides ont exercé des mouvemens de traction, le chirurgien a pressé sur la tête de l'os; la méthode Colombo n'a donc pas été employée dans toute sa simplicité.

Malgré l'insuffisance des détails, M. le rapporteur croit qu'on peut rapprocher cette méthode d'une autre fort ancienne indiquée par Paul d'Egine, de celle décrite par Ponteau, qui l'attribue à un chirurgien militaire, nommé Maisonneuve, qui faisait fléchir la cuisse sur le ventre, lui imprimait ensuite un mouvement de rotation en dehors; enfin, un mouvement brusque et subit d'extension.

M. Bérard, qui a essayé deux fois de réduire des luxations de cette manière, a échoué dans les deux cas; il s'agissait dans l'un d'une luxation de la cuisse; et, dans l'autre, d'une luxation de l'humérus; mais il pourrait bien n'avoir pas exactement suivi le procédé de M. Colombo; aussi ne veut-il rien conclure contre celui-ci. Il ajoute que dans un de ces cas, la méthode de M. Desprès a facilement amené la réduction.

Du reste, ajoute en terminant M. Bérard, ce mémoire renferme des faits intéressans, et pour la plupart bien observés; il sera facile de les vérifier au besoin, puisque M. Colombo offre de venir employer sa méthode à Paris, sous les yeux de l'Académie; la commission propose d'adresser des félicitations à l'auteur, de déposer le mémoire aux archives, et d'en publier quelques extraits au bulletin. (Adopté.)

CIRCULATION CAPILLAIRE.

M. Poiseuille lit un mémoire sur l'influence de la longueur des vaisseaux capillaires sur la quantité de sang qui les traverse dans le même temps. (Nous donnerons plus tard un extrait de ce mémoire.)

Commissaires : MM. Guénean de Mussy, Blandin et Gerdy.

DISTINCTION DES NERFS DU SENTIMENT ET DU MOUVEMENT.

M. Blandin rappelle à l'Académie qu'à l'occasion d'un rapport de M. Bouillaud il s'éleva une discussion au sujet de la distinction des nerfs du sentiment et du mouvement. M. Gerdy prétendit alors que la théorie de MM. Charles Bell et Magendie ne pouvait tenir contre l'évidence des faits et des expériences; M. Blandin pense, au contraire, qu'il existe des nerfs spéciaux du mouvement et des nerfs spéciaux du sentiment. Il vient donc aujourd'hui non pas apporter de nouveaux faits, mais relever le gant et demander la discussion.

M. Gerdy : La question est donc ainsi posée : « Les nerfs ont-ils deux ordres de racines, les unes exclusivement destinées au mouvement, les autres au sentiment? » M. Blandin, dans la solution de cette question, va plus loin que M. Magendie; il attribue à ce physiologiste une opinion trop exclusive; en effet, d'après lui, les racines postérieures des nerfs de la moelle sembleraient plus en rapport avec la sensibilité, et les racines antérieures avec la motilité; il en résulte donc, ainsi qu'il l'écrit plus loin, que les unes ne sont pas plus que les autres n'ont une fonction exclusive.

Quant à la doctrine si tranchée que M. Blandin voudrait faire prévaloir, M. Gerdy la retrouve déjà dans Galien. Ce grand anatomiste, frappé par l'observation de ces cas dans lesquels il y a isolément perte du sentiment, et d'autres où le mouvement seul est lésé, avait déjà formulé une théorie, et établi une distinction entre les nerfs du sentiment et les nerfs du mouvement. Cette idée, continue M. Gerdy, a duré autant que la doctrine de Galien. Dulaurens lui a consacré deux grands chapitres dans son anatomie qu'il écrivait au seizième siècle; il la discute et la reproduit avec soin.

Ces faits se seront sans doute présentés à l'esprit de M. Ch. Bell lorsqu'il a fondé son système des nerfs, ou il y sera arrivé par l'observation simple de ce qui se passait sous ses yeux. L'anatomie a été invoquée par cet auteur et par ceux qui, après lui, ont soutenu cette opinion; mais la disposition anatomique ne saurait décider la question; elle suppose résolu ce qui ne l'est point, c'est-à-dire des propriétés inhérentes à telle ou telle partie. Il faut avant tout s'en rapporter aux faits pathologiques et aux expérimentations sur les animaux vivans, mais soumettre tous ces résultats à une critique sévère.

En accordant même que l'anatomie seule puisse décider la question, on pourrait l'invoquer contre l'opinion de M. Blandin, car si les branches fournies par la racine postérieure de la cinquième paire sont exclusivement sensibles, pourquoi envoient-elles des filets aux muscles? Ne sait-on pas enfin que les mouvemens ont été vus intacts après des lésions des faisceaux antérieurs de la moelle; que celle-ci même étant détruite, le mouvement, la sensibilité ont pu continuer à s'exercer... En résumé, M. Gerdy défie à son tour M. Blandin de citer des faits qui prouvent cet isolement de fonctions tel qu'il voudrait l'établir.

M. Blandin : Comme on nous avait porté le défi et que la doctrine que nous soutenons avait été mise en question, nous devions attendre que des faits positifs fussent avancés pour la renverser, voilà pourquoi je n'en apporterai pas aujourd'hui. Cependant je répondrai d'abord à M. Gerdy, qu'il importe peu pour l'état de la question que M. Magendie ne soit pas aussi explicite qu'on l'avait prétendu. S'il est vrai de dire que cette doctrine est devenue en quelque sorte la sienne, par les faits et les belles expériences dont il l'a étayée, on ne saurait rejeter les preuves qui depuis ses recherches sont venues la mettre encore plus en évidence et lui donner plus de certitude.

Quant à l'ancienneté de cette opinion, M. Blandin ne saurait le nier, mais il y a loin, dit-il, de cette affection pure et simple de Galien et des auteurs qui l'ont suivi, à la doctrine actuelle, telle que l'ont faite les expériences et les observations des auteurs modernes.

Relativement à l'insuffisance des preuves anatomiques, je répondrai qu'il est cependant des faits assez importans pour ne pas être mis complètement de côté; ainsi, lorsqu'on prouve, comme je l'ai fait, il y a déjà plusieurs années, que le volume de la racine sensitive est en proportion de développement avec l'énergie de la sensibilité, non seulement dans les diverses régions cervicales, dorsales et lombaires chez le même individu, mais encore dans la série animale; qu'un même rapport existe pour les racines antérieures relativement au mouvement, je ne pense pas que ces raisons anatomiques soient de nature à être rejetées. C'est ainsi que j'ai démontré qu'aux membres supérieurs chez l'homme, beaucoup plus organes de sensibilité que de motilité, les racines postérieures sont notablement plus volumineuses dans les nerfs provenant de la moelle que les antérieures; on n'observe plus le même rapport à la région lombaire, aux origines des nerfs qui vont au membre inférieur qui est bien plutôt organe de sustentation que de toucher.

Dans le chien, par exemple, où les membres antérieurs ne sont pas aussi sensibles que chez l'homme, les filets de la racine postérieure ont un volume égal à ceux de la racine antérieure, comme dans les membres postérieurs.

En sorte que chez l'homme et dans la série des animaux le développement de la racine postérieure des nerfs spinaux est proportionnel à celui de la sensibilité.

Quant à l'objection tirée des rameaux musculaires du nerf dentaire inférieur onrni par le trifacial, elle tombe devant ce fait éclairé par des dissections attentives, à savoir: que, si le nerf dentaire inférieur fournit un filet mylo-hyoïdien, qui se distribue à des muscles, ce filet n'est pas inhérent à la branche sensitive; il ne lui est qu'accolé, et peut être suivi jusqu'à la racine antérieure. Si enfin M. Gerdy a excité de la douleur en irritant le nerf facial, il aurait dû dire si elle était vive ou légère, c'est ce qu'il est important de savoir; et puis des filets sensitifs se trouvant accolés aux branches motrices de ce nerf, s'il était sensible, ce n'était point par lui, mais par les rameaux qui lui sont juxta-posés. Cette juxta-position de cordon nerveux d'origine différente doit être prise en grande considération, car elle explique et justifie des résultats en apparence contradictoires.

M. Gerdy : Je demande instamment qu'on aborde les faits; je persiste à adopter une opinion contraire, jusqu'à ce que de nouvelles expériences soient venues décider la question.

M. Bouillaud : La doctrine soutenue par M. Blandin sur la distinction des sentimens et du mouvement me semble inattaquable. Tout récemment encore, l'observation clinique m'a permis de vérifier la nature motrice du nerf facial. Un malade avait présenté une paralysie du mouvement à l'un des côtés de la face, il succombe. On trouve à l'autopsie une lésion dans l'oreille, qui, en expliquant l'altération de structure du nerf facial, rend compte également de ses altérations de fonction. Ceci se rattache, du reste, à la grande question des localisations, qu'on ne saurait mettre en doute un instant.

M. Gerdy insiste sur ce point qu'il ne nie pas les faits allégués en faveur de l'opinion qu'il s'attache à combattre; mais seulement il veut les soumettre, surtout lorsqu'ils proviennent d'expériences sur les animaux, à une critique sévère. Et comme il est un certain nombre d'exceptions à cette théorie qu'on a voulu établir d'une manière si exclusive, on doit en tenir compte, et ne pas les rejeter d'une manière absolue, parce qu'ils sont contraires à un système, comme on le faisait à l'époque où l'on donnait tort à Vésale, parce qu'il soutenait la vérité en dépit de Galien.

Il est cinq heures. La séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

DIE GEBURTSHULFLICHE AUSCULTATION (L'AUSCULTATION OBSTÉTRICALE); von docteur Herm. Franz Naegele. — In-8° de 140 pag. Mainz, 1838.

Il est des livres, rares aujourd'hui, qui, par la manière claire et serrée tout à la fois dont ils présentent tous les détails d'un sujet, rendent difficile la tâche de les analyser. Quand ce mérite d'exécution se joint à celui d'une activité pratique destinée à devenir de jour en jour plus universellement appréciée, la critique n'a qu'un devoir à remplir, celui d'appeler l'attention des médecins sur un pareil ouvrage. Tel est l'opuscule dont le titre précède. Dans une courte introduction, M. Naegelé fils expose les difficultés qui entourent l'étude et l'application de l'auscultation aux phénomènes de la gestation et de l'enfantement, et développe avec soin tous les préceptes qui lui paraissent propres à les aplanir. Nous ne nous y arrêterons pas; disons seulement qu'il préfère l'emploi du stéthoscope à l'application immédiate de l'oreille; d'abord par la raison que les partisans de l'instrument ont déjà invoquée en sa faveur à propos de l'exploration du thorax, c'est-à-dire qu'il peut être plus facilement appliqué à tous les points de la partie. M. Naegelé ajoute que l'emploi du cylindre permettant à l'explorateur une position plus commode, il est moins exposé aux troubles du sens de l'ouïe occasionés par l'afflux du sang vers la tête, et qu'en outre il peut s'isoler plus facilement de tous les bruits étrangers à celui qu'il veut étudier. Ceci nous paraît surtout important pour les commençans.

Le corps de l'ouvrage est partagé en deux grandes divisions, dont la première traite en deux sous-divisions des bruits qui appartiennent à la mère et de ceux qui sont particuliers au produit de la conception.

I. Parmi les premiers, M. Naegelé décrit d'abord ce qu'il appelle *bruit utérin* (*uterin-geraeusch*) et ce que Kergaradec et de Lens ont décrit sous le nom de *bruit placentaire, souffle placentaire*; c'est le *souffle utérin* de M. Paul Dubois. M. Naegelé se livre à une foule de considérations judicieuses et longuement développées pour prouver théoriquement et pratiquement la justesse de la désignation qu'il nous paraît croire

avoir employée le premier. Nous ne pouvons que le louer de l'abondance et de la clarté des détails dans lesquels il est entré à ce sujet et qui devaient nécessairement trouver place dans un travail complet d'auscultation obstétricale; mais nous regrettons qu'ayant cité maintes fois le mémoire de M. P. Dubois (ARCH. GÉN. DE MÉD., déc. 1831 et janv. 1832), il n'ait pas reconnu à cet accoucheur distingué le mérite d'avoir cherché le premier à rectifier les idées précédemment admises sur la nature du bruit en question. Voici, en effet, ce qu'a dit M. P. Dubois dans les parag. 11 et 12 de ses conclusions qui résument parfaitement bien la discussion :

§ XI. — « *Les battemens avec souffle n'ont pas leur siége dans les vaisseaux du placenta, mais dans l'appareil vasculaire de l'utérus*; ils sont généralement plus forts vers les points correspondans à l'insertion du délivre, parce qu'en ces points le tissu vasculaire de l'utérus est plus développé; cependant le tissu vasculaire n'étant pas exclusivement borné à cet endroit, les battemens avec souffle s'observent souvent sur ces points de la matrice qui n'ont aucune connexion avec le placenta. »

§ XII. — « Enfin le *souffle utérin* est tout à fait analogue au bruit de soufflet produit dans la varice anévrismale, l'anévrisme variqueux et très probablement sous les tissus érectiles accidentels qui offrent un bruissement au toucher; il est déterminé par les mêmes causes, c'est-à-dire sans doute par le passage direct du sang artériel dans le système veineux, etc. »

Cette dernière proposition de M. P. Dubois paraît en contradiction avec la dernière phrase du paragraphe précédent, et c'est par cette conclusion peu logique à la vérité qu'il diffère seulement de M. Naegelé. Ce dernier, s'étayant d'une masse d'environ six cents observations, dit que le souffle utérin peut être perçu dans une surface de trois à quatre fois aussi étendue que celle du placenta, ce qui confirme l'assertion du parag. 11 de M. Dubois; mais ensuite il en conclut qu'il ne doit pas être attribué à la cause admise par M. Dubois, et qu'il peut être suffisamment expliqué par les caractères anatomiques de l'appareil artériel de l'utérus en état de gestation.

Les bruits des battemens du cœur, de ceux de l'aorte et des artères iliaques de l'inspiration et de l'expiration et ceux produits par les gaz intestinaux de la mère, sont passés rapidement en revue dans autant de paragraphes de cette division auxquels nous ne nous arrêterons pas.

II. Parmi les bruits qui appartiennent au produit de la conception, Kergaradec et ses successeurs avaient comparé le double bruit des pulsations du cœur du fœtus au tic-tac d'une montre. M. Naegelé croit en donner une idée beaucoup plus juste en le comparant à celui du cœur d'un enfant nouveau-né. Il affirme n'avoir trouvé entre eux d'autre différence sensible que le moins d'intensité résultant pour le premier de la difficulté de perception qui doit nécessairement être causé par les différens médiums à travers lesquels il arrive à l'oreille de l'explorateur. C'est pourquoi les élèves qui s'exercent sous la direction de M. Naegelé commencent toujours par consulter le cœur d'un nouveau-né, ce qui leur facilite beaucoup l'étude du bruit de celui du fœtus. Cette ressemblance si frappante est pour M. Naegelé une preuve supérieure à toute autre, que le bruit *dicrote*, ne peut appartenir qu'au bruit du fœtus. Pour prévenir toute erreur de diagnostic, il ajoute cependant que l'un des deux bruits peut être proportionnellement beaucoup plus faible et même quelquefois tout à fait imperceptible.

Quant à la fréquence des battemens du cœur, M. Naegelé a trouvé dans une masse de 600 observations une moyenne de 135 par minute (M. P. Dubois, 140 à 145). Comme M. Dubois, et contrairement aux observations de M. Hohl, il n'a point trouvé de différence notable de vitesse aux époques plus ou moins avancées de la grossesse, malgré les recherches les plus minutieuses; il n'a pas non plus trouvé de rapport de force et de rhythme entre les battemens du cœur du fœtus et ceux de la mère, soit dans l'état physiologique, soit dans l'état pathologique. Il n'a pas trouvé davantage que les mouvemens du cœur fussent influencés par l'état de la respiration de la mère. Généralement ils sont perçus dans la partie moyenne ou inférieure de l'un des côtés du ventre de la mère, et plus souvent à gauche qu'à droite. Le point de leur plus grande intensité répond à la face dorsale du thorax du fœtus. En raison de ce fait, qui paraît hors de doute à M. Naegelé, malgré l'assertion contraire de M. Dubois, il a pu presque toujours en déterminer la position. Le plus souvent, la première apparition du double bruit du cœur répond au commencement de la deuxième moitié de la grossesse. Rarement il n'a pu être perçu que dans le courant du sixième mois.

M. Naegelé prétend avoir reconnu, au moyen du stéthoscope, des bruits produits par les mouvemens du fœtus au sein du liquide amniotique, principalement dans la première moitié de la grossesse, plusieurs semaines avant que la femme ait elle-même senti les premiers mouvemens de son enfant. Cette assertion, développée d'une manière assez vague, ne nous paraît pas appuyée d'une description et de preuves suffisamment claires.

Enfin, il attribue au cordon ombilical un bruit de souffle isochrone aux battemens du cœur et *simple*. Il ressemble au souffle utérin, ou mieux encore à celui que font entendre les gros vaisseaux d'une fille chlorotique. M. Hohl et d'autres ont nié la possibilité d'un pareil bruit, disant que le cordon n'étant appuyé sur aucun corps solide, le bruit de ses battemens ne pourrait être transmis à l'observateur. Mais il n'avait pas songé au cas où le cordon est entortillé autour du cou du fœtus, ou bien à ceux où une anse se trouve comprimée entre son dos et la paroi utérine. M. Naegelé appuie en outre son assertion de preuves qui nous paraissent convaincantes. Il croit que M. Dubois avait perçu ce bruit dans certains cas où il dit que les battemens du cœur produisent quelquefois un bruit de soufflet analogue à celui qui est occasionné par certaines maladies du cœur.

La deuxième division traite des résultats pratiques de l'auscultation, relativement au diagnostic de la gestation, de la position du fœtus et de l'insertion du placenta, de la vie et de la mort du fœtus pendant la gestation et l'accouchement; et enfin relativement aux opérations à entreprendre sur le fœtus ou sur la mère.

Nous avons tâché, dans ce qui précède, de faire ressortir les points saillans sur lesquels l'opinion de M. Naegelé diffère de celle des autres observateurs, ou qui ont été pour lui l'occasion d'un progrès, et nous avons pu indiquer plusieurs fois les résultats positifs auxquels l'ont conduit ses recherches. Aussi nous abstiendrons-nous de le suivre dans les détails de cette seconde partie. Nous nous bornerons à dire quelques mots de deux points encore.

M. Naegelé ne connaît qu'un signe certain de la vie du fœtus: c'est la perception du bruit du cœur, et il s'élève hautement, avec M. Hohl, contre l'opinion de ceux qui ne veulent pas admettre la contre-partie de sa proposition; c'est-à-dire que la non perception de ce bruit prouve que le fœtus est mort. Nous croyons que les difficultés dont sont hérissées l'étendue et l'emploi de l'auscultation, difficultés déjà signalées par Laennec et confirmées par M. Naegelé lui-même, donneront, pour quelque temps encore, raison à ses adversaires.

M. Paul Dubois, dans son rapport cité plus haut, a dit que: « Ce n'est pas dans l'état de la circulation fœtale que l'accoucheur doit chercher, comme le propose M. Bodson, des raisons pour agir ou pour attendre, parce que, indépendante du cerveau, elle ne pourrait souvent nous indiquer les effets prochainement mortels déjà produits sur cet organe par la prolongation, les difficultés ou les accidens du travail. » M. Naegelé cherche à combattre cette opinion si plausible en établissant par des observations de réussite et des autopsies, que dans ces cas les causes signalées par M. Dubois peuvent agir directement sur la circulation du fœtus, sans que le cerveau en ait été sensiblement lésé. Nous pensons qu'ici la vérité se trouve *in medio*. D'ailleurs, comme le dit M. Naegelé, p. 64: « L'auscultation n'est pas destinée à remplacer l'exploration par le toucher; elle est un auxiliaire précieux ajouté aux autres moyens d'investigation, et qui, avec eux, doit fournir aux accoucheurs des règles de conduite plus sûres. »

M. Naegelé termine enfin en signalant le cas de chute du cordon ombilical pendant l'enfantement comme l'un de ceux où la perception des battemens du cœur peut être de la plus grande utilité. Selon lui, en effet (une observation fort intéressante en fait foi), leur intégrité, après le replacement du cordon, serait le seul signe certain de la réussite de cette manœuvre, et on pourrait alors attendre la terminaison naturelle de l'accouchement; tandis que leur affaiblissement progressif prouverait le contraire, et motiverait l'intervention de l'art.

En résumé, l'opuscule de M. Naegelé fils nous paraît être le manuel d'auscultation obstétricale le plus complet, le plus clair et le plus précis que l'on puisse mettre aujourd'hui entre les mains des jeunes accoucheurs. Nous souhaitons qu'une bonne traduction le mette bientôt à la portée de nos compatriotes.

VARIÉTÉS.

(Insertion ordonnée par décision juridique.)

— CONTREFAÇON DES CAPSULES GÉLATINEUSES DE MM. MOTHES ET Cᵉ, RUE STE-ANNE, 20, A PARIS. — Jugement rendu le 10 janvier 1839, par la 2ᵉ chambre du tribunal civil de première instance du département de la Seine, en faveur de MM. MOTHES et Cᵉ, contre MM. DEBLON et RICHART, pharmaciens à Paris.

« Louis-Philippe, roi des Français, à tous présens et avenir, salut :

» Le tribunal civil de première instance du département de la Seine, séant au Palais-de-Justice à Paris, a rendu en l'audience publique de la 2ᵉ chambre dudit tribunal, le jugement dont la teneur suit :

» Entre les sieurs François-Barnabé-Achille MOTHES et Cᵉ, demeurant à Pa-

ris, rue Ste-Anne, 20, appelant du jugement de la justice de paix du 5e arrondissement de Paris, en date du 23 mai 1838, comparant Me Bérit, avocat, assisté de Me Duclos, avoué;

» Et 1° le sieur RICHART, pharmacien, demeurant à Paris, rue du Faubourg-St-Martin, 31, intimé, comparant par Me Duterrage, avocat, assisté par Me Boucher, avoué;

» 2° Le sieur DERLON, pharmacien, demeurant à Paris, rue St-Dominique-St-Germain, 151, aussi intimé, comparant par Me Viremaitre, avocat, assisté de Me Charpillon, avoué;

» Et encore les sieurs MOTHÈS et Ce, plus haut dénommés et domiciliés, appelant d'un jugement de la justice de paix du 10e arrondissement de Paris, en date du 25 mai 1838, comparant par Me Bérit, avocat, assisté de Me Duclos, avoué;

» Et le sieur DERLON, plus haut dénommé, intimé, comparant par Me Viremaitre, avocat, assisté de Me Charpillon, avoué;

» Et enfin lesdits sieurs MOTHÈS et Ce, défendeurs à la demande récursoire du sieur Richart, comparant par Me Bérit, avocat, assisté de Me Duclos, avoué;

» Et 1° le sieur RICHART, plus haut nommé, demandeur récursoire, comparant par Me Duterrage, avocat, assisté de Me Boucher, avoué;

» 2° Le sieur DERLON, aussi plus haut nommé, défendeur à la demande récursoire du sieur Richart, comparant par Me Viremaitre, avocat, assisté de Me Charpillon, avoué;

» POINT DE FAIT, etc.;

» POINT DE DROIT, etc.

» Le tribunal, oui aux audiences des 22 novembre, 13, 20, 27 décembre dernier, en leurs conclusions et plaidoiries respectives, Bérit, avocat, assisté de Mothès et Ce, Viremaitre, avocat, assisté de Charpillon, avoué de Derlon; Duterrage, avocat, assisté de Boucher, avoué de Richart; ensemble en ses conclusions, M. Ternaux, substitut du procureur du roi; la cause continuée en ce jour, après en avoir délibéré conformément à la loi, jugeant en dernier ressort, joint les deux appels interjetés par Mothès et Ce contre Derlon et Richart et contre Derlon seul, et statuant par un seul jugement sur les diverses demandes et défenses exceptionnelles, principales et récursoires des parties.

» Attendu que les juges d'appel ont le droit de retenir et de prononcer sur les causes à eux soumises quand elles sont en état;

» Que d'ailleurs Mothès et Ce ont subsidiairement abandonné leur demande en renvoi et conclu au fond; qu'ainsi rien ne s'oppose à ce qu'il soit statué définitivement;

» EN CE QUI TOUCHE DERLON ET LA CONTREFAÇON A LUI REPROCHÉE :

» Attendu qu'aux termes de l'art. Ier de la loi du 7 janvier 1791, toute découverte ou nouvelle invention dans tous les genres d'industrie est la propriété de son auteur, et que la loi lui en garantit la pleine et entière jouissance suivant le mode et pour le temps déterminé dans les brevets d'invention et de perfectionnemens à lui délivrés;

» Attendu que, pour obtenir ce privilége, il n'est pas nécessaire que la découverte soit absolument nouvelle et mise à exécution par des moyens entièrement inconnus;

» Que tout moyen d'ajouter à quelque fabrication que ce puisse être un nouveau genre de perfectionnement et d'utilité, doit être regardé comme une invention brevetable;

» *Attendu que Mothès ayant trouvé les moyens de fabriquer avec des moules de cuivre de forme ovoïde et de la gélatine, des capsules propres à envelopper des médicamens liquides et autres,* CETTE APPLICATION ET L'EMPLOI D'INSTRUMENT ET D'UNE MATIÈRE QUI N'AVAIENT POINT ÉTÉ JUSQUES LA EMPLOYÉS A CET USAGE, A MIS AU JOUR UN PRODUIT NOUVEAU QUE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE A DÉCLARÉ ÊTRE D'UNE UTILITÉ RÉELLE ET ÊTRE FORMÉ PAR DES PROCÉDÉS QUI N'ÉTAIENT PAS SANS QUELQUE MÉRITE D'INVENTION;

» Attendu que le 25 mars 1834, Dublane, pharmacien, et Mothès, son élève, ont obtenu un brevet d'invention de cinq ans, pour un instrument propre à obtenir des capsules gélatineuses, et pour ces capsules elles-mêmes;

» Que le 4 décembre suivant, Mothès seul a obtenu un brevet d'addition et de perfectionnement pour la fabrication de ces capsules;

» Enfin, que le 14 avril 1837, Dublane et Mothès ont obtenu UNE PROROGATION DE DIX ANS pour ces deux brevets;

» Attendu que si, des termes de ces brevets, il résulte clairement que Mothès et Ce n'ont point été autorisés à vendre leurs capsules remplies de médicamens, qui ne peuvent être préparées et débitées que conformément aux dispositions des lois et réglemens sur l'art de guérir et sur la pharmacie, et si la violation de ces dispositions par Mothès et Ce a pu et pourra entraîner contre eux des mesures répressives, il n'en résulte pas qu'ils doivent être déchus du bénéfice attaché aux brevets à eux délivrés, et que leur invention ne soit pas de nature à être valablement brevetée;

» Attendu, en effet, que les capsules gélatineuses, quoique destinées à renfermer des produits pharmaceutiques, ne constituent pas un médicament; que si le droit exclusif accordé à Mothès de les fabriquer et vendre peut, dans certaines circonstances, entraîner de graves inconvéniens, notamment en ce qu'il peut empêcher le perfectionnement de l'invention et priver l'humanité de nouveaux moyens curatifs, c'est au gouvernement seul qu'il appartient, par des lois nouvelles, de remédier à ces inconvéniens; mais qu'il ne s'ensuit pas qu'on puisse faire à Mothès et Ce l'application de l'article 9, titre 2 de la loi du 25 mai 1791, qui n'autorise la déchéance des brevets qu'autant qu'ils ont été délivrés en contravention aux lois, à la sûreté publique et aux réglemens de police, ni de l'article 8 du décret du 18 août 1810, qui ne concerne que les remèdes et préparations pharmaceutiques;

» Attendu que de ce qui précède, il résulte que tant que Mothès et Ce se borneront à fabriquer leurs capsules avec l'instrument et la matière décrits en leurs brevets, ne refuseront pas de les livrer au commerce, et n'y renfermeront aucun médicament, aucun reproche ne pourra leur être adressé, et ils devront conserver le privilége exclusif de leur invention;

» *Attendu qu'il n'est point prouvé par Derlon que le mode de fabrication des capsules gélatineuses de Mothès et Ce, ni ces capsules elles-mêmes aient été décrites dans aucun ouvrage imprimé et publié avant l'obtention de leurs brevets; que les exemples cités par Derlon pour détruire le mérite de l'invention de ses adversaires n'ont rien de concluant, surtout si l'on considère qu'elle a principalement consisté à trouver le moyen* JUSQU'ALORS INCONNU DE CONDUIRE DANS LES VOIES DIGESTIVES DES MÉDICAMENS LIQUIDES QUE LES MALADES NE POUVAIENT AVALER SANS RÉPUGNANCE;

» Attendu qu'il est constant que, pour la fabrication de ces capsules, Derlon fait usage *d'instrumens absolument semblables à ceux de Mothès et Ce; que le mode de préparation de la matière qui sert à les composer est le même; que leur forme est pareille*; que la seule différence est que ses adversaires font usage de gélatine, matière animale, tandis qu'il emploie la jujube, matière végétale;

» Attendu que *cette unique différence* ne saurait faire disparaître la contrefaçon reprochée à Derlon, L'EMPLOI DE LA MATIÈRE, *dans l'espèce, étant en quelque sorte sans importance* EU ÉGARD A L'INVENTION, AU BUT QUE S'EST PROPOSÉ SON AUTEUR, AU MOYEN DE FABRICATION, ENFIN A LA FORME ET A LA NATURE DU PRODUIT QU'IL LIVRE AU PUBLIC;

» EN CE QUI TOUCHE RICHART :

» Attendu que si la détention qu'il a eue des capsules de Derlon peut l'excuser par l'espèce d'obligation où il était comme pharmacien de débiter, sur l'ordre des médecins et chirurgiens, ce qui pouvait être utile à l'art de guérir, cette circonstance ne saurait toutefois l'affranchir des dommages-intérêts réclamés de lui par Mothès et Ce; qu'elle peut seulement servir à en faire diminuer considérablement la quotité;

» En ce qui touche l'action récursoire de Richart contre Derlon :

» Attendu que Derlon jugé contrefacteur, et qui a sciemment déposé les objets contrefaits à Richart, doit être garant envers lui des condamnations prononcées au profit de Mothès et Ce,

» Par ces motifs, le tribunal reçoit Mothès et Ce appelans des jugemens rendus contre eux par les juges de paix des 5e et 10e arrondissemens de Paris, les 23 et 25 mai 1838;

» Met ces jugemens et ce dont est appel au néant, et, faisant ce que les premiers juges auraient dû faire,

» DÉCLARE CONTREFAITES LES CAPSULES DE JUJUBE TROUVÉES DANS LA PHARMACIE ET DANS LE DOMICILE DE DERLON, AINSI QUE CELLES TROUVÉES EN LA POSSESSION DE RICHART;

» *Ordonne que ces capsules et leur contenu, ensemble les moules et autres objets saisis et décrits dans les procès-verbaux du 28 mars 1838, demeurent confisqués au profit de Mothès et Ce :*

» Condamne, en conséquence, Derlon et Richart à leur en faire la remise dans les trois jours de la signification du présent jugement, à peine de 5 fr. par chaque jour de retard, et ce durant l'espace de deux mois, passé lequel délai il sera fait droit;

» FAIT DÉFENSE A DERLON ET RICHART DE PLUS FABRIQUER ET DE VENDRE AUCUNES CAPSULES DE JUJUBE PLEINES OU VIDES, *et, pour l'avoir fait,* LES CONDAMNE SOLIDAIREMENT *à payer à Mothès et Ce la somme de mille francs,* divisible toutefois, 900 fr. par Derlon et 100 fr. par Richart;

» Le condamne en outre à verser, aux bureaux de charité des 5e et 10e arrondissemens de Paris, le huitième de cette somme, à titre d'amende, mais sans solidarité;

» Condamne Richart à restituer à Mothès et Ce les sommes qui auraient pu lui être payées en vertu du jugement du 23 mai 1838;

» *Ordonne que le présent jugement sera affiché dans Paris au nombre de cinquante exemplaires et inséré une fois dans la* GAZETTE DES TRIBUNAUX, *le* DROIT, *le* JOURNAL DU COMMERCE, *la* GAZETTE MÉDICALE *et le* JOURNAL DE PHARMACIE, *mais en ce qui concerne les motifs et le dispositif seulement, le tout aux frais de Derlon et de Richart,* le premier pour neuf dixièmes et le dernier pour un dixième;

» Condamne Derlon et Richart, chacun en ce qui le concerne, aux dépens tant de première instance que d'appel, taxés et liquidés à la somme de 147 fr. 90 c. ensemble, non compris le coût, enregistrement, signification du présent jugement et les frais de mise à exécution dudit jugement, desquels dépens distraction est faite au profit de Me Duclos, avoué, qui l'a requise; ordonne la restitution à Mothès et Ce des amendes d'appel par eux payées;

» Condamne Derlon à garantir Richart de tout ce qu'il pourra être tenu de payer par suite des poursuites dirigées contre lui par Mothès et Ce, même des frais qu'il a été obligé de faire pour se défendre, mais non de l'amende à laquelle il est condamné; sur le surplus des demandes, fins et conclusions des parties, les met hors de cause.

» Fait et jugé en l'audience publique de la deuxième chambre du tribunal civil de première instance du département de la Seine, séant au Palais-de-Justice à Paris, par MM. RIGAL, président; FOUQUET, Adrien LAMY, DURANTIN et ELIE DE BEAUMONT, juges, en présence de M. TERNAUX, substitut du procureur du roi, le jeudi 10 janvier 1839;

» Mandons et ordonnons, etc.; enregistré à Paris le 30 janvier 1839, etc. »

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) parait tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

MÉDECINE LÉGALE.

MÉMOIRE SUR LES MOYENS DE DISTINGUER LES DÉVIATIONS SIMULÉES DE LA COLONNE VERTÉBRALE, DES DÉVIATIONS PATHOLOGIQUES; présenté à l'Académie royale de médecine, le 31 mai 1836; par le docteur Jules Guérin.

On sait qu'un grand nombre d'affections peuvent être simulées (1) ou provoquées. La médecine légale s'est attachée avec raison dans ces derniers temps à rechercher les caractères à l'aide desquels on peut reconnaître les falsifications de ce genre. Jusqu'ici personne ne s'était occupé de savoir si on pent simuler ou obtenir artificiellement des difformités de l'épine, et s'il existe des caractères propres à distinguer ces difformités de celles que produit spontanément la nature. Cette question entièrement neuve n'est pas sans importance. Outre qu'elle se rattache à quelques points intéressans d'anatomie et de physiologie encore peu approfondis, elle est destinée à prévenir des abus de différens genres. Sans parler de tous les motifs qui peuvent faire recourir à ces sortes de fraudes, il en est qui paraissent s'être présentés quelquefois et qui justifient l'examen auquel je vais me livrer. Ainsi, des individus qui cherchaient à se faire exempter de la conscription sont parvenus à diminuer la hauteur de leur taille en simulant une déviation latérale de l'épine. Nous rapporterons plus bas un fait de ce genre. N'en est-il pas d'autres encore qui, voulant prouver une grande habileté à guérir certaines difformités du rachis, sont parvenus à faire prendre pour des déviations réelles, de simples résultats d'attitudes différentes? On verra plus tard que cette supposition n'est pas sans fondement.

Toutes les espèces de difformités de l'épine ne peuvent pas être également simulées ou provoquées. L'excurvation simple, l'excurvation anguleuse et l'incurvation (1), laissent peu de ressources à l'imitation. Ce-

(1) On entend en médecine légale par maladies simulées, celles que l'on feint d'avoir en imitant plus ou moins bien les symptômes de la maladie réelle. Les auteurs ont divisé les maladies simulées, en *simulées par imitation*, *par provocation*, *par exagération*. Dans le premier cas, la maladie n'existe pas, elle est feinte; dans le second, elle est réelle; mais elle est l'effet de l'artifice; elle a été provoquée dans un dessein quelconque; dans le troisième, il y a un degré quelconque de maladie réelle, avec un degré ordinairement plus considérable de simulation. (Marc, Orfila, Devergie, Sédillot, etc.)

(1) Le langage scientifique à l'égard des difformités de l'épine n'est pas encore bien fixé. Jusqu'ici on avait employé indistinctement des mots vagues et qui se contredisaient souvent, pour exprimer les mêmes choses. Ainsi, on donnait sans discernement le nom de *déviation*, d'*incurvation*, de *courbure*, de *tor-*

Feuilleton.

CONCOURS POUR LA CHAIRE DE THÉRAPEUTIQUE.

La voilà rouverte cette arène du concours, où les jeunes miliciens de la science sont appelés à faire acte de souplesse et de virilité. Naguère l'hygiène et la chimie ont institué les luttes mémorables dans cette même enceinte qui réunit aujourd'hui les héritiers présomptifs d'Alibert; les candidatures moins solennelles de l'agrégation en partie triple viennent aussi de défiler sur ce terrain glissant, où l'on s'exerce aux chutes comme aux succès, et déjà le spectacle, à peine clôturé, recommence à nouveaux frais; la foule se presse encore sur les bancs, *densum humeris vulgus*; le jury mixte, moitié toge, moitié palmes, s'est assis sur son tribunal; les compétiteurs ont paru à sa barre, blêmes et fléchissans sous le poids des veilles et des préoccupations. La plupart d'entre eux sont des vétérans du concours; tel d'entre eux a déployé, dans des épreuves déjà oubliées du public, plus de connaissances et de talent que n'exige le ministère de l'enseignement, compris dans sa plus large signification; il est mainte carrière dont les sommités ne sont pas habitées par plus d'intelligence et de mérite que n'en recèlent ces pauvres candidatures médicales, vingt fois traînées dans la lice des concours par les nécessités de leur avenir. Je n'assiste jamais à une séance d'ouverture de concours, sans l'inaugurer silencieusement par des réflexions de cette couleur sur l'exiguité des ressources que présente la médecine à ses jeunes acolytes. Qu'est-il ressorti de la prolixe série d'épreuves qui ont décidé du remplacement de Desgenettes? Une vérité désolante, à savoir, qu'il y avait là, sous la main du jury, une assez riche ampleur d'étoffe pour y tailler huit ou dix professeurs dont pas un ne se fût acquitté sans honneur de sa tâche universitaire. Qu'aura prouvé dans deux ou trois mois le concours qui vient de s'ouvrir! — Qu'un nom quelconque aura surgi de l'urne, escorté d'un nombre suffisant de suffrages; plusieurs autres qui figureraient dignement dans le cadre d'une faculté resteront ensevelis dans la gloire d'une défaite presque toujours fortuite. D'où je ne conclus rien ni contre les hommes ni contre les choses; les choses sont réglées par je ne sais quelle force qui se joue de notre analyse; les hommes s'y fondent, et quand ils agissent avec une entière liberté d'allures, ils ne font pas toujours aussi mal qu'on le dit. Mais le concours, quels que soient sa valeur en principe et ses profits dans l'application, crée une catégorie d'esprits que ne connaissait point notre profession dans les siècles précédens : gens de travail et d'habileté, d'érudition spéciale et de facile langage; c'est d'eux que l'on peut dire encore :

...... Graiis dedit ore rotundo
Musa loqui.......

Praticiens par nécessité, ils ne promettent à cette face de leur être médical tous ses développemens que par l'action bienfaisante de la notoriété qui s'attache aux débats relevés de la science; s'ils secouent de leur féconde plume assez d'encre pour qu'un livre soit né, ce n'est pas dans le dessein d'essayer

pendant, il ne serait pas absolument impossible de feindre on de provoquer l'excurvation et l'incurvation. De même que la flexion habituelle du tronc en avant ou en arrière finit par produire le dos voûté et la cambrure des lombes, de même ces attitudes portées au-delà de la limite physiologique et prolongées à dessein finiraient par amener des résultats analogues. Mais nous ne nous occuperons pas ici de ces espèces de difformités. Nous nous bornerons à l'examen des déviations latérales de l'épine, comme étant celles qui offrent le plus de ressources à l'imitation.

La possibilité de simuler instantanément des déviations latérales de l'épine offrant quelques apparences des déviations pathologiques n'est pas douteuse; M. le docteur Bouvier, voulant prouver la facilité avec laquelle on peut produire ces imitations, envoya le 22 septembre 1835, à l'Académie royale de médecine, quatre plâtres pris sur deux sujets moulés dans deux attitudes différentes; deux des bustes offraient l'image d'une déviation latérale de l'épine portée à un haut degré; les deux autres représentaient les sujets droits. Dans sa lettre d'envoi, M. Bouvier écrivait ce qui suit: « Non-seulement ces sujets ont pu être amenés en quelques minutes, par de simples mouvemens volontaires, à une position qui simule de la manière la plus trompeuse des difformités considérables du tronc; mais ils ont encore gardé d'eux-mêmes cette situation sans aucun moyen contentif, en même temps qu'ils se livraient à des mouvemens de locomotion. »

Quelques jours après l'envoi de M. Bouvier à l'Académie, M. Mille, d'Aix, me communiquait le fait suivant:

« En 1820, un jeune homme vint me consulter: il était âgé de 21 à 22 ans, et affecté d'une déviation de l'épine à droite, formant une seule courbure, qui partait du sacrum et allait se résoudre aux premières vertèbres cervicales, avec une légère torsion au point de la plus forte convexité, et se perdait en s'en éloignant; il était d'ailleurs robuste, d'un tempérament sangnin; cette déviation me parut très problématique. Je pressai le jenne homme de questions; enfin, il m'avoua qu'à l'âge de 18 à 19 ans, voyant que sa taille n'avait qu'un pouce de trop pour être exempté de la conscription, il s'était raccourci en se tirant avec deux courroies qui passaient sous les cuisses et sur les épaules. Il avait compté sur la voussure des épaules en se tenant ainsi courbé; mais il n'avait pas prévu la déviation latérale. Il fut en effet réformé pour défaut de taille et quitta ses courroies. Il se livra à tous les exercices qu'exigent les travaux de la campagne, en les dirigeant dans le sens qu'il croyait propre à combattre la déviation: cependant elle augmentait plutôt que de diminuer. Un appareil de nuit que je lui fis la corrigea entièrement dans l'espace de quelques mois. »

Les deux faits que je viens de rapporter établissent d'une manière incontestable la possibilité de simuler les déviations latérales de l'épine. Dans ceux qui ont été communiqués par M. Bouvier, il n'a fallu que quelques minutes, quelques secondes, pour produire, dit ce médecin, des déviations qui simulaient de la manière la plus trompeuse des difformités considérables du tronc. Ces déviations n'étaient pas permanentes et pouvaient être effacées ou reproduites suivant la volonté des individus, et simplement en les faisant changer d'attitude. Dans le fait observé par M. Mille, la déviation simulée était devenue permanente, et offrait un degré d'imitation de plus. Nous ferons remarquer plus bas qu'elle avait fini par acquérir par son ancienneté quelques-uns des caractères des véritables déviations pathologiques, et qu'ainsi elle constituait un exemple du second genre des déviations factices; c'est-à-dire la déviation simulée par provocation.

L'expérience m'autorise donc déjà à établir deux catégories de déviations simulées de l'épine: celles dites par imitation, qui sont le résultat d'attitudes différentes qu'on peut prendre et abandonner ou reproduire à volonté; et celles dites par provocation, qui ont un certain degré de permanence contre la volonté de ceux qui les ont produites, et qui offrent d'ailleurs plus de ressemblance avec les difformités naturelles, ainsi que nous le démontrerons plus tard.

Depuis que j'ai dévoilé l'artifice des déviations simulées, et rendu cette fraude impossible par l'indication de caractères certains qui les font reconnaître, les personnes intéressées à ces sortes de pratiques se sont réfugiées dans une dernière ressource: elles ont enté des déviations simulées très considérables sur de légères déviations pathologiques; espérant masquer par les apparences de la réalité, les indices de la simulation: elles ont ainsi donné lieu à un troisième ordre de déviations simulées, aux *simulées par exagération*. Enfin, les motifs qui avaient fait recourir à ces trois genres de création en ont naturellement inspiré un quatrième et dernier; c'est-à-dire la dissimulation de la déviation réelle. On conçoit en effet que quand on a eu besoin, par exemple, pour établir l'efficacité d'une méthode de traitement, de recourir d'abord à la fiction de toutes pièces du mal, puis à l'exagération d'un mal réel, on devait s'évertuer à trouver le moyen d'effacer momentanément les traces de ce dernier; c'est-à-dire feindre sa disparition. C'est ce qui paraît avoir eu lieu dans maintes circonstances qu'il n'est pas de notre devoir d'examiner ici. Il nous suffit de faire remarquer que toutes ces circonstances émanent de la même source, aboutissent aux mêmes résultats, et constituent en quelque façon un seul et même fait, quoique se traduisant sous des formes et avec des élémens différens.

Je vais donc aborder successivement l'examen:

1° Des déviations latérales simulées par imitation;
2° Des déviations latérales simulées par provocation;
3° Des déviations latérales simulées par exagération;
4° Des déviations latérales dissimulées.

J'indiquerai les différens moyens de produire ces résultats et les caractères à l'aide desquels ou pourra toujours les reconnaître.

---

sion, de gibbosité, à des formes morbides tout à fait différentes. J'ai cherché à préciser cette nomenclature.

J'appelle en général *difformités de l'épine*, toutes les directions pathologiques du rachis. Je désigne en particulier par *déviation latérale*, tout écartement latéral de la colonne, de son axe normal. Je réserve le terme de *courbure* pour les différens arcs alternes que décrit l'épine dans les déviations latérales: la *courbure supérieure*, *moyenne* ou *inférieure*, etc. J'appelle *déviation postérieure* ou *excurvation*, toute saillie de l'épine directement en arrière avec concavité en avant. L'*excurvation* est *régulière* quand la colonne décrit un arc régulièrement arrondi; elle est *anguleuse*, quand il y a saillie d'une ou de plusieurs apophyses épineuses et flexion du tronc en avant, par suite de l'affaissement d'un ou de plusieurs corps de vertèbres. Enfin, j'entends par *déviation antérieure* ou *incurvation*, la disposition opposée à l'excurvation; c'est-à-dire la saillie en dedans et en avant d'une portion du rachis, et par conséquent une concavité regardant en arrière. Le terme de *courbure* s'applique également aux arcs alternatifs dont se composent les déviations antérieure et postérieure. Cette terminologie générale comprend d'autres applications particulières que j'ai exposées ailleurs avec plus de détail.

---

la célébrité ou de desservir quelque intérêt négligé de l'art; mais c'est tout simplement une création d'antécédens; c'est un fleuron de plus qu'il s'agit d'insérer dans la couronne mêlée d'épines de leur candidature permanente. Bref, l'idée du concours, une fois impatronisée dans une jeune tête, amène des modifications signalées dans ses habitudes, dans ses tendances, dans son activité; c'est comme un tempérament spécial introduit dans l'organisme et se traduisant par degré dans toutes ses allures. Or donc, puisque vous faites germer sur le sol médical cette végétation nouvelle, il lui faut verser l'eau et l'air nécessaires à sa croissance, à son entretien. La carrière du concours sollicite de plus nombreuses issues, des résultats accessibles à un plus grand nombre de jouteurs. Jusqu'à présent, c'est exception et bonne fortune; un heureux sur douze ou quinze qui méritent de l'être. Vous me direz que c'est la loi commune de toute entreprise, que c'est la statistique de la destinée. Alors, à quoi bon convier à l'illusion le talent qui, orienté dans une autre direction, peut rencontrer un filon plus riche, une plus heureuse veine d'avenir? Faites votre heureux sur douze avec moins d'angoisses pour l'élu et sans prélever sur les onze fatalement éliminés un tribut de temps et de labeur. N'instituez point cette arène qui me rappelle le cirque des anciens, où les gladiateurs triomphaient en s'entretuant, et saluaient le peuple assis sur les gradins avec la grâce d'un mourant: *Morituri te salutant*.

Mais voilà que notre plume se reprend au thème chiffonné du concours; il est vrai que nous l'envisageons. non dans son principe, à l'exemple des raisonneurs qui visent à la profondeur, mais dans ses résultats, ce qui nous paraît plus utile, et dans son influence sur une portion notable de toute génération médicale, ce qu'on a fait moins souvent. Mais cette question se reproduira quelque jour; elle n'est pas si épuisée par la controverse qu'elle ne fournisse encore à des considerations d'un intérêt neuf et vrai; revenons à la chaire d'Alibert, aux matières qui en constituent l'enseignement, à l'esprit qui doit la vivifier, pour qu'elle soit une institution, non le siége curule d'une honorable inutilité. Nous nous proposons de faire assister nos lecteurs aux phases du combat d'émulation qui va se dérouler au sein de l'Ecole; nous leur présenterons successivement, et sous le reflet d'une impartiale critique, chacun des compétiteurs. Déjà la première épreuve est engagée; plusieurs d'entre eux ont donné lecture de leurs compositions. L'inconvénient d'une analyse partielle nous fait ajourner le compte-rendu de ces lectures jusqu'après la fin de la première épreuve. Il est bon que l'on embrasse dans un coup-d'œil l'ensemble des compositions écrites, afin d'en confronter la forme et le fond, afin de saisir les dissemblances et les analogies que manifestent les concurrens dans leurs idées et dans leurs tendances. Les encadrer ensemble dans le compte-rendu de leurs rédactions, c'est les placer, vis-à-vis du lecteur, dans les conditions que leur avait créées le jury: même sujet, mêmes limites de travail; qu'une fidèle reproduction les groupe sous les yeux du lecteur, dans le même tableau.

Avant d'aborder cette esquisse, qu'il nous soit permis de jeter ici quelques réflexions sur l'objet du concours et la manière dont nous envisageons la chaire en litige. Matière médicale et thérapeutique, tel est le titre. La première comprend l'histoire des agens médicamenteux dont use le praticien dans le traitement des maladies; la seconde étudie les modifications qui résultent de leur contact avec nos organes dans les conditions de l'état morbide et apprécie le résultat final de ces modifications quant au but proposé, c'est-à-dire quant à la guérison d'un cas donné de maladie. L'enseignement dont sera chargé le

§ I. — Déviations latérales simulées par imitation.

On peut, suivant le but qu'on se propose, employer des moyens différens pour produire la déviation latérale simulée par imitation; si c'est simplement pour prendre une empreinte en plâtre, il suffit de faire incliner le tronc du sujet à droite ou à gauche, et l'on aura une déviation simulée. Mais le sujet placé dans cette attitude trahirait trop évidemment la fraude : il fallait d'autres conditions plus rapprochées de celles où la difformité réelle se manifeste, telles sont les suivantes. Le sujet étant debout, on lui fait contracter les muscles élévateurs de la hanche d'un côté; celle-ci s'élève, élève avec elle tout le membre correspondant et force le sujet à se tenir sur la pointe du pied; ou bien encore le sujet se tient debout sur la pointe du pied, la jambe tendue, de manière à refouler le bassin de ce côté de toute la différence de l'allongement du membre; ou bien encore le sujet tient le genou d'un côté fléchi à un certain degré, pendant que la jambe de l'autre côté est dans l'extension complète : dans les trois cas, le tronc se redresse pour se tenir dans la verticale, et la colonne décrit une courbe proportionnée au degré de l'inclinaison du bassin. Dans les trois cas, en effet, le bassin se trouve incliné latéralement par rapport à la colonne vertébrale, tandis que dans le premier cas, c'est la colonne qui est inclinée et fléchie sur le bassin qui reste horizontal. Dans l'un et l'autre cas, la colonne offre les apparences trompeuses d'une déviation, et si bien trompeuses que les hommes les plus versés en orthopédie s'y sont laissé prendre. Moi-même, avant d'avoir réfléchi sur ces artifices, sur la possibilité de les produire et sur les moyens de les reconnaître, j'avoue en toute humilité avoir été complètement induit en erreur. Cette remarque n'est pas inutile pour montrer que, quoiqu'elle soit le résultat d'une pratique des plus grossières, la faculté de produire des déviations latérales simulées avait néanmoins besoin d'être constatée, analysée et suivie dans ses conséquences pour le diagnostic des déviations réelles. Or quel que soit celui des quatre moyens indiqués pour produire une déviation latérale simulée de l'épine, il en résulte toujours la même apparence extérieure, c'est-à-dire une flexion latérale de la colonne décrivant un arc régulier qui comprend les régions dorsale et lombaire, avec inclinaison latérale de la colonne sur le bassin. J'ai répété un grand nombre de fois ces expériences et toujours j'ai obtenu les mêmes résultats. Voici l'énoncé rapide et succinct des accidens de formes, des reliefs extérieurs, en un mot des caractères anatomiques propres à cet état de la colonne et de ses rapports avec le bassin. J'ai dit et je répète que, dans les quatre cas que j'ai indiqués, où la colonne peut offrir l'apparence plus ou moins trompeuse d'une véritable déviation, elle présente les mêmes caractères extérieurs, quoique le mécanisme de la production du fait ne soit pas exactement le même.

Qu'on suppose vouloir produire une déviation à convexité droite un peu considérable, de quinze à dix-huit lignes de flèche, par exemple : le tronc est plus ou moins incliné à gauche, suivant que le bassin est plus ou moins élevé de ce côté, ou abaissé du côté opposé. L'épine offre une courbure unique à convexité droite, répartie entre les régions lombaire et dorsale inférieure, et d'un très grand rayon de courbure. On remarque de plus que ce degré de courbure n'est pas en rapport avec le degré d'inclinaison du tronc, dont le sommet s'écarte sensiblement plus de la verticale que ne le comporterait la courbure à un égal degré d'une verge encastrée sur un plan horizontal. En explorant attentivement le trajet de l'épine, on voit qu'elle offre deux points déterminés auxquels correspondent les centres de mouvement de la courbure et de l'inclinaison sur le bassin; le premier répond à l'union des dernières vertèbres dorsales, qui est le centre ou sommet de la grande courbure décrite par la colonne; l'autre, au niveau de l'articulation de la dernière vertèbre lombaire avec le sacrum, auquel répond le centre du mouvement d'inclinaison de la colonne sur le bassin. Du côté concave de la courbure, entre les fausses côtes et le bassin, la peau du flanc présente deux ou trois plis parallèles. L'épaule droite est beaucoup plus élevée que la gauche : toutes les deux font la même saillie en arrière, ainsi que les côtes et les deux plans de muscles homologues de chaque côté. En un mot, il n'y a aucune trace de torsion. Quand la déviation simulée est produite par la simple inclinaison latérale du tronc sur le bassin, les hanches sont de niveau; mais lorsque la déviation est produite par l'élévation du pied d'un côté, ou par la flexion du genou du côté opposé, ces deux conditions entraînent nécessairement une élévation de la hanche, proportionnelle au degré d'élongation du membre qui la supporte. Il s'en suit que, suivant que le sujet se tient sur la pointe du pied ou fléchit le genou d'un côté, tandis que l'autre est tendu, la hanche paraît et est en réalité sur-élevée; il y a par conséquent une apparence de raccourcissement d'un des membres pelviens. L'extrémité supérieure du tronc est inclinée à gauche, tout à fait en dehors de la verticale. Il n'y a aucune trace de seconde ni de troisième courbure alterne. La tête seule peut être inclinée et le col fléchi du côté opposé. Chez les jeunes sujets ou chez ceux qui ont acquis une grande souplesse et une grande flexibilité de la colonne, soit par les tractions du traitement orthopédique, soit par des mouvemens habituels et exagérés du tronc comme les bateleurs, la flexion du cou peut s'étendre aux premières vertèbres dorsales et produire une espèce de courbure alterne, mais si peu prononcée et si peu permanente, que les sujets ne la maintiennent quelques secondes qu'avec la plus grande gêne.

Telles sont les apparences extérieures des déviations simulées par imitation. Toutes peuvent être maintenues volontairement pendant la station debout, assise, pendant la marche et même pendant la suspension par les bras, alors que le poids du corps tend à redresser l'épine. Ces imitations sont susceptibles d'être reproduites cent fois, mille fois de suite avec une identité et une uniformité de caractères telles, qu'il est impossible à l'œil le moins exercé de ne pas les reconnaître, comme à l'œil le plus exercé d'y découvrir la moindre différence.

Faisons suivre immédiatement une énumération générale et sommaire des caractères propres aux déviations pathologiques.

Ces déviations ont pour premier caractère d'affecter une grande variété de siége et de formes. Elles peuvent occuper successivement tous les points de l'épine; elles sont diversifiés à l'infini; sur cent exemples, il n'y en a pas deux qui se ressemblent absolument sous le rapport des reliefs qu'elles affectent. Jamais on n'a vu, et il ne peut exister de déviation, de quinze à dix-huit lignes de flèche, avec une seule courbure; toujours il y en a deux ou trois et quelquefois quatre, décrivant par conséquent des arcs très sensibles appartenant à de plus petits cercles; chaque courbure est constamment accompagnée d'un mouvement de torsion des vertèbres, proportionné à sa flèche et à l'étendue qu'elle occupe. Cette torsion imprime des différences remarquables aux reliefs musculaires des gouttières vertébrales, à la saillie des côtes et des épaules qui va-

---

futur professeur est donc au nombre de ceux où les connaissances accessoires et la médecine proprement dite affluent et coulent en se mêlant dans le même lit. Chimie, botanique, physique, histoire naturelle ont à fournir un ample contingent à la matière de ce cours; celle-ci dira l'origine de certains médicamens; la physique établira entre eux une somme de caractères propres à les distinguer; tandis que l'organographie végétale apprendra quelles sont les parties de la plante dont l'art a besoin et aidera à classer bon nombre d'agens thérapeutiques; leur composition intime, source ordinaire de leurs effets primitifs et secondaires, nous sera dévoilée par les procédés du chimiste. Il n'est pas une science accessoire, même de fort loin, qui n'ait à se constituer tributaire de cette branche de l'instruction classique. Constater les caractères de la plante et noter les parties qu'elle fournit aux manipulations pharmaceutiques, ce n'est point assez. Quels soins nécessite sa culture? A quelle époque procéder à sa récolte pour qu'elle soit surprise en quelque sorte dans la plénitude de ses vertus médicamenteuses? Par quels ménagemens lui conserver dans les officines ces précieux attributs? Tous ces détails sont une nécessité de la chaire de thérapeutique. Il ne suffit point que les élémens conséentifs, les principes immédiats d'un corps soient mis en lumière par l'analyse chimique, il faut encore que le thérapeutiste ait une notion exacte des altérations que le commerce fait subir aux médicamens les plus précieux; il faut que son habileté déconcerte la fraude et démasque ses funestes artifices. Le bagage de ses attributions, ainsi composé, pourrait déjà peser à plus d'une épaule. Mais il va grossir de plus en plus : jusqu'à présent, la chaire que nous construisons par degrés apparaît formée de débris d'origine multiple; tel est, en effet, le piedestal sur lequel elle est assise : des fragmens de toutes les sciences dites accessoires, soudés entre eux par une idée synthétique, celle du médicament. Le couronnement de la chaire est éminemment médical. Le médicament, extrait d'une famille de plantes ou de la cornue du chimiste, doit être déposé sur une surface vivante. Ici commence l'observation d'un ordre de phénomènes d'où découle la loi de toute thérapeutique, qu'elle soit rationnelle ou qu'elle flotte à tout vent d'empirisme, car l'empirisme est encore une observation, grossière, il est vrai, et glissant à la superficie des faits, mais impossible sans la confrontation répétée de ceux-ci. Les modifications que détermine la substance ingérée par une voie quelconque dans l'économie se circonscrivent dans un tissu, dans un organe, dans un appareil ou rayonnent par l'action sympathique des organes, de fonction en fonction; leur effet s'explique par la nature même de leur composition chimique et se dénote par une progression invariable de phénomènes physiologiques; on il relève d'une influence spéciale et réalise, en dernier résultat, une modification saillante dont le mécanisme générateur confond l'induction physiologique : médications locale, générale, régulière, spécifique, quelles séries diverses de faits s'enchaînent à chacune d'elles et sollicitent de la part du thérapeutiste une difficile appréciation! — On le voit : d'un côté, les sciences naturelles et physiques; d'un autre, la médecine pratique avec ses difficultés et ses besoins; il sera bien difficile de suspendre la thérapeutique entre ces deux pôles, sans qu'elle incline un peu plus vers l'un que vers l'autre. Ce n'est pas la seule partie de l'enseignement de nos écoles qui soit ainsi disputée par deux ordres de sciences; l'hygiène se balance incertaine dans la même alternative; tantôt débordant dans la chimie et dans la physique, tantôt se retranchant dans les limites de l'organisation et se bornant à calquer des préceptes sur le jeu même de ses délicats ressorts. Or, c'est une question à vider, que celle-ci:

rient suivant le siége, le degré et le nombre des courbures; à chaque courbure correspond un soulèvement des muscles, des côtes ou du scapulum du côté convexe, tandis que la concavité est marquée par une dépression de toutes les parties qu'elle comprend. Les sillons formés par le plissement de la peau ne peuvent exister qu'avec une déviation très considérable, et ils sont généralement moins profonds que dans les déviations simulées, à cause de la rétractibilité de la peau, qui à la longue finit presque toujours par les effacer. Le siége de ces sillons est d'ailleurs variable dans les déviations pathologiques. Tantôt ils occupent le niveau de la région dorsale, un peu au-dessous de l'aisselle, et alors la courbure principale a sa convexité du côté opposé dans la région dorsale; tantôt ils siégent comme dans la déviation simulée entre les fausses côtes et la crête du bassin, et alors il y a courbure dorso-lombaire, mais avec un soulèvement considérable des côtes et des muscles correspondant à la convexité. Il peut enfin exister un sillon assez marqué au niveau d'une courbure lombaire, sans torsion considérable des vertèbres comprise dans cette dernière, en même temps qu'un autre sillon répond du côté opposé à la courbure dorsale; dans ce cas la courbure dorsale est considérable; elle descend jusqu'aux dernières vertèbres de cette région, s'accompagne d'un grand degré de torsion qui soulève les dernières côtes et détermine un creux avec plissement de la peau au-dessus de la crête iliaque. Ainsi dans tous les cas où la déviation pathologique s'accompagne de sillons à la peau, il y a nécessairement une courbure et une torsion très considérable de l'un ou l'autre côté, avec bombement consécutif des muscles des côtes et par conséquent la saillie que j'appelle *gibbosité latérale, dorsale* ou *lombaire*. Un caractère non moins tranché et qui suffirait seul pour faire distinguer la déviation simulée de la déviation morbide, c'est que par cela même que dans celle-ci il y a toujours plusieurs courbures, la courbure ou les courbures supérieures sont destinées à balancer l'inférieure et à reporter l'axe du tronc dans la ligne de gravité; enfin lorsque les hanches cessent d'être de niveau, l'une ne dépasse jamais l'autre que de quelques lignes, à moins qu'il n'y ait une inégalité de plusieurs pouces dans la longueur des membres pelviens ou une luxation fémorale ancienne.

Tel est l'énoncé des caractères appartenant aux déviations pathologiques considérées d'une manière générale. Si on les met un à un en regard des caractères propres aux déviations simulées par imitation, on acquerra la conviction qu'il n'y a entre ces deux ordres de faits aucune analogie, et que tous leurs élémens considérés dans leur ensemble comme dans leur détail offrent les oppositions les plus tranchées. Ainsi :

DÉVIATIONS SIMULÉES.	DÉVIATIONS MORBIDES.
CAUSE toujours identique et produisant des résultats qui se ressemblent toujours.	CAUSES variées et produisant des résultats toujours plus ou moins différens.
SIÉGE toujours le même, savoir : au niveau de la région dorso lombaire, et ne variant jamais, quelque nombre de fois qu'on répète l'expérience.	SIÉGE variant toujours et pouvant occuper alternativement toutes les régions de l'épine.
COURBURE toujours unique et appartenant à un grand cercle, répartie entre les régions dorsale et lombaire, et ayant son centre de flexion ou son sommet au niveau de l'articulation de la onzième avec la douzième dorsales.	COURBURES toujours multiples et en sens inverse, 2, 3 ou 4, réparties irrégulièrement entre les trois régions de l'épine, et dont la principale occupe le plus généralement la région dorsale.
JAMAIS de torsion des vertèbres; par conséquent égalité de saillie des muscles, des côtes, des épaules de chaque côté, et, à quelque degré que ce soit, JAMAIS de gibbosité.	TOUJOURS torsion de l'épine proportionnée à la flèche des courbures, et changeant de direction avec chaque courbure; par conséquent proéminence et dépression alternatives des muscles, des côtes et de l'épaule des deux côtés, et au degré de courbure très prononcé, TOUJOURS gibbosité dorsale ou lombaire.
SILLONS de la peau toujours entre les fausses côtes et la crête du bassin du côté concave, sans gibbosité.	SILLONS de la peau moins profonds, n'accompagnant que les déviations très considérables, avec gibbosité du côté convexe de la courbure-mère, et siégeant, dans la majorité des cas, un peu au-dessous de l'aisselle.
INCLINAISON considérable du tronc, dont l'extrémité supérieure s'écarte sensiblement de la verticale, à cause de l'absence des courbures supplémentaires.	POINT ou très peu d'inclinaison du tronc par le balancement des courbures supplémentaires, qui ramènent plus ou moins complètement le tronc dans la verticale.
ÉLÉVATION de la hanche du côté concave, qui peut être exhaussée jusqu'à deux ou trois pouces, en marchant sur la pointe du pied; proportionnellement à l'élévation de la hanche, raccourcissement apparent du membre pelvien correspondant et claudication apparente.	ÉLÉVATION de la hanche ordinairement nulle, ou n'existant qu'avec des conditions très exceptionnelles et toujours à un très faible degré; jamais de claudication.

Tels sont les rapports et les oppositions qui existent entre les déviations latérales simulées par imitation et les déviations véritablement pathologiques; on pourrait objecter que les différences considérables que j'ai signalées entre ces deux ordres de faits ne s'appliquent bien qu'aux déviations latérales de l'épine considérées d'une manière générale; et qu'en mettant en regard, des déviations simulées et des difformités morbides dont le siége principal serait exactement dans la portion de la colonne qu'occupent toujours les déviations simulées, les analogies reparaîtraient. Cette objection, que j'examine pour n'avoir plus à y revenir, n'a aucune valeur et ne pourrait m'être faite que par des intéressés, ou des personnes peu au courant de la matière. En effet, tout ce que j'ai dit des déviations morbides en général, tous les caractères que je leur ai assignés, ceux tirés de la cause, du nombre et de la direction des courbures, de la torsion de l'épine, de l'inclinaison du tronc, de l'élévation des hanches, conservent toute leur importance et différencient complètement la déviation dorso-lombaire pathologique, de celle qui n'est que simulée. On peut dire même qu'en supposant le seul point d'analogie que les déviations simulées et pathologiques pussent présenter, celle de l'identité de

---

La thérapeutique doit-elle donner plus à la médecine qu'aux études accessoires? Devra-t-elle fouiller dans les herbiers, dans les laboratoires, dans les collections zoologiques plus que dans les profondeurs de l'organisme? — Proclamer l'égalité d'instruction accessoire et médico-pratique comme la véritable condition de cette chaire, c'est mettre en avant une de ces vérités que nul ne conteste et que nul ne justifie. Vous aurez beau chercher dans la foule des candidats, vous n'en trouverez aucun qui soit à la fois chimiste, botaniste, naturaliste et clinicien consommé; l'éducation médicale n'est point, ne sera jamais dirigée vers cette emphatique universalité. Permis au littérateur d'aller d'un genre à un autre et d'enchasser dans sa gloriole prose et vers, drame et roman. Les sciences s'assouplissent plus difficilement sous le travail de l'esprit qui cherche à les manier avec une égale aisance; on peut être médecin d'hôpital et publier quelques volumes de pharmacologie; mais finalement on se laisse couler sur une pente ou sur une autre; on devient praticien ou botaniste; il n'y a nul profit à se laisser tirailler par des études divergentes; l'esprit fatigué, haletant, finit par s'échapper par la résultante, c'est-à-dire qu'il tombe dans la médiocrité de toutes choses. Donc, et ceci me résume, il y aura à choisir entre un pharmacologiste et un médecin; donc il faudra décider si la thérapeutique et la matière médicale se rattachent directement au cycle des études pratiques ou se rencontrent dejetées dans un des sentiers qui aboutissent à la grande voie scholastique après avoir décrit des méandres plus ou moins sinueux. Sans entrer dans le point de vue général qui domine l'enseignement dans ses détails et dans ses connexions, sans porter nos regards au-delà de la Faculté de Paris, que voyons-nous? un large déploiement d'instruction accessoire. Physique, chimie générale, chimie organique et pharmacie, botanique, sont représentées par autant de cours spéciaux, confiés à d'habiles maîtres; la thérapeutique ne saurait devenir un annexe de ces cours sans risquer la superfluité. C'est aux applications pratiques que doit tendre l'enseignement dont elle sera l'objet; sa place est entre la pathologie et la clinique, complétant l'une et desservant l'autre par ses corollaires et ses expériences. Le point essentiel sur lequel devront porter ses recherches, c'est l'élucidation des phénomènes qui naissent du contact des agens médicamenteux avec les tissus; guérir une maladie, c'est déterminer une suite de modifications dont le résultat soit le retour des organes à leur état primitif, des fonctions à leur rhythme normal; il existe une pathologie médicamenteuse, il est des séries de modifications qui correspondent à l'emploi des diverses classes d'agens thérapeutiques; l'expérience qui les répète artificiellement, l'observation qui les vérifie et les poursuit dans leurs nuances les plus fugitives, sont les deux plus fermes appuis de la thérapeutique; l'une et l'autre sont l'œuvre du médecin, non du chimiste, non du physicien, non du naturaliste.

La thérapeutique est une vérification *à posteriori* des différens systèmes qui s'introduisent dans la pathologie; elle est comme l'aboutissant de toutes les théories qui prétendent à gouverner l'interprétation des symptômes et des lésions anatomiques. C'est sur elle que se réfléchissent les conséquences décisives de l'abstraction dilatée par le dogmatisme et façonnée en système; c'est dans son domaine que l'on retrouve les traces plus ou moins manifestes de toutes les doctrines qui se sont succédé. Tandis que la pathologie a renouvelé ses conceptions, brisé ses cadres, transformé son idiôme; tandis que la clinique a changé complètement ses allures et applique au lit du malade des méthodes d'exploration et d'analyse que ne soupçonnaient point nos dé-

leur siége, on ferait ressortir mieux encore les oppositions qui résultent du contraste des autres caractères. Ainsi, dans une déviation dorso-lombaire de quinze à dix-huit lignes de flèche, il y a inévitablement une torsion proportionnée à la flèche et à la corde de la courbure de l'épine, torsion qui produit du côté convexe une saillie considérable des côtes et du flanc, et donne lieu à la gibbosité latérale dorso-lombaire. Une courbure supérieure, dite de balancement, succède d'ailleurs à la courbure principale, brise l'uniformité de la courbure unique, et reporte plus ou moins complètement le tronc dans la ligne verticale. Il serait oiseux de pousser plus loin ce parallèle, que le simple rapprochement des figures rend inutile. Je dirai seulement que l'identité de siége que j'ai supposée volontairement entre la déviation simulée et la déviation morbide n'existe même jamais complètement; j'ai toujours remarqué qu'une courbure lombo-dorsale, quelque énorme qu'elle fût, s'arrêtait à une portion de la région dorsale pour faire place à un commencement de courbure de balancement, et contrastait ainsi avec la courbure factice qui comprend inévitablement et uniformément les régions lombaire et dorsale tout entières. J'ajouterai enfin qu'il n'existe qu'un seul cas où la nature puisse s'écarter de cette règle: c'est-à-dire produire une déviation dont le siége soit précisément celui de la déviation factice; mais ce cas est le résultat d'une cause si évidente, si spéciale, qu'il suffit de l'indiquer pour montrer l'impossibilité d'une méprise; c'est quand l'un des membres pelviens est beaucoup plus court que celui du côté opposé : cette condition répète absolument celle où l'on place le tronc dans la déviation simulée; il y a, comme dans ce cas, inclinaison du bassin, inclinaison de la colonne sur le sacrum, et flexion au niveau des onzième et douzième dorsales, courbure unique; mais le fait matériel et réel du raccourcissement du membre, dans ce cas, ne permet pas de le confondre avec l'autre.

Tels sont les caractères différentiels des déviations latérales simulées et des déviations pathologiques.

§ II. — DES DÉVIATIONS LATÉRALES SIMULÉES PAR PROVOCATION.

Le fait que j'ai rapporté au commencement de ce mémoire suffirait à lui seul pour établir la possibilité de provoquer des déviations latérales de la colonne. Mais depuis que cette possibilité m'a été démontrée, j'ai acquis d'autre part des preuves incontestables qu'il était beaucoup plus facile qu'on ne pense de produire ces résultats, et cela sans violences ni tortures. Obligé de me renfermer dans une observation générale, et de laisser dans l'obscurité les faits qui ne m'ont que trop bien démontré cette possibilité, je me bornerai à en expliquer le mécanisme; cette manière de procéder n'en démontrera pas moins la réalité des faits qu'une sage expérience me commande de laisser en toute propriété à leurs auteurs.

La manière la plus vulgaire, et celle qui viendra à l'esprit de tout le monde, de provoquer une déviation de l'épine, c'est de maintenir la colonne courbée latéralement à l'aide d'un moyen mécanique quelconque, d'une courroie, d'un corset, qui agira sur les deux extrémités de la colonne comme sur les deux extrémités d'un arc que l'on tient rapprochées, lequel reste courbé à la longue. Il en sera de même de l'épine. J'ai établi ailleurs (1) que toutes les fois que deux ou plusieurs points d'insertion musculaire sont tenus un certain temps rapprochés, les muscles se raccourcissent de la somme du rapprochement de leurs points d'insertion, et s'adaptent à la réduction de leur trajet. Après quelque temps de courbure factice de la colonne, les muscles du côté concave sont raccourcis, et ne permettent plus à l'épine de se redresser entièrement. Voilà une première espèce de déviation factice, justifiée par la théorie et l'expérience. Les caractères propres à la faire reconnaître et à la différencier des déviations simplement simulées et des déviations pathologiques sont les suivans. L'arc de la courbure comprend un plus grand nombre de vertèbres que dans la déviation simulée par imitation; elle est d'un plus petit rayon de courbure, et n'a pas besoin, pour que le sommet du tronc soit ramené dans la verticale, que le bassin soit exhaussé par l'élévation factice d'un des membres pelviens, ou abaissé du côté opposé par la flexion du genou. Tout le tronc se reporte par un mouvement de totalité en sens inverse, au moyen de l'inclinaison de la colonne lombaire sur le sacrum. Cette inclinaison fait fonction de courbure de balancement. Si les choses en sont encore comme au sortir de l'appareil qui a provoqué la déviation, il n'y a pas d'autre courbure de balancement que l'inclinaison de toute la colonne sur le bassin. Le sommet du tronc se trouve encore un peu penché du côté de la concavité de la courbure. Cependant, si l'individu avait marché pendant quelque temps après avoir quitté la machine, la courbure primitive pourrait s'être maintenue, en même temps qu'une courbure supérieure de balancement se serait manifestée. Dans ce cas, la déviation consisterait dans deux courbures et dans une inclinaison. Elle serait moins facile à distinguer de la déviation pathologique; mais un œil exercé y trouverait encore assez de ressemblance avec la déviation simulée par imitation pour ne pas s'en laisser imposer. Et d'abord le siége de la difformité correspondrait rigoureusement au point le plus mobile de la colonne, comme dans la déviation simulée, c'est-à-dire à l'union de la région dorsale avec la région lombaire. Ce point serait d'une mobilité plus étendue qu'à l'état normal. L'inclinaison de la colonne sur le bassin serait plus considérable que d'ordinaire; la courbure supérieure serait faible et à peine suffisante pour rétablir l'équilibre. La torsion de la colonne serait légère et peu en rapport avec la flèche de la courbure; une chose à noter surtout, et qui aura une autre signification encore plus tard, c'est qu'on pourra ramener la colonne par l'extension ou le décubitus sur le ventre à un premier degré de flexion sans torsion. Or, j'ai montré le premier que toute déviation pathologique commence par la torsion de la colonne. Les plis de la peau existent ordinairement comme dans la déviation simplement simulée, ou un peu moins marqués. Le sujet ne boite pas. Il existe presque toujours quelques traces sur la peau des violences employées pour produire la déviation.

Mais l'art de provoquer des déviations de l'épine n'est pas limité à la ressource vulgaire dont je viens de parler. Il a fouillé plus avant dans les secrets de la nature : voici du moins ce que l'observation m'a appris.

On sait que les attitudes vicieuses sont une des causes de déviation chez les jeunes filles. On sait encore que l'inégalité des deux membres pelviens peut produire le même effet, en établissant précisément la condition de l'attitude vicieuse, en quelque façon forcée. Dans le premier cas, c'est-à-dire quand il y a posture vicieuse avec longueur parfaitement égale des deux membres inférieurs, la jeune fille se tient sur une jambe, l'autre fléchie. Dans cette attitude, le bassin est incliné du côté de la jambe fléchie,

(1) Voir le rapport de l'Académie des sciences sur le concours pour le grand prix de chirurgie, août 1837, p. 10.

vanciers, la thérapeutique est restée, pour ainsi dire, immobile, et se présente encore, comme aux beaux jours de Paracelse, encombrée d'erreurs, de superstitions et d'inexactitudes, de routines traditionnelles. On dirait, en la parcourant, un vestiaire bigarré où chaque opinion, chaque système, chaque utopie a laissé sa défroque : ce sont fripes et guenilles de toutes les époques ; ici les emménagogues et les sialagogues de l'humorisme, là les désobstruans du mécanisme ; voici les toniques et les relâchans à l'usage des successeurs en ligne directe de Thémisson, zélateurs du *strictum* et du *laxum*; ailleurs les cordiaux, les excitans, les sédatifs de l'âme matérielle du capricieux Archée. Les modernes ne laisseront pas un moindre résidu dans cette boutique, où toute doctrine a débité sa panacée, tout charlatan sa drogue, tout sophiste son néologisme. Comment le professeur de thérapeutique s'engagera-t-il dans ce dédale, s'il n'est guidé par le fil de l'histoire de notre science ? Il a donc une large critique à déployer; une exégèse difficile et sévère entre dans sa mission d'enseignement. Pour la tenter, il doit pouvoir s'appuyer sur son expérience personnelle, interroger avec tact et fruit celle des autres; il doit dominer de toute la hauteur de son instruction et de ses idées le mouvement médical qui se fait dans l'époque et dont la thérapeutique est un puissant auxiliaire. Il y a plus : si une réforme peut advenir dans la science, c'est de ce côté-là ; si une nouvelle ère de progrès se lève pour la médecine, l'aurore en poindra dans le domaine de la thérapeutique : bien des faits, bien des découvertes fécondes sont cachés dans ses entrailles ; l'expérience a déjà jugé les résultats mis en avant par le contro-stimulisme italien. Les essais que des médecins ont tentés sur eux-mêmes en Allemagne n'ont pas, à nos yeux, la valeur que leur attribuent leurs auteurs; mais ces travaux sont comme une promesse de progrès ; ces efforts dessinent une direction nouvelle ; il n'est pas jusqu'à la folie homéopathique qui ne puisse être citée comme l'indice d'une réforme qui, pour s'essayer, choisit instinctivement le terrain de la matière médicale. Durant quinze ans, on a remué en France les faits pathologiques purs; on a vécu entre le scepticisme et des reliquats théoriques ; il est possible de prédire que l'influence qui peut réunir et vivifier les germes de science épars autour de nous émanera de la thérapeutique. D'autre part, les tentatives de la chimie organique et la studieuse recrudescence de la pathologie humorale ne resteront pas sans action sur elle.

Il y a pour la thérapeutique une ample besogne dans le passé de la science; l'avenir lui réserve des travaux d'une sérieuse portée : des mains médicales, et comme consacrées par la pratique, seules nous paraissent aptes à cette double œuvre, qui constitue l'œuvre unique du progrès.

Y.

— La distribution annuelle des prix a eu lieu mardi dernier au Val-de-Grâce, les concours ayant été avancés cette année par les besoins du service. La séance a été ouverte par une allocution de M. le baron Boissy-d'Anglas, intendant militaire, qui la présidait, assisté de MM. les membres du conseil de santé des hôpitaux. M. le professeur Michel Lévy a prononcé l'éloge historique de Broussais. Des médailles d'honneur ont été décernées à MM. les sous-aides Bertherand (chirurgie), et Garreau (pharmacie).

et la colonne, ponr ne pas céder à l'inclinaison de son plan de sustentation, se relève et se reporte dn côté opposé, en décrivant nne conrbnre dorso-lombaire à convexité tournée du côté où le bassin est abaissé. Cette condition s'observe fréquemment chez les jeunes filles qni, comme je l'ai établi, ont en les muscles du dos affaiblis par une élongation trop rapide on disproportionnée de la colonne. Cette faiblesse les porte à s'appuyer alternativement sur une des deux jambes, tronvant à ce mode de sustentation un artifice propre à les sonlager. A la longue, une déviation de la colonne s'établit. La même chose a lien chez les jeunes sujets qui portent habituellement un enfant, nn fardean qnelconque dn même côté; elle a encore lieu chez cenx qui ont une jambe plus conrte qne l'autre, surtont si à ces conditions se joint celle d'une colonne flexible et de muscles pen résistans. Quoi de plus facile qne d'improviser les denx conditions de l'attitude viciense et de l'inégalité des deux membres? Il snffit de faire porter à nn sujet choisi avec une colonne flexible, une chanssure plus élevée de dix on douze lignes d'nn côté, et de l'engager à se tenir de préférence sur la jambe rendue plns longue; on aura exactement la condition où beaucoup de jeunes filles se placent pour contracter nne déviation. De part et d'antre, inclinaison habitnelle et permanente dn bassin; de part et d'autre report en sens inverse de la colonne pour rétablir l'éqnilibre, finalement courbure principale dorso-lombaire, mais simnltanément courbure dorsale supérieure, balançant la principale. Ce résnltat est d'autant plus facile à obtenir qu'on expérimente snr un snjet qui se tronve déjà de lni-même dans les conditions prédisposantes. J'ai en occasion de voir une jeune fille de douze à treize ans, la fille d'un portier de Paris, qne l'on avait sans donte le philantropique projet de guérir comme par enchantement: cette enfant, d'une complexion très délicate, avait d'abord, au dire de la mère, une grande faiblesse des reins, qui la forçait de se tenir mal. Ponr prévenir une difformité commençante, on lni avait conseillé de porter une grosse semelle du côté où elle avait coutume de s'appnyer de préférence. Au bout de quelques mois, la mère ayant cru s'apercevoir qne la taille s'était bien plus déviée qu'avant de faire usage de la semelle, et ne se dontant pas sans donte de tont le bien qn'on voulait à sa fille, est venne réclamer mes conseils. Il ne m'a pas été difficile de trouver et de remplir l'indication; j'ai retonrné la cause, c'est-à-dire qne j'ai fait exhausser la chaussure dn côté opposé, et j'ai recommandé à la jeune fille de se tenir le plus possible sur cette jambe. Trois mois après il n'était plus qnestion de déviation.

La déviation provoqnée par les moyens précédemment indiqnés pent être désignée sous le nom de déviation simulée par provocation *statique*; tandis qne j'appellerai la première, celle opérée par des forces mortes, déviation simnlée par provocation *mécanique*. En effet, ces denx déviations ne diffèrent pas senlement par les moyens employés pour les prodnire, mais encore par les caractères extérienrs qui les accompagnent. La déviation par provocation statiqne à son débnt n'offre encore que les caractères de la simple simulation, c'est-à-dire courbure unique, iuclinaison de la colonne sur le bassin, plis à la peau et absence de torsiou. On fait asseoir les snjets sur une chaise, le dos nu, et l'on voit tontes ces particularités disparaître; ou bien, ce qni est plus simple encore, on les fait se déchausser, et l'artifice est immédiatement trahi. Mais qnand la provocation date de plusieurs mois, la déviation prend de plus en plus les apparences de la déviation véritable, de celle snrtout qui est due à l'inégalité des deux membres pelviens. On commence à apercevoir trois courbnres ou dn moins nne inclinaison lombo-sacrée et deux conrbures inverses snperposées. Le siége de celles-ci est bien exactement, de la première, au niveau de l'articulation de la onzième avec la douzieme dorsale, de la seconde, immédiatement an-dessus. Cependant la torsion commence toujonrs à se manifester dans la courbure inférienre, et ce n'est qu'après un temps très long qu'elle se développe dans la courbure dorsale, parce qu'en effet cette dernière reste long-temps avec un arc d'un très grand rayon. Une épreuve qui peut encore éclairer dans ce cas sur l'origine de la difformité, c'est, après avoir vérifié si les deux membres sont parfaitement égaux, de faire coucher le snjet sur le ventre; la déviation disparaît presque tonjours, même la torsion, qnand la difformité n'est pas encore très ancienne. Enfin pour dernière épreuve, plus décisive encore, on fera tenir le sujet debout les denx jambes bien tendues et le pied du côté correspondant à la concavité de la courbure principale (dorso-lombaire) sur-élevé. Aussitôt on voit toute race de la difformité disparaître comme par enchantement.

Les caractères propres à distinguer les déviations simulées par provocation mécaoique et statique, je le reconnais, ne sont pas aussi positifs que ceux de la première catégorie; j'avoue même qu'un jeune sujet, présentant d'ailleurs les conditions de flexibilité de la colonne, précisées plus haut, qui aurait la patience de se sonmettre pendant assez longtemps à l'usage des moyens que je viens de faire connaître, arriverait à s'affliger d'une déviation dont l'œil le plus expérimenté anrait beaucoup de peine à découvrir l'origine; mais heureusement la patience et la persévérance ne sont pas les vertus fondamentales des gens qni ont besoin de recourir à ces sortes de stratagêmes: et il en est peu qni aient réellement besoin d'une déviation accomplie, avec les caractères de degrés, d'ancienneté et de permanence qui lni donnent les attributs de la véritable difformité. Voici cependant un court résumé des différences qui existent entre les déviations provoqnées et les déviations réelles :

DÉVIATIONS PROVOQUÉES.	DÉVIATIONS MORBIDES.
CAUSE mécanique ou statique produisant dans un cas des traces de son action locale sur la peau, dans l'autre pouvant être prise sur le fait.	CAUSES diverses, très variées et presque toujours spontanées, quelquefois mécaniques ou statiques, dans ce cas pouvant être établie par les antécédens du sujet.
SIÉGE toujours le même, comme dans les déviations complètement simulées, savoir, au niveau de la région dorso-lombaire, qu'il y ait ou non une courbure ou une inclinaison de balancement.	SIÉGE variant toujours et pouvant occuper alternativement toutes les régions de l'épine. Quand elles occupent précisément la région propre à la déviation simulée, ou bien elles sont dues comme elles à une cause statique, mais réelle, comme un membre plus court, ou bien elles présentent d'autres caractères plus significatifs.
COURBURE ordinairement unique, avec inclinaison inverse lombo-sacrée, et très rarement à un faible degré, courbure dorsale supérieure; d'ailleurs, flexion plutôt que courbure, disparaissant facilement par la disparition de la cause, on en la transportant du côté opposé.	COURBURES toujours multiples et en sens inverse, deux, trois ou quatre, réparties irrégulièrement sur le trajet de l'épine et dont la principale occupe ordinairement la région dorsale; ne disparaissant d'ailleurs que difficilement ou très incomplètement par les épreuves qui font disparaître les déviations provoquées.
TORSION très faible et n'existant que dans la courbure principale et au degré le plus prononcé de la courbure; disparaissant avec la disparition de ce degré. Jamais de torsion au degré de gibbosité.	TORSION constante, accompagnant toutes les courbures et proportionnée à leur flèche; commençant avant ou avec elles, généralement proportionnelle à leurs degrés.
SILLONS à la peau au niveau de la courbure principale, moins prononcés que dans les déviations simulées par imitation, mais ayant exactement le même siége que dans ces dernières.	SILLONS de la peau, n'accompagnant que les déviations très considérables avec torsion proportionnée, et siégeant ordinairement au-dessous de l'aisselle, du côté concave de la courbure principale.
INCLINAISON du sommet du tronc, du moins dans les provoquées mécaniques. Grande inclinaison de la colonne sur le bassin.	Point ou peu d'INCLINAISON du sommet du tronc; grande inclinaison de la colonne sur le bassin, seulement avec une forte courbure et une forte gibbosité immédiatement superposée.
ELÉVATION de la hanche du côté concave, par l'élévation de la chaussure, mais disparaissant avec cette dernière, ou en faisant asseoir le sujet.	ELÉVATION de la hanche nulle ordinairement, ou existant avec la condition réelle d'une inégalité des membres pelviens.

On remarquera qu'en admettant qu'il y a quelqnefois une grande difficulté à distinguer les déviations provoqnées des déviations spontanées, cette difficulté ne pent exister que pour celles de ces dernières qui sont dues à des cooditions analogues aux conditions que j'ai déterminées pour les déviations provoquées. J'ai supposé à dessein les cas les plns difficiles, mais ceux-là sont les plus rares; et, d'ailleurs, ils portent avec eux en évidence, comme je l'ai dit, l'élément matériel de leur causalité. On ne peut pas, en effet, plus masquer qne feindre une inégalité de longueur entre les deux membres pelviens; or, c'est le senl cas qui présente une analogie complète avec la déviation provoquée statique.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS ET DE LA BELGIQUE.

I. JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE BORDEAUX.

Le cahier de janvier contient les articles originaux suivans : 1° *Observations sur une variété de dysenterie*, conférence faite par M. Gintrac; 2° *Des évacuations purulentes par la vessie et le rectum dans*

les maladies du foie, traduction et réflexions, par le docteur Léon Marchant; 3° *Rapport fait à la société royale de médecine de Bordeaux sur un fœtus monstrueux du genre agénosome*, par M. Artaud; 4° *Extraits du prima-nensis de janvier* 1839, par M. Vénot.

OBSERVATION SUR UNE VARIÉTÉ DE DYSENTERIE; par M. GINTRAC, D. M. P.

Malgré le grand nombre de travaux dont la dysenterie a été l'objet, il est bien vrai qu'elle présente encore un grand nombre de questions indécises, et même parmi celles qui se rattachent aux points les plus importans de son étude : les variétés anatomiques, par exemple, sont encore peu connues. On ignore si les gros intestins offrent constamment des ulcérations dans cette maladie. On n'est pas bien assuré, dans les cas où y a des ulcérations dans les gros intestins, si elles sont primitives ou consécutives, et enfin on n'a jusqu'ici que des connaissances assez vagues sur le mode de développement de ces ulcérations. La variété de dysenterie que décrit M. Gintrac dans ce mémoire repose précisément sur cette dernière circonstance. Dans cette forme, les follicules de la muqueuse du gros intestin seraient essentiellement et profondément altérés; non seulement cette membrane serait alors rouge, épaissie, ramollie, couverte d'un enduit épais, mais encore une multitude soit de pustules, soit de petites excavations, remplies d'un mucus sanglant, circonscrites par des bords circulaires saillans et rougeâtres, ou réunies, rapprochées, confondues et formant des ulcérations irrégulières, dénotent la lésion des cryptes ou follicules, leur inflammation, leur dilatation, leur destruction. La surface interne de l'intestin semble criblée, et même l'altération s'étend le plus souvent jusqu'au tissu cellulaire sous-muqueux.

Non seulement nous admettons avec M. Gintrac que, dans un grand nombre de cas, les ulcérations nombreuses qu'on observe dans le gros intestin ont commencé par les follicules; mais nous serions disposés à croire qu'il est de même dans le plus grand nombre des cas, peut-être même dans tous les cas où l'on trouve des ulcérations dans les gros intestins, car le plus grand nombre des ulcérations qu'on observe sur la muqueuse se développent primitivement dans des follicules altérés.

Nous ne pensons pas que cet état soit aussi analogue que le dit M. Gintrac à celui que présente la muqueuse de l'intestin grêle. Dans cette dernière, en effet, l'ulcération de la muqueuse est précédée du dépôt dans l'intérieur des follicules d'un produit anormal, dont rien même ne démontre l'origine inflammatoire; ce produit peut ensuite, suivant certaines conditions, ou déterminer l'inflammation de la membrane muqueuse qui la recouvre, et conséquemment l'ulcération du follicule, ou être résorbé sans que la muqueuse soit ni ulcérée ni même enflammée : rien de semblable n'arrive dans la dysenterie. Les follicules enflammés font une saillie plus ou moins considérable à la surface de l'intestin; puis l'ulcération va en gagnant du cercle à la circonférence. Aussi pensons-nous que la dénomination que M. Gintrac propose de donner à la forme des dysenteries dont il s'occupe, dysenterie dothienentérique, n'est pas heureuse, à cause de l'analogie qu'elle établit entre deux affections aussi différentes sous le rapport des lésions anatomiques et sous le rapport symptomatique, comme il le reconnaît lui-même lorsqu'il signale dans la dysenterie « l'absence des symptômes généraux atoniques et adynamiques, qui forment le cortège à peu près constant de l'altération des follicules de Peyer. » L'observation suivante va nous offrir un exemple tranché de la forme de dysenterie décrite par M. Gintrac.

OBS. — Un enfant mâle, âgé d'un an, bien portant, fut atteint de diarrhée au commencement de 1829. Des boissons délayantes et des lavemens la firent bientôt cesser; mais, à la suite d'un excès de régime, la diarrhée reparut avec force le 29 juillet. Des évacuations sanguinolentes étaient presque continuelles; l'enfant était très abattu et la fièvre fort intense.

Le 30, trois sangsues sont appliquées à l'anus, des lavemens amylacés et des boissons mucilagineuses sont administrés.

Le 31, la fièvre a diminué, mais la diarrhée persiste. Vive sensibilité à l'épigastre, sur lequel une sangsue est posée, mais sans amélioration.

Le 1er août, l'enfant est froid et abattu; il est pris d'un spasme général et paraît comme suffoqué par un corps étranger qui serait resté dans l'œsophage. Le pouls est petit et fréquent. (Vésicatoire aux jambes; potion légèrement opiacée; liniment camphré sur le ventre.)

L'enfant expire pendant la nuit.

AUTOPSIE. Ventre météorisé; le cœur et les poumons sont sains et très gorgés de sang. La muqueuse de l'estomac présente une teinte rosée dans la partie moyenne de la cavité gastrique.

Les intestins grêles sont un peu injectés de distance en distance; sur ces points la muqueuse est fort mince. A l'extrémité de l'iléon, près du sacrum, on aperçoit une plaque allongée, d'un pouce environ de longueur et sur laquelle la muqueuse est épaisse et d'un rouge pâle.

Tout le gros intestin est rouge, enflammé et enduit d'un mucus épais, d'un jaune clair. Les follicules sont rouges, un peu saillans, et la plupart renferment du mucus qui se présente comme un point d'un blanc terne au centre de l'espace des pustules que forme le follicule enflammé. Ces pustules ressemblent beaucoup à celles de la variole; mais toutes ne sont pas au même degré; quelques-unes offrent dans leur milieu une excavation qui paraît dépendre d'une perte de substance. Les ganglions mésentériques ne sont que faiblement engorgés. Le péritoine est très légèrement rosé et contient quelques gros de sérosité. La vessie est étroite et à parois épaissies. L'enfant de son vivant paraissait uriner avec quelque difficulté.

M. Gintrac rapporte trois autres observations terminées par la mort, et dans lesquelles nous trouvons et les mêmes lésions anatomiques et les mêmes phénomènes morbides pendant la vie. En effet, dans ces différens cas la dysenterie était ordinairement précédée par le dévoiement. L'abdomen n'était ni tendu, ni météorisé, ni très douloureux à la pression; les douleurs occupaient des points variés; la fièvre était peu intense; le pouls n'était ni petit, ni irrégulier, ni fréquent; mais les selles, fort nombreuses, contenaient un sang noirâtre, à demi concrété, mêlé de mucosités jaunâtres ou verdâtres. L'auteur, après avoir rapporté trois autres observations du même genre, où la maladie s'est terminée d'une manière heureuse, présente quelques conclusions, parmi lesquelles les suivantes nous paraissent devoir être citées. C'est en été surtout qu'il l'a rencontrée, et à peu près également chez les deux sexes; sa marche a été celle d'une maladie aiguë et elle n'a point paru contagieuse; elle n'a offert ni l'appareil inflammatoire qu'on observe dans les cas de péritonite et de phlegmonie intestinale très graves, ni le caractère atonique, adynamique ou typhoïde qui donne à l'inflammation des glandes de Peyer un cachet spécial.

Elle résiste aux émissions sanguines et au traitement antiphlogistique. L'extrait gommeux d'opium, uni à l'acétate de plomb, a paru le médicament le plus propre à la combattre avec succès.

II. BULLETIN MÉDICAL DU MIDI.

Les cahiers de janvier, février et mars contiennent les articles originaux suivans : 1° *Observations de maladies du nez et des fosses nasales*, par J.-J. Cazenave, médecin à Bordeaux; 2° *Note sur l'étranglement d'une hernie inguinale, accompagnée et suivie de phénomènes remarquables*, communiquée par M. J. Benoît; 3° *Observation remarquable de hernie crurale étranglée; opération qu'elle a nécessitée, ses suites*; par M. B. Chabrely; 4° *Mémoire sur les fonctions du foie*, par M. Lafargue; 5° *Entéralgie spasmodique*; 6° *Etude sur le traitement de la chlorose*, par J.-J. Cazenave; 7° *Observation sur quelques maladies du cœur et des gros vaisseaux* (1er article), par M. Haspel; 8° *Fracture du col du fémur, guérie par le double plan incliné de Dupuytren*, par M. Benss, D. M. P.

OBSERVATIONS DE MALADIES DU NEZ ET DES FOSSES NASALES; par M. CAZENAVE, de Bordeaux.

L'auteur emploie, suivant une méthode que nous avons déjà fait connaître, avec succès, dans la panaisie, le nitrate d'argent fondu, en application directe sur les points de la muqueuse, hypertrophiés, fongueux ou ulcérés.

Ces cautérisations, faites sur une large surface, et à plusieurs reprises, déterminent ordinairement une douleur assez vive, de l'éternuement, et un peu plus tard une supersécrétion muqueuse claire et toujours très abondante, ne tardent point à amener la résolution des points engorgés, la cicatrisation des ulcérations, et assez promptement une diminution notable dans l'odeur si désagréable que répandent les malades.

Dans la deuxième observation, trois petites ulcérations dans la fosse nasale droite; deux larges ulcérations dans la fosse nasale gauche (2e obs.), avec les signes non équivoques de la panaisie dans les deux cas, disparurent d'une manière inespérée et sans retour, après une vingtaine de cautérisations; il y eut dans d'autres cas une guérison temporaire, avec récidive, ou simplement une grande amélioration; mais toujours au moins obtint-on un notable changement.

Le nitrate d'argent fondu, dont se sert M. Cazenave, est placé dans la cuvette d'un porte-caustique, avec les précautions ordinaires. Ce n'est pas du reste le seul moyen qu'il emploie dans les cas les plus simples, les fumigations, les lotions, les bains trouvent leur application, soit comme préparations à la cautérisation, soit comme adjuvans; indépendamment des circonstances où l'existence d'une cause spéciale du virus syphilitique, par exemple, réclame l'usage des moyens spéciaux.

ÉTRANGLEMENT D'UNE HERNIE INGUINALE, ACCOMPAGNÉ ET SUIVI DE PHÉNOMÈNES REMARQUABLES; par M. JUSTIN BENOIT, interne de l'hôpital St-Éloi, de Montpellier.

Les circonstances principales de cette observation sont les suivantes :

tumeur apparaissant subitement et à la suite d'un effort à l'aîne gauche; développement immédiat des symptômes d'étranglement intestinal; météorisme du ventre, porté au point de refouler le diaphragme et d'arrêter la respiration; gangrène de la tumeur, qui, heurtée dans un des mouvemens brusques du malade, s'ouvre spontanément au vingt-cinquième jour de son apparition. Il sortit une grande quantité de gaz et de liquides; la respiration se rétablit; le malade, qui était dans un état désespéré, revint à la vie. Il y eut de la sorte formation d'un large anus artificiel, qui, se rétrécissant de plus en plus, se trouva complètement cicatrisé quatorze mois après l'accident. Vingt-deux ans après, à la suite d'un violent effort, la cicatrice se rompit; un séjour prolongé au lit amena une amélioration notable. Une nouvelle inflammation, provoquée par la fatigue, détruisit encore la cicatrice; enfin, après quelques jours de repos, la fistule s'est considérablement rétrécie; elle permettait à peine l'entrée de la sonde cannelée, ne laissant suinter qu'un liquide séreux et inodore.

Dans les réflexions qui suivent, l'auteur insiste sur la nécessité de pratiquer de bonne heure le débridement; il est loin de regarder cette opération comme une ressource extrême à laquelle on ne doit recourir qu'après avoir mis en usage tous les autres moyens, bien loin de là, il pense que, dès que les symptômes d'étranglement présentent une violence alarmante, que les phénomènes inflammatoires apparaissent, il y a du danger à persister dans d'imprudentes manœuvres: il faut immédiatement débrider. Du reste, il faut bien en convenir, les avantages du taxis prolongé sont peut-être plus séduisans en théorie qu'en pratique. Rien de plus simple, de plus rationnel, de plus naturel enfin que de remettre en place des viscères qui ont fait hernie; mais il faudrait admettre pour tous les cas une marche uniforme, progressive des accidens; or, sous ce point de vue déjà que de variétés! Il faudrait supposer la possibilité de vaincre sans effort et sans préjudice pour les organes déplacés eux-mêmes la résistance que leur apporte le pourtour de l'ouverture aponévrotique, ce qui n'a pas lieu dans tous les cas, il s'en faut de beaucoup. Malgré toutes les raisons fournies par les partisans du taxis, on ne saurait disconvenir au moins que la question ne soit encore à décider.

M. Benoit cite deux exemples qui prouveraient les heureux effets d'une position déclive des pieds à la tête. L'un d'eux a été communiqué par le chirurgien en chef d'un des principaux hôpitaux de province. Aidé d'un confrère consultant, ce chirurgien disposait les instrumens propres à pratiquer le débridement de la hernie, dans la chambre voisine de celle d'un malade qui venait d'accepter cette opération. Dans ce moment, le malade pousse un cri de joie, le chirurgien accourt et trouve la hernie réduite. Le patient présentait depuis la veille les signes de l'étranglement et aucun des moyens employés n'avait diminué l'intensité effrayante des symptômes. Cherchant une position qui pût alléger ses souffrances, il avait instinctivement élevé les pieds contre le mur voisin, de manière à former un plan incliné et presque vertical, les pieds en haut et la tête en bas. Quelques minutes après avoir pris cette position, il avait senti du gargouillement dans le ventre et la hernie était subitement rentrée. Depuis lors, cet accident ne s'est pas reproduit. La hernie existe encore, mais elle rentre à volonté; la santé n'en a pas souffert.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une hernie inguinale gauche aussi étranglée. M. Benoit pratique le taxis, emploie les refrigérans, les lavemens, etc., sans aucun succès. Cependant, au bout de cinq ou six heures, les symptômes se présentent avec une violence si subite et si menaçante, que le chirurgien en chef dût être appelé. En attendant son arrivée, M. Benoit se rappela le fait précédent; il mit le malade en travers sur son lit, la tête basse, les pieds très relevés et appuyés contre le mur, et la hernie rentra.

On doit signaler en outre, dans l'observation rapportée plus haut, la manière dont s'est opérée l'ouverture de la fistule, vingt-deux ans après sa cicatrisation; ce qui prouverait que dans ce cas au moins l'intestin était immédiatement appliqué contre la face postérieure des parois abdominales, et qu'il n'y avait pas eu de *canal fistuleux;* car ce canal aurait disparu peu à peu dans ce laps de temps, et aurait été remplacé par du tissu cellulaire simple, ainsi que l'ont prouvé une foule de recherches modernes bien connues. La cicatrice formait donc la paroi antérieure de l'intestin, et comme cette cicatrice est fort mince et au niveau de la peau, il s'ensuit qu'une portion de l'épaisseur des parois abdominales a été elle-même frappée de gangrène.

Ce fait démontre la nécessité de ce précepte vulgaire, à savoir: qu'après la guérison de l'étranglement intestinal, soit par l'opération de l'art, soit par celle de la nature, il ne faut pas laisser un seul instant la cicatrice sans un soutien, sans l'appui d'un bandage qui la garantit des chocs ou des pressions antérieures, et qui lui aide aussi à lutter contre les efforts exercés du dedans au dehors.

OBSERVATION REMARQUABLE DE HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE; OPÉRATION QU'ELLE A NÉCESSITÉE; SES SUITES; par M. B. CHABRELY.

OBS.—La hernie datait de vingt ans lorsqu'elle s'étrangla, après s'être considérablement accrue sous l'influence de quintes de toux réitérées. Le taxis n'eut pas de résultats; on se décida à pratiquer le débridement; il fut exécuté sur un des points de l'orifice supérieur du canal crural, sur le ligament de Fallope parallèlement à la ligne blanche, d'abord dans une étendue de trois lignes, puis dans un autre endroit dans une longueur de deux lignes, obliquement en haut et en dehors, suivant le procédé de Dupuytren.

Il y avait à la fois une portion d'intestin et d'épiploon dans la tumeur; ce dernier fut laissé dans la plaie, car on ne put le faire rentrer.

Au bout de quatre jours, on s'aperçut que des gaz et des matières fécales sortaient par la plaie; bientôt on reconnut l'établissement d'un anus contre-nature. Toutefois, quelques lavemens amenèrent de légères selles par l'anus; les selles naturelles ne tardèrent pas à contre-balancer les artificielles, au bout d'un mois la guérison était complète.

Ce fait n'a rien qui n'ait été observé fort souvent; il pourrait prouver avec d'autres la nécessité de débrider de bonne heure dans les cas de hernie crurale étranglée, surtout chez l'homme; en même temps qu'il justifierait le précepte de laisser l'épiploon intact, lors même qu'il est exubérant, s'il n'est pas trop considérable, plutôt que d'en faire l'excision, laquelle expose à l'hémorragie et à la péritonite. Sous ce dernier rapport, nous ne partageons pas l'avis de M. Chabrely; l'hémorragie, dans ces cas, est rare, facile à arrêter; enfin, l'épiploon, par son organisation, son peu de sensibilité, n'a rien qui doive effrayer au sujet de l'extension de l'inflammation au péritoine. Mais les adhérences que cette masse contracte avec les parties environnantes, offrent certainement des avantages; on a plus de chances alors pour la cure radicale de la hernie, qui est loin, comme on le sait, d'être la suite constante du débridement.

MÉMOIRE SUR LES FONCTIONS DU FOIE; par M. LAFARGUE.

Nos connaissances sur les fonctions du foie et sur la destination de son produit sécrétoire laissent encore beaucoup à désirer, malgré les nombreuses recherches qu'ont faites sur ce sujet des hommes du plus grand mérite. Que la chimie organique fasse encore quelques pas, et ce qui n'est encore avancé que sous forme hypothétique sera probablement rangé parmi les vérités démontrées de la manière la plus évidente. Il est assez généralement admis que la principale fonction du foie consiste à ramener à la nature du sang veineux ordinaire, le sang noir abdominal surchargé d'hydrogène, de carbone et d'azote, et que le foie est un organe coadjuteur ou succédané du poumon. Mais comment a-t-on démontré que le sang abdominal contient plus d'hydrogène et de carbone que celui de la veine-cave; nous n'en avons aucune preuve directe; ce n'est que par le raisonnement, et même par une induction assez éloignée que nous sommes amenés à adopter cette opinion, que Carus, Mickel et Cuvier ont appuyée de nouvelles preuves, puisées dans l'étude de l'anatomie comparée; c'est à la même source aussi que l'auteur de ce mémoire a puisé la nouvelle démonstration de cette théorie.

Si le principal usage du foie consiste à dépouiller le sang abdominal d'un excès d'hydrogène et de carbone, plus cet excès sera considérable, plus le foie aura d'importance et de volume, non-seulement dans les différentes classes; mais encore dans les sous-ordres et les espèces. Pour les différentes classes, le fait a été mis hors de doute: ainsi, le foie qui est à son maximum de développement chez les poissons, et à son minimum chez les mammifères, tient le milieu chez les reptiles; il s'accroît, en un mot, à mesure que la respiration diminue.

M. Lafargue trouve dans l'examen des sous-ordres et des différentes espèces la confirmation de cette même loi; ainsi, après avoir rapproché les différens ordres de mammifères, il démontre que le développement du foie est, dans cette classe, en raison directe de l'instinct carnassier, et en raison inverse des appétits herbivores; or, comme l'alimentation du carnivore, composée de matières animales, et plus riches en principes azotés et hydrogènes, transmet plus abondamment à la veine-porte les matériaux que le foie doit séparer; cet organe doit être beaucoup plus développé chez les carnassiers que chez les herbivores, qui sont dans les conditions opposées. Nous ne suivrons pas l'auteur dans les recherches semblables auxquelles il se livre sur les groupes des autres classes, il nous suffit d'avoir indiqué la marche qu'il a suivie dans la discussion de la théorie à laquelle il s'attache, et à l'appui de laquelle il cite même, en passant, quelques faits pathologiques.

III. RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU DÉPARTEMENT D'INDRE-ET-LOIRE.

La livraison du troisième trimestre de 1838 contient: 1° *La seconde*

partie d'un mémoire de M. Sichel sur la paralysie du nerf de la troisième paire; 2° *Une observation de lithotritie*; par M. Tonnellé (ce cas n'offre rien qui mérite d'être signalé); 3° *Une observation de fièvre tierce bénigne convertie en fièvre pernicieuse syncopale, à l'époque de la menstruation*, par M. Hulin-Obiget; 4° *Observations de maladies syphilitiques et scrofuleuses guéries par les eaux thermales de la Bourboule* (Puy-du-Dôme); par M. Chaussy, médecin-inspecteur de ces eaux.

OBSERVATIONS DE MALADIES SYPHILITIQUES ET SCROFULEUSES GUÉRIES PAR LES EAUX THERMALES DE LA BOURBOULE; par M. CHAUSSY.

La première de ces observations est relative à une dartre vénérienne, consécutive à des ulcères et à des pustules de la même nature. On fit un traitement mercuriel qui amena la disparition de ces symptômes; restait un grand nombre de plaques dartreuses, qui, après vingt-cinq jours de douches et de bains, avaient complètement disparu.

Dans les autres observations, où il s'agit d'une exostose vénérienne pour la première, d'une affection scrofuleuse de l'articulation tibio-tarsienne pour la seconde, et d'une carie des deux poignets pour la troisième, je ne sais si l'action des eaux a été réellement avantageuse; la maladie a semblé, dans ces trois cas, suivre sa marche naturelle. Si des portions d'os frappées de mortification ont pu sortir, je ne pense pas qu'on doive attribuer cette élimination aux vertus des eaux minérales.

OBSERVATION DE FIÈVRE TIERCE BÉNIGNE, CONVERTIE EN FIÈVRE PERNICIEUSE SYNCOPALE, A L'ÉPOQUE DE LA MENSTRUATION; par M. HUTIN-OBIGET.

L'influence de la menstruation sur le cours des maladies est l'une des questions les moins connues de la pathologie; c'est l'une de celles sur lesquelles il y a le moins de faits authentiques, bien qu'elle dût déjà être connue depuis longtemps si les faits qui se rencontrent chaque jour dans la pratique étaient recueillis avec exactitude et commentés avec réserve, comme le suivant qui nous semble offrir assez d'intérêt pour que nous le reproduisions ici analysé.

Obs. — Le 27 juillet, F., âgée de 27 ans, ouvrière dans une fabrique, est prise de frissons et de vomissemens, auxquels succèdent: chaleur à la peau, décoloration de la face, fréquence et développement du pouls, sueurs abondantes et urine sédimenteuse.

Les jours suivans, ces symptômes se reproduisent sous le type tierce.

Le 5 août, jour d'apyrexie, la malade prend un émétocathartique qui avait provoqué des vomissemens abondans et des selles copieuses, mais sans influence sur les accès de fièvre qui se reproduisent avec la même régularité et les mêmes phénomènes pathologiques.

Le 8 août, appelé près d'elle pour la première fois, je la trouve dans l'état suivant: anxiété extrême, chaleur à la peau, pouls dur et fréquent, céphalalgie, hypocondre gauche douloureux au toucher, rate très volumineuse, dépassant de trois pouces les fausses côtes. (20 grains de sulfate de quinine à prendre en cinq pilules.)

Le lendemain, jour d'apyrexie.

Le 10 août, retour de la fièvre; la malade n'a pas pris les pilules, la menstruation étant survenue dans la nuit du 8 au 9.

Le 12, le paroxysme se déclare par un froid intense qui est suivi de défaillances, d'hyposthénies et de syncopes. La malade reste trois quarts d'heure sans connaissance, malgré les liqueurs stimulantes qu'on met en usage pour combattre cet état de mort apparente. Arrivé auprès d'elle quatre heures après le commencement de l'accès, je la trouve dans l'état suivant: face plombée et cadavéreuse, yeux demi-fermés, couchée en supination, sueur froide sur toute la surface du corps; émission involontaire des urines; pouls inégal et à peine perceptible; mouvemens convulsifs aux poignets, aux bras, au col. Les règles sont supprimées depuis quelques heures. (Potion anti-spasmodique, à prendre par cuillerées, et 20 grains de sulfate de quinine, aussitôt après l'accès terminé.) La fièvre se prolonge pendant une grande partie de la nuit.

Le 14, l'accès est celui d'une fièvre bénigne.

Le 15, deux grains de sulfate de quinine.

Le 16, la fièvre manque complètement.

Le 18, l'état général de la malade est beaucoup mieux: elle peut marcher, la menstruation reparaît; mais le teint est encore décoloré et la rate un peu engorgée. (On continuera l'usage du sulfate de quinine à petite dose avec une décoction de saponaire nitrée.)

Le 25, la convalescence est complète.

IV. JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

Quatorzième année. — Les 61e et 62e livraisons renferment: 1° *Essai sur les altérations anatomiques qui constituent spécialement l'état dysentérique*; par M. Gély, D. M. P.; 2° *Eruption pustuleuse du pharynx et de l'œsophage par suite de l'emploi du tartre stibié contre la pneumonie aiguë*; par M. Marion de Proïe, D. M.; 3° *Note de M. Padioleau sur les systèmes en médecine*; 4° *Observations sur deux sourds-muets aveugles*; par M. Maréchal, D. M. P.; 5° *Considérations sur une épidémie de variole qui a régné à l'Hôtel-Dieu en 1838*; par M. Mabot fils, D. M. P.; 6° *Observations de perforation de la cloison moyenne du cœur sans cyanose*; par M. C. Bonchet, médecin de l'hôpital général; 7° *Notes statistiques sur les maladies des ouvriers du comité de secours mutuels pendant les mois de décembre 1837, janvier et février 1838*; par M. Marie, D. M.

OBSERVATIONS DE PERFORATION DE LA CLOISON MOYENNE DU CŒUR, SANS CYANOSE; par M. BOUCHET, médecin de l'hôpital général.

Les cas de communication des diverses cavités du cœur sans cyanose sont déjà assez nombreux pour que nous croyions n'avoir pas besoin de reproduire ici les quatre observations rapportées par M. Bonchet; ainsi nous nous contenterons de les indiquer en quelques mots.

Obs. I. — Le sujet du premier fait est un homme qui, jusqu'à l'âge de 32 ans, fut bien portant et intelligent. A 32 ans il ent pendant quelques jours une espèce de monomanie qui lui faisait croire qu'on parlait mal de lui; depuis il se porta bien; il fut repris à 38 ans d'un délire qui offrait tous les caractères d'une monomanie aiguë avec idées religieuses. Une entérite légère parait diminuer ces accidens; mais le 22 mars il fut pris d'une oppression qui alla en augmentant et se termina par la mort le lendemain dans la matinée.

A l'autopsie, on reconnut que le segment antérieur de l'ancien trou de Botal était libre et recouvrait une espèce de canal qui s'ouvrait sous le segment antérieur du canal de Botal de l'oreillette gauche.

Obs. II. — La seconde observation est celle d'une femme de 77 ans, habituellement opressée, qui, après deux jours de toux, tomba dans un coma, lequel dura jusqu'à sa mort, arrivée au bout de huit jours.

A l'autopsie, on trouva le fond de la fosse ovale percé d'une ouverture qui pouvait admettre un tuyau de plume ordinaire.

Obs. III. — Le troisième fait est relatif à une femme qui était en démence depuis plusieurs années, quand elle mourut des suites d'une chute. A l'autopsie on trouva le trou de Botal ouvert et laissant pénétrer de l'oreillette droite dans l'oreillette gauche le manche d'un scalpel ordinaire.

Obs. IV. — La quatrième observation a été recueillie chez une jeune fille de treize ans, qui succomba à la phthisie après un séjour assez court à l'infirmerie.

A l'autopsie on trouva, outre les altérations de la phthisie, le fond de la fosse ovale percé de deux petits trous. Une lamelle charnue, adhérente par ses deux extrémités au pourtour de la fosse, séparait ces deux ouvertures de communication qui pouvaient laisser passer une tête d'épingle ordinaire.

Ces quatre faits sont intéressans sous plus d'un point de vue; mais ils sont en trop petit nombre pour qu'il soit possible d'en tirer aucune induction positive sur l'influence qu'a pu avoir l'altération du cœur et la communication des oreillettes sur les phénomènes morbides que ces différens sujets ont offerts dans les derniers temps de leur existence. Cependant on peut regarder aujourd'hui comme démontré que des communications soit congénitales soit accidentelles entre les diverses cavités du cœur peuvent exister sur l'homme, même dans un âge avancé, sans, pour cela, troubler la santé, du moins d'une manière évidente.

V. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les cahiers de décembre 1838, et de janvier et février 1839, renferment les articles suivans 1° *Choix d'observations chirurgicales*; par M. le docteur Decaisne, médecin militaire; 2° *Observation de ligature de l'artère iliaque externe*; par M. Buickrens, médecin de l'hôpital militaire d'Anvers; 3° *Observations*; communiquées par M. Phillips; 4° *Observation remarquable de tumeur rétro-péritonéale*; par M. Menleweter; 5° *De la compression contre les tumeurs blanches des parties dures*; 6° *Sur les effets que l'on attribue à l'huile de morue*; par M. le professeur Delavacherie (rien de neuf.)

CHOIX D'OBSERVATIONS CHIRURGICALES; par M. DECAISNE.

L'un des faits rapportés par M. Decaisne nous a paru intéressant, bien que fort incomplet; il s'agit d'une hernie lombaire observée chez un enfant.

Obs. — Le petit malade était tombé de plus de 30 pieds de hauteur sur des palissades. A leur arrivée, MM. Decaisne et Vanvarenbergh trouvèrent le jeune Guillaume P., âgé de 6 ans, couché, et ayant trois fortes contusions, dont l'une à l'œil droit avec ecchymose; la seconde au côté gauche et vers la partie moyenne du sternum; la troisième, plus large encore, occupant le flanc droit. Il existait enfin au flanc gauche une tumeur à base large, résistante, de la gros-

seur d'un œuf, située un peu au-dessous de la partie moyenne de l'espace compris entre la dernière côte et la crête de l'os des îles, à quatre travers de doigt sur le côté des apophyses épineuses; c'est-à-dire entre le bord antérieur du muscle grand dorsal, le bord postérieur du grand oblique, et la partie correspondante de la crête de l'os des îles. Cette protubérance ne se faisait remarquer par aucune différence de couleur à la peau; mais elle augmentait de volume par les cris de l'enfant et par les vomissemens dont il était atteint. Afin de réduire cette tumeur, je couchai l'enfant sur le côté droit, dit M. Decaisne, en fléchissant les cuisses sur le ventre; le taxis fit rentrer la hernie en faisant entendre un gargouillement manifeste; il restait à la place de la tumeur un écartement, facile à constater. Des compresses graduées, trempées dans l'eau froide, furent appliquées sur cet écartement, à l'aide d'un bandage de corps assez fortement serré. Les vomissemens cessèrent aussitôt, et l'enfant, qui avait jusque-là continuellement crié, cessa de se plaindre.

L'enfant, qui alla bien d'abord, fut pris de symptômes cérébraux, et succomba vers le milieu du second jour qui suivit l'accident.

Tout donne à penser que, dans ce cas, on eut à faire à cette hernie lombaire, niée par plusieurs auteurs modernes, signalée d'abord par J.-L. Petit, observée depuis par Lassus et Pelletan, et plus récemment encore par M. J. Cloquet; mais on ne peut rien établir de positif sur la manière dont elle s'était formée. N'y avait-il pas eu déchirure de la portion musculaire des parois abdominales, dans une chute d'un lieu si élevé sur des corps aigus et durs; dès-lors, la hernie n'est pas l'accident capital, pas plus qu'elle ne l'est dans les plaies du bas-ventre, lorsque les viscères intestinaux pressés dans tous les sens viennent les traverser pour se montrer à l'extérieur. Cette supposition expliquerait très bien la facilité de réduction; elle rend compte aussi, indépendamment d'autres circonstances, des suites funestes de l'accident. Malheureusement l'autopsie ne put être faite; mais cet écartement des fibres musculaires, constaté après la mort, semble donner du poids à cette opinion, à laquelle, du reste, M. Decaisne ne s'est point arrêté.

OBSERVATION DE LIGATURE DE L'ARTÈRE ILIAQUE EXTERNE; par M. BULCKRENS.

OBS. — Cette opération a été faite pour une blessure de l'artère crurale, à quelques lignes au-dessous de l'arcade de Fallope, résultant d'un coup de pointe porté dans cette région; il y eut plusieurs hémorragies primitives et consécutives; enfin, on se décida à lier l'iliaque externe. Ce fut au procédé de Bogros qu'on donna la préférence; c'est-à-dire qu'on incisa de manière à découvrir le fascia transversalis, à le dilater au passage du cordon spermatique, et à mettre à nu l'artère épigastrique; les lames celluleuses et les ganglions lymphatiques qui entourent l'iliaque externe furent écartés, et le vaisseau, isolé au moyen de l'aiguille de Deschamps se trouva serré par la ligature, à un pouce au-dessus de l'origine de l'artère épigastrique.

La ligature étant faite, l'aide relâcha la compression qu'il exerçait sur le pubis; il survint alors une hémorragie foudroyante. On pensa d'abord que le fil s'était relâché; une seconde ligature fut placée au-dessus de la première, mais l'hémorragie reparut avec non moins de violence. Jugeant, d'après ces phénomènes, que l'écoulement sanguin devait provenir de la partie antérieure de l'artère crurale, par les larges anastomoses de cette artère avec l'hypogastrique, M. Lutens incisa le sac anévrismal dans une grande étendue, enleva un grand nombre de caillots, et parvint, après beaucoup de tentatives infructueuses, à passer un fil sous l'artère, en comprenant dans la ligature quelques parties molles environnantes. Un nouveau jet de sang saccadé partit dans le fond de la plaie, mais s'arrêta bientôt par quelques lotions d'eau froide.

État satisfaisant pendant deux jours; apparition de quelques plaques gangréneuses sur la jambe; le gros orteil était d'un bleu prononcé; hoquet nerveux; légère agitation vers le troisième jour.

La gangrène s'étendit les jours suivans; le cinquième jour elle était déjà à la partie moyenne de la jambe; elle parut bornée là, quoique quelques plaques gangréneuses fussent disséminées sur tout le membre. Il y avait une amélioration générale. On songeait à amputer la cuisse, lorsque le sixième jour il survint un écoulement considérable de sang rutilant, que la compression directe avec les doigts et les boulettes de charpie enduites de colophane parvinrent à maîtriser.

Les forces baissèrent considérablement à dater de ce jour; le moral s'affecta; la mort survint le huitième jour après l'opération.

On constata à l'autopsie: 1° que l'artère seule était comprise dans la ligature, et qu'un caillot oblitérait sa cavité depuis le point serré par le fil jusqu'à l'iliaque interne; 2° que l'artère crurale avait été blessée à un demi pouce au-dessous de l'arcade de Fallope, immédiatement au-dessous de la naissance des artères épigastriques et circonflexe iliaque, la plaie intéressait la moitié de la circonférence du vaisseau; 3° que la seconde ligature avait été placée au-dessous de la fémorale profonde, de telle sorte qu'entre les deux ligatures existaient la plaie de l'artère et trois origines artérielles.

Des phlyctènes gangréneuses étaient disséminées sur toute l'étendue du membre, tandis que le pied et la moitié de la jambe, complétement gangrenés, passaient en putréfaction.

On pourrait se demander, avec M. Lutens, pourquoi l'on a attendu si longtemps pour pratiquer cette opération, et malgré les raisons tirées de la difficulté du diagnostic, du danger d'une opération si grave par elle-même, etc., on ne saurait s'empêcher de convenir qu'elle n'ait été faite beaucoup trop tard dans le principe. Quant à la seconde ligature, placée au-dessous de la profonde, nous ne pensons pas qu'il y eût à y songer, même immédiatement après l'hémorragie secondaire, comme M. Lutens regrette de ne l'avoir pas fait; ce n'est point, comme il le dit, à l'épanchement de sang dans le tissu cellulaire qu'il faut attribuer la gangrène, mais bien à ce que le rétablissement de la circulation dans le membre inférieur se trouvait privé des ressources précieuses que lui apporte l'anastomose de la circonflexe iliaque, de la musculaire profonde et de toutes ses branches, avec les divisions de l'iliaque interne; l'artère épigastrique ne pouvait servir non plus par ses anastomoses avec la mammaire interne, par la même raison.

Chose remarquable! dans ce cas, il devait y avoir nécessairement des hémorragies consécutives, et sans aucun profit pour le rétablissement de la circulation dans le membre inférieur, puisque le sang, s'il en était amené des ramifications aux branches, et des branches au tronc, devait, en dernière analyse, sortir par la plaie; cela est de toute évidence.

On devait donc 1° pratiquer immédiatement la ligature de l'iliaque externe; 2° lorsque vinrent les hémorragies consécutives, mettre à nu le sac comme on l'a fait; puis, au lieu de serrer au-dessous, mettre le lien au-dessus de la fémorale profonde, c'était là que, rationnellement, devait se placer la seconde ligature; elle aurait donné plus de chances contre l'hémorragie, et plus de sûreté aussi contre le développement de la gangrène.

DE LA COMPRESSION CONTRE LES TUMEURS BLANCHES DES PARTIES DURES; par M. DELAVACHERIE.

L'auteur expose dans ce mémoire les succès qu'il a obtenus en exerçant la compression sur des articulations dont les têtes osseuses étaient malades. Il est parvenu, dit-il, à amener la résolution d'os tuméfiés et cariés, par une compression convenable exercée au moyen du bandage amidonné de M. Seutin d'abord, puis à l'aide de bandelettes d'emplâtre agglutinatif.

Ce n'est point chose nouvelle, l'auteur en convient lui-même, de se servir de lanières emplastiques pour entourer des articulations tuméfiées et même abcédées; mais personne n'avait songé à pouvoir guérir à l'aide d'une compression exercée d'une certaine manière, des tumeurs blanches des parties dures parvenues au degré le plus avancé.

Le procédé de compression décrit par M. Delavacherie ne diffère pas de celui qui est généralement suivi, avec cette différence qu'il ne place le bandage roulé sur le pied et la jambe qu'après l'application des bandelettes.

Ce moyen a été employé dans treize cas dont l'histoire est rapportée avec détail. Sur ce nombre il a obtenu:

1° Six guérisons parfaites de tumeurs blanches, parvenues au degré réputé incurable.

2° Une amélioration telle dans deux autres cas qu'il ne doute pas que la guérison ne soit complète très prochainement.

3° Un amendement assez notable chez trois autres malades.

4° Enfin, chez un dernier malade, l'amélioration a été assez sensible pour espérer une guérison, en persévérant longtemps encore dans l'emploi de la compression.

Il est évident qu'on peut conclure de ces faits avec M. Delavacherie, que les arthrocaces, à une période même avancée, sont encore accessibles aux moyens thérapeutiques; que la compression, lorsque la forme de la partie le permet, est le moyen par excellence, sinon pour les guérir toutes, au moins pour enrayer leur marche. Quant à cette autre conclusion plus spéciale, à savoir: que les arthrocaces des parties dures et la carie de certains os spongieux peuvent céder à la compression et guérir aussi bien que les arthrocaces des parties molles et les ulcères simples, nous demanderons à l'auteur quelque temps encore, un plus grand nombre de faits pour l'adopter pleinement; non pas que nous mettions en doute les faits qu'il invoque; mais nous pourrions différer d'opinion au sujet de leur interprétation.

VI. ENCYCLOGRAPHIE DES SCIENCES MÉDICALES.

Les cahiers de janvier et février 1839 contiennent les articles originaux suivans: 1° *Deux observations des maladies de l'ovaire;* par M. Seutin (la première offre l'exemple d'une communication de l'ovaire gauche hypertrophié et renfermant du tissu osseux, avec la vessie qui contenait des calculs urinaires dont l'un renfermait une dent; la seconde observation est relative à une tumeur squirrheuse de l'ovaire qui mettait obstacle à l'accouchement; il y avait en même temps un rétrécissement des deux détroits pelviens; on fut obligé de pratiquer l'opération césarienne; la malade succomba); 2° *Notice topographique et statistique sur le grand hospice de l'infirmerie de Bruxelles;* par M. Marinus; 3° *Emploi*

du nitrate acide de mercure dans le charbon; par M. C. Cleimx; 4° *Considérations sur les races humaines* par M. Meisser; 5° *Croup sur-aigu, suivi de rougeole, guéri par l'emploi du bicarbonate de soude à haute dose;* par M. Mouremans; 6° *De la fièvre typhoïde et de son traitement;* par M. Gouzée; 7° *Du céphalæmatôme;* par M. Verhaége; 8° *Opération césarienne pratiquée avec succès pour la mère et l'enfant* (le diamètre antéro-postérieur du bassin au détroit supérieur n'avait que deux pouces; le quarantième jour la guérison était complète); 9° *Observation d'une péricardite sur-aiguë guérie par les antiphlogistiques et les frictions mercurielles;* par M. Luyckx; 10° *Lettre sur la thérapeutique des granulations palpébrales;* par M. Florent Cunier.

CROUP SUR-AIGU, SUIVI DE ROUGEOLE, GUÉRI PAR L'EMPLOI DU BI-CARBONATE DE SOUDE A HAUTE DOSE; par le docteur MOUREMANS.

Nous rapportons cette observation telle qu'elle est donnée par l'auteur, mais non sans éprouver quelque doute sur l'exactitude du diagnostic qui a été porté dans ce cas. On concevra le doute que nous exprimons ici quand on se rappellera combien sont suspects les cas de croup qui précèdent le développement des exanthèmes cutanés; cependant comme trois jours se sont écoulés entre la disparition des symptômes de croup et l'apparition de l'efflorescence rubiétant, et comme il paraît difficile de ne pas reconnaître l'action rapide du médicament employé, le fait offre un intérêt réel.

OBS. — X., âgé de 2 ans, et qui avait toujours été bien portant, toussait depuis deux jours, et, au rapport de sa mère, avait un peu de fièvre depuis le même temps, quand, le 20 mai 1838, au moment où il jouait dans une cour humide, il fut pris à trois heures du soir d'une suffocation imminente précédée de frissons. Arrivé auprès de lui à six heures, je le trouvai dans l'état suivant :

Dyspnée extrême avec respiration sifflante qu'on entend à une grande distance hors de l'appartement; toux rauque, sourde, grave et étouffée, revenant par quintes rapprochées et semblables à l'aboiement d'un gros vieux chien de basse-cour; voix de même nature presque éteinte; inspiration très sifflante. L'enfant porte fréquemment les mains au col qui est gonflé comme pour en arracher quelque chose. Face tuméfiée, vultueuse; lors des accès, yeux brillans, expectoration de quelques glaires filantes, mêlées de flocons crémeux. A chaque accès, le petit malade s'élance hors de son berceau avec anxiété. Inspirations fréquentes; pouls 160. Pendant les courtes rémissions, bruit tracheal tellement fort qu'il couvre le bruit vésiculaire. La muqueuse pharyngienne est rouge; les amygdales et la luette gonflées sont semées de plaques blanches, grisâtres qui vont en augmentant vers l'isthme du gosier. Ces symptômes augmentent encore avec tant d'intensité pendant le temps que je reste près de lui que je craignis de le voir succomber dans la soirée. (2 scrupules de bi-carbonate de soude seront mis dans quatre onces d'eau de lacté avec une once de sirop de mûres, et le malade en prendra une cuillerée à café toutes les cinq minutes. Sinapismes aux jambes, lavement purgatif toutes les heures.)

Au bout de deux heures, le malade avait expulsé des lambeaux de fausses membranes, et en avait paru soulagé; le pouls est moins dur, mais toujours accéléré; les quintes sont moins fréquentes; mais la toux conserve toujours le même caractère; le sifflement laryngo-trachéal persiste toujours.

Trois heures plus tard, le malade est beaucoup mieux; il a expulsé plusieurs lambeaux de fausses membranes; l'anxiété est moindre; les accès de toux ont diminué d'intensité et de fréquence; il y a eu deux selles moulées et une liquide. Le sifflement laryngo-trachéal persiste toujours; pouls 120. (Renouveler la potion, et la donner par cuillerées à café d'heure en heure.)

Le lendemain matin, le petit malade était dans un état satisfaisant, et il avait passé une bonne nuit; la toux ne revenant plus par quintes, la voix était encore un peu peu croupale, l'aphonie avait disparu, le pouls donnait 100. Le col était dégonflé, le sifflement laryngo-trachéal avait diminué notablement et la muqueuse de l'arrière-bouche est rouge, sans points blancs ni plaques couenneuses. L'enfant était gai; on suspend la seconde potion dont plus de la moitié avait été prise. Le petit malade n'avait pas voulu prendre d'autre boisson pendant la durée de l'acuité de la maladie.

Les deux jours suivans, l'enfant reprend ses habitudes, mais continue de tousser un peu.

Le lendemain, il est plus abattu dans la matinée. Il y a de la fièvre avec coryza, éternuement et vomissemens. Le soir, on voit de petites taches d'un rouge vermeil sur le visage, le col et la poitrine; et trente-six heures après, elles étaient lenticulaire, séparées par des intervalles non colorés; c'était la rougeole.

Au bout de quelques jours, le petit malade était entièrement rétabli.

VII. ANNALES D'OCULISTIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE, par FLORENT CUNIER et H. SCHŒNFELD.

DE QUELQUES CAS REMARQUABLES D'ABSENCE COMPLÈTE DE L'UTÉRUS; par M. AD. BURGGRAEVE, professeur d'anatomie à l'université de Gand.

L'auteur rapporte deux cas d'absence de l'utérus observés par lui.

OBS. I. — L'un est relatif à une femme chez laquelle la vulve n'avait point d'orifice vaginal; le méat urinaire placé au centre de cette dernière, et dont le contour avait été déchiré dans l'acte de la copulation, permettait facilement l'introduction du doigt dans une poche à parois molles et membraneuses qu'il fut facile de reconnaître pour la vessie. Le cathéter introduit d'une part dans cette poche, et de l'autre le doigt dans le rectum, firent reconnaître qu'il n'existait aucun organe entre l'intestin et la vessie; que ces derniers étaient dans un rapport immédiat, ainsi que cela existe chez l'homme.

OBS. II. — Dans le second cas, l'absence de la matrice fut constatée par l'autopsie chez une femme, âgée de 23 ans, qui mourut à l'hôpital civil de Gand des suites d'une arachnoïdite. Cette femme d'une constitution forte et pléthorique, avait les mamelles très développées, le bassin large, les parties sexuelles ombragées d'un poil fort et abondant. La vulve ne présentait également qu'un méat très évasé, à contour inégal et garni de nombreuses caroncules myrtiformes. Ce méat donnait immédiatement entrée dans la vessie, et les rapports de cette dernière avec le rectum étaient les mêmes que dans l'observation précédente. Les urétères, au lieu de descendre vers la base du trigone vésical, s'ouvraient immédiatement en dedans et sur le côté du méat urinaire, de manière que la vessie était située en arrière de ces conduits. Autour de l'orifice des urétères, on remarquait des sphincters susceptibles de resserrer ces orifices et de s'opposer ainsi à l'écoulement immédiat des urines; au-delà de ces sphincters les urétères étaient fortement évasés, et leur dilatation s'étendait jusqu'aux reins, de manière que pendant la vie ces conduits ont pu faire l'office de poches de dépôt. L'appareil génital se composait de deux ovaires régulièrement conformés, placés dans un repli du péritoine, et contenant des œufs nombreux, dont plusieurs étaient à l'état hydatique. Dans le même repli péritonéal et immédiatement au-devant des ovaires étaient les trompes de Fallope; celles-ci n'avaient point de canal, et étaient enveloppées d'une couche épaisse de tissu érectile. Ces trompes se réunissaient derrière la vessie, sans communiquer entre elles.

Parmi les autres particularités organiques observées chez cette femme, il faut noter l'absence congénitale du voile du palais; l'isthme du gosier était limité en haut par le bord libre des os palatins, sur lequel le tégument pituitaire et buccal se réfléchissait directement vers la langue et le pharynx pour former les piliers.

L'hémisphère cérébelleux gauche était plus petit que le droit.

Le sujet de cette observation remarquable n'avait jamais été réglé et avait manifesté des appétits vénériens assez prononcés.

Ce fait est d'un haut intérêt pour l'histoire des anomalies du corps humain.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 1er AVRIL.

RECHERCHES SUR LA PHLORIZINE; PAR M. STAS.

M. Robiquet lit, en son nom et en celui de MM. Dumas et Pelouze, un rapport très favorable sur le mémoire de M. Stas. En 1835, cet auteur présenta à l'Académie de Bruxelles un travail qu'il avait fait en commun avec M. Koninck sur la phlorizine, substance retirée de l'écorce des racines de pommiers: les caractères qui la distinguent sont d'être blanche, cristallisable, d'une saveur douceâtre, avec arrière goût amer, peu soluble dans l'eau froide, très soluble dans ce liquide bouillant, ainsi que dans l'alcool et l'esprit de bois, se dissolvant à peine dans l'éther, ne produisant aucun changement dans les couleurs végétales, et ne contenant pas d'azote.

M. Stas a repris l'étude de ce corps, et est arrivé aux résultats les plus curieux : il a reconnu que la chaleur enlève à la phlorizine son eau de cristallisation : la plupart des acides la transforment en sucre de raisin et en une nouvelle substance blanche sucrée, cristallisant en lames, soluble dans l'alcool, l'acide acétique, les alcalis, mais ne se dissolvant dans l'eau qu'en faible proportion : c'est la *phlorétine*.

L'acide nitrique agit d'abord sur la phlorizine comme les autres acides; mais bientôt il la transforme en un produit nouveau, l'acide phlorétique.

Sous l'influence de l'ammoniaque, de l'oxigène et de l'humidité, la phlorizine se change en une matière colorante azotée, phénomène déjà observé dans l'orsine, par M. Robiquet; et dans l'érythrine et la pseudo-érythrine, par M. Heeren; on sait, en effet, que ces matières, extraites des *lichens parellus et roccella*, d'incolores qu'elles sont naturellement, deviennent colorées dans les conditions que nous venons d'indiquer.

La nouvelle matière colorante ou phlorizéine peut d'ailleurs être regardée comme un véritable sel ammoniacal; car la formule doublée de la phlorizine, augmentée de trois équivalens d'ammoniaque et de quatorze d'oxigène devient celle de la phlorizéine.

Le principal mérite du travail de M. Stas est d'avoir fourni un nouvel exemple des productions de certaines matières colorantes et de l'introduction de l'azote dans les végétaux; peut-être aussi la transformation de la phlorizine en sucre de raisin par les acides indique-t-elle le mode d'apparition de la matière sucrée dans les fruits. La commission propose et l'Académie adopte l'insertion dans le recueil des savans étrangers.

MÉMOIRE DE M. PIRIA SUR LA SALICINE ET LES PRODUITS QUI EN DÉRIVENT.

M. Dumas donne lecture d'un rapport sur ce travail de M. Piria: les principaux faits découverts par ce chimiste sont la transformation de la salicine,

sous l'influence oxidante d'un mélange de bichromate de potasse et d'acide sulfurique étendu, en divers produits parmi lesquels se trouve une huile volatile qui joue le rôle d'un hydrocide ou d'un hydrure : cette huile renferme un radical analogue au benzoyle, mais qui s'en distingue par plusieurs propriétés : ainsi, l'hydrure de benzoyle s'oxide à l'air et se change en acide benzoïque, celui de salicyle est inaltérable : le chlorure du premier forme, avec les alcalis, un chlorure métallique et un benzoate; celui du second s'unit avec eux sans se décomposer : les oxides métalliques restent sans action sur l'hydrure de benzoyle : ils s'unissent à l'hydrure de salicyle et constituent des salicylures solubles, cristallisables comme ceux de potassium ou de barium, ou insolubles comme celui de cuivre, etc. On se rappelle d'ailleurs que M. Dumas a montré que l'hydrure de salicyle a la même composition que l'huile volatile acide de *spiræa ulmaria*, découverte par M. Pagenstecher, pharmacien à Berne; une autre observation qui n'est pas moins remarquable, c'est que l'hydrure de salicile est isomère avec l'acide benzoïque; ils ont la même composition; la densité de leurs vapeurs n'offre aucune différence; enfin, leurs combinaisons avec les bases sont composées de la même proportion d'élémens; et cependant quelle opposition dans leurs propriétés! Le rapport conclut à l'insertion dans les mémoires des savans étrangers. La proposition est adoptée.

RECOMPOSITION DE L'EAU.

M. Croves est parvenu à obtenir la recomposition de l'eau au moyen d'un appareil très simple : on prend deux petites cloches, dans chacune desquelles on introduit une lame de platine; puis on fait passer du gaz oxigène dans l'une d'elles et du gaz hydrogène dans l'autre; les deux cloches étant placées dans de l'eau acidulée, on fait communiquer la lame de platine de la cloche où se trouve l'oxigène avec le zinc d'un couple voltaïque, et celle de l'autre cloche avec le cuivre de ce même couple; bientôt on voit l'eau s'élever rapidement et deux fois plus vite du côté de l'hydrogène : l'eau a donc été reproduite, ce qui ne peut avoir lieu que par une série de décompositions et de recompositions successives. Ainsi la tendance du platine à déterminer la combinaison des gaz des cloches s'est trouvée accrue par l'influence du courant provenant du couple et dirigé dans le même sens que celui qui résulterait de la combinaison lente des gaz primitivement employés. Cette curieuse expérience, communiquée à l'Académie par M. Becquerel, avait été jusqu'ici tentée sans succès.

NOUVEL APPAREIL ÉLECTRO-MAGNÉTIQUE.

Nous avons fait connaître, dans l'un de nos derniers numéros, un appareil électro-magnétique imaginé par M. Neef (de Francfort), d'une construction fort ingénieuse : celui que M. Breton a offert aujourd'hui à l'Académie nous semble mériter la préférence par sa simplicité et son énergie : il se compose d'un seul couple voltaïque; ce couple est formé par une lame de coivre roulée sur elle-même; la spire extérieure est un peu plus haute que les autres, et porte un fond soudé à l'étain; la partie centrale de cette sorte de boîte est libre et reçoit la lame de zinc, également roulée et renfermée dans un petit sac de grosse toile, d'un tissu très serré; à cette lame de zinc est soudée, comme à l'ordinaire, une tige de cuivre; on charge cette pile en introduisant en dedans du sac une solution de sulfate de zinc ou de chlorure de sodium, et, en dehors, une solution de sulfate de cuivre; bien entendu que l'action sera plus durable, si l'on se sert d'eau et qu'on emploie les sels sous forme solide; le volume de ce couple est assez petit pour qu'il puisse être mis dans la poche. Les deux pôles communiquent avec une hélice d'une construction particulière, mais déjà connue; cette hélice est constituée par deux fils de cuivre revêtus de soie; l'un, placé en dedans, est gros et court; l'autre, roulé en dehors du premier, est fin et long. C'est avec le gros fil que la pile communique, par l'intermédiaire d'un appareil à rotation ordinaire, destiné à interrompre le courant à des intervalles plus ou moins répétés. On sait que cet appareil se compose d'un aimant en fer à cheval, entre les pôles duquel est placé un morceau de fer doux mobile autour de son centre, et recouvert lui-même de spires de fil de cuivre enroulé de soie; le courant de la pile peut être conduit dans ces spires de manière à aimanter par induction le fer doux, qui est ainsi attiré ou repoussé par les pôles de l'aimant fixe, suivant le sens du courant qui parcourt son fil de cuivre; et comme le sens de ce courant, d'après les dispositions connues de ce genre d'appareil, change à chaque fois que le fer doux passe entre les pôles de l'aimant, l'attraction se métamorphose alors en répulsion et la répulsion en attraction; de là rotation non interrompue et très rapide de ce fer doux : à chaque changement de sens du courant, il y a interruption momentanée, étincelles au point d'interruption, et secousses pour la personne qui est en communication avec le fil fin de la bobine; en effet sous l'influence du courant qui se meut dans le gros fil, un courant inverse se montre dans le fil fin : l'interruption du premier est suivie de l'apparition, dans le second, du courant direct : le retour du courant dans le gros fil ramène le courant inverse dans le fil fin, et ainsi de suite. Chaque établissement et chaque interruption du courant dans le gros fil amène donc, en dernière analyse, des phénomènes correspondans dans le fil fin, lesquels se traduisent en secousses des plus violentes pour celui qui tient les cylindres qui terminent ce dernier fil; on peut arrêter à volonté la communication de la pile avec le fer doux, et par suite, tous les effets de l'instrument, en tirant un petit verron de cuivre; l'appareil est renfermé dans une boîte qui n'a guère plus de huit à neuf pouces de hauteur et de longueur sur cinq de largeur.

CONVERSION DE LA FIBRINE EN ALBUMINE.

M. Denis, de Commercy, avait annoncé la possibilité d'opérer la transformation de la fibrine en albumine, au moyen d'une solution saline composée à peu près comme le sérum du sang : cette expérience remarquable fut tentée par plusieurs chimistes, qui ne purent pas réussir à la reproduire; c'est à l'occasion de ces tentatives infructueuses que M. Denis adresse à l'Académie une note qui est présentée par M. Dumas, et qui renferme l'exposé des précautions auxquelles il faut satisfaire pour obtenir un plein succès. L'auteur commence par rappeler la composition que, d'après ses propres recherches, il a assignée au sérum du sang; sur mille parties, ce liquide renferme dix parties de sels à base de soude, de chaux, de potasse, de magnésie, etc. En partant de cette donnée, M. Denis conseille de prendre une solution composée ainsi qu'il suit :

Eau	580 parties;
Soude caustique	0,7
Sulfate de potasse	0,8
Sulfate de soude	30,8
Phosphate de soude	0.4
Chlorure de sodium	40

Dans ce sérum artificiel, la soude caustique est destinée à remplacer les trois alcalis libres, soude, chaux et magnésie, du sérum naturel : sur les 30, 8 p. de sulfate de soude, 30 p. tiennent lieu des sels à acides gras, dont la nature n'est pas assez bien connue pour pouvoir les mettre en nature; enfin le phosphate de chaux existant dans la fibrine, il est inutile d'en ajouter; la fibrine sera fraîche, et entrera pour la proportion de 400 p., ce qui en représente 80 à l'état sec. Après un séjour assez court de la fibrine dans le liquide composé comme il vient d'être dit, elle se gonfle, forme peu à peu une masse épaisse, comme gélatineuse : au bout d'un, deux ou trois jours au plus, le tout est converti en un liquide susceptible d'être filtré, et semblable en tout au sérum, à l'exception des principes colorans et gras, neutres ou acides; ou mieux encore, la solution obtenue paraît identique avec le blanc d'œuf de même pesanteur spécifique : à + 74° il se coagule; l'alcool se précipite : l'acide acétique reste sans action sur lui; étendu de sept à huit fois son poids d'eau, il donne avec les acides minéraux un précipité de fibrine, ou d'albumine moléculaire qui se dépose en flocons fins, précipité soluble dans l'acide acétique et les solutions de sels neutres, etc.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 9 AVRIL.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Une lettre du ministre qui annonce que le cow-pox a été retrouvé à Rouen.

2° Idem de M. Charrière, qui adresse à l'Académie un nouveau compresseur pour suspendre le cours du sang dans les artères. (Commissaires : MM. Renoult et Velpeau.)

3° Idem de M. Boucher, au sujet de l'épidémie qui règne à l'hôpital militaire de Versailles.

M. Boucher fait connaître de nouveau que cette épidémie, que l'on a désignée sous le nom de *méningite cérébro-spinale*, est à son déclin. Sur 100 malades qui en ont été atteints, 36 sont morts. Il est à remarquer qu'elle n'a guère sévi que sur les recrues appartenant toujours au même régiment (le 18e léger). Dans cet intervalle, deux compagnies ont été envoyées à Chartres pour faire le service de la ville; peu de jours après leur arrivée, 2 hommes sont morts à l'hôpital, de cette même maladie, en moins de trente heures.

Du reste, l'état sanitaire de la ville de Versailles a continué d'être très satisfaisant.

OPÉRATION CÉSARIENNE.

M. Dubois communique les détails d'une opération césarienne qu'il a pratiquée récemment à la clinique d'accouchement.

Obs. — Une pauvre fille enceinte, âgée de 23 ans, nous fut amenée par sa mère le 24 janvier dernier. Elle était remarquable par la petitesse de sa taille, l'exiguité de ses membres, et le volume disproportionné de sa tête. La déformation et l'arrêt de développement qui avaient spécialement porté sur les membres et le bassin nous firent tout d'abord porter un pronostic défavorable sur l'accouchement, dont le terme ne devait pas être éloigné, s'il fallait s'en rapporter aux indications fournies par la mère et la fille. Voici quels renseignemens nous furent donnés : née de parens sains et bien constitués, ayant plusieurs frères ou sœurs bien conformés, cette fille fut allaitée par sa mère. Il paraîtrait que sa naissance fut très difficile, ce qu'il faudrait attribuer à un développement trop considérable de la tête, au dire du médecin qui fit l'accouchement. Sevrée à treize ou quatorze mois, elle ne tarda pas à marcher; son développement se fit d'une manière normale jusqu'à l'âge de 9 ans; alors elle était bien conformée, du moins les renseignemens pris sur ce point n'ont rien indiqué qui se rattachât à une lésion du système osseux. Ce fut à cette époque, qu'à la suite d'une affection charbonneuse qui envahit la région lombaire, de vastes escarres formées dans cette région mirent les os à nu; plusieurs esquilles se détachèrent des portions lombaire et sacrée de la colonne vertébrale. Faut-il rapporter à cette époque le développement de l'affection du système osseux, qui l'empêcha plus tard de prendre de l'accroissement, si bien qu'à treize ou quatorze ans cette fille n'avait que trois pieds trois pouces de hauteur.

Alors elle fut cédée par sa mère à un homme qui la montra dans les foires comme un *phénomène*. Dans ces derniers temps, cette malheureuse devint enceinte; le commencement de sa grossesse serait remonté, suivant elle, au 10 ou 15 mai dernier. Quelques douleurs légères ressenties peu après son entrée à la clinique, un léger écoulement de sang par la vulve, donnèrent à penser que ses calculs étaient fondés, et qu'en effet elle accoucherait bientôt.

Alors j'examinai le bassin, à l'aide du doigt et d'une sonde graduée, introduits dans le vagin, et du compas d'épaisseur, et j'arrivai à établir que le diamètre sacro-pubien n'avait guère que deux pouces et trois ou quatre lignes. (Plus tard, je reconnus dans cette évaluation une légère erreur d'une à deux lignes.)

L'arrêt de développement du bassin ne fut plus pour moi un sujet de doute, et les conséquences fâcheuses que cette étroitesse extrême du détroit supérieur aurait pour l'accouchement se présentèrent dès-lors à mon esprit; il n'y avait qu'une chose à faire : c'était de pratiquer l'opération césarienne en temps opportun. Il se passa près de deux mois, sans que le travail s'établit; l'erreur du calcul de la malade ne fut pas douteuse; car c'est le 28 mars seulement, dans la soirée, que les douleurs apparurent. Il fut décidé qu'on pratiquerait l'opération césarienne le lendemain, vers deux ou trois heures de l'après-midi.

Dans cet intervalle, le travail marcha naturellement; les douleurs devinrent plus intenses; l'orifice utérin se dilata suffisamment pour qu'on pût espérer un écoulement facile des liquides par cette ouverture après l'opération. Faisant alors un nouvel examen, soit du bassin, soit des rapports de la matrice avec les parois abdominales, je fus frappé, dit M. Dubois, de cette particularité : il existait entre la paroi antérieure de l'utérus et les muscles abdominaux une couche molle, facilement dépressible, que la percussion, en donnant un son clair, que l'auscultation, en faisant percevoir un gargouillement marqué, me firent regarder comme formée par quelques circonvolutions intestinales; cette disposition, qui se rencontra en effet, compliqua le manuel opératoire.

La compression des parois abdominales, préalablement faite, ne put changer ce rapport; on vida la vessie par le cathétérisme, avant l'opération.

J'avais fait choix de la méthode qui consiste à inciser sur la ligne blanche, parallèlement à sa direction; je coupai donc avec précaution à partir de l'ombilic jusqu'au dessus du pubis, les sections étaient ménagées et faites couches par couches; le péritoine fut ponctionné, puis l'incision agrandie; mais des portions d'intestins grêles sortirent immédiatement sans qu'on pût les faire rentrer. Les manipulations que nécessitèrent ces tentatives de réduction amenèrent des efforts de vomissemens qui repoussaient au dehors une quantité plus grande encore d'anses intestinales. L'utérus n'était donc pas convenablement à découvert; il fallut, pour l'inciser, agrandir l'incision par en haut; elle dépassa l'ombilic. Alors la matrice put être ouverte parallèlement à la plaie des parties molles. Un jet de sang assez abondant suivit immédiatement cette section; cela nous fit soupçonner la présence du placenta dans ce point; les membranes qui s'étaient déjà rompues avant l'opération, le furent de nouveau après l'incision; le reste des eaux s'écoula. L'enfant, saisi par les extrémités pelviennes mises à découvert, fut rapidement amené au dehors; il était vivace, fort, et jeta quelques cris. La délivrance, pratiquée peu après l'extraction de l'enfant, ne donna pas non plus de difficulté. Je fis immédiatement la délivrance, dit M. Dubois, afin de prévenir cette rétraction prompte de la plaie qui a été indiquée par plusieurs auteurs comme pouvant former plus tard un obstacle à la sortie du placenta.

La suture, qui fut à la fois entrecoupée et entortillée, ne se fit pas sans peine, car j'eus à lutter contre la protrusion incessante des intestins, augmentée encore par les efforts des vomissemens; le rapprochement dut être exactement fait pour prévenir une nouvelle hernie, aussi les points de suture furent nombreux.

A la fin de l'opération la malade était considérablement affaiblie, elle avait même éprouvé une demi-syncope. Cependant, une fois transportée au lit, la chaleur et le pouls se développèrent, la face se colora, tout annonçait, du côté de l'état général, des conditions favorables.

Dans le cas dont il s'agit, dit M. Dubois, il y a donc eu une disposition exceptionnelle, qui doit être regardée comme complication, soit de l'opération, soit de ses suites, je veux parler de ce rapport anormal des intestins. Dans les circonstances ordinaires la paroi antérieure de l'utérus touche immédiatement la paroi abdominale. Une fois ces deux parties incisées, il est facile à un aide, par une légère pression, de rapprocher la seconde de la première de ces deux surfaces; l'air ne séjourne pas dans cet intervalle, le sang qui s'écoule de l'utérus n'a aucune tendance à s'y accumuler. Puis, après l'opération, les intestins vont se remettre derrière l'utérus dans la position qu'ils occupaient normalement, s'ils l'ont quittée un instant, ce qui n'arrive que rarement. Chez cette femme le parallélisme des deux plaies n'a donc pas été conservé, on pouvait dès-lors prévoir des inconvéniens et des dangers qu'il fut impossible d'éviter.

Après l'opération, il y avait à calmer les efforts de vomissemens, c'est dans ce but que j'administrai les boissons acidulées, froides et même glacées. Les narcotiques à hautes doses furent donnés ensuite, afin de lutter contre cette impression profonde qu'avait ressentie le système nerveux, ils furent bien supportés.

Il se développa de la tension, du gonflement, puis de la douleur du côté du ventre; on combattit ces accidens inflammatoires avec une énergie proportionnée à la force de l'individu; malgré ces soins, les symptômes allèrent en s'aggravant; la mort survint quarante heures après l'opération.

Nous constatâmes à l'autopsie, que la plaie antérieure était en grande partie et assez solidement réunie; derrière elle, les intestins grêles offraient une coloration rosée manifeste, due plutôt au contact et à l'imbibition du sang qu'à un travail inflammatoire. Les anses intestinales offraient déjà des traces d'adhésion soit entre elles soit avec l'utérus et les parois abdominales. Un peu de sang s'était épanché en bas au-devant de l'utérus dans un point où le contact immédiat avec les intestins n'avait pas lieu. Du reste les adhérences étaient fort molles, encore gélatino-albumineuses.

L'enfant, du sexe féminin, bien vivace, comme je l'ai dit, pesait cinq livres et quart; il avait seize pouces six lignes de longueur. Son diamètre occipito-frontal était de quatre pouces trois lignes; l'occipito mentonnier de quatre pouces dix lignes. Le premier était donc un peu plus étendu que d'habitude. Le bi-pariétal donna trois pouces dix lignes, c'est-à-dire six lignes de plus qu'un enfant bien conformé et pesant au-delà de six livres.

L'enfant avait donc, comme sa mère, une tête fort développée, relativement au reste du corps; présentera-t-il comme elle d'autres anomalies ? Quoi qu'il en soit, dit M. Dubois, ce fait devra rester à cause des complications qu'il a présentées, et en second lieu à cause du rapport remarquable d'organisation qui existait entre la mère et l'enfant.

J'aurai plus tard, dit-il en finissant, à ajouter une autre observation à ce fait remarquable; je me réserve à cette occasion d'y joindre des considérations plus étendues.

TRAITEMENT DE L'AFFECTION CALCULEUSE PAR LES EAUX DE VICHY.

M. Bérard lit un rapport demandé par le ministre de l'intérieur sur plusieurs mémoires de M. Ch. Petit, médecin-adjoint des eaux de Vichy. (Commissaires : MM. Husson, Henry, Brichetcau, Blandin et Bérard.)

Il est question dans ces mémoires du traitement de l'affection calculeuse et de la goutte par l'usage des eaux de Vichy en bains ou en boisson. M. le rapporteur n'avait à s'occuper que de l'action de ces eaux minérales sur les calculs vésicaux.

Après avoir passé en revue les expériences et les faits apportés par M. Petit, en y rattachant quelques expériences récemment tentées sous les yeux de la commission, M. le rapporteur arrive à cette première conclusion qu'on ne possède pas encore un seul cas bien avéré de destruction complète d'un calcul par les eaux de Vichy, administrées en boisson ou en bain; que les expériences tentées même sur des calculs hors de la vessie, n'ont pas donné une dissolution complète, il est vrai de dire que le temps d'immersion n'a pas dépassé six semaines; mais, ajoute M. Bérard, l'action dissolvante de ce liquide sur les calculs est attestée par la diminution du volume, du poids, et l'altération qu'éprouve leur surface. Les élémens qui ont été ainsi enlevés sont, les uns, dissous, l'acide urique et les sels qu'il constitue, les autres simplement dissociés, cela s'applique surtout aux oxalates; le mucus est attaqué, et les élémens qu'il rapproche sont dissociés : on les retrouve dans la liqueur où se faisait l'immersion. Chez plusieurs malades il y a eu disparition complète des symptômes, cela donne à regretter que le cathétérisme n'ait pas été pratiqué constamment avant et après le traitement.

Quant aux objections tirées de l'existence de désordres graves dans les voies urinaires et de la formation de la gravelle secondaire, M. le rapporteur ne pense pas que cela doive fonder une contr'indication à l'emploi des eaux de Vichy, puisqu'au contraire leur usage a fort souvent amélioré notablement les altérations développées dans l'appareil urinaire, que jamais il n'a déterminé d'accidens fâcheux de ce côté-là; et qu'au moins s'il ne guérit pas l'affection calculeuse, il a plusieurs fois amené une amélioration remarquable dans la santé générale. La formation de gravelle secondaire par le dépôt des fragmens séparés par le menstrue n'ayant pas été prouvée, M. le rapporteur ne pense pas que rien doive porter à la redouter, il arrive aux conclusions générales suivantes :

1° Les concrétions urinaires, quelle que soit leur nature, sont constamment attaquées par l'urine rendue alcaline par l'usage en bains et en boissons des eaux de Vichy.

2° Il n'est pas prouvé que de vrais calculs aient été entièrement dissous.

3° La guérison par ce moyen n'est pas impossible; elle est même probable.

4° C'est à l'expérimentation seule à juger ultérieurement cette question.

5° Il n'y a aucun danger à tenter cette expérimentation.

6° En conséquence, la commission pense qu'il n'y a pas d'inconvénient et qu'il ne peut en résulter, au contraire, que des avantages, à envoyer aux eaux de Vichy, ainsi que l'a demandé M. Petit, des calculeux indigens, aux frais de l'administration des hôpitaux.

M. Gerdy fait observer que, si l'action des eaux rend les calculs plus friables, en supposant qu'elle ne les dissolve pas entièrement, il en résultera, par cela même que le broiement en sera plus facile.

M. Dubois (d'Amiens) demande si, par l'examen des concrétions rendues par les urines, on a pu arriver à déterminer quels calculs avaient été attaqués, et à quel degré; et si, pour l'avenir, on ne pourrait pas, en consultant cette donnée, administrer le traitement avec un espoir de succès plus ou moins fondé, suivant les cas.

M. Bérard : Tous les calculs ont été attaqués, sans exception, mais ils l'ont été à divers degrés.

M. Chevallier : Les calculs d'oxalate de chaux pur n'éprouvent qu'une altération insensible; mais, si du phosphate de chaux, de l'acide urique, ou des urates s'y trouvent mêlés, le calcul est attaqué alors; il est désorganisé et tombe souvent en débris. Les couches d'acide urique les moins denses et les plus solubles disparaissent les premières; il en résulte des gouttières à la surface du calcul.

Plusieurs membres font remarquer successivement que toutes les eaux minérales qui renferment des carbonates ou des bi carbonates de soude, en certaines proportions, doivent avoir et ont, en effet, la même action; il aurait été à désirer dès-lors que cela fût consigné dans le rapport, afin de prévenir des réclamations ultérieures de la part des médecins d'autres localités.

M. Roux rappelle à ce sujet que plusieurs faits analogues à ceux rapportés par M. Petit se trouvent consignés dans un travail de M. Brera, de Venise, sur lequel il fut appelé à faire un rapport l'année dernière.

M. Bouillaud regrette qu'on n'ait pas expérimenté les injections d'eau de Vichy dans les vessies renfermant des calculs; ce serait, suivant lui, une expérience intéressante à faire.

Les conclusions de la commission sont adoptées.

M. Bouvier lit un mémoire dans lequel il tend à réfuter l'opinion de Gall, qui avait établi un rapport direct entre le développement des facultés qu'il appelait supérieures, et celui des parties antérieure et supérieure du crâne.

DISTINCTION DES NERFS DU SENTIMENT ET DU MOUVEMENT.

M. Noxat lit un travail dans lequel sont exposés les principaux résultats de ses expériences sur le système nerveux. Il arrive à cette conclusion que, si les racines nerveuses ont des fonctions de sensibilité et de motilité isolées, il n'en est pas de même des cordons de la moëlle auxquels elles donnent naissance. Si les cordons postérieurs seuls sont sensibles aux diverses irritations, les cordons antérieurs ne l'étant pas, on ne saurait dépouiller ces derniers de la fa-

culté de transmettre les impressions; dans les cas même où une portion seulement des cordons antérieurs restait intacte, soit dans les expériences, soit dans les altérations pathologiques de la moëlle, les impressions pouvaient encore être conduites.

M. Nonat a expérimenté sur tous les nerfs qui prennent origine sur la moëlle. Les résultats auxquels il est arrivé sont confirmatifs de ceux obtenus par MM. Ch. Bell et Magendie.

(Commissaires : MM. Gerdy et Jolly.)

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES FONCTIONS DU NERF PNEUMO-GASTRIQUE ET LES FILETS DE COMMUNICATION DU GRAND SYMPATHIQUE.

M. Thierry, dans ce mémoire, se propose surtout de démontrer l'inanité d'action du système nerveux. Suivant lui, chaque partie de ce système aurait moins des fonctions spéciales que des propriétés résultant de son ensemble, de telle sorte qu'il arriverait à cette conclusion appuyée sur l'expérience que plusieurs de ses parties peuvent se remplacer les unes les autres. Les faits qu'il rapporte sont relatifs surtout au nerf pneumo-gastrique et aux filets de communication du nerf grand sympathique.

(Commissaires : MM. Gerardin, Blandin et Ségalas.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE; par les docteurs Fabre et Constant; mémoire couronné par l'Académie des sciences (1).

De nombreuses altérations anatomiques ont été signalées à la suite de l'affection connue sous les noms d'hydrocéphale aiguë, de fièvre cérébrale, de méningite ou méningo-encéphalite des enfans. Ainsi, on a cité l'injection, soit des membranes, soit de la substance cérébrale; les épanchemens dans les sinus du cerveau, l'inflammation des parois ventriculaires et de la membrane qui les tapisse, les exsudations plastiques, les infiltrations cérébrales ou méningiennes de la convexité, de la base ou des parties centrales, les ramollissemens, etc., etc. Quelques auteurs ont même fait prévaloir l'existence de telle sorte de lésion organique à l'exclusion des autres : à tort, selon nous, car d'abord toutes sont positives, et à part l'intérêt toujours réel de ce qui est vrai, il est encore important de n'en ommettre aucune, ne serait-ce que dans un but de vérification par rapport au système de localisation des fonctions cérébrales. La constatation de toutes ces lésions offre sous ce point de vue d'autant plus d'intérêt qu'à chacune d'elles devraient un jour correspondre pendant la vie des manifestations symptomatiques particulières, et que le diagnostic différentiel qui en résulterait, si en effet il était possible et positif, devrait être du plus grand poids quant au pronostic et quant au traitement, puisque telle forme de la maladie est curable, telle autre totalement au-dessus des ressources de l'art. Parmi les lésions anatomiques propres à la méningite des enfans, il est un genre de productions oubliées, négligées ou passées presqu'inaperçues jusqu'en ces derniers temps et dont néanmoins les considérations précédentes peuvent servir à justifier l'importance. Mais ces produits morbides depuis 1835 ont été l'objet de recherches particulières tant sous le rapport de leur nature, de leur essence, que sous celui des troubles fonctionnels, auxquels leur présence donne lieu : nous voulons parler des granulations méningiennes dont, en effet, avant l'époque indiquée personne n'avait songé à faire l'élément anatomique d'une affection spéciale ou d'une variété spéciale d'affection, désignée sous le nom de *méningite tuberculeuse*. Dès-lors se présentent plusieurs descriptions ou monographies : nommons d'abord celle de M. le docteur Fabre, présentée à l'Académie des sciences en mars 1835; celle de M. Rufz, insérée même année, mais au mois de mai, dans la GAZETTE MÉDICALE; puis en novembre et toujours en 1835 (THE AMERICAN JOURNAL), celle de M. Gerhard. Rien de plus positif que les chiffres, que les dates qu'ils expriment; aussi à l'appui de la priorité à laquelle nous paraissent incontestablement avoir droit MM. Fabre et Constant, il est presque superflu de rappeler le témoignage de M. Guersant. C'est, du reste, sur le même terrain, c'est à son hôpital, sous ses yeux, que tous ces matériaux ont été recueillis, et à son dire, les investigations de MM. Fabre et Constant ont positivement précédé celles de MM. Rufz, Guerhard et autres. Ceci posé, continuons de parcourir le travail des premiers de ces messieurs, travail auquel une couronne académique et la fin prématurée et regrettable de l'un des deux lauréats prête un double intérêt.

On ne peut d'abord qu'applaudir à l'ordre et à la méthode qui ont présidé à l'édification de l'ouvrage. Vient en premier lieu l'exposition des faits comprenant vingt-sept observations détaillées : puis l'histoire générale de la maladie, la description des lésions anatomiques, l'énumération et l'appréciation des symptômes divers; ensuite sont successivement passées en revue et distinguées les altérations anatomiques constantes ou variables, anciennes ou nouvelles, primitives ou consécutives; enfin, celles qui se rencontrent au sein d'autres organes, soit par seul accident, soit à titre de complications. A l'exception d'une seule fois, par exemple, des tubercules ou des granulations ont toujours été trouvés à la fois par nos auteurs et dans le crâne et le thorax, et assez souvent même dans les organes de l'abdomen; de sorte que cette simultanéité dans la rencontre de ces produits pathologiques a été érigée par eux en règle générale. L'opinion de ces messieurs au sujet des lésions locales consécutives, à la présence des granulations méningiennes, est que le développement long et gradnel de ces corps peut déterminer des congestions et des phlegmasies du cerveau ou de ses enveloppes, des ramollissemens cérébraux, dont la mort serait la conséquence, bien qu'elle puisse survenir aussi par suite d'affections viscérales étrangères à la tête et tandis que ces productions s'y trouvraient, pour ainsi dire, impunément renfermées.

Suivant MM. Fabre et Constant, les granulations tuberculeuses qui forment le caractère anatomique de la maladie en question ont leur siège spécial dans la pie-mère et seraient distinctes des glandes de Pacchioni; mais c'est néanmoins comme résultat de manifestation de propagation d'affection scrofuleuse que se trouve envisagée et classée cette forme particulière de méningite. Nous présenterons ici quelques réflexions : on trouve en divers endroits des membranes cérébrales des corpuscules graniformes, blanchâtres ou jaunâtres, extrêmement ténus, auxquels, à tort ou à raison, on a donné le nom de glande de Pacchioni. Ils sont disséminés vers la superficie et la base du cerveau, semblent alors siéger dans le tissu qui unit l'arachnoïde à la dure-mère, mais ils existent aussi dans la pie-mère extérieure et intérieure; ainsi il s'en trouve dans les plexus choroïdes et au-dessus de la toile choroïdienne, etc... Voilà à peu près ce que disent les anatomistes, et voilà ce que nous savions quand, dans les RECHERCHES SUR L'HYDROCÉPHALE AIGUE que nous publiions en 1834, nous comparions (page 14) les granulations des méninges *aux granulations sous-pleurales* consécutives aux pleurésies anciennes, lorsque nous les envisagions comme *des glandes de Pacchioni hypertrophiées et parfois même dégénérées en tubercules*, et que nous louions le rapprochement établi par Dance (1) entre ces corps et les granulations du poumon; d'autant plus, en effet, que nous considérions ces dernières comme n'étant que le résultat d'un état pathologique des glandes lymphatiques de ce viscère. Entre ces manières de voir et celle de MM. Fabre et Constant, il n'est que cette différence.... que la production de ces corpuscules serait spontanée selon ces messieurs, et qu'elle résulterait, selon nous, de l'état morbide d'organules préexistans, lesquels, sous le rapport de la méningite, ne seraient le plus souvent qu'effet selon nous, et jamais au contraire que cause selon ces messieurs. De part et d'autre, du reste, l'origine strumeuse est également accusée, et de ce que MM. Fabre et Constant annoncent que les évacuations sanguines aggravent le mal, ce n'est pas un motif pour qu'ils rejettent l'intervention pathogénique de l'irritation que nous accusons, nous, car on sait que l'affaiblissement du système circulatoire ne tend qu'à donner de la prédominance au système lymphatique, qu'à exalter son action générale ou locale. Le but de cette quasi-digression n'est nullement de nous faire arriver au partage des chosesnouvelles dont MM. Fabre et Constant viennent de doter la science; car, ainsi que nous l'avons déjà exprimé, nous n'avions fait que nommer, et comme en passant, les granulations des membranes du cerveau; encore ne les avions-nous bien remarquées que vers la périphérie de cet organe; et d'ailleurs la pensée ne nous était nullement venue qu'une individualité morbide spéciale se lierait à ces productions. Notre seule intention n'est donc ici que de chercher à faire pénétrer quelques lueurs à travers l'obscurité étiologique de cette affection et des affections strumeuses en général.

Quant aux symptômes et à la marche de la maladie dont il s'agit, MM. Fabre et Constant, prenant pour guide les faits qu'ils ont observés, distinguent deux périodes : l'une dans laquelle la maladie se présente sous une forme chronique; l'autre, période de terminaison, dans laquelle elle revêt tout à coup les caractères d'une affection aiguë. L'invasion est généralement obscure et la marche latente tant que dure la période de chronicité; mais dans la période aiguë la méningite tuberculeuse peut se confondre avec la phlegmasie aiguë primitive des méninges et du cerveau, dont elle prend les allures et suit les voies. A propos du diagnostic différentiel, la remarque est faite que, lors des tubercules encéphaliques, les symptômes portent particulièrement sur les fonctions locomotrices et sensoriales, tandis que dans la méningite tuberculeuse ce sont plutôt les

(1) Analyse communiquée par le docteur Berton, chirurgien aide-major de la garde municipale de Paris.

(1) MÉMOIRE SUR L'HYDROCÉPHALE AIGUE CHEZ L'ADULTE (ARC. DE MÉD. 1829).

fonctions intellectuelles qui se trouvent lésées. Le pronostic dédait n'a pu être que fatal, puisqu'il s'agissait d'une maladie tenant à l'existence de productions morbides dont les progrès sont presque inévitables et les dangers en raison des progrès; aussi le traitement curatif fut-il tout à fait nul; aussi ne peut-on et ne doit-on compter que sur la prophilaxie, puisque les causes actives sont les causes prédisposantes, puisqu'il s'agit d'affection générale, de cachexies, d'affections strumeuses; aussi MM. Fabre et Constant, comme nous l'avons déjà dit, ont-ils reconnu que les émissions sanguines largement employées ne faisaient que hâter la terminaison funeste.

Disons, en terminant, que les différentes publications qui ont paru depuis sur ce sujet n'offrent que peu de changemens dans les détails et une complète analogie quant au fond, quant aux points essentiels. Le mérite de l'ouvrage qui les a devancés paraît être incontestable.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU; par C. M. GIBERT, médecin de l'hôpital de Lourcine. — Seconde édition, corrigée et considérablement augmentée.

Les espérances que nous avions conçues en rendant compte de la première édition de cet ouvrage (voir le numéro de la GAZETTE MÉDICALE, an 1834), se sont réalisées. Le manuel de *M. Gibert* a eu tout le succès qu'il méritait; la deuxième édition paraît aujourd'hui, élevée aux proportions plus nobles de l'in-8°, et avec le titre plus digne de TRAITÉ PRATIQUE des maladies spéciales de la peau. C'est toujours le même plan et la même distribution des matières, mais les détails ont été revus et développés, beaucoup d'additions ont été faites et la couleur pratique est encore plus prononcée dans cette deuxième édition que dans la première. Un enseignement pratique annuel que M. Gibert a le mérite d'avoir créé au centre même des études classiques, et devant lequel plus de 2,000 malades ont été présentés à l'examen des élèves (de 1827 à 1839); la publication d'un traité des *maladies vénériennes*, suite naturelle des nouvelles fonctions de l'auteur, appelé à diriger le traitement médical de l'hôpital de Lourcine; voilà des circonstances qui ont puissamment contribué sans doute au succès de la première édition et au perfectionnement de la seconde.

Nous ne reviendrons pas sur l'exposé que nous avons fait du plan de l'ouvrage; nous nous bornerons à répéter, que, conçu d'après la méthode de classification qui a présidé à la rédaction de l'abrégé pratique de *Bateman*, le livre de M. Gibert offre un tableau fidèle et complet de l'état actuel de la science en pathologie cutanée spéciale. Chaque description de maladie y est précédée d'un aperçu historique propre à faire connaître ce que chaque auteur classique nous a laissé d'important à noter sur la matière, et la même méthode est appliquée à l'indication des ressources thérapeutiques; en sorte qu'à l'aide d'un style clair et concis et d'un ordre rigoureux dans la distribution des détails, on trouve résumées dans un petit nombre de pages des connaissances qu'on ne pourrait acquérir qu'en puisant à un grand nombre de sources. C'est ainsi que nous désirerions voir rédigés tous les livres classiques à cette époque de surabondance et d'encombrement littéraires. Mais outre cet avantage que nous prisons à sa juste valeur, il est juste de dire que la description correcte et élégante des symptômes et de la marche des maladies, l'indication sommaire de tous les détails étiologiques, cliniques ou thérapeutiques qui se rapportent au sujet, achèvent de donner au livre de M. Gibert un complément de substance qui le rend tout-à-fait digne du titre nouveau que l'auteur lui a donné; c'est bien véritablement un *traité pratique* par excellence. Ajoutons que la modicité du prix le met à la portée de toutes les bourses, ce qui n'est pas à dédaigner au temps où nous vivons. Il est vrai que cette modicité n'a pu être acquise qu'en s'abstenant de joindre des planches au texte. L'auteur ne se montre guère partisan des atlas publiés jusqu'à ce jour, et selon lui, pour bien connaître la nature malade, il faut absolument l'avoir observée. Nous convenons très-volontiers que les planches les mieux faites et les plus chères ne donnent le plus souvent qu'une idée imparfaite de l'objet qu'elles représentent (surtout en pathologie cutanée); mais nous persistons à ne pas les regarder comme inutiles, du moins pour des yeux déjà exercés à l'étude clinique du sujet. En attendant, comme on peut recourir à l'atlas de *M. Rayer* ou à celui d'*Alibert*, nous ne chercherons point à combattre les opinions de l'auteur, dont nous nous plaisons à regarder l'ouvrage comme un des traités classiques les plus précis et les plus substantiels qui existent.

ÉLÉMENS DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE PHARMACIE, contenant la description botanique, zoologique et chimique, la préparation pharmaceutique, l'emploi médical et les doses des drogues simples et des médicamens composés, avec des considérations étendues sur l'art de formuler et l'indication détaillée des recettes contenues dans le nouveau cadre, et les principales pharmacopées françaises et étrangères; par A. BOUCHARDAT, D. M., pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris, etc.

Depuis quelques années, les ouvrages élémentaires de matière médicale et les formulaires se multiplient d'une manière remarquable et donnent la preuve d'un retour non douteux vers une médecine plus active et vers l'emploi de médications compliquées. Cette direction est, il est vrai, peu d'accord avec une autre disposition qui paraît préoccuper quelques-uns des hommes éminens dans la science parmi ceux qui s'efforcent de soumettre chaque maladie à une médication pure et simple et presque constamment la même à toutes les époques de la même maladie. Quelle que soit la meilleure de ces deux directions, il n'en est pas moins vrai que tous les travaux de thérapeutique et de matière médicale sont reçus avec une faveur très prononcée et que partagera à juste titre le travail de M. Bouchardat, qui nous présente dans un volume d'une dimension fort ordinaire un résumé qu'on peut regarder comme complet de l'histoire des médicamens simples et composés. Quelques mots sur le plan de cet ouvrage et sa distribution suffiront pour faire connaître la manière dont l'auteur a conçu son sujet et dont il s'est acquitté de la tâche qu'il s'était imposée. Il est divisé en trois parties, dont la première traite des médicamens fournis par les végétaux, la seconde ceux fournis par les animaux, et la troisième des matières médicamenteuses empruntées au régime inorganique.

La première de ces trois parties est incontestablement la plus riche et la plus étendue; elle occupe à elle seule près des deux tiers du volume. Voici la marche que suit l'auteur à l'occasion de chaque substance en particulier. Il donne, 1° une synonymie comprenant les noms vulgaires, pharmaceutiques et scientifiques; 2° ses caractères scientifiques suivant le règne auquel elle appartient; 3° la manière de la recueillir et de la conserver; 4° les propriétés physiques et sa composition chimique; 5° son mode d'action sur l'économie, soit à l'état physiologique, soit pendant la maladie; 6° il termine l'histoire de chaque médicament par l'indication souvent raisonnée de formules dont elle est la base.

Bien que, dans ce travail, M. Bouchardat ait mis à profit les travaux les plus récens de la chimie, cependant il ne s'est point préoccupé trop exclusivement par les résultats positifs que l'on obtient de l'action des substances mises dans un contact mutuel; il n'a point oublié que cette action est souvent différente quand elles sont mises en contact avec des parties vivantes, et qu'il écrivait surtout pour des médecins; aussi, au lieu de condamner absolument l'usage des médicamens d'une composition compliquée, il demande qu'ils soient remplacés par les principes auxquels ils doivent leurs principales propriétés; il admet que dans un certain nombre de cas ces médicamens composés sont d'une grande utilité, par exemple, le laudanum, la thériaque, etc. Nous terminerons cette courte notice en disant que ces ÉLÉMENS DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE PHARMACIE ne sont pas seulement le travail d'un habile chimiste, mais qu'on y reconnaît aussi l'œuvre d'un médecin qui sait que les médicamens sont loin de se comporter dans nos organes et nos tissus comme ils le font dans les cornues et les creusets du laboratoire.

L'ART DE CONSERVER LA SANTÉ EN MODIFIANT LE PHYSIQUE ET LE MORAL DE L'HOMME PAR UN SAGE EMPLOI DES JEUX ET DES DIVERTISSEMENS PUBLICS; par M. PY, médecin à Narbonne. — 50 pages in-4.

Nous connaissions déjà les efforts constans et éclairés de M. Py pour obtenir l'application des règles fournies par l'hygiène aux habitudes et à la manière de vivre des populations (voyez GAZETTE MÉDICALE, 1836, p. 528). Nous retrouvons une preuve du même zèle dans le nouveau mémoire que nous avons en ce moment sous les yeux et qui a trait à l'un des points les plus importans, et malheureusement les plus négligés à l'époque actuelle, de l'hygiène publique. Il est utile sans doute de créer et d'entretenir à grands frais des établissemens pour les progrès des sciences et la conservation ou l'amélioration de la santé; mais que peut faire le médecin le plus habile lorsqu'il est appelé à combattre les effets

de la maladie chez des individus dont la constitntion n'a jamais acquis son entier développement et que le moindre choc renverse avec une facilité déplorable ? Tel est le sort qn'éprouve une grande partie des individus qui composent les populations modernes privées des ressources de l'exercice et de la gymnastique dont les anciens avaient tiré un si utile parti. Le but de l'auteur est donc de fixer ici l'attention sur les immenses avantages que retirerait la santé publique de l'établissement de jeux et de divertissemens destinés à compléter le développement des forces physiques de l'homme, sans nuire à ce qu'exige de nos jours la culture des facultés intellectnelles.

Ce nonveau travail de M. Py se divise en trois sections. Dans la première il jette un conp d'œil rapide sur les maladies des artisans, et sur l'hygiène et la gymnastiqne des anciens, et à laquelle ils attachaient une si grande importance; il fait ressortir l'inflnence qu'elle exerçait, bien dirigée, sur la grace et la force du corps, sur le développement des formes, sur la conservation de la santé, la facilité à snpporter les fatigues et les intempéries. Dans la seconde section, il oppose à ce hrillant tablean celui des moyens hygiéniques que, dans notre civilisation moderne, nous accordons à chacnn des quatre âges de la vie, fait ressortir la différence qui se trouve entre ces deux méthodes, et qui est loin d'être en faveur du temps moderne. Enfin il examine dans la troisième le bien qu'une plus sage application des lois de la gymnastiqne et de l'hygiène ne saurait manquer de produire sur nos populations sous le rapport de la force musculaire et de la santé.

Cette troisième partie est évidemment la plus importante; il nous suffira de dire que l'auteur, parmi les différens exercices qu'il conseille, distingue avec soin ceux qui conviennent à l'enfance, à la puherté et à la jeunesse, à l'âge mûr et à la vieillesse, et qu'il ne conseille pas indistinctement les mêmes exercices on les mêmes divertissemens pour tous les individus de même âge; mais ils doiveut varier suivant les conditions, les habitudes et la profession. Nous nous arrêtons là et sonhaitons qne ces vœux du médecin philantrope de Narbonne soient, nous ne dirons pas entendus du gonvernement, ce qui, dans l'état actuel des choses, serait désirer l'impossible; mais qu'ils soient justement appréciés des administrations départemenales et municipales dont la France vient d'être dotée et dont elle commence à ressentir l'heureuse influence.

VARIÉTÉS.

A M. LE RÉDACTEUR DE LA GAZETTE MÉDICALE.

Monsieur,

Ayant lu, dans votre estimable journal (nº 12. — 23 mars dernier) la description d'un nouveau compas d'épaisseur, par M. le docteur Burchard, de Breslau, permettez-moi de signaler à votre attention, et ceci seulement dans un intérêt historique, que, d'après la description que vous avez publiée, cet instrument parait, avec une ressemblance presque entière, remplir les mêmes indications que le compas que j'ai construit sur la demande de M. le docteur Gaubert pour mesurer les diamètres du crâne à l'intérieur et à l'extérieur. Ce compas, applicable à toutes les mesures signalées dans votre article, offre sur celui de M. Burchard l'avantage d'une tige centrale, à l'aide de laquelle on peut mesurer d'avant en arrière, on prendre le niveau, comme dans l'instrument de M. Mathias Mayor.

Enfin, il y a plusieurs années que, sur les indications de M. Dumoutier, j'ai fabriqué, pour l'étude de la phrénologie, un compas construit d'après les mêmes principes, et qui de plus est muni d'une tige à genouillère, pouvant s'incliner et se fixer dans toutes les positions.

M'en remettant à votre jugement éclairé sur l'opportunité de l'insertion de cette note,

J'ai l'honneur, etc. CHARRIÈRE.

— SOUSCRIPTION AU MONUMENT A ÉLEVER A LA MÉMOIRE DE F.-J.-V. BROUSSAIS. — M. le ministre de la guerre, 1,000 f. — MM. Orfila, Roche, Bouillaud, Larrey, Gasc, Boissy-d'Anglas, Laneuville Evrard, Ribes, baron Michel, Treille, Droz, Nép. Lemercier, Frappart, Lacorbière, J.-B. Baillière (membres de la commission), 1,000 f. — Larrey, Fauché, Pasquier, Haring (membres du conseil de santé des armées), 200 f. — Rollet, médecin de l'hôpital militaire de Nancy, 10 f. — Le docteur Blaquière, 10 f. — Boiencl, 3 f. — Henry, 5 f. — Bourdin, directeur en retraite de l'hôpital du Val-de-Grâce, 10 f. — Berton, chirurgien aide-major de la garde municipale de Paris, 10 f. — Alph. Devergie, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, 20 f — Foucart, d.-m., 10 f. — Alfred Foucart, 5 f. — Leuret, méd. de l'hosp. de Bicêtre, 10 f. — V. Schœlcher, 10 f. — Malgaigne, agrégé à la Faculté de médecine, 5 f. — Keene, méd. américain, 5 f. — Guyetan père, d.-m., à Paris, 5 f. — Garnier, d.-m. à Montargis, 10 f. — Montault, d.-m. à Paris, 5 f. — Turck, d.-m. à Plombières, 20 f. — Brochant, d.-m. à Paris, 5 f. — Jolly, d.-m. à Paris, 5 f. — Guillemin, d.-m. à Bombas, ex-chirurgien du Val-de-Grâce, 5 f. — Cahnac de Baumegat, médecin en chef de l'hôpital militaire à Ajaccio, 5 f. — Mornay, chirurgien-major du même hôpital militaire, 10 f. — Wicquart, chirurgien-aide-major, id., 6 f. — Milliet, ch.-sous-aide, id., 3 f. — Bosc, ch.-sous-aide, id., 5 f. — Fratini, ch.-sous-aide, id., 3 f. — Hysern, professeur à l'Ecole de médecine de Madrid, 35 f. — Joseph Oliffe, 10 f. — Vidal de Cassis, 5 f. — Gasc, médecin en chef du Val-de-Grâce, 40 f. — Alquié, professeur, id., 30 f. — Michel Levy, professeur, id., 30 f. — Gama, chirurgien en chef, id., 20 f. — Sédillot, professeur, id., 20 f. — Soudan, professeur, id., 10 f. — H. Larrey, chirurgien aide-major, id., 10 f. — Desruelles, chirurgien-major, id., 20 f. — Malapert, id., 10 f. — Brault, pharmacien en chef, 20 f. — Thiriaux, professeur, id., 10 f. — André, id., 10 f. — Vertial, directeur de l'hôpital du Val-de-Grâce, 15 f. — Guillon, ch. consultant du roi, 20 f. — Negrin, ch. au 3e des cuirassiers, 20 f. — Renucci, chir.-major à Orléans, 15 f. — Moreau, chir.-major au 32e de ligne, 10 fr. — Cahen, chir. de la gendarm. de la Seine, 10 f. — Pingrenon, chir.-major, 10 f. — Lecomte, marchand de sangsues, 10 f. — Besseron, médecin en chef de l'hôpital de Colmar, 5 f. — Debonningue, médecin à Guignes, 5 f. — Brayer, docteur-médecin à Paris, 30 f. — Perrot, juge d'instruction, 10 f. — Sorlin, doct.-méd. à Paris, 10 f. — Trappe, id., 5 f. — Deleau jeune, id., 15 f. — Jacquemyns, id., 25 f. — Jacquemyns, docteur-médecin à Dadizeele (Belgique), 30 f. — Auzoux, docteur-méd. à Paris, 5 f. — Fortin, docteur-médecin à Evreux, 5 f. — Mona, médecin espagnol, 40 f. — Hun, médecin américain, 10. — F. Andry, doct.-méd. à Paris, 5. — Tanchon, id., 5. — Falret, membre de l'Académie de méd., 20 f. — C.-S. Galtier, doct.-méd. à Paris, 5 f. — Régnart, doct.-méd. dentiste à Paris, 100 f. — Lacaze, doct.-méd. à Mongeron, 10 f. — Jacquemin, direct. de la caisse spéciale des médecins, 5 f. — A.-A. Crenet, adm.-caissier, id., 5 f. — Walferdin à Paris, 20 f. — Rey, d.-m. à Paris, 5 f. — Senelle, d.-m. à Nevers, 10 f. — Ph. Ricord, d.-m. à Paris, 10 f. — Al. Ricord, d. m. à Paris, 10 f. — J.-M. Causole, d.-m. à Paris, 5 f. — Lattapy, d.-m. à Tilh (Landes), 5 f. — Adrien, 5 f. — Renaudot, 10 f. — Lemaire, d.-m., secrétaire de M. Broussais, 5 f. — Coudret, d.-m. à Paris, 5 f. — Amussat, membre de l'Académie de médecine, 20 f. — Dardet, d.-m. à Bernay (Eure), 5 f. — Desbons, d.-m. à Beaulat, 5 f. — Dubrac, d.-m. à Tours, 10 f. — Morgue, chirurgien-major au 6e de ligne, 10 f. — Labat, d.-m. à Paris, 25 f. — Delmgette, ancien chirurgien-major à Fleury, 10 f. — Charrière, coutelier à Paris, 10 f. — MM. les membres du conseil de la marine de Brest, 100 f. — MM. les médecins d'Evreux, 175 f. — MM. les chirurgiens-militaires du Gros-Caillou, 97 f. — Pelassy-des-Fayolles, d.-m., 5 f. — Mayor, d.-m. à Genève, 60 f. — MM. les chirurgiens de l'hôpital militaire de Perpignan, 112 f. — Vignerie, d.-m. à Toulouse, 15 f. — Vignerie, neveu, id., 15 f. — Ducasse, id., 15 f. — Bécanne, id., 15 f. — Audony, id., 10 f. — Dieulafoi, id., 5 f. — Bernard, id., 5 f. — Bessières, id., 5 f. — Macarry, id., 5 f. — Dupau, id., 5 f. — Amiel, id., 5 f. — Dassier, id., 5 f. — Duclos, neveu, id. 5 f. — Leviez, direct. de l'Ecole-de-Médecine, à Arras, 5 f. — Duchateau, professeur, id., 5 f. — Mercier, id., 5 f. — Plichiron, id., 5 f. — Dupuich, id., 5 f. — Lestoquoy, id., 5 f. — Ledien, id., 5 f. — Maurice, id. 5 f. — Dassonneville, id., 5 f. — Miennée, chirurgien-major de l'hôpital militaire id., 5 f. — Blanquart de Bailleul, intendant-militaire id., 5 f. — Lescardé, chirurgien aide-major id., 3 f. — Toursel, d.-m. id., 3 f. — MM. Tournel, Corbin, Sauvé, Radat, Labaye, Munchet, Dutonquet, chirurgiens de l'hôpital militaire de la Rochelle, 30 f. — Godelier père, chirurgien-principal retraité, 5 f. — Godelier fils, ch.-aide-major, 4 f. — Fagat, ch.-major au 9e léger, 5 f. — Maltet, d.-m. à La Rochelle, 5 f. — Drouineau, id., 5 f. — Delétant, id., 5 f. — Dobigny, id., 5 f. — A..., 3 f. — Delavigne, intendant-milit. à Bayonne, 5 f. — Fayet, chirurg.-princip. id., 20 f. — Lalanne, d.-m. id., 10 f. — Queyras, id., 5 f. — Viellacens, id., 5 f. — Clerisse, id., 5 f. — J.-M. Gascon, id., 5 f. — Cazabat, id., 3 f. — Derrécagaix aîné, id., 3 f. — Darricon, id., 3 f. — Hariague, id., 3 f. — T. Samanos, id., 3 f. — Delissaux, id., 5 f. — Lafons, id., 5 f. — Desclaud, id., 5 f. — Pascal, id., 5 f. — Ader, id., 5 f. — Silva, id., 5 f. — Collin, id., 3 f. — Gayet, id., 3 f. — Bademaker, id., 3 f. — A. Destonches, id., 3 f. — Dapetsetches, id., 3 f. — Aron, id., 3 f. — Guyotat, id., 3 f. — Paturot, id., chirurgien-major du 36e de ligne id., 5 f. — Levassoir, pharmacien aide-major id., 5 f. — Malimbert, d.-m. id., 5 f. — Nantois, id., 5 f. — Bonbée, of.-comptab. des hôpitaux militaires, id., 5 f. — Cleveu de Maldigny, aide-major au 36e de ligne, 5 f. — Total : 4,231 f.

On souscrit à Paris, à la Faculté de médecine, et chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

La liste générale des souscripteurs sera reproduite en tête de la deuxième édition du TRAITÉ DE L'IRRITATION ET DE LA FOLIE, qui s'imprime dans ce moment.

— TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU, enrichi d'observations et de notes nombreuses puisées dans les meilleurs auteurs et dans les cliniques de l'hôpital Saint Louis; par C. M. GIBERT, médecin de l'hôpital de Lourcine (vénériens-femmes), agrégé de la Faculté de médecine de Paris, professeur particulier de pathologie cutanée, ancien interne de l'hôpital Saint-Louis.

Seconde édition corrigée et considérablement augmentée.

Un vol. in-8 de 500 p. Prix : 6 fr.

Cet ouvrage se trouve à la librairie médicale de Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, nº 17, à Paris.

— DE LA RESECTION DES EXTRÉMITÉS ARTICULAIRES DES OS; par J.-V. GERDY, D.-M., ancien interne et lauréat des hôpitaux de Paris, in-8. Prix : 2 f. 50 c., et 3 f. 50 c. (franco) par la poste.

Paris, chez Béchet jeune, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

MÉDECINE LÉGALE.

MÉMOIRE SUR LES DÉVIATIONS SIMULÉES DE L'ÉPINE ET LES MOYENS DE LES DISTINGUER DES DÉVIATIONS PATHOLOGIQUES; présenté à l'Académie royale de médecine, le 31 mai 1836; par le docteur Jules Guérin.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

§ III. — DES DÉVIATIONS SIMULÉES PAR EXAGÉRATION.

Parmi les personnes qui sont intervenues officiellement ou officieusement dans le débat soulevé naguère à l'Académie sur la question des déviations simulées, il en est qui ont affirmé avec une présomption ou une circonspection dignes d'un meilleur sort, qu'il était impossible de distinguer une déviation exagérée d'une déviation complètement simulée. En pesant sans passion ou avec la seule passion de la vérité ce que j'ai dit dans les deux premières sections de ce mémoire, on n'eût pas porté la discussion bien loin; mais comme, dans la rédaction primitive de mon mémoire, je n'avais pas abordé la question des déviations simulées par exagération, les adversaires directs et indirects ont en un moment beau jeu; ils ont envoyé une foule de plâtres, capables par leur nombre et leur variété, de dérouter, d'effrayer les convictions les mieux affermies. C'était d'ailleurs un juste milieu fort satisfaisant dans lequel on espérait se retrancher. J'avais affirmé avec une conviction un peu tenace que la fameuse Jenny Gnéry n'avait aucune déviation, pas le plus petit degré de déviation réelle, mais une déviation complètement simulée. Or, après avoir reconnu la justesse des caractères que j'avais donnés pour distinguer les déviations simulées des déviations réelles, on m'accorda que la déviation de Jenny

Feuilleton.

LETTRE SUR LES VACCINATIONS.

Monsieur,

Vous trouverez peut-être étrange qu'au moment où la question des revaccinations est à l'ordre du jour, je vienne, moi, vous entretenir des vaccinations. En effet, s'il fallait en croire les rapports officiels qui sont annuellement adressés à l'Académie royale de médecine, tout serait à cet égard en progression, et le moment ne serait pas éloigné où la France se verrait enfin délivrée du fléau de la variole; et pourtant M. Chelius ne vient-il pas de proclamer en pleine assemblée des naturalistes et médecins, à Fribourg (Feuilleton de la Gazette Médicale, n. 43, 1838), que la France et l'Angleterre sont deux foyers permanens d'infection variolique; que ce sont les seuls pays de l'Europe où l'on n'ait pas pourvu régulièrement par des lois spéciales à l'extinction de l'épidémie?

Malheureusement, le célèbre professeur de Heildeberg n'a dit que trop vrai pour ce qui concerne la France, et si nos sommités administratives et académiques pouvaient faire avec un praticien de campagne une seule tournée de vaccination, elles reconnaîtraient bien vite tout ce qu'il y a d'illusoire dans l'expression officielle et périodique de leur satisfaction et de leurs espérances.

Mon nom ne figure pas sur la liste des vaccinateurs; mais depuis plusieurs années je partage habituellement les travaux de l'un des plus honorablement notés dans le département de la M........ Or, voici comment M. Emmery s'exprime sur ce département, dans son rapport fait au nom de la commission de vaccine à l'Académie, sur l'état de la vaccine en France en 1835:

« Entre les départemens en première ligne pour le zèle qu'ils ont montré pour la propagation de la vaccine, il faut toujours citer le département de la M......... Tout y est organisé dans la perfection, et aussitôt que quelqu'un fléchit dans ses devoirs, il est à l'instant remplacé. »

Je suis bien aise de pouvoir vous montrer comment vont les choses dans un département où tout marche dans la perfection. Vous jugerez par là de ce qui doit arriver dans ceux où selon l'expression du rapport de l'Académie au ministre pour 1834: « la vaccine rencontre toujours autant de difficultés à vaincre qu'à l'époque de son introduction en France. »

Il y a donc au chef-lieu du département un comité central dont M. le préfet est président, et dont le secrétaire était, il y a quelques années, le plus ancien des vaccinateurs, aujourd'hui, le dernier venu, ce qui ne veut pas dire que les choses en aillent plus mal; bien au contraire. Comme il est impossible aux médecins des petites localités de perpétuer leur vaccin par une suite non interrompue d'opérations successives, ce secrétaire est en même temps chargé de la conservation du vaccin et de son expédition aux praticiens chargés de la rude tâche d'opérer dans les campagnes; et c'est ici que commencent les tribulations de ces derniers. D'abord les premières distributions ne sont commencées que

avait bien quelque chose de simulé, mais qu'elle n'était qu'une forte exagération d'une déviation réelle très faible. Cette opinion mitoyenne avait quelque chose de séduisant, et semblait devoir mettre tout le monde d'accord. Elle laissait aux premiers commissaires la consolation de n'avoir été illusionnés qu'à demi; en un mot, tout le monde était heureux de croire qu'au lieu d'une supercherie complète, il n'y avait eu qu'une simple tricherie. Aux yeux des hommes qui ne voulaient pas plus de l'une que de l'autre, le résultat moral était le même, et la question scientifique subsistait tout entière. J'avais donc à la résoudre pour obtenir mon bill d'indemnité académique. Or, je crois y être complètement arrivé.

Les déviations latérales simulées par exagération sont possibles : il y en a eu beaucoup d'exemples; je ne citerai que ceux qui ont été communiqués à l'Académie. En effet, plusieurs personnes, mues par le seul intérêt de la science, sans doute, ont envoyé à l'Académie des plâtres moulés sur des jeunes filles atteintes de déviations véritables, mais moulés dans des attitudes propres à exagérer de beaucoup la difformité. Ces personnes prétendaient prouver par ces faits qu'il n'existe pas de différence appréciable entre la déviation complètement simulée, et la déviation simplement exagérée. En voyant les choses de loin, il était en effet assez difficile de les distinguer : mais en y regardant d'un peu plus près, on pouvait apercevoir les différences notables que je vais indiquer.

Et d'abord les plâtres qu'on a montrés à l'Académie appartenaient à deux jeunes personnes de seize à dix-huit ans, atteintes de déviations latérales à triples courbures, dont la moyenne était la plus forte et occupait la région dorsale. Toutes deux avaient été moulées dans l'attitude que j'ai indiquée pour obtenir une simple déviation simulée, c'est-à-dire debout, le genou droit fléchi, on la jambe du côté opposé sur-élevée, et par conséquent le bassin exhaussé à gauche. Dans cette attitude, le tronc s'était incliné à gauche, tendant à faire disparaître la courbure lombaire dont la convexité était tournée de ce côté. La courbure dorsale avait été exagérée; cependant il y avait plutôt substitution des formes de la déviation simulée à celles de la déviation réelle, qu'exagération de cette dernière; en effet tous les caractères primitifs de la déviation véritable avaient été conservés, et sur eux s'étaient entés en quelque façon ceux de la déviation simulée. Ainsi le tronc était incliné à gauche et son sommet écarté de la verticale d'une certaine quantité, incompatible avec le maintien de l'équilibre. Malgré cette inclinaison, la région sus-scapulaire et l'angle supérieur de l'omoplate du même côté avaient conservé leur bombement et leur saillie correspondant à la courbure supérieure.

La courbure moyenne continuait à être accompagnée des caractères de la torsion concomitante; l'angle inférieur de l'omoplate et les côtes droites étaient saillans par opposition aux mêmes parties de l'autre côté, qui étaient proportionnellement déprimées. Mais la torsion n'était pas en rapport avec la flèche de la courbure comme cela a lieu ordinairement : elle était proportionnellement plus faible. Un autre fait important à noter, c'est que le siége de la courbure moyenne paraissait avoir changé. Dans la déviation naturelle, cette courbure occupait le milieu de l'espace inter-scapulaire, et son sommet correspondait à la cinquième vertèbre dorsale : dans la déviation exagérée, elle comprenait en apparence presque toutes les vertèbres dorsales et lombaires et son centre ou sommet répondait à la fin de la région dorsale; de plus on remarquait au flanc gauche des plis à la peau, tout à fait semblables à ceux qu'on observe dans la déviation simulée. Enfin la courbure lombaire de la déviation naturelle, effacée en apparence par la grande courbure de la déviation simulée, existait encore en réalité, mais seulement dans quelques-uns de ses caractères anatomiques. Ainsi la flexion volontaire de la colonne occupant juste le point où commençait la courbure lombaire, avait redressé le sommet de cet arc, et redressé en apparence toute la courbure; toutefois sans avoir pu effacer les caractères si fidèles de la torsion des vertèbres. La masse des muscles sacro-lombaire et long dorsal continuait en effet à faire une saillie très sensible à gauche dans toute la partie de la colonne occupée par la véritable courbure lombaire. Il résulte donc de cet examen et de cette analyse d'un fait authentique communiqué à l'Académie, comme devant invalider la détermination que j'avais donnée, ou du moins rendre impossible la distinction entre une déviation simulée par imitation et une déviation simulée par exagération, il résulte, dis-je, de cet examen, que ces deux modes de simulation offrent des caractères qui leur sont propres, et qu'on peut aisément reconnaître les caractères de la déviation simulée, associés à ceux de la véritable déviation, dans les apparences et les formes extérieures des déviations exagérées. Sous ce rapport, la dénomination d'exagération est peut-être vicieuse : il n'y a réellement pas exagération de la véritable difformité, mais addition des caractères de la simulation aux caractères de la vraie difformité. Quoi qu'il en soit, la déviation simulée par exagération est aussi facile à reconnaître et à distinguer que la difformité complètement simulée : c'est ce que je voulais démontrer.

Il y aurait encore des moyens d'altérer les formes naturelles propres aux déviations pathologiques, autres que ceux que je viens d'examiner. On pourrait, par exemple, imprimer au tronc un mouvement de rotation sur son axe, qui reporterait un des côtés en arrière, l'autre en avant; on pourrait y ajouter un léger degré d'incurvation ou d'excurvation dorso-lombaire; mais toutes ces altérations des formes primitives de la déviation n'arriveraient jamais à les faire disparaître entièrement, encore moins à s'envelopper des apparences de la difformité véritable; des yeux exercés parviendront toujours à faire la part des apparences qui devront être mises sur le compte de l'une ou de l'autre difformité. En résumé, et sans avoir besoin de formuler en tableau les différences établies entre ces deux ordres de faits, on peut dire que toute déviation simulée par exagération présente toujours : 1° Les traces de deux ou trois courbures primitives avec les caractères de la torsion qui les accompagne; 2° la flexion de totalité de la colonne au niveau de la région dorsale inférieure, avec plis à la peau du côté de la concavité; 3° un défaut de rapport entre la flèche de la courbure principale et le degré de la torsion; 4° finalement, une inclinaison du sommet du tronc qui le maintient en dehors de la verticale d'une quantité incompatible avec le maintien de l'équilibre.

§ IV. — DES DÉVIATIONS LATÉRALES DISSIMULÉES.

J'ai dit plus haut que la dissimulation des déviations réelles, dans un certain but, n'est, avec les différens genres de simulations, que la continuation d'un même fait. J'ai dit en outre que dans maintes circonstances on paraissait avoir en besoin de cacher la difformité réelle ou au moins d'en masquer quelques degrés, comme dans d'autres circonstances on avait eu besoin de la simuler de toute pièce ou de l'exagérer. Ajoutons qu'indépendamment de ces circonstances, trop bien établies dans leur généralité pour avoir besoin d'être étayées de faits particuliers, il peut encore en exister d'autres où l'amour-propre d'une famille ou tout autre

bien avant le mois de juin; le vaccin est déposé à la préfecture; puis la malle-poste le transporte dans les sous-préfectures, éloignées quelquefois de 15 à 20 lieues; là il attend le départ du facteur, qui, enfin, le porte au chef-lieu de canton, résidence du vaccinateur. Vous sentez que, pour peu que le thermomètre ait marqué 15 à 18 degrés R., le vaccin expédié entre deux plaque de verre mastiquées sur leurs bords, et enveloppées seulement d'un morceau de papier, ou même d'une feuille de plomb, est exposé à toute l'action de la chaleur, et arrive dans un état de dessiccation complète. Or, il faut vous dire que les praticiens qui ont cinq à six cents individus au moins à vacciner ne tiennent aucun compte des belles expériences de certains académiciens, qui prétendent obtenir de très bonnes pustules vaccinales à l'aide de l'inoculation pratiquée avec des croûtes anciennes et délayées; aussi leur plainte éternelle est qu'on ne leur envoie que du vaccin trop vieux, à telles enseignes qu'un jour, après trois réclamations de ce genre, nous reçûmes dans notre arrondissement A du vaccin bien proprement enveloppé dans une lettre du sous-préfet de l'arrondissement B, qui adressait au préfet des plaintes très vives sur le même objet.

Cependant le vaccinateur commence ses opérations. Il vaccine d'abord un enfant du lieu de sa résidence; et bienheureux s'il réussit, car il a su choisir un sujet dont il sait que les parens ne s'opposeront pas à la prise du vaccin, et il pourra ainsi continuer; mais s'il échoue, non seulement il a perdu huit jours, mais le peu de confiance qu'on accordait à l'opération s'évanouit, et c'est à grande peine qu'on lui permet de recommencer. — Je vous fais grace, mon cher confrère, de mille embarras que les préjugés stupides des populations rurales, l'indifférence générale et quelquefois même le mauvais vouloir de leurs autorités locales suscitent au vaccinateur dans l'accomplissement de ses pénibles devoirs. Il n'est pas vrai, quoi qu'en dise M. le rapporteur du comité central de la M.... pour 1836, que les maires, les instituteurs et les prêtres des villages secondent à l'envi ses louables efforts; dans le canton où j'exerce du moins (et qui n'est pas des moins civilisés) jamais maire, instituteur, ni curé de village n'ont fait la moindre démarche pour éclairer leurs administrés sur les avantages de la vaccine, quoiqu'ils aient été souvent et vivement sollicités à cet égard.

En face de tant de difficultés à vaincre, vous pensez sans doute que le comité central a su trouver le moyen de s'assurer du zèle et de la bonne foi du vaccinateur. Voici en effet ce qui a lieu. En arrivant dans chaque commune, il doit trouver chez le maire une liste toute faite de tous les sujets à vacciner, et il doit inscrire sur une autre liste destinée à faire foi dans les archives de la préfecture, tous ceux qu'il a réellement vaccinés, avec des observations sur la réussite ou la non réussite de ses opérations, le tout bien et dûment certifié et paraphé par le maire qui le plus souvent ne sait pas lire. C'est d'après le nombre de ses voyages et celui des enfans qu'il a vaccinés que le comité établit le chiffre de la rétribution du vaccinateur.

Or qu'est-il arrivé un jour? J'ai honte de le raconter. Mais il faut mettre à nu les vices radicaux de l'institution. Il y a quelques années, un officier de santé, vieux débris du corps médical des armées impériales, père d'une nombreuse famille, était devenu vaccinateur d'un canton voisin du mien. Il avait besoin de vacciner beaucoup pour gagner beaucoup, et il se laissa prendre à la tentation de porter sur ses états un grand nombre de noms, que lui fournirent les listes des sujets non vaccinés qu'il n'avait même pas vus. Le fait vint à la connaissance du sous-préfet. Le comité d'arrondissement dans son rapport dé-

motif d'intérêt puisse faire recourir à la dissimulation partielle ou totale d'une difformité. Tout cela légitime donc l'examen que je vais faire des moyens d'arriver à cette dissimulation et des moyens de la reconnaître.

On conçoit qu'il ne peut être ici question des artifices de toilette à l'aide desquels on masque plus ou moins bien les apparences d'une déviation. Cette dissimulation fort innocente en elle-même ne fait que cacher les formes tout à fait extérieures, sans rien changer au fond. La déviation conserve en réalité tous ses caractères et tous ses degrés; elle est seulement costumée de façon à faire ignorer son existence. La dissimulation réelle, au contraire, parvient à modifier, sinon à effacer les caractères immédiats de la difformité; en sorte qu'examinée à nu, elle paraît diminuée et les accidens matériels qui l'accompagnent sont moins prononcés que lorsqu'elle est abandonnée à elle-même. C'est de cette seule dissimulation que j'ai à m'occuper.

Il y a plusieurs moyens de dissimuler une déviation latérale, et ces moyens diffèrent suivant l'espèce de déviation à laquelle on a affaire. Disons immédiatement que toute déviation dorsale moyenne du second degré avec une torsion proportionnée est peu susceptible d'être dissimulée, à moins qu'elle ne soit récente et n'ait lieu chez un sujet dont la colonne jouit d'une grande flexibilité. Les déviations qui peuvent être dissimulées avec le plus de succès sont celles qui occupent la région dorso-lombaire. Parmi ces dernières, il en est qu'on peut faire disparaître complètement, et il en est qu'on peut à peine diminuer, quelque moyen qu'on emploie. Celles qui peuvent être effacées sont les déviations que j'ai appelées *musculaires passives :* elles consistent, comme leur désignation l'indique, dans un défaut de résistance des muscles de la colonne, et résultent, comme je l'ai établi, d'une faiblesse maladive, d'une élongation trop rapide ou disproportionnée de la colonne, d'une attitude vicieuse longtemps prolongée, enfin d'une inégalité de longueur dans les membres pelviens. Toutes ces déviations ont cela de commun que, jusqu'au second degré inclusivement, elles disparaissent ou au moins diminuent considérablement pendant le décubitus en pronation. Cela prouve que les ligamens et les muscles n'ont pas encore subi le raccourcissement consécutif qui les fait s'adapter au rapprochement de leurs points d'insertion. Dans cette condition, il est presque toujours possible de les dissimuler : il suffit pour cela de faire tenir le sujet debout sur la pointe du pied correspondant à la concavité de la courbure principale, ou bien d'exhausser la chaussure de ce côté, ou bien de faire fléchir le genou du côté opposé; en un mot, de faire élever le bassin du côté de la convexité de la courbure dorso-lombaire, de manière à entraîner la colonne dans son mouvement d'inclinaison, et par conséquent à lui faire décrire une courbure dorso-lombaire directement opposée à celle qui existe. C'est qu'en effet cet ordre de déviations (musculaires passives) occupe la portion de la colonne qui est le siége des déviations simulées, et que les conditions propres à produire la dissimulation sont les mêmes qu'on emploie pour effectuer ces dernières. En d'autres termes, la dissimulation d'une déviation existante, c'est la production d'une déviation simulée du côté opposé. Quant aux courbures de balancement qui occupent les parties supérieures de la colonne, elles obéissent à la même influence; la correction de la première courbure tend à effacer la courbure placée au-dessus, et le redressement de celle-ci à produire la disparition de la troisième. Les choses ne se passent pas toujours d'une manière aussi régulière : il est même peu de cas où la disparition de la déviation pathologique s'opère d'une manière complète. Tontefois j'en ai rencontré plusieurs; j'ai eu occasion entre autres de faire voir à quelques membres de l'Académie des sciences un jeune homme de quatorze ans et une jeune fille de quinze ans, atteints tous deux d'une déviation musculaire passive dorso-lombaire, et chez lesquels on pouvait non seulement faire disparaître la difformité existante, mais arriver même à produire instantanément une déviation en sens inverse, au moyen de mon fauteuil à obliquation du bassin. Cet appareil en effet m'a été suggéré par mes recherches sur les déviations simulées, et le principe sur lequel il repose n'est autre que le principe qui m'a servi à dévoiler et à reconstruire toutes ces inspirations de la ruse. Les extrêmes se touchent.

Les déviations dorso-lombaires, musculaires actives ou osseuses ne cèdent pas aussi facilement aux tentatives de dissimulation. Presque toujours la torsion est trop prononcée, la rétraction des muscles trop considérable, pour qu'on puisse espérer une grande modification; une autre raison encore s'y oppose, c'est que le siége des courbures ne correspond pas toujours, comme dans les déviations musculaires passives, aux points les plus mobiles de la colonne, c'est-à-dire à ceux qui sont le siége des déviations simulées. Toutefois il est rare que les conditions statiques, indiquées précédemment, ne parviennent pas à diminuer l'apparence au moins de la déviation. Quand la courbure ne cède pas ou ne cède que très peu, il peut arriver que le tronc entier éprouve un mouvement d'inclinaison sur le bassin en sens inverse de l'inclinaison qu'il affectait; quoique les courbures restent absolument les mêmes, les apparences de la difformité diminuent; l'on peut faire prendre ce changement pour une amélioration d'un traitement, et masquer aux yeux de personnes non prévenues de l'artifice, les véritables caractères et la véritable étendue de la difformité.

Enfin il est encore un dernier ordre de moyens de dissimuler partiellement au moins certaines déviations même très avancées et occupant la région dorsale moyenne de la colonne, avec torsion proportionnée des vertèbres. Ces moyens que j'appellerai *actifs* par opposition aux précédens qui peuvent être considérés comme *passifs*, puisqu'ils agissent pour ainsi dire à l'insu du sujet, ces moyens, dis-je, consistent dans certaines contractions volontaires des muscles du dos, qui, agissant conjointement avec l'élévation du bassin, parviennent à diminuer sensiblement la courbure principale du dos. Ce mouvement est tout volontaire et instinctif. Il m'a été révélé par une jeune personne de seize ans, qui était atteinte d'une déviation latérale droite dorsale moyenne au troisième degré. Elle était parvenue d'elle-même et après de nombreux essais à ramener temporairement la déviation du troisième au deuxième degré. Dire précisément par quel mécanisme, je ne le pourrais, car tous les muscles du dos paraissaient entrer simultanément en contraction, et le résultat quoique simple était évidemment le produit de toutes ces contractions s'influençant réciproquement.

Avoir fait connaître les différens mécanismes à l'aide desquels on parvient à dissimuler tout ou partie d'une déviation latérale, c'est avoir indiqué d'avance les moyens de reconnaître ces artifices. S'il est vrai que la dissimulation d'une déviation soit la production d'une déviation purement simulée du côté opposé, il suffira de se rappeler que ces dernières ne sont que le résultat d'attitudes dans lesquelles le bassin est incliné latéralement; or j'ai indiqué plus haut toutes les manœuvres propres à atteindre ce ré-

---

nonça la fraude au comité central, en appelant sur le coupable toute la sévérité dont il pouvait user. Vous croyez peut-être qu'il fut immédiatement et honteusement révoqué ? Point du tout; il fut cette année plus largement récompensé qu'aucun autre et renommé pour l'année suivante. Il fallut les réclamations énergiquement réitérées du sous-préfet pour obtenir son remplacement.

Croyons, pour notre honneur, que de pareils faits sont exceptionnels; mais n'est-ce pas trop déjà qu'ils soient possibles ? Hâtons-nous aussi d'ajouter qu'ici, comme dans beaucoup de comités, le président de droit ne l'était guère de fait; il ignorait tous les tripotages de M. le secrétaire, factotum du comité. La mort de celui-ci a fait place à un successeur plus digne. Qu'il repose donc en paix.

Arrivons maintenant à la révision des vaccinations, point capital que recommandent spécialement le rapport de l'Académie précité, et à l'occasion duquel le comité central de la M...... émet le vœu que l'on ne tienne compte aux vaccinateurs que des vaccinations dont la révision a été régulièrement constatée. Il est fort heureux pour les vaccinateurs que le mode de constater n'ait pas été plus particulièrement spécifié, car c'est ici la plus grosse pierre d'achoppement. Les villageois s'imaginent généralement que, prendre du vaccin à leur enfant pour en vacciner un autre, c'est anéantir pour lui le succès de l'opération, et je sais telle commune où on vaccine par an soixante à soixante-dix sujets du bras d'un seul enfant que l'on y amène à prix d'argent, avec sa mère, sans que ce préjugé ait pu être encore modifié par le frappant exemple qui leur est offert. En conséquence, et mus par leur crainte égoïste, les paysans ne présentent jamais leurs enfans une seconde fois. Il en est, de même, qui croient que la simple piqûre a suffi, et qui se méfient comme d'un piége, de tout ce qu'on peut leur dire sur la nécessité de vérifier le succès de l'opération. En un mot, mon expérience et les renseignemens de mes confrères, m'ont démontré que les révisions régulièrement faites ne s'élèvent pas, terme moyen, et par année, à plus d'un quart des vaccinations. Il en résulte d'immenses difficultés et une extrême lenteur dans les opérations, parce qu'il faut toujours puiser le virus nécessaire à cinq ou six cents individus dans le lieu de la résidence qui lui-même compte un assez bon nombre de récalcitrans. Qu'arrive-t-il de tout cela ? c'est que quand le vaccinateur consciencieux, esclave de son devoir, a multiplié ses courses jusqu'à ce qu'il ait vacciné tous les sujets susceptibles de l'être, et révisé ceux d'entre eux qui ont été présentés, le succès de ses opérations ne peut être constaté qu'en masse : il est alors mesquinement récompensé, tandis que si elles devaient l'être individuellement, un quart seulement lui serait payé, et il aurait ainsi perdu son temps et ses peines : je doute qu'alors on trouvât encore des praticiens qui voulussent être vaccinateurs pour l'année suivante. Une conséquence infaillible d'un pareil état de choses, c'est que si, tôt ou tard, la petite vérole reparaît parmi nous, elle pourra sévir sur un nombre très considérable de sujets dans un département dans lequel tout est organisé dans la perfection.

Quelque longue que soit cette lettre, mon cher confrère, j'aurais pu y ajouter encore beaucoup de détails pour compléter le tableau des embarras contre lesquels les vaccinateurs de campagne sont obligés de se raidir. Tout cela a été dit maintes fois dans les comptes rendus que l'on exige d'eux annuellement. Mais MM. les rapporteurs officiels se gardent bien d'en faire men-

sultat. Quant aux caractères immédiats des déviations dissimulées, ils diffèrent suivant que l'on a affaire à une déviation musculaire passive, c'est-à-dire qui puisse s'effacer entièrement, ou bien à une déviation qui ne s'efface que incomplètement. Dans le premier cas, rien ou presque rien n'indique qu'il y ait réellement déviation. La peau seule qui est habituellement distendue par la torsion de la colonne du côté de la convexité de la courbure, et revenue un peu sur elle-même du côté concave, présente par le redressement quelques plis du côté où était la convexité et se montre plus tendue du côté où était la concavité. Dans le second cas, c'est-à-dire quand la déviation ne cède pas, mais est masquée en partie par un certain degré d'inclinaison inverse du tronc sur le bassin, on aperçoit directement les caractères de cette inclinaison, et mieux les conditions matérielles statiques qui la produisent. Quand la dissimulation est active, elle est plus facile encore à reconnaître; tous les muscles du dos sont dans un état de contraction évidente, durs, saillans sous la peau; il suffit dans ce cas d'une légère surprise, comme d'une piqûre ou du simple toucher, pour faire cesser la contraction, et par conséquent ramener la difformité à son état primitif.

§ V. — Mécanisme des caractères différentiels des déviations simulées, provoquées, exagérées, dissimulées et pathologiques.

Après avoir indiqué les différentes manières de produire des déviations simulées, provoquées, exagérées et dissimulées; après avoir fait l'histoire naturelle de leurs caractères anatomiques, comparés à ceux des déviations pathologiques, il me reste à déterminer les causes de leurs analogies et de leurs différences.

Plusieurs questions importantes et curieuses d'anatomie, de physiologie et de pathologie se rattachent à cette discussion. Pourquoi les déviations simulées de l'épine offrent-elles cette conformité si constante de caractères, et d'oppositions si tranchées avec les déviations pathologiques? Pourquoi affectent-elles toujours le même siége, la même disposition, la même direction, le même nombre de courbures, sans autres différences que celles du degré? Pourquoi les déviations provoquées ont-elles des caractères différens des simulées, différens des exagérées, différens des pathologiques? Pourquoi les déviations exagérées participent-elles à la fois des caractères propres aux déviations simulées et de ceux des déviations pathologiques? La première réponse à ces questions, réponse qui les domine toutes, c'est que « les causes essentielles des difformités possèdent une telle spécificité d'action à l'égard des déformations auxquelles elles donnent naissance, que chacune de ces causes se traduit à l'extérieur par des caractères qui lui sont propres, et à l'aide desquels on peut toujours, par la difformité, diagnostiquer la cause, et par la cause, diagnostiquer la difformité. (1) » Cette loi, je l'ai appliquée pour la première fois à la détermination des difformités qui font l'objet de ce mémoire; aussi va-t-elle trouver une entière confirmation dans l'analyse des conditions de leurs manifestations différentielles.

(1) Loi de causalité des difformités du système osseux. (Rapport sur le concours pour le grand prix de chirurgie, p. 17)

Et d'abord pour simplifier les termes de la discussion établissons un fait qui dissipera immédiatement beaucoup de difficultés apparentes. Nous avons montré que les déviations simulées, provoquées, exagérées, dissimulées et pathologiques offrent des différences très remarquables entre elles, différences qui suffisent pour permettre à l'œil un peu exercé de les distinguer les unes des autres dans le plus grand nombre des cas. Cependant toutes ces différences ne sont pas essentielles: quelques-unes résultent d'associations variées de deux seules oppositions radicalement différentes, à savoir: la déviation latérale simulée et la déviation latérale pathologique. En effet, la déviation provoquée, c'est la simulée avec quelques-uns des caractères de la déviation pathologique; l'exagérée, c'est la difformité pathologique avec quelques-uns des caractères de la déviation simulée; la dissimulée, c'est la difformité pathologique masquée ou obscurcie par quelques-uns des caractères de la déviation simulée, agissant en sens inverse; en sorte qu'en définissant complètement les deux termes opposés dont les différentes combinaisons donnent lieu aux associations que je viens d'indiquer, on aura la solution de tous les élémens du problème. C'est ce qui résultera, je pense, de l'analyse à laquelle je vais me livrer.

Dire que la déviation simulée produit toujours des caractères différens des caractères de la déviation pathologique, à cause de l'essentialité différente des causes qui leur donnent naissance, c'est énoncer une vérité abstraite, qui ne peut être admise sur son simple énoncé qu'autant qu'elle aura été établie dans toute sa généralité. Pour nous, cette condition n'a plus à être remplie: mais la science n'en est pas encore arrivée à ce point. Pour hâter ce progrès nous ajouterons que toute cause essentielle n'est telle qu'à la condition de mettre en jeu certains élémens déterminés, de les mettre en jeu d'une certaine manière, avec certains résultats qui sont pour elle toujours les mêmes, et toujours différens par rapport à une autre cause essentielle qui emploie à son tour d'autres élémens, d'une autre manière et avec d'autres résultats. La déviation simulée et la déviation pathologique remplissent exactement ces conditions, du moins dans leur grande généralité; car, ainsi que j'aurai occasion de le montrer, il y a des déviations pathologiques qui empruntent dès leur origine quelques-unes des conditions mécaniques ou statiques des déviations simulées; alors elles ont avec ces dernières quelques caractères communs, mais toujours avec un ensemble de différences qui suffisent pour ne pas les laisser confondre.

La déviation simulée, avons-nous dit, est toujours uniforme dans ses apparences, au degré près; cette uniformité ne peut exister qu'autant qu'il y ait dans la colonne certaines dispositions anatomiques spéciales, toujours et exclusivement mises en jeu par les conditions primitives de la déviation simulée. Il faut qu'il y ait dans la constitution de l'épine et de ses annexes des dispositions qui expliquent pourquoi dans la déviation simulée l'épine s'incline toujours par un mouvement de totalité sur le bassin: pourquoi elle s'infléchit toujours uniformément dans le même point, à l'union de la région dorsale avec la région lombaire; pourquoi ces déviations manquent toujours du caractère pathognomonique des déviations morbides, de la *torsion*, qui suit comme l'ombre le développement de ces dernières, à quelque degré et dans quelque point qu'on les observe; pourquoi la colonne ne décrit qu'une courbe dans les déviations simulées, au lieu de deux ou trois que l'on observe toujours dans celles qui sont le produit spontané de la nature; pourquoi enfin les déviations simulées peuvent se produire, se suspendre et se reproduire instantanément

tion. Au lieu de s'occuper de ces doléances, ils se bornent à relever des chiffres sur lesquels ils appuient des phrases aussi illusoires que pompeuses.

J'en ai dit assez pour faire voir que nous sommes loin encore du but qu'ont atteint la Prusse et les autres pays d'Allemagne où l'on *revaccine*. Il faudrait chez nous revacciner aussi, mais avant tout se justifier du reproche de M. Chelius, en adoptant un réglement général unique pour toute la France, et dont la base serait l'obligation forcée pour tout citoyen d'avoir été vacciné, et la vérification de la réussite de l'opération sur chaque individu. Pour cela, rien ne serait plus facile que d'imiter ce qui se fait chez nos voisins. Ce ne serait pas déroger à l'esprit de nos institutions plus ou moins libérales, que de contraindre chaque citoyen à se préserver d'une maladie si meurtrière et aussi éminemment contagieuse, comme on le fait pour d'autres contagions physiques ou morales.

M. Heyfelder, dans la réunion des médecins à Fribourg, pénétré de la nécessité de revacciner, disait: La revaccination est nécessaire ou non. Dans le premier cas, l'état doit l'exiger. Pour être logiques, commençons nous autres par appliquer ce dilemme à la vaccination, puis viendra le reste.

Agréez, etc.

G.

— M. le docteur Vidal de Cassis vient d'être nommé chirurgien de l'hôpital de Loureine.

— M. le docteur Mercier, ancien interne des hôpitaux, ouvrira le vendredi 19 avril, à onze heures, dans l'amphithéâtre n. 1 de l'école pratique, un cours sur les organes génitaux et urinaires, spécialement celles des vieillards, et le continuera les lundis et vendredis de chaque semaine à la même heure.

— Voyage aux eaux des Pyrénées; par M. P. Bertrand, inspecteur-adjoint des eaux du Mont-d'Or, professeur à l'école secondaire de médecine de Clermont.

Un vol. in-8 de 438 p. — Clermont-Ferrand, 1838.

— Compendium de médecine pratique, ou Exposé analytique et raisonné des travaux contenus dans les principaux traités de pathologie interne; par MM. Ed. Monneret, D.-M. agrégé à la Faculté de médecine de Paris; et Louis Fleury, D.-M.—9e livraison (hel.-ecz.); la 10e livraison est sous presse et paraîtra fin juin. Prix de chaque livraison: 3 f. 50 c., et 4 f. 50 (franco) par la poste.

On souscrit à Paris, chez Béchet jeune, libraire, place de l'École-de-Médecine, 4.

avec le même ensemble d'apparences, tandis qu'il faut pour la production des déviations pathologiques un ensemble de circonstances et une durée d'action qu'il n'est jamais permis d'improviser. J'ai trouvé peu d'élémens dans les livres pour éclairer ces difficultés. L'observation directe et l'expérience m'ont aidé à les résoudre.

Voyons d'abord les dispositions spéciales de la colonne. On sait que les apophyses articulaires des vertèbres offrent des différences assez considérables dans les diverses régions de l'épine. Outre les différences de direction constatées jusqu'ici, j'ai remarqué des dispositions toutes spéciales dans les facettes articulaires des onzième et douzième dorsales d'abord. Ces dispositions consistent d'une part dans la direction complètement perpendiculaire et transversale de ces facettes; et, de l'autre, dans une espèce de rainure formée par un prolongement en haut et en dedans du tubercule supérieur de l'apophyse transverse de la douzième dorsale, qui se recourbe à la façon d'un crochet, de manière à convertir en gouttière transversale l'espace compris entre cet appendice et l'apophyse articulaire supérieure de la même vertèbre. Dans cette rainure est reçu le bord inférieur de la facette articulaire de la onzième dorsale, qui y glisse sans le moindre obstacle pendant les mouvemens de flexion latérale de la colonne. Cette double disposition est d'autant plus remarquable qu'elle contraste avec les dispositions brusquement opposées des articulations vertébrales situées immédiatement au-dessous, à partir de l'articulation de la douzième dorsale avec la première lombaire. Ces modifications articulaires auxquelles il faut ajouter une plus grande épaisseur des disques inter-vertébraux, dans ce point, m'ont paru propres à favoriser spécialement les mouvemens de flexion latérale. Je signalerai encore entre la onzième et la douzième dorsales principalement, et entre quelques vertèbres qui les précèdent, deux dépressions, espèces de prolongemens des facettes articulaires situées en-dessous et en dedans des apophyses obliques supérieures, au bord supérieur de la racine de l'apophyse épineuse, et deux éminences articulaires correspondantes, formées par des prolongemens des apophyses obliques inférieures. On ne peut méconnaître dans ces appendices articulaires, des surfaces de glissement supplémentaires attestant des contacts passagers pendant les mouvemens de flexion latérale de la colonne. J'ai remarqué d'ailleurs que les petites capsules qui entourent les apophyses articulaires unissent moins étroitement leurs surfaces, et sont plus lâches dans ce point de la colonne que dans d'autres. Il convient d'ajouter que les articulations des vertèbres qui précèdent les onzième et douzième dorsales offrent une dégradation des dispositions spéciales qui existent dans les apophyses articulaires de ces dernières : ce qui explique pourquoi le segment supérieur de la courbe résultant de la flexion de l'épine est régulièrement décroissant, et paraît se fondre graduellement avec la partie où se trouve l'articulation centrale de ce mouvement.

Les dispositions articulaires que je viens de signaler entre les onzième et douzième dorsales se répètent à peu près, du moins eu égard aux vertèbres superposées, entre la dernière vertèbre lombaire et le sacrum. Les apophyses articulaires de ces vertèbres ne sont pas aussi complètement verticales et transversales qu'entre les onzième et douzième vertèbres dorsales; mais comparées à celles des vertèbres lombaires entre elles, elles offrent une opposition si grande qu'il n'est pas possible d'y méconnaître la condition exceptionnelle d'un mouvement exceptionnel. Ainsi que je l'avais remarqué pour les apophyses articulaires des vertèbres superposées à la onzième, celles des vertèbres superposées à la dernière lombaire offrent une décroissance régulière des dispositions mieux arrêtées entre la dernière lombaire et le sacrum; si bien que l'articulation de la dernière dorsale avec la première lombaire offre une opposition complète avec l'articulation lombo-sacrée; tandis que toutes les articulations intermédiaires offrent une graduation régulière entre ces deux extrêmes; ce qui fait que l'inclinaison de la colonne sur le bassin s'effectue comme celle de la région dorsale sur la région lombaire, par un segment de courbe répartie d'une manière décroissante entre les articulations placées au-dessus de celle qui est le centre du mouvement.

Outre les conditions articulaires spéciales inhérentes à la colonne, il fallait encore pour produire toujours les mêmes résultats, dans une même région, des moteurs dont l'action fût spécialement circonscrite à cette région. C'est, en effet, ce qui se passe à l'égard de la flexion volontaire du rachis et de son inclinaison sur le bassin. Les muscles affectés à ces mouvemens sont si bien disposés que les insertions des uns tirent spécialement sur les deux extrémités de la courbe dont le sommet répond à l'union de la onzième avec la douzième dorsales; et que les autres tirent obliquement de la colonne au sacrum, de manière à faire retentir leur action au niveau de l'articulation lombo-sacrée, en inclinant cette dernière sur le bassin. Ce sont en premier lieu les faisceaux spinaux du long dorsal; c'est le long dorsal lui-même; en second lieu, c'est le sacro-lombaire, c'est le carré des lombes, ce sont les grand et petit obliques, dont la contraction d'un seul côté détermine tour à tour la flexion de la colonne, et son inclinaison de totalité sur le bassin; en sorte qu'au niveau des surfaces articulaires spéciales, il devait y avoir et il y a des agens de flexion et d'inclinaison qui les mettent en jeu: comme aussi aux points où retentit le plus fortement l'action musculaire spéciale, il devait y avoir et il y a des dispositions articulaires propres à en recevoir et à en faciliter l'influence. Voilà pour le siége anatomique des déviations simulées (1).

En raison des dispositions articulaires spéciales que je viens d'indiquer et des rapports des muscles de l'épine avec ces dispositions, il demeure donc établi que la colonne s'infléchit et s'incline littéralement dans des points déterminés, et que ces mouvemens se reproduisent toujours, nonseulement dans les mêmes points, mais avec les mêmes formes. Or, que sont ces mouvemens, sinon des attitudes physiologiques mises en action par certaines conditions statiques qui se répètent à chaque instant chez l'homme, à son insu, ou sous l'influence de sa volonté ? En effet, toutes les fois que le tronc cesse d'être en équilibre par l'effet d'une inclinaison latérale du bassin, soit pendant la marche, soit pendant la station sur une seule jambe, il ne se replace dans la ligne de gravité qu'au moyen d'un mouvement de flexion et d'inclinaison de l'épine, en sens opposé à l'inclinaison du bassin. On n'avait pas remarqué jusque-là les apparences extérieures qu'affecte la surface dorsale pendant ces mouvemens, et on n'avait pas saisi surtout l'identité complète qu'il y a entre ces apparences et les caractères extérieurs des déviations simulées. Et pourtant il n'y a aucune différence. D'où il résulte que la déviation simulée n'est que le résultat d'une attitude physiologique, consistant dans un mouvement de flexion et d'inclinaison de l'épine, mis en jeu par l'inclinaison du bassin. Qu'on se rappelle en effet les conditions que nous avons fixées pour la production des déviations simulées, provoquées, exagérées et dissimulées, et l'on verra que tous ces résultats sont des produits d'une même cause; c'est-à-dire de la seule inclinaison du bassin, provoquant un mouvement inverse de la colonne. Voilà qui explique comment les déviations simulées ont toujours le même siége, les mêmes caractères; comment les déviations provoquées conservent toujours quelques élémens qui trahissent leur origine; comment les exagérées ne sont que la combinaison d'une déviation réelle avec l'attitude de la déviation simulée, agissant toutes deux dans le même sens; comment la déviation dissimulée n'est au contraire que la déviation réelle avec la déviation simulée, agissant en sens inverse l'une de l'autre.

Ce qui précède suffirait déjà pour rendre compte de l'absence des caractères de la déviation simulée dans la déviation pathologique, et de l'absence des caractères de la déviation pathologique dans la déviation simulée : car d'un côté c'est un mouvement physiologique temporaire, une attitude produite et effacée instantanément; de l'autre, un état pathologique permanent déterminé à la longue. Mais nous voulons donner pour le mécanisme des caractères pathologiques, des motifs aussi explicites que pour ceux des déviations simulées, et montrer parallèlement dans les deux ordres de faits opposés, l'absence et la présence des conditions qui les produisent.

Déterminer pourquoi le phénomène de la torsion de l'épine manque dans les courbures simulées, c'est démontrer l'absence des conditions qui développent ce phénomène, si constant dans les déviations morbides; et c'est partir de la connaissance des agens et du mécanisme suivant lequel elle se produit. Jusqu'ici aucun auteur n'avait donné une explication satisfaisante de la torsion, parce qu'aucun n'avait considéré le fait comme primitif, comme constant, comme capital; mais seulement comme un résultat plus ou moins secondaire de la déviation.

Je m'abstiens de discuter les opinions qui ont été proposées à cet égard, pour me renfermer dans l'énoncé pur et simple de la théorie que j'ai exposée ailleurs.

Lorsqu'une force quelconque tend à courber la colonne vertébrale dans le sens latéral, elle n'obéit pas directement à cette impulsion, parce qu'elle se trouve dans le cas d'une tige qu'on veut fléchir sur une arête, ou dans le sens de sa plus grande épaisseur et de sa plus grande résistance. Qu'arrive-t-il alors? La colonne fixée par ses extrémités éprouve dans les points soumis immédiatement à la force de flexion, un mouvement de torsion qui lui permet de présenter son côté ou sa face la moins épaisse et la moins résistante. Les conditions qui déterminent forcément ce résultat sont de deux ordres : les premières tiennent aux dis-

(1) Je n'ai fait qu'indiquer ici ces conditions anatomiques des mouvemens spéciaux de la colonne vertébrale, parce que ces indications suffisent à l'intelligence des faits que j'avais à signaler. On trouvera dans mon Mémoire sur les mouvemens particuliers de la colonne vertébrale, tous les développemens que cet intéressant et fécond sujet comporte. Ce mémoire paraîtra prochainement.

positions articulaires de l'épine même, à la direction des facettes articulaires, qui, dans les régions cervicale et dorsale, sont obliques d'arrière en avant et de dedans en dehors et dans la région lombaire, regardent à peu près directement en dedans et en dehors; les secondes conditions de la torsion dépendent des parties environnantes, et sont dues à la résistance et à la réaction des muscles latéraux de l'épine, tous situés à sa partie postérieure, et dont les insertions et la direction sont parallèles ou obliques, par rapport à l'axe spinal; tels sont principalement les faisceaux costaux et transversaires du long dorsal, les transversaires épineux; tous, lorsqu'ils éprouvent le tiraillement déterminé par une flexion latérale, circonscrite et prononcée, opposent de la résistance d'abord, et se contractent ensuite. Indépendamment de la résistance commune qu'ils opposent, quelques-uns, comme les transversaires épineux, agissent sur les apophyses épineuses comme sur des bras de levier qu'ils retiennent conjointement avec les aponévroses auxquelles adhèrent leur sommet, tandis que les corps vertébraux entièrement libres obéissent directement à l'effort fléchissant; ce qui explique en même temps comment la torsion s'exécute sur un axe passant par le sommet des apophyses épineuses, et rend compte du développement constamment plus grand des courbures antérieures, par rapport aux postérieures (1).

Ces conditions matérielles qui produisent la torsion dans les déviations pathologiques manquent évidemment dans les déviations simulées. J'ai signalé plus haut les dispositions spéciales et exceptionnelles de l'articulation de la onzième vertèbre dorsale avec la douzième, et de l'articulation de la dernière lombaire avec le sacrum; ces dispositions, auxquelles il convient d'ajouter une hauteur plus marquée en ce point des disques inter-vertébraux, favorisent au plus haut degré le mouvement directement latéral de flexion et d'inclinaison de la colonne, et neutralisent dans certaines limites les conditions de la torsion. D'ailleurs, les dispositions anatomiques propres aux articulations des onzième et douzième vertèbres dorsales, et de la dernière lombaire avec le sacrum, ne s'arrêtent pas brusquement à ces vertèbres; mais se montrent encore d'une manière décroissante dans les vertèbres qui leur sont superposées; il en résulte que les mouvemens de flexion et d'inclinaison qu'ils déterminent ne sont pas invariablement circonscrits aux centres où ils se produisent; mais s'étendent encore aux vertèbres superposées, en proportion de leur participation aux conditions spéciales de ces mouvemens. La conséquence de ces faits est que la courbe produite par l'inflexion et l'inclinaison de la colonne, se répartissant sur une assez grande étendue de la colonne, produit un arc appartenant à un grand rayon de courbure, ce qui ne met que très faiblement en jeu la résistance et la contraction des muscles des gouttières vertébrales. Cela est si vrai, que lorsqu'on veut porter la flexion physiologique du rachis à son plus haut degré, on aperçoit un commencement de torsion caractérisée par le soulèvement des muscles sacro-lombaire et long dorsal; dans ce cas, en effet, on diminue le rayon de courbure comme dans les courbures pathologiques; on distend les muscles en éloignant leurs points d'insertion; on force les vertèbres dorsales et lombaires qui avoisinent les onzième et douzième dorsales, à participer à la flexion au-delà de la limite de leurs conditions articulaires, et l'on provoque ainsi les élémens de torsion qu'elles portent avec elles et qu'elles développent toujours dans les courbures plus ou moins circonscrites des déviations pathologiques.

Pourquoi les déviations simulées n'offrent-elles qu'une seule courbure, et sont dépourvues des courbures dites de balancement, qui reportent le tronc dans la ligne de gravité? L'expérience physiologique et l'analyse anatomique sont d'accord pour établir l'impossibilité du fait contraire. Les courbures supplémentaires devraient occuper une partie de la région dorsale; or, physiologiquement, il est impossible d'improviser une courbure dorsale circonscrite à cette région; il est même difficile d'obtenir un degré de flexion latérale de totalité très obscur occupant toute cette portion du rachis. Les dispositions des apophyses articulaires empêchent matériellement cette flexion. Cet obstacle s'accroît encore de la présence des côtes et des muscles qui les environnent. Il n'y a d'ailleurs au niveau de la région dorsale aucun muscle destiné à fléchir latéralement cette portion du rachis, comme il en existe pour les régions cervicale et dorso-lombaire. Ainsi, les dispositions anatomiques s'opposent à l'établissement instantané d'une courbure de balancement, et les agens physiologiques manquent pour la produire.

Il n'en est pas de même des déviations pathologiques. Jamais il n'y a de déviation à une seule courbure. Tous les livres qui traitent des difformités de l'épine admettent, je le sais, l'existence de déviations à une comme à deux, comme à trois courbures. C'est une erreur grave que l'observation et le raisonnement démontrent d'un commun accord. J'ai rassemblé et décrit pour le concours du grand prix de chirurgie de l'Académie des sciences, tous les exemples de déviations de l'épine conservés dans les différens musées de la capitale; j'en ai préparé on fait préparer un assez grand nombre pour mon cabinet particulier: toutes ces pièces, ainsi que les très nombreux exemples de déviations que j'ai observées sur le vivant, m'ont offert deux, trois, et quelquefois quatre courbures alternes: presque toujours trois, très rarement deux, et jamais une seule. Tous les auteurs, sans doute, avaient dit et répété le contraire jusqu'ici, mais leur erreur s'explique aisément en ce qu'ils avaient pris pour des déviations à une courbure celles dans lesquelles il n'y a qu'une seule courbure accusée en arrière par le sommet des apophyses épineuses. Or, j'ai établi (1) que toute déviation latérale commence par la rotation des vertèbres sur un axe passant par le sommet de leurs apophyses épineuses. D'où il résulte que toute déviation à sa première période n'est point encore appréciable en arrière à la direction des apophyses épineuses, alors qu'en avant les corps vertébraux décrivent déjà une série de courbes alternes de plusieurs lignes de flèche. Presque jamais ces courbes ne sont du même degré: l'une d'elles, la moyenne ou l'inférieure, est plus forte que les deux autres; elle seule est appréciable à la direction des apophyses épineuses. Voilà pourquoi on a admis des déviations à une courbure. Pour mieux démontrer que telle avait bien été la source de la méprise des auteurs, un médecin qui avait pris une part active à ce débat, est venu présenter à l'Académie, comme exemple d'une déviation à une seule courbure, une pièce anatomique qui en offrait quatre. La colonne, examinée en arrière, ne paraissait, en effet, décrire qu'une seule courbe, mais vue en avant elle en montrait quatre (2). Comme l'auteur de la communication dont il s'agit, tous ceux qui avaient admis précédemment l'existence des déviations à une seule courbure s'étaient contentés de regarder les colonnes vertébrales en arrière. Mais il n'était même pas nécessaire de regarder en avant pour être convaincu que les déviations à une seule courbure ne peuvent exister. Il suffit de faire remarquer que dans les déviations que l'on considère comme telles, et qui n'offrent en apparence qu'une seule courbure, la courbure n'occupe qu'une partie de la colonne; celle-ci, dans ses autres points, paraît se confondre avec la verticale. Or, il est physiquement impossible qu'une courbe occupe le trajet d'une ligne droite, sans courbure ou angle de retour, à moins que toute la ligne ne participe à la courbure. Pour rendre la démonstration de cette impossibilité plus matérielle, il suffit de continuer l'arc de la courbure qu'on aperçoit en arrière sur le trajet de la colonne; au moment où elle traverse la verticale, on voit que sa tangente forme, avec cette dernière un angle d'autant plus ouvert que le rayon de courbure est plus petit. Le segment prolongé ne peut donc revenir dans la verticale qu'à la condition de former un angle ou une courbe de retour. Il est inutile d'insister pour montrer que l'établissement des courbes multiples alternes dans les déviations pathologiques est un fait aussi nécessaire qu'il est constant. L'instinct de l'équilibre et les efforts incessans du tronc pour le maintenir et le rétablir quand il est perdu, sont la raison première et suffisante de cette pluralité simultanée de courbures, sans compter qu'il y a d'autres élémens même dans l'essence des causes des déviations qui décident primitivement de l'existence de plusieurs courbures opposées dans une déviation latérale. Ce n'est pas le lieu de m'arrêter à ces considérations: l'autorité du fait suffit à l'établissement des caractères différentiels tirés du nombre de ces courbures.

Enfin, pourquoi tant d'uniformité dans les déviations simulées et les composés qui en dépendent, et tant de variété dans les déviations pathologiques? Je l'ai dit, dans les déviations simulées, provoquées, exagérées, dissimulées, c'est toujours la même cause, le même produit; c'est l'inclinaison du bassin provoquant en sens inverse la flexion et l'inclinaison de la colonne, ou la flexion et l'inclinaison d'emblée, par l'action musculaire directe; dans les deux cas, c'est toujours le résultat d'une attitude physiologique, produite par les mêmes conditions articulaires et servie par les mêmes muscles. Dans les déviations pathologiques, au contraire, tous ces élémens changent et avec eux changent les résultats; ce sont des causes multiples, diverses et complexes, par conséquent ce n'est plus le même siége, la même direction, les mêmes degrés, les mêmes formes; les muscles, les surfaces articulaires, les ligamens, les os eux-mêmes, changent de rapport, de dimension, de direction et de consistance, parce que les influences qui les mettent en jeu sont insolites, étrangères, et presque toujours en opposition avec les influences

(1) Je me borne à ce simple énoncé du mécanisme de la torsion: on trouvera dans mon travail couronné par l'Académie des sciences, tous les développemens qu'exige la détermination de ce phénomène délicat et difficile.

(1) Rapport cité, page 13.

(2) GAZETTE MÉDICALE, année 1836, page 395.

physiologiques. Ce sont, d'ailleurs, des effets qui deviennent causes à leur tour; c'est l'étendue, le nombre et le degré relatif des courbures qui accentuent différemment la surface dorsale; c'est la torsion qui imprime à chaque courbure, suivant son siége, son degré, son étendue, son ancienneté, une physionomie et des reliefs différens. C'est, en un mot, un ensemble d'élémens producteurs, se mêlant, s'enchevêtrant les uns dans les autres et donnant lieu à un ensemble de produits, en rapport avec le nombre et la variété de leurs combinaisons.

Après avoir analysé le mécanisme suivant lequel les caractères différentiels des déviations simulées et des déviations pathologiques se produisent, il me resterait à appliquer les lumières que j'en ai tirées aux différentes combinaisons dont ces deux termes primitifs sont susceptibles, et donner, par exemple, la raison des caractères propres aux déviations provoquées, exagérées et dissimulées. Mais je l'ai déjà fait remarquer: le mécanisme des deux termes composans étant connu, on peut en déduire celui de leurs composés. Ainsi, quelle que soit la cause de la déviation provoquée, elle commence toujours par la flexion et l'inclinaison physiologiques de l'épine et revêt les caractères propres à ces points de départ; quelle que soit la déviation pathologique que l'on tentera d'exagérer, quel que soit son siége, le nombre de ses courbures, l'exagération n'en consistera pas moins dans l'addition des caractères de la flexion et de l'inclinaison, qui modifieront d'autant plus les caractères primitifs de la déviation que sa cause sera plus éloignée de celles qui agissent en se servant des articulations spéciales de la colonne. Enfin, quelle que soit la déviation qu'on tentera d'effacer en tout ou en partie, la diminution de ses caractères ne sera toujours que le résultat de la flexion et de l'inclinaison physiologiques de la colonne en sens opposé, et cette diminution ne sera réelle qu'autant qu'elle s'appliquera à des déviations statiques ou musculaires, lesquelles, comme je l'ai établi, mettent en jeu les mêmes articulations, quoique avec d'autres élémens que les déviations simulées. On retrouve donc, avec la plus grande facilité, dans chacune de ces combinaisons, les conditions anatomiques, physiologiques, statiques et pathologiques, qui expliquent le mécanisme des deux termes primitifs dont elles se composent.

Si les considérations auxquelles je viens de me livrer pour rendre raison des différences qui existent entre les déviations simulées, provoquées, exagérées, dissimulées et les déviations morbides, ne portaient pas la conviction dans tous les esprits, je me retrancherais rigoureusement dans l'énoncé pur et simple de leurs caractères naturels, dégagés de toute espèce d'interprétation et tels que chacun peut les vérifier.

Mais comment a-t-on pu se méprendre jusqu'ici sur des oppositions aussi grandes et aussi capitales que celles qui existent entre les déviations simulées du rachis et celles qui sont le produit spontané de la nature? Cette méprise tient à plusieurs causes: premièrement, parce que personne ne se doutait qu'on pût recourir à ces sortes d'imitations, et personne ne regardait d'assez près pour les reconnaître; secondement, parce que la science, ne possédait pas encore de détermination assez précise des caractères des véritables déviations de l'épine, pour distinguer par la simple comparaison celles qui ne répondraient pas à l'ensemble de ces caractères; troisièmement, enfin, parce que ceux qui avaient intérêt à dissimuler les supercheries de ce genre ont eu recours à un artifice que je vais indiquer, et qui a pour but de neutraliser une disposition trop choquante, qui seule suffirait pour trahir la falsification.

J'ai établi plus haut que la flexion volontaire de l'épine est toujours accompagnée d'une inclinaison considérable de l'extrémité supérieure du tronc du côté concave, par le défaut de courbure dorsale en sens opposé. Pour faire disparaître cette inclinaison choquante et caractéristique sur les plâtres destinés à représenter les déviations simulées et leur donner l'apparence des déviations morbides, on coupe obliquement la base de ces plâtres de bas en haut et de gauche à droite, quand la courbure a sa convexité à droite. La portion de plâtre enlevée et qui correspond à la hanche droite détermine un abaissement du plâtre de ce côté, et ramène ainsi l'extrémité supérieure du tronc dans l'axe vertical, sans diminuer en rien l'étendue et la flèche de la courbure.

Des faits anatomiques, physiologiques et pathologiques exposés dans ce mémoire, et de la discussion à laquelle je viens de me livrer, je crois pouvoir conclure:

1° Qu'il est possible, jusqu'à un certain point, d'imiter, de provoquer, d'exagérer et de dissimuler, par de simples attitudes les déviations latérales de l'épine.

2° Que ces imitations imparfaites offrent un ensemble de caractères uniformes et spéciaux à l'aide desquels on peut toujours les reconnaître.

3° Que l'ensemble des caractères des déviations simulées, provoquées, exagérées et dissimulées, ne se retrouve jamais dans les déviations pathologiques et réciproquement.

4° Que les déviations simulées, provoquées, exagérées et dissimulées, quoique le produit d'une même simulation, offrent toutes des différences qui ne permettent pas de les confondre.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

I. THE DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Les cahiers de novembre et décembre renferment les mémoires originaux suivans: 1° *Observations sur la fièvre;* par le docteur Robert Law; 2° *Observation d'une luxation complète de l'astragale;* par John Macdonnell, M. D.; 3° *Quelques remarques sur la coqueluche;* par M. Lombard (de Genève); 4° *Observation d'un cas où des cristaux ont été trouvés dans les intestins;* par le docteur O'Bryan Bellingham; 5° *Recherches et observations sur la plique polonaise;* 6° *Sur le mécanisme du bruit de soufflet* (2° partie); par le docteur Corrigan; 7° *Observations sur l'hypertrophie et d'autres affections du col utérin;* par M. E. Kennedy; 8° *Observations sur le traitement de différentes maladies;* par le docteur Robert Graves; 9° *Remarques sur l'emploi du mercure à petites doses;* par le docteur Law; 10° *Observations sur l'emploi des médicamens sous forme de vapeur dans le traitement des affections pulmonaires avec la description d'un appareil pour administrer sous cette forme l'iode, le chlorure, etc.;* par le docteur Corrigan.

OBSERVATIONS SUR LA FIÈVRE; par le docteur ROBERT LAW, médecin de l'hôpital de sir Patrice Dunn.

L'auteur pense que la fièvre continue (fever) est le résultat d'une impression générale faite sur l'économie soit par un miasme qui y pénétrerait au moyen des vaisseaux absorbans, soit par une impression morale qui agirait sur le système nerveux, et il paraît surtout incliner pour la deuxième de ces hypothèses; tout en reconnaissant combien de causes d'erreur se présentent dans ces recherches en raison des nombreuses complications qui viennent modifier la maladie et lui donner des caractères tous différens, il rapporte six observations de fièvre continue bien caractérisée par les symptômes généraux, la prostration et la stupeur, les pétéchies et les symptômes nerveux proprement dits, mais sans complication évidente et dans lesquelles une impression morale pénible a précédé le développement des phénomènes morbides. M. Law appuie encore son opinion sur ce que les premiers de ces phénomènes qui apparaissent sont tous fournis par le système nerveux: les frissons, les douleurs de différentes natures, la prostration, le trouble des sens, le dérangement de l'appétit et des sécrétions, et cela à une époque où aucun autre appareil n'est assez compromis pour expliquer ces accidens graves. Si tous les cas de fièvre ressemblaient aux six qui sont rapportés dans ce mémoire, sans doute l'opinion avancée ici par M. Law pourrait être soutenue avec quelques chances de succès; mais quand on pense combien de sujets sont affectés de fièvre continue ou typhoïde sans avoir éprouvé aucune émotion morale de quelque importance, on reconnaît que ce n'est point encore là qu'on trouvera la cause de ces fièvres si nombreuses, si graves, et qui attaquent tout aussi bien l'homme indolent et peu impressionnable que celui chez lequel les impressions morales sont le plus vives et le plus fréquentes.

LUXATION DE L'ASTRAGALE, par M. JOHN MACDONNELL.

OBS. — C'est le docteur B. Carmichael qui fait le sujet de cette observation; son cheval s'étant abattu sous lui, il fit, pour prévenir une chûte en avant, une extension violente et forcée de tout le membre inférieur, l'extrémité antérieure des os du métatarse porta sur le sol, et ce fut surtout le bord interne du pied qui reçut le choc. Une douleur des plus vives et une difformité sensible même à travers la botte lui donnèrent à penser qu'il venait d'éprouver une luxation du pied. Il ne marcha point après l'accident, car son cheval put se relever. Immédiatement relevé, le reste du trajet se fit en voiture. Les docteurs Hutton et Macdonell trouvèrent le pied dans l'état suivant: les orteils regardaient en dehors, le bord interne du pied formait un angle d'environ trente degrés avec son axe normal; la face plantaire était dirigée en dehors et le bord externe légèrement élevé.

La dépression qui existe au niveau du tendon d'Achille était plus marquée et le talon plus saillant; cependant on ne sentait pas au-dessus la saillie formée

par la face supérieure de l'astragale, ce qui n'eût pas manqué d'avoir lieu si cet os se fût porté en arrière. Les malléoles étaient dans leur position naturelle. Au-dessous et en avant de la malléole interne, il existait une saillie dure, qui soulevait fortement la peau, c'était la surface interne de l'astragale; cette tumeur était due à la fois et à la luxation et au renversement du pied en dehors; immédiatement en avant du tibia existait une surface plane de la largeur d'un doigt, qui se terminait brusquement sur la partie antérieure du tarse. Au-dessus de la saillie formée par la tête de l'astragale portée sur la face supérieure du scaphoïde et de l'os unéiforme, les tegmens étaient si tendus que la moindre traction aurait déterminé leur déchirure; on trouva en mesurant la distance de la malléole interne à l'extrémité du gros orteil, qu'il y avait du côté malade un pouce de moins que du côté sain. Rien n'indiquait une fracture. Le pied pouvait être fléchi et étendu; mais comme les moindres mouvemens étaient douloureux, on ne chercha pas à voir jusqu'à quel point la flexion et l'extension pouvaient être portées.

L'accident ne datant que d'une heure et demie, il n'y avait pas encore de gonflement inflammatoire, ni d'épanchement de sang ou d'un autre liquide. D'après les signes qui viennent d'être rappelés, on diagnostiqua : une luxation simple et complète de l'astragale sur le calcaneum et le scaphoïde, sans changement de rapport avec le tibia, le péroné et l'astragale, et sans fracture d'aucun de ces os. La membrane synoviale des articulations calcanéo-astragalienne et astragalo-scaphoïdienne avait dû être déchirée, et leurs moyens d'union complètement rompus. Voici dans quel sens furent dirigés les efforts de réduction : l'extension était exercée sur les pieds, la contre-extension sur le genou, on poussait en avant le calcanéum pendant qu'on déprimait en arrière le tibia et l'astragale; les orteils étaient ramenés en dedans, et le bord externe du pied porté en bas. Ces efforts long-temps continués n'eurent pour résultats que d'amener de vives douleurs sans la moindre apparence de réduction. On remplaça les mains par des courroies et des moufles, en tirant dans la même direction qu'auparavant, et poussant soit le calcanéum, soit l'astragale et le tibia de la même manière. Après quelques minutes de traction, M. Carmichael fit un violent effort; il y eut aussitôt un relâchement marqué dans les cordes des poulies, et la réduction se trouva obtenue sans bruit. La difformité, la douleur tensive avaient disparu, il ne restait plus qu'un simple malaise autour des malléoles.

On eut recours les jours suivans aux applications répétées de sangsues, aux cataplasmes émolliens, à des purgatifs. Un repos absolu fut gardé. Vers le trente-sixième jour, le gonflement avait beaucoup diminué; toutefois il restait encore un léger engorgement autour des malléoles.

M. Macdonnell fait remarquer combien la douleur fut peu vive dans ce cas, au moment de la production d'un accident aussi grave, ce qu'il attribue à la rapidité avec laquelle ce désordre se forma. D'après lui, ce fait serait remarquable encore par la rareté de la lésion qui y est signalée, à ce point qu'il ne connaît pas d'observation analogue rapportée par les auteurs. Faudrait-il en rapprocher le cas cité par Heyle et observé par Bromfield, de « cette femme qui, tombant en descendant de cheval, se fit une luxation du tibia et du péroné, en même temps que de l'astragale sur le reste du pied. La réduction fut impossible, on fit l'amputation de la jambe, la malade succomba. » De plus amples détails manquant, M. Macdonnell ne peut rien conclure de ce fait.

QUELQUES OBSERVATIONS SUR LA COQUELUCHE; par le docteur LOMBARD.

L'auteur de ce mémoire examine quelques-unes des questions qui se rattachent à l'étude de cette maladie; mais les chiffres sur lesquels il a opéré sont trop faibles pour que les résultats qu'il a obtenus aient une grande importance : aussi nous nous bornerons à signaler ce qu'il dit de l'emploi du sous-carbonate de fer dans le traitement de la coqueluche, après avoir parlé de l'effet de l'opium, de la belladone, de l'émétique, etc. Le docteur Stymon, qui le premier avait conseillé cette médication, administrait le sous-carbonate de fer à la dose de 4 à 10 grains en vingt-quatre heures, mais M. Lombard n'a pas trouvé cette dose assez élevée et l'a portée à 24 et même 36 grains chez les petits enfans dans les vingt-quatre heures; il le donne avec de l'eau et du sirop, ou dans un julep. Non-seulement il n'a jamais observé d'inconvénient de l'emploi de ce moyen, mais il a trouvé que les enfans auxquels il était donné étaient moins affaiblis et guérissaient bien plus promptement que quand ils avaient été soumis à une autre méthode. Les faits où il a obtenu d'heureux résultats de l'emploi du sous-carbonate de fer sont si nombreux qu'il ne peut les donner en détail; il se contente d'en citer brièvement quelques-uns à l'appui de son assertion, et en conclut que le carbonate de fer jouit d'une propriété remarquable pour diminuer la violence des accès et leur fréquence, et pour amener la guérison complète de la coqueluche au bout d'un certain nombre de jours. Cette méthode jouit en outre de l'avantage de soutenir les forces des petits malades, et de les mettre en état de résister à une maladie qui ordinairement dure plusieurs semaines, et laisse généralement les malades faibles et épuisés.

Il est cependant utile de faire remarquer, avec l'auteur, que dans quelques cas, chez les sujets soumis à ce traitement, la toux augmente pendant les premiers jours, mais elle tombe au bout de deux ou trois jours, et le médicament produit alors ses bons effets. On connaît les bons effets du sous-carbonate de fer dans les névralgies; son efficacité dans le traitement de la coqueluche n'est-elle pas encore une nouvelle preuve que cette affection doit être rapprochée plus des affections nerveuses que de celles où domine l'élément inflammatoire?

OBSERVATION D'UN CAS OU DES CRISTAUX ONT ÉTÉ TROUVÉS DANS LES INTESTINS D'UN HOMME MORT D'UNE PNEUMONIE; par le docteur O'BRYAN BELLINGHAM, chirurgien de l'hôpital de Saint-Vincent.

Depuis la communication du professeur Schoenlein, de Zurich, on a trouvé à plusieurs reprises des cristaux dans les intestins de l'homme. Le fait suivant est un nouvel exemple de cette production.

OBS.—***, âgé de 40 ans, qui mourut d'une pleuro-pneumonie avec gastrite quelques jours après son admission à l'hôpital. En examinant le canal intestinal, on crut reconnaître que les matières colorantes dans le colon étaient d'une couleur moins foncée et plus liquides qu'à l'ordinaire. On trouva en même temps de très petits corps dans les matières fécales; et, en les frottant entre les doigts, on sentit qu'ils étaient solides. On les fit sécher pour les examiner avec une lentille, et on trouva que c'étaient des cristaux parfaitement réguliers et ayant un peu moins d'un tiers de ligne de longueur. Il y en avait un nombre considérable; mais ils étaient si petits qu'on eut beaucoup de peine à en trouver une assez grande quantité pour les soumettre à une analyse chimique.

Ces cristaux étaient blancs; quelques-uns, jaunâtres à la surface, paraissaient avoir été colorés par les matières intestinales. Leur forme était celle d'un prisme à six faces, terminé par des pyramides à quatre faces; leurs angles et leurs côtés offraient une netteté parfaite. Le docteur Apjohn, professeur de chimie au collége des chirurgiens d'Irlande, les trouva composés de phosphate ammoniaco-magnésien. Le colon est la seule partie de l'intestin où on les ait trouvés, et il n'y avait sur aucun point d'ulcération de la membrane muqueuse.

RECHERCHES ET OBSERVATIONS SUR LA PLIQUE POLONAISE; par M. KAJETAN KOWALEWSKI.

Vingt-deux observations sont rapportées dans ce mémoire, les unes empruntées à divers ouvrages sur les maladies de la peau, les autres recueillies par l'auteur lui-même en Pologne. Nous allons reproduire les principales conclusions que M. Kajetan Kowalewski tire de la comparaison de ces faits. La division de la plique en aiguë et chronique a plus d'importance pratique que celle qui est fondée sur la forme que prennent les cheveux dans leur entrelacement. Le pronostic et le traitement de ces deux variétés reposent même sur des données entièrement différentes. Dans presque tous les cas qu'il a rapportés la formation de la plique présente les caractères de la terminaison critique d'une maladie; c'est ordinairement le dernier anneau de la chaîne de symptômes qui a précédé cette formation.

Dans la plique aiguë, on voit la plique se développer rapidement après une longue série de symptômes et amener un soulagement immédiat et même complet. Dans la plique chronique les symptômes qui en précèdent la formation sont beaucoup moins aigus, la plique apparaît et se développe avec lenteur et amène à peine un léger amendement dans la santé générale.

La plique est pour beaucoup de maladies un mode de terminaison critique, endémique, c'est-à-dire produite par des influences locales qui constituent une espèce de prédisposition spéciale, laquelle reste en repos tant qu'elle n'est pas appelée en action par quelque cause interne ou externe.

Quelques circonstances peuvent faire prévoir que la maladie se terminera par la plique; l'auteur insiste spécialement sur les suivantes : l'existence antérieure de la plique chez quelques membres de la famille; quelques symptômes particuliers et surtout la résistance de la maladie au traitement ordinaire; un appétit dépravé et surtout le désir des liqueurs alcooliques.

Dans les contrées de l'Europe où règne la plique, on observe la même maladie chez les animaux et surtout les chevaux; on l'a vue aussi sur les chiens, les bœufs, les moutons, les loups et les renards; on ne l'a jamais observée sur les oiseaux; si cette assertion est exacte, elle suffit pour démontrer la nature endémique de la maladie : on n'a cependant pu arriver jusqu'ici à connaître les influences endémiques qui en déterminent le développement.

Les vrais symptômes pathologiques de la plique sont la grande sensibilité des racines de cheveux et la sécrétion qu'elles fournissent; cependant les cheveux ne sont pas plus sensibles qu'à l'état normal; si la sensibilité est exagérée sur quelques points de leur trajet, c'est seulement à leur racine. Si nous en croyons l'auteur qui paraît bien informé sur ce point comme dans tout le reste de son travail, où il a fait preuve d'érudition et d'une bonne direction dans les études, les cheveux et le poil pousseraient

chez les Polonais et les Russes même à l'état de santé avec une vigueur extraordinaire; il parle même, d'après une autorité qui lui paraît mériter toute confiance, d'une jeune dame chez laquelle le poil d'une certaine partie était assez long pour qu'elle pût lui faire faire le tour de sa ceinture.

OBSERVATIONS SUR LE TRAITEMENT DE DIFFÉRENTES MALADIES; par le docteur ROBERT GRAVES.

Dans cet article, le docteur Graves s'occupe d'un trop grand nombre d'affections pour qu'il nous soit possible d'analyser les différentes parties dont il se compose. Nous nous contenterons donc de noter celles qui nous paraitront les plus importantes, et d'abord nous rapporterons sommairement l'observation suivante, et les réflexions dont l'auteur l'accompagne.

ABCÈS HÉPATIQUE S'OUVRANT DANS L'ESTOMAC PAR TROIS PERFORATIONS ET DANS LE PÉRICARDE; PÉRICARDITE; PLEURÉSIE.

OBS.—Walker, âgée de 25 ans, fileuse, maigre et nerveuse, fut prise, le 13 septembre, subitement et sans cause appréciable, de douleurs violentes et générales de l'abdomen, s'étendant dans les reins et dans le dos, sans autre phénomène morbide. Une saignée faite immédiatement ne fut suivie d'aucun soulagement; il en fut de même de l'application des cataplasmes. Après trois jours de douleurs atroces, avec soif vive et nausées; fréquence et petitesse du pouls; respiration accélérée; bruit normal du cœur; tension et excessive sensibilité de l'abdomen et liberté du ventre, les douleurs perdent un peu de leur intensité; l'abdomen est mou, sensible à la pression; une sueur abondante s'établit.

Le 18, l'hypochondre droit et l'épigastre offrent une tuméfaction considérable, avec une saillie de forme conique élastique à la pression, et mate à la percussion.

Le lendemain, ce point seul est resté sensible à la pression; on y constate la fluctuation.

Le 20, hier la malade a été prise d'un dévoiement violent qui a continué toute la nuit. Huit à dix selles liquides très foncées, et qui toutes ont été accompagnées de fortes coliques. L'état général est plus mauvais; aucun changement dans la forme de l'abdomen.

Le 24, amélioration générale. La tumeur donne à la percussion une résonnance tympanitique. On retrouve encore l'élasticité, mais non la fluctuation qui était incomplète le 19.

Le 29, la malade semble se relever un peu; la tumeur épigastrique a diminué considérablement et fournit une résonnance tympanitique.

Le 1er octobre, le dévoiement a reparu avec les fortes coliques; la face supérieure de la langue est extrêmement douloureuse; on y voit deux ou trois ulcères dont le plus large a l'étendue d'une pièce de dix sous. Les autres ressemblent à une fissure et sont séparés l'un de l'autre par une cloison. Les jours suivans, les selles liquides continuent; des aphtes couvrent les bords de la langue; les bruits du cœur restent à l'état normal.

Le 9, la malade éprouve une vive douleur dans la région précordiale; puis un violent battement de cœur avec la sensation d'une chaleur brûlante au-dessus du sein gauche. Elle est très amaigrie et très faible; sa respiration est accélérée, courte et pénible. Les veines jugulaires, lorsqu'elle est couchée, sont distendues, mais sans pulsations; il en est de même des autres veines du col.

La percussion sur la poitrine est généralement claire, excepté sur les parties inférieure et moyenne du côté gauche. Sur ces points, la respiration est faible; partout ailleurs elle est pure et forte. A un pouce et demi environ du bord inférieur de la mamelle, les deux bruits sont confondus, et on entend un léger bruit de soufflet qui augmente de rudesse quand on avance à droite, et, au-dessus du sein, il se change en un bruit de craquement complet qui accompagne les deux bruits du cœur, et est encore plus fort entre le sternum et le sein. La pression augmente singulièrement ces phénomènes, et lorsqu'elle est considérable, elle les change en un fort bruit de frottement qui couvre les deux bruits, et spécialement le premier. A ces bruits, qui s'entendent dans une plus grande étendue, se joint le lendemain un *cliquetis métallique particulier*, qui donne l'idée d'une goutte de fluide tombant du côté du péricarde, et cesse lorsqu'on exerce la pression sur le cœur.

Le 11, ce bruit prend le caractère du craquement de l'emphysème; il est très fin et obscurcit les deux bruits. Il est plus distinct le long des parties inférieure et moyenne du sternum. Le cliquetis métallique est aussi plus distinct, mais irrégulier dans sa fréquence.

La malade meurt le 19.

AUTOPSIE 12 HEURES APRÈS LA MORT. En soulevant les parois abdominales, on trouve la cavité d'un vaste abcès dans le lobe gauche du foie. Cette cavité circulaire a huit pouces de circonférence. Elle communique avec l'estomac par trois ouvertures, dont l'une de trois quarts de pouces de diamètre est située près de l'orifice pylorique, et dont les deux autres, de forme ovale, sont près du cardia. La surface de cette cavité est inégale, et les tissus voisins sont infiltrés de pus.

Sur le point où le diaphragme et le péricarde sont unis, on trouve une perforation capable d'admettre le doigt indicateur, et qui va de l'abcès au péricarde; ce dernier contient deux onces de liquide purulent. La séreuse elle-même a quatre fois son épaisseur normale. A l'intérieur, elle est enflammée, avec de nombreux points rouges ayant sur quelques points le volume d'une tête d'épingle, et offrant sur d'autres l'apparence d'une arborisation. Elle est couverte de portions de fausses membranes, et présente, surtout à l'origine, des gros vaisseaux, de petits corps granuleux demi-transparens, qui ressemblent aux grains de millet ou à l'éruption miliaire. Quand on les enlève avec l'ongle, on trouve au-dessous la séreuse.

Le tissu du cœur est rouge; la séreuse qui le couvre présente aussi de nombreuses granulations. Les deux oreillettes sont comme attachées au cœur par de fortes adhérences. Il y a quelques tubercules dans le lobe supérieur des deux poumons. Il n'existe pas d'adhérences dans le péritoine.

Voici maintenant quelques-unes des réflexions que l'auteur présente à la suite de cette importante observation.

Lorsque l'abcès s'ouvrit dans l'estomac, la tumeur ne disparut pas immédiatement; mais elle passa subitement d'un état de matité à un état de sonoréité remarquable produit par l'introduction de l'air de l'estomac dans la cavité au moment où le pus en sortait. Alors cette tumeur offrit une telle ressemblance avec l'estomac distendu par de l'air qu'on introduisit une bougie dans ce dernier, d'où il ne sortit pas une bulle d'air, et, au bout de quelques jours, l'air du sac étant sorti, la tumeur disparut entièrement, et sans qu'on en connût la cause.

Ce qui paraît avoir le plus surpris le docteur Graves dans l'histoire de cette maladie si compliquée, c'est qu'aucun symptôme, aucune douleur, aucun trouble fonctionnel n'indiqua les vastes lésions de l'estomac; il rapporte même à cette occasion deux autres observations où l'estomac offrait des ulcérations analogues, et où rien n'avait indiqué pendant la vie des altérations aussi graves. Et il part de là pour faire remarquer combien ces faits sont opposés aux raisonnemens *à priori* sur les lésions de l'estomac et les troubles qu'on lui attribue dans des maladies graves.

DE LA FRÉQUENCE COMPARATIVE DE LA FIÈVRE (FEVER) PENDANT LES DERNIERS DOUZE MOIS.—Le docteur Graves ayant reçu des médecins de Cork, de Limerich et de Belfort, le relevé des sujets affectés de fièvre qui avaient été reçus mois par mois dans les hôpitaux de ces quatre grandes villes d'Irlande, depuis le mois d'octobre 1837 jusqu'au mois de septembre 1838 inclusivement, a comparé ces tableaux avec ceux que lui-même a recueillis pendant le même temps à Dublin, et a tiré de cette comparaison quelques indications qui, pour n'être pas neuves, ne sont cependant pas dépourvues d'intérêt, surtout venant d'un pays où les fièvres continues sont aussi fréquentes; ainsi, il fait ressortir de l'examen des faits, combien est incorrecte l'opinion de ceux qui attribuent aux variations atmosphériques une grande influence sur la production des fièvres continues, et qui, les yeux fixés sur le baromètre, croient pouvoir expliquer des faits sur lesquels ces variations sont réellement sans influence. M. Graves va même encore plus loin, trop loin même, à notre avis, quand, s'appuyant sur ces faits comparatifs d'une seule année, il met en doute l'influence des mauvaises récoltes, de la famine, des malheurs publics, sur la propagation de la fièvre en Irlande; opinion que lui-même a longtemps soutenue.

Un autre fait important qui découle de l'examen de ces quatre tableaux, c'est que les principales causes de la fièvre épidémique qui règne en Irlande paraissent être générales et non locales; on trouve un accord presque parfait entre les résultats observés dans les quatre villes indiquées ci-dessus, et qui offrent cependant tant de différence sous le rapport de la position et des autres circonstances locales.

NÉVRALGIE DU TESTICULE. Le docteur Graves dit avoir observé l'an dernier deux cas de cette maladie qui n'est pas commune: le premier chez un jeune homme qui s'était livré à de fortes études et aux plaisirs en même temps. Chez lui les paroxysmes de la douleur revenaient non périodiquement, mais à des intervalles irréguliers qui cependant devinrent de plus en plus courts, au point que la douleur finit par être presque continue, ne laissant de repos ni le jour ni la nuit. Il n'y avait ni fièvre, ni aucun indice de congestion ou d'inflammation locale. Lorsque le paroxysme commençait, le malade se roulait par terre avec l'expression de la douleur la plus atroce et couvert d'une sueur froide. Ce cas céda à de fortes doses de carbonate de fer récemment préparé et à de fréquentes frictions faites sur le testicule et le cordon avec la pommade de belladone.

Le second cas était celui d'un sujet qui souffrait de douleur névralgique de nature évidemment goutteuse. Chez lui la douleur du cordon et du testicule commençait à quatre heures du soir et continuait pendant plusieurs heures.

La douleur quoique considérable n'approchait cependant pas, pour l'intensité, de celle du premier sujet, bien que quelquefois elle le forçât à pousser de grands cris; elle disparut au bout de quelques jours, et fut remplacée par une violente douleur goutteuse dans les reins et l'hypocondre droit. Celle-ci disparut sous l'influence du traitement local ordinaire et de l'usage du colchique à l'intérieur.

NÉVRALGIE DU LARYNX. Le sujet de cette observation était une jeune femme qui avait joui d'une constitution vigoureuse, mais avait souffert dans le dernier temps d'un trouble des menstrues et d'accidens hystériques. La douleur n'était pas intense. Ce que cette névralgie offrait de plus remarquable, c'est le changement de ton et la faiblesse que présen-

tait la voix pendant les paroxysmes, d'où il est probable que la glotte et les cordes vocales étaient les parties spécialement affectées. La malade fut en vain soumise à différentes médications; elle n'en éprouva aucun soulagement; mais le carbonate de fer à haute dose eut un effet singulier, et ces attaques, qui jusque-là étaient revenues sans périodicité régulière commencèrent alors à dix heures précises du matin. Ce fut en vain qu'on éleva ensuite de beaucoup les doses de carbonate de fer et qu'on administra plus tard le sulfate de quinine et l'arsenic; il n'y eut d'amélioration qu'après un très long intervalle et qui évidemment était l'effet du temps et non des médications. Le docteur Graves conseilla le changement d'air, les eaux ferrugineuses, les distractions. Il assure à l'occasion de ce fait que quand une affection devient réellement périodique sous l'influence des toniques le plus souvent c'est à cette seule modification que se borne leur action. C'est en vain qu'on augmente les doses; on arrive plus souvent alors à nuire à la constitution du malade qu'à abréger la fréquence ou la durée des paroxysmes.

REMARQUES SUR L'EMPLOI DU MERCURE A PETITES DOSES; par le docteur LAW, médecin à l'hôpital de sir Patrick Dunn.

Le fait principal qui ressort de ce travail, c'est qu'il suffit d'une très petite quantité de mercure administré à petites doses et à de courts intervalles pour obtenir la salivation, ou l'action de ce médicament sur toute l'économie. Cette question, qui est d'une grande importance pour tous les médecins anglais, auxquels il semble souvent utile d'obtenir en peu de temps que le mercure agisse sur toute l'économie, l'est bien moins pour nous qui employons rarement cette médication. Cependant, comme il y a quelques affections où, même aux yeux du médecin français, il est utile d'obtenir promptement que l'économie subisse l'influence du mercure, ainsi dans la péritonite puerpérale, dans quelques formes d'érysipèle, dans l'iritis, nous allons signaler les faits sur lesquels repose l'assertion de l'auteur.

Il fait faire avec un grain de calomel et une certaine quantité de gentiane douze pilules que le malade prend à une heure seulement d'intervalle; souvent la salivation a déjà commencé à se montrer avant que le malade ait pris vingt-quatre pilules; quelquefois il en faut quarante-huit pour arriver à ce but, mais, le plus souvent, trente-six suffisent pour l'atteindre. Ainsi, dans un cas qu'il rapporte, elle a commencé après deux grains et demi de calomel; dans un second après trois grains et un tiers; dans un troisième après deux grains et deux tiers, etc. Il rapporte, il est vrai, deux cas où la salivation ne se développa, dans un, qu'après quatorze grains de calomel, et dans un autre après dix-huit; mais les deux sujets n'avaient pas suivi exactement la prescription, ils s'étaient hâtés d'avaler les pilules en bien plus grand nombre qu'il n'avait été ordonné, dans l'espoir de guérir plus tôt. Il paraîtrait d'après le rapport du docteur Law et de quelques-uns de ses confrères, qui ont, sur sa demande, fait l'essai de cette médication, que, même dans l'iritis, la maladie commence à perdre de son intensité ou même cède complètement avec une dose extrêmement faible de calomel administré d'après cette méthode, et avant que la bouche soit encore affectée : il en serait de même dans les cas d'inflammation du larynx, dont les symptômes auraient souvent disparu avant que les premiers phénomènes de la salivation aient commencé à se manifester.

OBSERVATION SUR L'EMPLOI DES MÉDICAMENS SOUS FORME DE VAPEUR DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS PULMONAIRES, AVEC LA DESCRIPTION D'UN APPAREIL POUR ADMINISTRER SOUS CETTE FORME L'IODE, LE CHLORE, ETC.; par le docteur CORRIGAN.

Quelques considérations, qui ne sont pas sans intérêt, sur l'utilité qu'on pourrait retirer de l'administration de médicamens sous forme de vapeur dans les affections pulmonaires, se trouvent au commencement de cet article dans lequel l'auteur insiste spécialement sur la description de son *diffuseur* (diffuser); il cite très-brièvement quelques cas où il a retiré de son emploi de très heureux résultats. Les vapeurs médicamenteuses sont des topiques qu'on pourrait opposer avec autant de succès aux affections des poumons, si nous avions le moyen de les faire arriver et de juger de leurs effets, qu'on le fait avec des médicamens du même genre pour les maladies de la peau, des yeux, de la bouche, de la gorge, etc., etc.

L'appareil que conseille M. Corrigan est composé d'une espèce de cage de dix-huit à vingt pouces, et pourvue de trois étages. Sur l'inférieur repose une lampe à esprit de vin, qui sert à chauffer une espèce de cuvette en porcelaine dans laquelle il y a un peu d'eau; l'étage supérieur supporte un ballon en verre, le col tourné en bas et fermé avec un bouchon de liége percé d'une très petite ouverture pourvue de quelques brins de fil de coton, et qui laisse tomber goutte par goutte le liquide contenu dans le ballon. Ce liquide tombe dans la cuvette d'où il s'élève en vapeur avec l'eau qui y est constamment tenue en ébullition par la lampe de l'étage inférieur. Cet appareil peut sans doute être utile dans un certain nombre de cas. Mais pourrait-il être employé aussi fréquemment que le pense l'auteur? C'est ce que l'expérience apprendra de l'avenir.

II. LONDON MEDICAL GAZETTE.

Parmi les articles originaux consignés dans les numéros de janvier et février, nous avons à signaler : 1° *Plusieurs observations de chirurgie*; par M. Benjamin Phillipps; 2° *Vice de conformation de la poitrine qu'on observe chez quelques enfans et qui se lie à une altération du tissu pulmonaire*; par M. S. Rees; 3° *Cas chirurgicaux*; par le docteur H. G. Harbord; 4° *Observation de cardite*; par M. Th. Salter; 5° *Des effets éprouvés par les imprimeurs en or*; par M. Turner (suite); 6° *Epidémie de fièvre typhoïde*; 7° *Moyen de prévenir les escarres au sacrum*; par le docteur Mac Cormack : et quelques autres travaux d'une importance secondaire.

OBSERVATIONS DE CHIRURGIE; par M. Benjamin PHILLIPPS.

1° TUMEUR ÉRECTILE DE L'ANUS TRAITÉE PAR LA LIGATURE.

OBS. — Une tumeur du volume d'une noix s'était développée sans cause connue à la marge de l'anus chez un jeune homme âgé de 18 ans; elle occupait les cinq-sixièmes de cette ouverture; sous l'influence de la plus légère irritation, elle devenait plus tendue et plus turgescente; sa couleur était ordinairement livide, sa surface irrégulière et son aspect fongueux; elle semblait constituer une sorte d'appendice à l'intestin rectum, et un véritable canal à travers lequel passaient les matières fécales. Un grand nombre d'ascarides logées dans les fentes de cette tumeur y occasionnaient une violente irritation insupportable au malade.

De temps en temps et par les causes irritantes les plus légères, il survenait une hémorragie inquiétante, ce qui arriva trois fois dans les efforts de défécation.

Sous l'influence de la douleur et des hémorragies répétées, la constitution s'était considérablement affaiblie; il fallut donc songer de bonne heure à débarrasser le malade de cette cause incessante de destruction.

Considérant l'extrême tendance de la tumeur aux hémorragies et son caractère érectile, M. Phillipps éloigna l'idée de pratiquer l'excision, et se décida à employer la ligature. Celle-ci fut exécutée à l'aide d'un double fil passé dans une aiguille qui traversa la base de la tumeur; chacun des fils fut serré de son côté. Les douleurs très vives d'abord ne tardèrent pas à diminuer; l'étranglement sembla complet, car au neuvième jour plusieur portions se détachèrent. Le centre n'était pas complètement gangrené; il fallut serrer de nouveau les fils; trois jours après tout était tombé, et l'on voyait au-dessous la muqueuse du rectum présenter son aspect normal.

On avait affaire dans ce cas, dit M. Phillipps, à une tumeur érectile accidentellement développée à la marge de l'anus.

2° AMAUROSE.

L'amaurose qui existait chez une femme de quarante ans disparut sous l'influence d'un traitement mercuriel prolongé, après avoir résisté à l'action d'une salivation rapidement obtenue. Ce cas, intéressant sous le point de vue thérapeutique, laisse beaucoup à désirer sous le rapport du diagnostic; il y avait en même temps conjonctivite, peut-être véritable, de telle sorte que l'affection de la rétine pourrait bien n'être pas aussi évidente ni aussi simple que le penserait le chirurgien anglais.

3° ANEVRISME POPLITÉ.

Ce cas est moins intéressant sous le rapport de l'opération et des circonstances qui l'ont précédée, que sous celui du traitement consécutif.

OBS. — Le sujet de l'observation est un homme âgé de 46 ans, adonné à la boisson, qui fit une chute sur le genou, à la suite de laquelle des tiraillemens, des engourdissemens se firent sentir dans la jambe et le pied, suivis bientôt de l'apparition d'une tumeur dans le creux du jarret. Lorsque M. Phillips fût appelé à examiner le malade, il constata que la jambe affectée avait deux pouces trois quarts de plus en circonférence que celle du côté sain. La peau était tendue, résistante, il y avait de l'engourdissement et de l'œdème; la nature pulsatile de la tumeur ne demeura pas longtemps douteuse.

L'artère fémorale fut liée au-dessus du point où elle est croisée par le muscle couturier; on ne fit à la gaîne des vaisseaux qu'une très petite ouverture en prenant soin de ménager les filets nerveux qui la recouvrent immédiatement, après l'opération, la peau offrait déjà moins de tension.

Les jours suivans se passèrent assez bien, sauf l'absence complète de sommeil. L'administration de l'opium, donné seul d'abord, puis uni au vin, ne

put parvenir à faire dormir le malade; ce ne fut que le cinquième jour que sa boisson habituelle (le porter) lui fut rendue; il en but deux pintes avec un grain et demi d'hydro-chlorate de morphine; la nuit fut bonne cette fois; on continua les mêmes moyens avec autant d'avantage.

La plaie qui, vers le quatrième jour, était en partie fermée, continua à présenter un bon aspect; la ligature ne se détacha que le dix-neuvième jour. Quant à la tumeur anévrismale, sa diminution suivit toujours une marche progressive et assez rapide; la raideur du genou et l'engourdissement persistèrent encore pendant plusieurs semaines; enfin, la guérison fut complète.

CAS CHIRURGICAUX, par le docteur H.-C. HARBORD.

CORPS ÉTRANGER DANS LA TRACHÉE ARTÈRE.

Le premier des faits rapportés par M. Harbord est relatif à l'introduction d'un corps étranger dans le larynx d'une petite fille de 10 ans (c'était un noyau de prune). Des symptômes graves se développèrent, mais ils disparurent bientôt à la suite d'efforts de vomissemens provoqués par l'introduction des doigts dans la bouche; le corps étranger ne fut pas rejeté. Aussi les accidens ne tardèrent-ils pas à se montrer de nouveau. Administration du sulfate de zinc qui provoque les vomissemens, soulagement immédiat. Retour des accès de toux, menace de suffocation; cependant on différa de pratiquer la bronchotomie, qui était indiquée. Le quatrième jour, dans un violent accès de toux, le noyau fut rejeté avec une grande quantité de mucus teint de sang. Les symptômes de brouchite disparurent peu à peu et l'enfant recouvra la santé.

M. G. Harford pense que, dans ce cas, le corps étranger s'était logé dans la bronche droite, un peu au-dessus de la bifurcation de la trachée: que dans certains moments il pouvait être porté plus haut vers le larynx, mis en contact avec les parois de la glotte, d'où les efforts de toux et les autres accidens.

La trachéotomie était indiqué dans ce cas, qui rappelle une des observations d'Habicot; cependant, comme la marche des accidens était lente, et qu'il n'y avait pas imminence de suffocation, on a eu raison de temporiser, l'événement a justifié la conduite prudente du chirurgien.

OBSERVATIONS DE FRACTURE ET DE DÉPRESSION DU CRANE SANS FRACTURE.

A. Dans le premier cas, il s'agit d'une fracture composée, accompagnée d'enfoncement des fragmens.

OBS. — Le malade qui fait le sujet de cette observation était tombé d'une hauteur de cinquante pieds, sur une barre de fer; il se fit, au-dessus du sourcil droit, une plaie contuse de deux pouces de longueur, qui laissait voir au fond la dure-mère à nu. Il y eut une hémorrhagie abondante qu'on crut devoir rapporter à la lésion d'une branche considérable de l'artère méningée. Comme les fonctions du cerveau ne parurent pas lésées, on laissa en place une portion d'os déprimée.

La réaction se fit bien, et comme l'hémorragie qui avait été arrêtée par l'application du froid sembla reparaître, on fit une saignée du bras; depuis lors, elle ne s'est pas renouvelée. Une violente douleur de tête, accompagnée de bourdonnement d'oreille, de sensibilité extrême à la lumière, de fréquence et de force du pouls, disparut sous l'influence de soixante sangsues aux tempes. On donna le calomel, une mixture saline et camphrée, etc.

Les symptômes s'amendèrent tellement que le malade, c'était un enfant de 14 ans, put reprendre ses occupations dans une fonderie, s'exposer au bruit de toute espèce, sans en ressentir d'autre inconvénient qu'un léger mal de tête.

Cette observation confirme la doctrine soutenue en France par Desault d'abord, et par M. Gama, au Val-de-Grâce, dans ces derniers temps. L'un attachait une grande importance aux dérivatifs intestinaux, l'autre aux moyens déplétifs; mais, tous deux, et le dernier surtout, ont expérimentalement prouvé qu'à l'aide de moyens purement médicaux, on pouvait, dans un bon nombre de cas, s'abstenir de pratiquer l'opération du trépan.

B. DÉPRESSION DU CRANE SANS FRACTURE, RELEVÉE EN PARTIE AU MOYEN DE L'APPLICATION D'UNE VENTOUSE.

OBS. — Un enfant de cinq mois fut apporté au dispensaire dans un état complet de stupeur. Il venait de recevoir un coup violent sur la tête: un homme vigoureux qui faisait un geste pour lever le bras l'avait atteint avec le coude. Il existait une dépression assez étendue sur la partie antérieure du pariétal gauche; la fontanelle correspondante était excessivement tendue. Le chirurgien eut l'idée d'appliquer une ventouse sur le point déprimé, ce qui fut immédiatement exécuté, et avec succès; car, bien que la concavité ne fût pas entièrement effacée, elle était cependant considérablement diminuée; les effets de la compression disparurent, la sensibilité et la myotilité revinrent sans autre suite fâcheuse. M. Harbord eut l'occasion de voir cet enfant deux mois après, c'était l'époque de la première dentition, et l'influence sympathique qu'elle exerce sur le cerveau ne parut pas plus marquée que si aucun accident ne fût arrivé.

Ce fait est moins intéressant sous le rapport de l'accident qui en fait le sujet, et dont l'existence n'a jamais été mise en doute au moins chez les enfans, qu'au point de vue du traitement et de l'efficacité d'un moyen aussi simple qu'ingénieux.

OBSERVATION DE CARDITE; par M. TH. SALTER.

Les cas d'inflammation simple du cœur (non rhumatismale) sont si rares, que nous pensons devoir reproduire le suivant, bien qu'il soit rapporté d'une manière trop abrégée.

OBS. — Le sujet dit à M. Salter, lors de sa première visite, qu'il ressentit les premiers symptômes six semaines auparavant; qu'en marchant il fut pris tout à coup d'une violente douleur à la partie inférieure de la poitrine et un peu à gauche. Cette douleur aiguë ne fut que de peu de durée; mais, au bout de huit jours, elle reparut à la suite d'un exercice, et revint ensuite plus fréquemment. Le mouvement seul de lever le bras suffisait pour l'amener. Lorsque l'auteur le vit, il était au lit, ne pouvant rester dans la position horizontale, en raison de la gêne extrême de sa respiration. Il indiquait la partie moyenne du sternum comme le siège de la douleur, qui n'était pas lancinante, mais lourde et gravative. L'oreille appliquée sur la région du cœur n'y découvrit rien d'anormal. Le traitement, qui se composa de saignées, de contre-irritans, d'opium et de calomel, ne produisit aucune diminution des symptômes, et le malade mourut, ayant conservé son intelligence intacte pendant la durée de sa maladie.

AUTOPSIE. Les vaisseaux du péricarde sont distendus par du sang rouge. Sur plusieurs points, et spécialement sur le ventricule gauche, et à la surface du diaphragme, le péricarde offre des taches d'ecchymoses qui ressemblent aux taches de *purpura-hemorragica*. Le tissu du cœur est médiocrement ferme. Celui du ventricule gauche a presque entièrement perdu sa couleur musculaire, et on peut, après l'avoir incisé, recueillir du pus sur les bords de l'incision. Sur quelques points même, on remarque, au milieu du tissu du cœur, de petites cavités qui sont pleines de pus.

DES EFFETS ÉPROUVÉS PAR LES IMPRIMEURS EN OR (suite); par M. TURNER.

Dans cet article, l'auteur donne de nouveaux renseignemens sur les singuliers effets éprouvés par les ouvriers qui ont travaillé à l'impression de la feuille du SUN qui a paru en caractères d'or, et qui ont été notés dans la dernière revue de journaux anglais (GAZ. MÉD, n. 7, 1839). Ces renseignemens. parmi lesquels il y en a un grand nombre qui tiennent à la partie industrielle, lui ont été fournis par divers individus qui avaient eu connaissance de son premier article; ce fut chez Delarue (dans Bundhill row) qu'on commença les opérations qui occupèrent d'abord trente ou quarante personnes; leur salaire était de 22 sch. par semaine, et chacun recevait en outre trois pintes de bière chaque jour. Cette bière calmait, de l'avis des ouvriers, les nausées qui les tourmentaient; elle était gardée par l'estomac qui rejetait tous les alimens solides. La plupart des personnes qui étaient employées à ce travail étaient des femmes; et, en général, elles paraissaient moins souffrir de l'action locale que produit le bronze sur les parties sur lesquelles il porte, bien qu'elles l'employassent de la même manière et éprouvassent les mêmes accidens constitutionnels, lesquels étaient probablement produits par les portions de bronze qu'elles avalaient tout aussi bien que les hommes, tandis que leur immunité des accidens locaux dépendait probablement des soins de propreté que prennent les femmes du peuple et que négligent trop souvent les hommes de la même classe.

Un jeune homme qui avait travaillé quelque temps au GOLDEN SUN avait été obligé de quitter cette occupation au bout de quelques jours, après avoir éprouvé une vive douleur à la gorge avec sécheresse, perte de l'appétit, irritabilité continuelle de l'estomac, insomnie, irritation aux bourses, au nez, aux poignets et avoir eu une constipation obstinée qui ne cédait qu'à des doses élevées de magnésie et de teinture de rhubarbe. La plupart des ouvriers étaient atteints de constipation, et leurs cheveux, lorsqu'ils ne portaient pas de bonnet, prenaient une couleur verte, qui présentait aussi leur sueur et toute la surface extérieure de leur corps, au point qu'on ne pouvait la faire disparaître avec le savon. Ces accidens ne permettaient pas aux ouvriers de continuer pendant longtemps ce travail; ils ne tardaient pas à éprouver un affaiblissement général et qui paraissait plus prononcé aux poignets avec un tremblement semblable à celui des peintres.

Les effets du bronze paraissent donc s'être manifestés sous deux formes: et localement par l'application directe des particules métalliques irritantes, et constitutionnellement par l'introduction du métal dans l'économie; c'est à l'action locale qu'il faut rapporter les démangeaisons éprouvées autour des poignets et des parties génitales et la couleur verte des cheveux et de

la peau. Cette assertion pourra paraître extraordinaire; on demandera comment une poudre de couleur d'or peut déterminer une couleur si différente; mais on peut expliquer ce changement de couleur par l'action de l'acide carbonique que dépose continuellement la peau sur le cuivre.

Cette poudre examinée avec un fort microscope a paru formée de petites écailles minces, de forme irrégulière; elles paraissaient formées des débris de feuilles métalliques amenées à la plus grande ténuité possible et réduites ensuite en petits fragmens. Leur épaisseur varie de 1/200 à 1/500 de pouce et leur étendue est d'environ 1/100 de pouce.

Ces écailles, quoique presque toutes de forme polygonale, sont cependant encore mêlées de petits fragmens très aigus, acérés, qui sont dans le rapport peut-être de un sur quarante ou cinquante, et dont il y a un grand nombre dans un grain (un poids). Cette poudre qui est fabriquée à Nuremberg et à Furth est employée en grande quantité à Birmingham pour la dorure des tasses et autres objets en porcelaine, et y coûte, la première qualité, 42 l., et la seconde 72 liv. La moins chère paraît exercer des effets plus pernicieux que celle qui est d'un prix plus élevé, bien qu'à l'examen, même avec le microscope, ses qualités n'offrent pas de différence notable. Tout ce que l'auteur a pu apprendre sur la manière dont elle est préparée, c'est qu'elle est le résultat de la pulvérisation du bronze pendant qu'il est encore chaud à la suite de la fusion.

ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE DANS LE COMTÉ DE TIPPERARY; MOYEN DE PRÉVENIR LES ESCARRES AU SACRUM; par le docteur MAC CORMACK.

Cette épidémie n'a rien offert d'assez extraordinaire pour que nous présentions ici l'analyse de l'historique qui en a été donné par l'auteur; nous y trouverions, comme dans tous les cas où la fièvre a régné avec intensité et de mauvais caractères, un état fébrile plus ou moins prononcé, de nombreuses complications portant sur les poumons, les intestins, le cerveau, etc.; Une prostration très prononcée, la stupeur, et la présence de nombreuses pétéchies, ressemblant quelquefois aux taches du *purpura-hemorragica*; et, enfin, des excoriations au sacrum, et aux autres parties sur lesquelles porte le poids du corps. Si nous nous arrêtons un instant sur cette communication, c'est pour signaler l'emploi d'un moyen que l'auteur dit lui avoir constamment réussi pour prévenir ce dernier accident, l'excoriation des parties qui portent une partie du poids du corps. Voici comment il s'exprime à cet égard : « Ces excoriations apparaissaient souvent à une époque peu avancée de la maladie, et s'étendaient avec une effrayante rapidité, dépendant probablement du ralentissement de la circulation capillaire. Comme la position des malades ne permettait pas qu'ils reçussent les soins de propreté qui sont tout à fait indispensables, j'ai perdu un grand nombre de ceux qui ont eu cette fâcheuse complication; tous ceux chez lesquels elle avait pris une certaine étendue, quand elle arrivait à ma connaissance. Car, quand je voyais les parties sur lesquelles se développe ordinairement cet accident, offrir la rougeur ou un commencement d'excoriation, j'avais recours à l'emploi d'un moyen qui m'a réussi constamment quand j'ai pu l'employer à temps. Ce moyen consiste en l'emploi d'un vernis composé de camphre, de chaux (*spirits of lime*) et de cire, que j'applique par couches, ayant soin de laisser sécher chaque couche avant d'appliquer la suivante; en appliquant successivement cinq ou six couches, je forme un épiderme artificiel, qui prévient toujours l'extension de l'inflammation. J'ai employé ce moyen avec tant de succès que je le recommande avec confiance à tous ceux qui n'en ont pas encore fait usage.

III. THE LANCET.

Les journaux de décembre et de janvier sont en grande partie consacrés à la publication des leçons de différens professeurs; ils renferment cependant plusieurs articles originaux : 1° *Du traitement de la laryngite et des phlegmasies muqueuses aiguës sans la saignée*; par le docteur Lewis; 2° *Observations de tumeurs enkystées traitées avec succès à l'aide de la ponction et de l'injection*; par M. Alex. Carr, M. D.; 3° *Contributions à la pathologie des enfans*; par M. P. Henry Green (du tremblement nerveux); 4° *Remarques sur des tumeurs particulières du tendon d'Achille*; par M. R. Burridge; 5° *Remarques sur l'antéversion et l'antéflexion de l'utérus*; par W. Hayle Walsh, M. D.; 6° *De la physiologie et de l'action mécanique du cœur*; par M. J. Goodman; 8° *Anévrisme de l'artère innominée traité avec succès par la ligature de la carotide primitive et de la sous-clavière*; par M. S.-W. Fearn.

TUMEURS ENKYSTÉES TRAITÉES AVEC SUCCÈS PAR LA PONCTION ET L'INJECTION; par le docteur ALEX. CARR.

L'auteur rapporte plusieurs observations de tumeurs situées dans diverses régions, et traitées heureusement par cette méthode. Il évacue le contenu du kyste à travers une ouverture faite par la lancette; il injecte ensuite de l'eau-de-vie de grain (*whirskey*), de l'eau-de-vie ordinaire, ou une solution de sel de cuisine. L'injection doit séjourner pendant une minute environ; on applique ensuite des compresses imbibées de vinaigre. Dans un des cas rapportés par M. Carr, le kyste renfermait une matière athéromateuse et existait au niveau de la tempe; chez trois autres malades, le contenu se rapprochait de la matière encéphaloïde; chez deux autres, c'était un fluide glaireux; enfin, le kyste du dernier était rempli d'une substance analogue par son aspect, plutôt que par sa consistance, au jaune d'œuf cuit; dans tous ces cas, il suffit de la ponction et d'une seule injection.

L'auteur attache une grande importance à cette méthode, fort ancienne du reste, et malgré qu'il ait eu occasion de revoir ses malades vers le milieu de l'année dernière, un an après l'opération, on ne saurait ne pas redouter dans beaucoup de cas la récidive.

TUMEURS DU TENDON D'ACHILLE; par M. R. BURRIDGE.

Il est difficile de se faire une idée bien nette de la maladie dont l'auteur a rapporté quatre observations fort courtes, et qui laissent beaucoup à désirer sous le rapport de l'exactitude des détails.

OBS. I.—Le premier fait est relatif à un cocher qui offrait une tumeur du volume d'un œuf de pigeon sur chaque tendon d'Achille, trois pouces au-dessus du calcanéum; la pression était douloureuse, et la marche gênée. La maladie, qui s'était développée sans cause connue, avait pris un accroissement fort lent; au dire du malade, elle remontait au moins à six années. Des sangsues appliquées sur la tumeur donnèrent lieu à un érythème qui prit bientôt un caractère érysipélateux à la suite de marches forcées et d'excès de boissons; cette inflammation fit courir les plus grands dangers; on en vint maître à la fin, mais la tumeur persista. M. Burridge perdit cet homme de vue.

On ne dit pas si la tumeur était ou non fluctuante, avec changement de couleur à la peau, etc., ce qu'il serait important de connaître pour apprécier sa nature.

OBS. II. — La même affection existait depuis trois ans chez un médecin. Elle avait débuté par le côté droit, et trois mois après elle se développa sur le tendon du côté gauche, plus bas que sur le premier. Des linimens anodins et résolutifs, le repos horizontal ne diminuèrent en rien le volume de la tumeur qui n'était sensible du reste qu'accidentellement.

Dans deux autres cas qui se sont présentés depuis cette époque à l'observation de l'auteur, la même altération existait.

Enfin le fait suivant rapporté par M. Mayo dans son dernier ouvrage est le seul fait que M. Burridge ait pu trouver dans les auteurs.

OBS. III. — (Mayo.) Un homme, âgé de 32 ans, après avoir fait un exercice forcé, s'aperçut du développement d'une tumeur grosse comme la moitié d'une fève sur la partie interne et antérieure du tendon d'Achille, accompagnée d'une certaine douleur dans la marche. Six mois après, une tumeur semblable se montrait au même endroit sur le tendon d'Achille de l'autre côté; l'une et l'autre étaient situées à deux pouces environ au-dessus du calcanéum. Des applications d'une solution de sublimé dans l'alcool, assez concentrées pour irriter la peau, n'eurent pas la moindre influence sur la tumeur elle-même; peut-être obtint-on une fort légère diminution de volume, mais pas autre chose.

Le fait de M. Mayo différerait de ceux de M. Burridge, en ce sens qu'un violent effort semblerait être pour quelque chose dans le développement de la maladie, ce qui n'avait pas eu lieu dans les observations de ce dernier, et sous le rapport aussi du siége précis de la tumeur qui, dans le premier cas, paraîtrait plus superficiel ou plus étranger au tendon. Mais, ainsi que le dit M. Burridge, l'histoire de cette maladie est encore fort obscure et demande surtout d'être éclairée par des recherches cadavériques.

Tout porte à croire que l'affection dont il vient d'être question n'était autre chose qu'une hydropisie de la bourse muqueuse du tendon d'Achille, analogue à celle que Dupuytren le premier a bien décrite pour d'autres tendons, et spécialement pour ceux de l'avant-bras. Faudrait-il admettre dans ces cas l'influence d'un principe goutteux ou rhumatismal, ainsi que M. Burridge serait disposé à le croire? Deux faits qui se sont passés sous nos yeux nous porteraient à reconnaître, dans quelques cas au moins, cette dernière action. De nouvelles observations permettront sans doute de tracer plus exactement l'histoire de cette maladie qui paraît devoir être rangée parmi les affections des bourses muqueuses.

ANÉVRISME DE L'ARTÈRE INNOMINÉE, TRAITÉE AVEC SUCCÈS PAR LA LIGATURE DE LA CAROTIDE PRIMITIVE ET DE LA SOUS-CLAVIÈRE, par M. S.-W. FEARN.

OBS. — La femme qui fait le sujet de cette observation avait été opérée deux fois pour un anévrisme de l'artère innominée. Dans une première opération, faite il y a plus de deux ans, M. Fearn avait lié l'artère carotide primitive; deux ans après, il en fit autant pour la sous-clavière du même côté (1). Cette dernière opération remontait à près de quatre mois. La malade a succombé à une pleurésie.

A l'autopsie, indépendamment de la lésion de la plèvre, d'une altération de foie (il y avait eu ictère), M. Fearn trouva sur la face interne de la crosse de l'aorte des points cartilagineux et osseux. L'artère innominée était seule le siége d'une dilatation anévrismale. Elle présentait une tumeur globuleuse d'un pouce et demi de diamètre, comprimant la partie supérieure et latérale droite de la trachée, à un pouce environ de sa bifurcation, de manière à diminuer son diamètre d'un tiers ; cette tumeur était complètement remplie de caillots fibrineux, d'une couleur pâle, et organisés; leur centre était creusé par un canal dont le calibre rappelait le diamètre ordinaire du tronc innominé. Les tuniques de l'artère malade s'étaient dilatées en dehors et en arrière; l'artère carotide primitive du côté droit était perméable au sang; à un tiers de pouce de son origine, et vers le bord inférieur du cartilage cricoïde existait une interruption à sa continuité dans le point où la ligature avait été appliquée lors de la première opération. Les portions séparées du vaisseau étaient à un quart de pouce de distance l'une de l'autre, unies seulement par la membrane celluleuse; le bout supérieur était oblitéré jusqu'à l'origine de l'artère carotide externe. Le lobe droit de la glande thyroïde était beaucoup plus développé que le gauche, ce qui était probablement dû à l'accroissement de nutrition, qui avait amené la dilatation de l'artère thyroïdienne inférieure chargée du rétablissement de la circulation collatérale. Les branches de ce vaisseau étaient considérablement dilatées; le tronc principal avait été divisé du niveau du bord interne du scalène antérieur dans la même déduction que l'artère carotide.

Les reins offrirent un exemple de la maladie de Bright.

En passant en revue les circonstances principales qui ont accompagné ce fait remarquable, dit M. Fearn, nous ne pouvons que confirmer les conclusions auxquelles j'étais arrivé, lors de la première publication de ce fait, à savoir, que les moyens qui ont été employés étaient les seuls capables d'arracher cette malade à une mort inévitable; et nous pouvons affirmer aussi en prenant en considération les résultats de l'autopsie que cette méthode opératoire est réellement suffisante pour la guérison de l'anévrisme d'un vaisseau aussi rapproché du cœur que l'est le tronc innominé.

Si, dans ce cas, une tumeur considérable resta après l'opération, il n'en est pas moins vrai que le sac primitif était réellement oblitéré par un caillot solide, qu'il n'y avait plus aucun danger de rupture. Et dans le cas où la malade, sans cette maladie imprévue, eût vécu plusieurs années encore, il est plus que probable, comme cela se voit dans les anévrismes externes, après la ligature, que la tumeur aurait disparu entièrement.

J'ai vu, il y a peu d'années, un cas d'anévrisme du pli du coude, résultant d'une saignée, et qui avait nécessité la ligature de l'artère brachiale, dans lequel la tumeur au moment de l'opération avait le volume du poing d'un adulte; l'opération qui arrêta les progrès de la tumeur n'amena que fort lentement sa résolution complète, puisque deux années après elle existait encore. Cela doit être rapporté, sans aucun doute, à l'état imparfait d'organisation de la masse du coagulum, et aussi à l'absence totale des vaisseaux absorbans.

Il ne faut pas oublier, dit en terminant M. Fearn, que la malade vécut deux ans et trois mois après la ligature de la carotide primitive, et près de quatre mois après celle de la sous-clavière.

(1) GAZ. MÉD. 1838, page 601 (extraits des journaux anglais.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 8 AVRIL.

Un membre correspondant a été élu aujourd'hui dans la section de zoologie. Sur 42 votans, M. Agassiz a obtenu 21 voix, et M. Bonaparte, 20. Il y avait un billet blanc.

LITHOTRIPTIE.

M. Larrey lit un rapport favorable sur un nouvel instrument de M. Leroy d'Etioles, destiné à remplir les conditions suivantes : permettre d'opérer la percussion, sans qu'il soit nécessaire de prendre un point d'appui; — proportionner la force du coup à la résistance de l'instrument; — pouvoir faire succéder rapidement la percussion à la pression, ou faire l'une et l'autre tout à la fois.

NOUVEAU GENRE DE POISSONS.

M. Pentland, pendant son voyage dans les Andes, avait recueilli plusieurs poissons qu'il adressa à M. Valenciennes : les études auxquelles ce naturaliste s'est livré à cette occasion l'ont conduit à en former un groupe naturel dans la famille des cyprinoïdes, auprès des pœcilies et des libias, poissons américains pour la plupart, et dont M. de Humboldt a découvert une espèce, la guapucha, dans les Andes de Quito, à 2,925 mètres de hauteur. Les particularités offertes par les poissons du nouveau groupe sont les suivantes: tête des cyprinoïdes; bouche protractile sans barbillons; cinq rayons à la membrane branchiostége, les trois premiers larges et épais, comme ceux des cyprins ordinaires; la dorsale petite, reculée au-dessus de l'anale; la caudale petite, coupée carrément; dents maxillaires en cardes plus ou moins fines, selon les espèces; les pharyngiennes également en cardes. D'ailleurs, branchies portées sur quatre arceaux, comme dans tous les autres poissons: le feuillet branchial operculaire des poissons de nos mers ou de nos lacs peu élevés, manque dans la nouvelle espèce. Le canal intestinal est simple comme dans les cyprins, sans dilatation stomacale; le foie est volumineux. La vessie aérienne est simple et sans communications avec le canal intestinal; comme particularité anatomique remarquable, nous noterons l'existence d'une seule laitance et d'un seul ovaire, contenant des œufs relativement plus gros que dans les carpes d'une longueur quadruple. M. Valenciennes propose de donner à ce groupe le nom d'*orestie*, d'*Orestias*, nymphe des montagnes, à raison de la hauteur considérable à laquelle ces poissons ont été trouvés dans les Andes (4,872 mètres).

ACIDES CITRIQUE, TARTRIQUE, ETC.

Dans la séance du 10 mars dernier, M. Pelouze a communiqué à l'Académie une lettre de M. Berzelius qui contenait plusieurs faits chimiques importans. Les résultats annoncés par le célèbre chimiste suédois, se trouvant en opposition avec les propositions émises par MM. Dumas, Péligot et Payen, ont conduit ces derniers à tenter de nouvelles expériences; les conclusions de ces recherches sont présentées aujourd'hui par M. Dumas. M. Berzelius pense que l'acide citrique doit conserver la formule qu'il lui a assignée jadis. Si le citrate de soude chauffé, si le citrate d'argent n'ont pas une composition qui puisse se concilier avec cette formule, il faudrait l'expliquer par la transformation de l'acide citrique en un acide nouveau (*acide aconitique*).

Pour lever toute difficulté à ce sujet, M. Dumas a pensé que l'analyse de l'éther citrique présentait l'un des moyens les plus convenables à employer. Or les résultats analytiques de trois expériences ont attribué à l'acide citrique la composition que lui avaient assignée MM. Liebig et Dumas. Il est difficile de croire que l'acide renfermé dans l'éther citrique ne soit plus de l'acide citrique, car l'éther ne possède aucune des propriétés altérantes que l'oxide d'argent ou la soude peuvent offrir.

Relativement à l'acide tartrique, qui perd dans l'émétique anhydre quatre équivalens d'eau, et qui, dans cette circonstance, ne serait plus de l'acide tartrique, ou du moins ne pourrait plus régénérer de l'acide tartrique d'une manière exacte, M. Dumas s'est assuré avec M. Piria que l'émétique à base de plomb donne, en le décomposant au moyen de l'hydrogène sulfuré sous l'alcool anhydre, de l'acide tartrique ordinaire et cristallisé.

SACCHARATZ DE PLOME.

M. Berzélius avait conclu de ses travaux sur ce corps, que le sucre, sous l'influence de la chaleur, se décompose en caramel, qu'il soit ou non combiné avec l'oxide de plomb : ces résultats étaient en contradiction avec ceux qu'avait publiés M. Péligot; ce chimiste a répété ses expériences, il a opéré comme M. Berzélius, c'est-à-dire qu'il s'est servi d'un saccharate de plomb, pour la préparation duquel le sucre avait été cristallisé d'une solution alcoolique; afin de le dépouiller de toute trace de sirop ou de caramel, il l'a exposé à + 170 d. et a réussi à en extraire ensuite du sucre très bien cristallisé, en isolant le plomb par l'acide sulfurique. M. Péligot a même reconnu que la température n'avait pas besoin d'être aussi élevée, pour faire perdre au saccharate de plomb un atome d'eau; il suffit d'une chaleur de + 140° + 120° + 100°, et même un peu moins pour produire ce phénomène. M. Dumas ajoute que le sucre lui semble plutôt être devenu plus cristallisable par sa combinaison avec l'oxide de plomb, qui a entraîné la destruction de quelques matières étrangères; et, en effet, dit-il, il serait impossible d'obtenir avec le sucre du commerce une cristallisation aussi facile que celle dont il soumet un échantillon à l'Académie.

AMYLATE DE PLOMB.

Les mêmes critiques avaient été adressées aux conclusions tirées par M. Payen de ses recherches sur l'amylate de plomb; mais ce qui prouve, contrairement à l'opinion de M. Berzélius, que l'amidon n'est pas décomposé par l'exposition de l'amylate à une température de plus de 170 degrés, c'est qu'en le délayant dans du vinaigre, il reparait avec sa propriété de bleuir l'iode. Comme M. Péligot l'avait observé pour le saccharate de plomb, M. Payen a reconnu que la chaleur de plus de 170 degrés n'est pas indispensable pour enlever un atome d'eau à l'amylate de plomb; il suffit de plus de 130 degrés, et l'on ne peut pas supposer qu'à cette température l'amidon soit décomposé.

M. Dumas demande, au nom de MM. Péligot et Payen, qu'une commission soit chargée de la vérification des faits que nous venons d'indiquer. La section de chimie est commise à cet effet, et M. Biot y est adjoint, par suite de l'observation présentée par ce savant académicien, qu'il est nécessaire de vérifier si, dans leurs combinaisons avec l'oxide de plomb, le sucre et l'amidon n'auraient pas éprouvé de modifications dans leur pouvoir rotatoire primitif.

MÉMOIRE SUR LE SANG HUMAIN, PAR M. LETELLIER, DOCTEUR-MÉDECIN A SAINT-LEU-TAVERNY.

Les conclusions auxquelles l'auteur est arrivé sont les suivantes : 1° Les globules rouges étendus d'eau ne disparaissent que par la dissolution de leur enveloppe colorée et leur transparence; mais le noyau blanc reparait dès qu'on

sature l'eau par un sel neutre; 2° leur densité est plus considérable que celle du sérum et que celle de la fibrine, mais elle est très variable; 3° en contact avec l'oxigène, ils en absorbent une grande partie, en convertissent une autre portion co acide carbonique, et donnent naissance à un dépôt semblable à de la fibrine pulvérulente; 4° l'acide carbonique rend la fibrine plus spongieuse, plus avide d'eau en en augmentant peut-être la quantité, et dépouille une portion des globules de leur enveloppe rouge; 5° le noyau des globules est de nature fibrineuse; 6° la quantité des globules rouges varie dans le sang de 83 à 155 parties pour 1,000, sans rapport constant avec l'âge, le sexe, le tempérament ou les maladies; mais elle diminue par les saiguées; 7° l'hématozine ou enveloppe colorée des globules n'a pas encore été isolée d'une manière satisfaisante; 9° enfin elle ne diffère de l'albumine que par sa couleur, sa précipitation avec les sur-sels à base alcaline, et peut-être par sa non précipitation avec l'acétate de plomb : toutes les autres différences signalées manquent d'exactitude.

CALQUE D'UNE GRAVURE OBTENU PAR LA LUMIÈRE.

M. Lassaigne, mettant à profit la faculté que présente l'iodure de potassium de décomposer le sous-chlorure d'argent violet sous l'influence de la lumière, s'est procuré le calque d'une gravure, en employant le procédé qui suit : il a étendu au pinceau, sur un papier, une solution concentrée de nitrate d'argent : après l'avoir laissé s'imbiber pendant quelques instans, il l'a mis dans une solution de sel marin, et l'a exposé, encore humide, à l'action de la lumière solaire : le papier s'est coloré en violet foncé; alors, M. Lassaigne a plongé son papier dans une solution d'iodure de potassium, et après l'avoir légèrement essuyé au papier Joseph, il l'a fixé au carreau d'une fenêtre, derrière une gravure : la lumière qui traversait celle-ci déterminait la réaction de l'iodure de potassium sur le chlorure d'argent, et cela avec une énergie proportionnelle à son intensité. Aussi la décoloration suivait-elle toutes les teintes de la gravure : l'opération a duré plusieurs heures. Pour enlever l'excédant d'iodure de potassium, et surtout celui dont l'action avait été empêchée par les ombres de la gravure, il a suffi de laver le papier à l'eau tiède. Nous avons vu ce calque qui est d'une grande fidélité; et pour un premier essai, exécuté précipitamment, le résultat nous a paru très satisfaisant.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU 13 AVRIL.

DYSENTERIE ÉPIDÉMIQUE DE LA GUADELOUPE.

M. BALLY fait un rapport sur un mémoire de M. Cornuel, médecin à la Guadeloupe, au sujet d'une dysenterie épidémique observée en 1837.

(Commissaires : MM. Gérardin, Renaudin et Bally.)

Les troupes récemment débarquées à la Basse-Terre furent surtout atteintes; le chiffre des hommes malades s'éleva à 1,078; sur ce nombre, il y eut 123 morts, ce qui donne environ 2 sur 17; un peu moins de 1 sur 8.

Il y eut à remarquer, sous le rapport des causes ou des influences qui ont pu avoir une certaine action, que les salles des casernes exposées au N. E. ne donnèrent que douze malades pour cent; au contraire, les salles placées sous le vent en fournissent vingt-deux sur le même nombre. On doit noter encore que la caserne qui fut le plus maltraitée occupait un point culminant, sur lequel le vent soufflait avec force. M. Cornuel est disposé à croire que l'influence d'un air vif et frais sur les soldats qui se déshabillent ayant le corps en sueur pourrait rendre compte de cette plus grande fréquence.

L'eau des rivières, des sources, l'usage immodéré des boissons, l'ivrognerie, l'intempérance, l'ingestion de fruits verts ont paru agir puissamment dans la production de la maladie.

M. Cornuel a trouvé que les trois quarts des hommes adonnés à l'ivrognerie périssent dans la première année de leur séjour à la Guadeloupe; le reste succombe plus tard. M. le rapporteur n'est pas disposé à attribuer à toutes ces causes une égale influence; suivant lui, la permanence de l'endémicité, la fréquence de la maladie ne sauraient s'expliquer par des circonstances accidentelles.

Des cinq espèces de dysenterie admises par l'auteur qui s'est appuyé dans cette classification sur les résultats nécropsiques, l'espèce gangreneuse est celle qui offre les caractères anatomiques les plus remarquables; la tunique interne offre les traces d'une phlegmasie gangreneuse caractérisée par des plaques noires dont la couleur foncée diminue, sans disparaître tout à fait par le lavage. Des plaques tout à fait sphacélées d'une étendue variable entre celle d'une pièce de cinquante centimes et la largeur de la main, plus nombreuses dans le colon transverse que dans tout autre point du gros intestin, sont, les unes à demi-détachées, d'un blanc jaunâtre, d'une couleur analogue à celle du tissu cellulaire mortifié qui constitue le bourbillon des furoncles; les autres entièrement soulevées et laissant au-dessous d'elles de vastes ulcérations rouges qui donnent issue à une matière roussâtre, sanguinolente. Du reste dans toutes les espèces de cette dysenterie épidémique, quel que soit le désordre anatomique de l'intestin, il est toujours concentré dans l'espace qui sépare la valvule iléo-cœcale du rectum, c'est le colon surtout qui est atteint, ce qui est précisément l'inverse de l'iléite folliculeuse.

On voit donc, continue M. Bally, que la nature inflammatoire de cette affection ne saurait être douteuse, telle est l'opinion de M. Cornuel. Aussi le traitement est il conforme à cette idée, et s'il a, dans quelques cas, eu recours aux frictions mercurielles, c'était comme succédané ou adjuvant des évacuations sanguines. Il débute par une ou deux saignées générales, viennent ensuite les sangsues à l'anus (deux ou trois en permanence pendant vingt-quatre heures), sur l'abdomen en plus grand nombre; les ventouses scarifiées.

Parmi les malades dont l'histoire est donnée avec détails, deux moururent, l'un le neuvième jour après avoir été saigné par la lancette, les sangsues ou les ventouses tous les jours jusqu'au septième; l'autre le septième jour après avoir subi le même traitement jusqu'au cinquième. Le reste du traitement ne diffère pas sensiblement de celui qu'on met en usage dans nos contrées pour la dysenterie sporadique.

Cette histoire d'une épidémie bien étudiée nous fait connaître exactement la dysenterie épidémiques des régions intertropicales; elle est d'autant plus digne d'éloges que les recherches cadavériques, dans tous les cas malheureux, ont apporté leurs lumières à la connaissance de la maladie; ces recherches ont d'autant plus de mérite, qu'elles exigent presque du dévouement de la part de celui qui les fait à une température aussi élevée que celle de la Guadeloupe.

Pour toutes ces raisons, dit en terminant M. le rapporteur, votre commission propose :

1° D'envoyer cette relation au comité de publication pour la reproduire en entier;

2° D'inscrire M. Cornuel sur la liste des membres correspondans.

M. CHERVIN dit que pendant son séjour à la Guadeloupe la dysenterie épidémique qu'il a observée assez souvent, lui a paru beaucoup plus commune à la Pointe-à-Pitre et à la Basse-Terre; suivant lui, l'influence des eaux semble être très puissante.

M. BOUILLAUD se plaint que dans l'énumération des auteurs qui ont écrit sur l'histoire de la dysenterie, M. le rapporteur n'ait rien dit de Broussais qui dans son immortel ouvrage sur les phlegmasies chroniques a consacré un si beau chapitre à cette maladie.

Il me semble hors de doute, continue M. Bouillaud, que l'action des vents froids sur le corps en sueur doit avoir une grande influence, Broussais tient compte de cette cause puissante dans l'ouvrage cité; mais déjà Stoll qui s'est beaucoup occupé de la dysenterie avait insisté sur l'action du froid; il trouvait de grandes affinités entre la dysenterie et le rhumatisme, à ce point qu'il regardait la première comme un rhumatisme intestinal.

L'action de l'humidité, indépendamment de celle du froid, ne doit pas non plus être oubliée, continue M. Bouillaud; Broussais lui laisait jouer un grand rôle aussi dans le développement de la dysenterie.

Enfin, Messieurs, je ne saurais vous taire l'incertitude dans laquelle je me trouve au sujet de la valeur des moyens employés par M. Cornuel; on a saigné, mais combien de fois, à quelle époque? Quelle quantité de sang a-t-on retirée? Sans des formules exactes, il est impossible de rien établir.

M. ROCHOUX regrette que l'auteur n'ait pas lu Johnson, qui a si bien étudié les maladies des pays chauds, et en particulier la dysenterie. L'influence des vents dans le développement de cette épidémie ne lui paraît pas douteuse; cela s'est vu souvent, du reste, dans d'autres circonstances; on se rappelle que lors de l'invasion du choléra à Paris, il sévit plus cruellement sur certaines habitations exposées au N.-E. que sur d'autres. Enfin, relativement à l'action des eaux, je ferai remarquer, dit-il, qu'à la Basse-Terre et à St-Pierre, où l'on boit surtout de l'eau de source, la dysenterie épidémique est beaucoup plus fréquente qu'à la Pointe-à-Pitre, où l'on boit communément de l'eau de pluie. On ne saurait mettre en doute que les eaux des sources ou des rivières ne puissent être altérées lorsque des pluies abondantes, assez fortes pour dégrader les montagnes, viennent à se charger nécessairement de quelques sels dont l'action ne saurait être tout à fait nulle.

M. CHERVIN : A l'époque où les Anglais avaient une armée dans nos colonies, les soldats, exposés dans les camps à l'action du froid des nuits, furent en grand nombre atteints de dysenterie. Plusieurs médecins anglais mentionnèrent cette cause; Fergusson en a surtout parlé.

M. BALLY : N'ayant voulu rappeler que les auteurs qui ont écrit des traités spéciaux sur la dysenterie, je n'ai pas cru devoir parler de Broussais ni de ceux qui n'en avaient parlé que d'une manière secondaire. Relativement à l'action des vents, à laquelle on a, dans cette discussion, attaché une grande importance, je ne saurais partager les opinions qui ont été émises; car, de ce qu'une cause suffit pour rendre compte du développement d'une maladie sporadique, on ne saurait en conclure que les mêmes applications doivent en être faites lorsqu'elle a un caractère épidémique; quant au reproche de n'avoir pas donné assez de détails sur le traitement et sur l'emploi des émissions sanguines, j'y répondrai en disant que j'avais cherché surtout à éviter des longueurs. Du reste, quelle qu'ait été la quantité de sang tiré, on ne saurait disconvenir que cette méthode n'ait eu des avantages, ainsi qu'on peut en juger en consultant les proportions des individus morts à ceux qui ont été atteints; cela est remarquable, surtout si l'on fait attention à l'influence épidémique, qui constitue toujours une immense différence.

M. CASTEL ne pense pas pas qu'on puisse établir de données générales sur le traitement de la dysenterie. Il faut prendre en considération, et le climat, et les circonstances spéciales, individuelles. Rapprochant le catarrhe intestinal, ainsi que l'avait appelé avec juste raison Pinel, du catarrhe pulmonaire, M. Castel fait voir que le traitement du premier doit être aussi varié que celui du second. Toutefois, si l'on ne peut rien établir *à priori*, pas plus pour l'un que pour l'autre, au moins peut-on dire que plus la cause en sera grave et débilitante, et cela se voit souvent, plus il faut mettre de réserve dans l'emploi de la saignée. Elle a réussi, dira-t-on; mais tous les moyens connus ont réussi; a-t-elle réussi constamment? N'a-t-elle pas souvent donné lieu à des accidens graves, à l'œdème des extrémités inférieures, à l'hydropisie; n'a-t-elle pas quelquefois même amené la mort en peu de jours? Cela a été observé dans les contrées méridionales de la France; il y aurait donc de grands inconvéniens à conclure de ce qui se passe à Paris, à ce qu'on observe ailleurs.

M. ROCHOUX : Le traitement généralement suivi aux colonies il y a vingt-cinq ans consistait dans les toniques et même les excitans; la saignée était complètement rejetée. Mais, depuis cette époque, les antiphlogistiques ont pris faveur; les médecins anglais eux-mêmes y ont recours, et tous s'accordent à en reconnaître l'efficacité.

M. GÉRARDIN donne quelques explications sur le traitement suivi par M. Cornuel. Dans la dysenterie sur-aiguë, la diète, même des boissons, est une condition importante. Les boissons de nature adoucissante, avec addition d'un grain d'opium par pinte, ne devront pas être données en grande quantité. Si le malade est fort, il faut débuter par la saignée générale; trois ou quatre sangsues seront appliquées constamment à l'anus, de manière à obtenir un écoule-

ment sanguin continuel. S'il y a de violentes coliques, des sangsues ou des ventouses scarifiées sont mises sur les parois abdominales, au niveau surtout du colon; on donne en même temps des lavemens amylacés, avec addition de sulfate de morphine.

Mais il est nécessaire de signaler une grande différence entre les résultats obtenus par les piqûres de sangsues aux colonies, et la déperdition sanguine qui en résulte dans nos climats; à la Guadeloupe, ces annélides ont perdu complètement leur énergie, et ne tireot guère plus du quart de la quantité de sang que le même nombre en tirerait en France; ainsi deux cents n'agiraient guère que comme cinquante dans notre pays; c'est dans le but de les remplacer que M. Cornuel a songé à l'emploi des frictions mercurielles comme antiphlogistiques.

M. Bouillaud, d'après les renseignemens qui viennent de lui être fournis, ne pense pas que cette méthode mérite réellement l'épithète d'antiphlogistique; il regarde comme rien la quantité de sang tirée dans ces cas; il en est, dans ce cas, comme ce qui est arrivé tant de fois dans des maladies aiguës, que l'on prétendait résister à l'influence des déperditions sanguines; une méthode mal formulée n'a aucune valeur, et c'est en changeant cette formule, ainsi que nous l'avons fait, qu'on obtient de nombreux succès.

M. Desportes ne pense pas que les travaux de Broussais, qui n'a eu en vue que la dysenterie d'Europe, aient le moins du monde éclairé l'histoire de la dysenterie épidémique des pays chauds. Il admet que le refroidissement extrême de la température pendant la nuit sous les tropiques doit avoir une grande influence; que la dysenterie alors est le plus souvent compliquée d'une affection du foie; que le traitement antiphlogistique importé dans les pays chauds pour cette maladie n'est point une chose nouvelle; qu'au quatorzième et quinzième siècle il était déjà grandement question de la saignée aux Indes; que, plus tard, les idées se modifiant en Europe sur ce point, les colonies durent nécessairement suivre les oscillations de la métropole, et qu'alors les toniques prirent la place des évacuations sanguines. Enfin, dit M. Desportes, s'il est vrai qu'au début de ces affections, lorsqu'elles présentent un caractère franchement aigu et inflammatoire, la saignée réussisse, il vient si promptement une époque où elle peut être funeste, qu'on ne sait pas, en vérité, si, de peur de se tromper en insistant trop sur la saignée, il ne vaudrait pas mieux renoncer de prime-abord à un traitement qui peut, entre des mains inexpérimentées et surtout dépourvues de tact médical, devenir promptement funeste. Il pense, en conséquence, que les boissons adoucissantes, opiacées, les révulsifs cutanés de toute espèce, doivent avoir la préférence.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

DE LA STRUCTURE DE L'UTÉRUS.

M. Jobert lit un long travail dans lequel sont exposés les résultats de ses recherches sur la structure de la matrice. D'après lui, le tissu propre de cet organe est entièrement dépourvu de fibres jaunes, élastiques, que plusieurs auteurs lui avaient attribuées; il ne renferme pas davantage du tissu cellulaire. La surface interne est certainement tapissée par une membrane muqueuse, ce que démontrent les dissections aidées de la macération de l'examen dans l'eau. L'élément musculaire est le caractère spécial et distinctif des parois de l'utérus à toutes les époques où on l'examine, non-seulement chez la femme adulte hors le temps de gestation, mais chez la jeune fille et l'enfant. Contrairement aux opinions généralement reçues, M. Jobert n'admet qu'un seul muscle dans les parois utérines, ce muscle est formé de diverses couches superposées, c'est ce qui explique les dissidences des auteurs. Le col de l'organe est formé surtout de fibres en demi cercle, qui se croisent sans se confondre vers les commissures. M. Jobert a non-seulement consulté les résultats fournis par les dissections; il a mis à profit l'analyse chimique. L'absence de fibrine dans le tissu jaune élastique ne pouvant s'accorder avec la présence constante de cet élément dans la matrice, lui fournit une raison de plus pour la regarder comme éminemment musculaire.

Un certain nombre de pièces propres à démontrer l'exactitude des faits qu'il signale sont mis sous les yeux de l'Académie. (Commissaires, MM. Ribes, Blandin et Villeneuve.)

EAUX THERMALES DE BAGNÈRES DE LUCHON.

M. Fontan lit un mémoire sur les eaux minérales de Bagnères de Luchon. (Commissaires, MM. Patissier, Caventon et Boulay.)

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Nota. La dernière séance de l'Académie a été entièrement consacrée à la discussion sur les nerfs de sentiment et de mouvement. Cette discussion devant continuer à la prochaine séance, nous publierons les comptes-rendus des deux séances à la fois.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

COURS DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE. — Discours d'ouverture prononcé par M. Dubois (d'Amiens.) — Séance du 3 avril 1839.

(EXTRAIT.)

Messieurs,

Avant de vous faire connaître l'importance et l'étendue des questions qui doivent faire l'objet de cet enseignement, qu'il me soit permis de réclamer votre bienveillance. Appelé d'une part à succéder momentanément dans cette chaire à l'une des grandes illustrations de la médecine, à M. Broussais, et d'antre part devant précéder dans cette même chaire un professeur justement célèbre, M. Andral, vous devez comprendre combien est grande, immense, la tâche qui m'est imposée. Comment répondre dignement à cette honorable mission que m'a confiée la Faculté, comment soutenir le poids d'un enseignement aussi élevé, aussi difficile, et en lui-même et par le contraste des grandes intelligences qui ajoutent à son éclat?

Dans un tel état de choses, je n'aurai pas la prétention de lutter avec des hommes aussi supérieurs, soit en abordant des questions toujours abstraites et transcendantes, soit en me tenant sans cesse à ces points de vue d'où l'on croit dominer toute la science. Je me propose de suivre avec vous une marche éminemment élémentaire, une marche didactique, progressive, et conséquemment appropriée à l'ordre de nos études.

Pour atteindre ce but, j'aurai avant tout deux ordres de choses à vous enseigner: 1° La langue des sciences pathologiques, 2° les dogmes de ces mêmes sciences. Ce sont là deux sortes de principes qui manquent à la plupart des élèves, parcequ'on ne s'est pas mis en peine de les leur enseigner.

Presque toujours en effet on a dédaigné ce qui tient à la langue comme scholastique, grammatical, trop élémentaire enfin. D'un autre côté on a négligé, ou même nié ce qui tient au dogme, comme sentant le moyen-âge, ou comme essentiellement contestable. C'est pour cela que nous aurons à rechercher d'abord la valeur des expressions, la rigueur des acceptions: «Si vous voulez vous entendre, a dit Locke, commencez par bien définir les termes.» Donc, avant d'entrer dans chaque question, nous aurons à en définir les termes; puis, comme nous enseignons, nous aurons à énoncer des jugemens, c'est-à-dire à établir des propositions générales, quelquefois même des lois. C'est là ce que nous appelons les dogmes de la pathologie. Nous marcherons ainsi de définitions et de propositions en définitions et en propositions; nous serons conduits invinciblement des unes aux autres, car tout est lié, enchaîné en pathologie générale.

Partant de ces principes, la première question à résoudre est celle-ci: Qu'est-ce que la pathologie générale, ou plutôt et avant tout: Qu'est-ce que la pathologie? Nous devons d'abord nous enquérir de l'objet de nos études, de ce qui doit être enseigné, de ce qui doit être étudié.

Mais pour vous exposer scientifiquement les diverses définitions proposées par les auteurs, aussi bien dans l'antiquité que dans les temps modernes, il faut sortir de l'ornière commune; il faut laisser là ces banales énumérations que l'on trouve dans tous les ouvrages et qu'on oublie dès qu'on les a lues. Quelque variées, quelque nombreuses qu'aient été les définitions de la pathologie, il vous sera facile d'en concevoir l'esprit général, la tendance scientifique, la valeur, enfin, si, au lieu de parcourir au hasard les auteurs, vous les examinez dans les grandes sectes qui, de tout temps, ont partagé les médecins; dès lors, au lieu d'une foule de définitions incohérentes, isolées, contradictoires, vous aurez trois ou quatre manières de considérer la pathologie, puisque c'est à peu près à ce nombre qu'on peut réduire toutes les doctrines qui ont existé et qui existent encore en médecine.

Il est facile de voir, en effet, que de tout temps, parmi les médecins, les uns ont toujours eu la prétention d'expliquer tous les faits, tous les accidens, tous les actes qui surviennent, qui se manifestent en nous, soit dans l'état sain, soit dans l'état morbide; que toujours ils ont cherché à se rendre raison des phénomènes et à exposer cette raison dans leurs écrits, dans leur enseignement; aussi les a-t-on nommés des *rationalistes*. D'autres ont toujours accepté les faits comme n'étant susceptibles d'aucune interprétation, comme placés en dehors de la sphère de nos conceptions; ils n'ont pas voulu remonter au-delà de la simple observation, ils ont tout demandé à l'expérience directe, aussi les a-t-on nommés des *empiriques*.

Mais les rationalistes se sont bientôt subdivisés en d'autres écoles; c'est qu'il était difficile d'expliquer de la même manière les faits observables en médecine. Il y a eu plus d'unité parmi les empiriques, par la raison qu'ils n'avaient point d'opinions personnelles, qu'ils n'avaient même aucune opinion.

Nous venons de dire que le rationalisme a donné naissance à plusieurs autres sectes; les deux principales sont le *méthodisme* et l'*éclectisme*; le méthodisme, qui a toujours eu la prétention de ramener les faits à leurs plus hautes généralités, l'éclectisme qui a toujours eu celle de faire la juste part du vrai dans toutes les autres sectes.

Nous allons maintenant vous indiquer quels ont été les principaux chefs de chacune de ces écoles, dans l'antiquité d'abord; nous en rappor-

tant pour cela, non aux livres modernes, mais à Galien lui-même, le représentant des anciennes générations médicales.

Hippocrate, de Cos, est regardé comme le chef et le fondateur du rationalisme; puis viennent Dioclès Charystus; Proxagoras, de Cos; Hérophile, de Chalcédoine; Erasistrate, de Chios; Mnésithée, d'Athènes; Asclépiade, de Bythinie; et Galien, de Pergame.

Parmi les empiriques, on compte dans l'ordre suivant: Philinus, de Cos, premier chef et fondateur; Sérapion, d'Alexandrie; les deux Apollonius, le père et le fils; Ménodote et Sextus.

Parmi les méthodistes, on compte : Thémison, de Laodicée, chef et fondateur; Thessalus, de Tralles; Mnaséas; Dionysius; Proclus; Antipater et Soranus, d'Ephèse.

Comme chef des éclectiques, il faut placer Archigènes, dont on ne connaît guère les disciples.

L'antériorité, comme on le voit, appartient au rationalisme, bien qu'en bonne logique cette secte n'aurait dû venir qu'après celle des empiriques; toutefois, cette antériorité a été disputée par chaque école. Si l'on en croit Galien, Philinus, de Cos, le chef des empiriques, aurait d'abord été le disciple du rationaliste Hérophile, et ne se serait ainsi placé en dissidence que postérieurement; mais ceux qui ont voulu donner l'antériorité à cette école ont prétendu que l'empirisme avait été fondé par Acron, d'Agrigente.

Quant au méthodisme, par cela qu'il s'est donné comme un rationalisme systématisé, il procède évidemment de cette dernière école; on sait d'ailleurs que Thémison s'était détaché du rationaliste Asclépiade.

L'origine de l'éclectisme est différente : il avait passé de la philosophie dans la médecine. Le philosophe Potamon l'avait professé à Alexandrie. Archigène s'empara de ses principes et voulut les appliquer en pathologie.

Dans les temps modernes comme dans les temps anciens, les mêmes dissidences ont reparu, par la raison qu'il se trouve toujours des hommes qui veulent tout expliquer ou tout systématiser, ou simplement observer, ou enfin tout concilier.

Depuis la renaissance, on compte surtout parmi les rationalistes, Jean Fernel, dit le coryphée des médecins de Paris, Sydenham, Stoll, les deux Franck, Cullen et Pinel.

Les vrais empiriques n'ont pas été moins nombreux; mais ils n'ont pas formé école comme dans l'antiquité, peut-être parce qu'on a frappé de réprobation ce mot empirisme, parce qu'on a méconnu les principes, Zimmermann tout le premier.

Au nombre des méthodistes, il faut compter Sylvius, Hecquet, Fréd. Hoffmann, Brown, Rasori et Broussais.

Pour l'éclectisme, chose remarquable, il s'est montré comme dans l'antiquité; de la philosophie il a passé en médecine, et plusieurs médecins en ont propagé les principes.

Maintenant, Messieurs, que vous connaissez l'esprit des écoles qui, de tout temps, ont partagé le monde médical, vous devez pressentir comment leurs chefs ont considéré la pathologie générale.

Suivant les rationalistes, ce n'est qu'une branche de sciences médicales; elle comprend une partie purement spéculative, scientifique, et une partie essentiellement pratique ou d'application.

Mais les méthodistes ont été plus loin; ils ont dit que la pathologie est tout entière scientifique, et que la thérapeutique elle-même n'est qu'un corollaire raisonné des faits établis dans la science.

Par contre, les empiriques ont soutenu que la pathologie ne peut en aucun cas former un corps de science, que c'est un ensemble de faits qui resteront à jamais isolés.

Les définitions proposées dans les temps modernes n'ont été ni plus explicites, ni plus satisfaisantes que celles des anciens médecins. Les rationalistes avaient établi des divisions didactiques. Quant aux empiriques, par cela qu'ils ne voulaient pas de faits généraux, ils n'avaient su établir que ce qu'on nomme aujourd'hui des spécialités.

En établissant toutes ces divisions dans la pathologie, les anciens étaient conséquens avec leurs principes, tandis que de nos jours il y a eu plutôt, ou défaut de logique, ou même des motifs de spéculation dans l'établissement de ces mêmes divisions.

Cependant, à dater de Fernel, tout enseignement dans nos écoles commence par des notions préliminaires et distinctes de pathologie générale. Fernel, sous ce rapport, rend des services incontestables; il rappelle tout un groupe de maladies méconnu depuis longtemps par les médecins; mais, comme Galien, il s'est contenté de poser les principes; il n'a pas donné les caractères communs aux maladies qu'il nommait *totius substantiæ*.

Sans sortir du cadre qu'il s'était tracé dans sa nosographie philosophique, Pinel émet des idées si belles et si fécondes en pathologie générale qu'il donne l'impulsion à Bichat, et que celui-ci coordonne le plan de son anatomie générale.

Nous serait-il permis maintenant, Messieurs, après tant de travaux et lorsque la tendance générale des esprits nous fait une loi de sortir des abstractions, nous serait-il permis, dis-je, de laisser la pathologie générale dans ses anciennes limites, c'est-à-dire de persister à considérer les maladies toutes à la fois, en masse, sans distinction, et conséquemment d'une manière abstraite ? Non assurément : par le fait même des progrès de la pathologie nous sommes forcés d'aller au-delà. La pathologie générale, nous venons de le dire, ne peut et ne doit s'occuper que des caractères communs aux maladies.

Mais où pourrons-nous trouver les caractères communs qui nous serviront à grouper les maladies en plusieurs ordres? Pour résoudre cette difficulté, il nous suffira de nous rappeler que les analogies, les rapports qui forment des groupes entre les maladies sont de deux sortes, qu'on les tire de la nature même des maladies ou bien de leur localisation.

La pathologie générale, comme nous la concevons, trouvera donc ces caractères communs dans ces deux sortes de faits; sa base première sera anatomique, mais toutes ses divisions seront pathologiques.

Ainsi, Messieurs, il résulte des principes que nous venons d'établir que nous aurons à vous exposer méthodiquement dans ces leçons: 1° les caractères communs à toutes les maladies, caractères tirés de leurs causes, de leurs symptômes, de leurs terminaisons, etc., etc.; ce qui répond aux anciens traités de pathologie générale; 2° les caractères communs aux groupes de maladies qui peuvent affecter l'économie dans son ensemble, intéresser tous les tissus; 3° les caractères communs aux groupes de maladies qui se particularisent dans chacun des systèmes de l'économie, ou qui sont exclusivement propres à chacun de ces mêmes systèmes.

ANNONCE BIBLIOGRAPHIQUE.

— Leçons orales de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu de Paris; par le baron Dupuytren, chirurgien en chef, recueillies et publiées par MM. les docteurs Brière de Boismont et Marx.

Seconde édition, entièrement refondue; 6 vol. in-8. Prix : 36 fr.

Les tomes 1, 2, 5, 6 sont seulement publiés, et ils contiennent une notice historique sur Dupuytren, considérations générales sur les fractures, les causes qui peuvent retarder ou empêcher la consolidation des fractures, les fractures et les luxations de l'extrémité supérieure de l'humérus, la réduction des luxations anciennes; observations des fractures de la clavicule et de l'extrémité supérieure de l'humérus, traitées par la position; les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus, simulant la luxation du coude en arrière, et de l'extrémité inférieure du radius, simulant les luxations du poignet; la dépression latérale des parois de la poitrine; le déplacement originel ou congénial de la tête des fémurs; les fractures du col de fémur, de la rotule de la colonne vertébrale de l'arcade zygomatique de l'apophyse mastoïde; la fracture de l'extrémité inférieure du péroné, les luxations et les accidens qui en sont la suite; les luxations des vertèbres, maladies qui les simulent; la carie de la colonne vertébrale, des trajets fistuleux et abcès symptomatiques; les luxations du métatarse, de l'astragale sur le calcaneum; de la première et de la seconde phalange du pouce; de l'extrémité inférieure du cubitus; la formation du cal; l'exostose de la face supérieure de la dernière phalange du gros orteil; cas rares d'exostoses; le pied-bot et ses diverses espèces; les kystes qui se développent dans l'épaisseur des os, et les kystes séreux contenant des petits corps blancs ou hydatiques; les tumeurs hydatiques, l'emphysème traumatique, le délire nerveux, l'ostéosarcome, le spina-ventosa et les tubercules des os; les doctrines et procédés opératoires dans les amputations, l'amputation de la mâchoire inférieure et supérieure, les résections, les anévrismes qui compliquent les fractures et les plaies d'armes à feu, les blessures par armes de guerre.

Le tome 3 est sous presse et paraîtra à la fin de mai. Le tome 4 sera publié fin juillet 1839.

On vend séparément les tomes 5, 6 (blessures par armes de guerre). — 2 vol. in-8. Prix : 14 fr.

Cet ouvrage se trouve à la librairie médicale de Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, à Paris.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 17. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 27 AVRIL 1839.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) parait tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LES MALADIES MALIGNES DE LA PEAU DE LA FACE, lu devant la société médico-chirurgicale de Londres; par M. Hawkins, chirurgien de l'hôpital Saint-George.

On peut appeler malignes toutes les tumeurs de nouvelle formation qui ont pour caractère essentiel d'exercer une influence délétère soit sur les tissus voisins, en les convertissant en substance pareille ou analogue à la leur, soit sur le système absorbant dont les ganglions voisins se changent en tumeurs de même nature, soit enfin sur la constitution, le sang et les fluides sécrétés participant au principe de la maladie et donnant lieu a des dépôts de matière hétéroplastique dans les organes éloignés.

Cette influence délétère se montre également dans ses différens degrés, soit que l'on suppose le mal tout local d'abord, soit qu'on admette la préexistence d'une diathèse cachée. Il est incontestable effectivement que, même dans cette dernière hypothèse, la sécrétion locale augmente l'infection du sang, aussitôt que les absorbans commencent à la pomper.

La définition qui précède nous empêchera de confondre avec ces maladies, 1° Les ulcères irritables et intraitables de la face, si bien décrits par Earle dans le douzième volume des Transactions de la société; 2° les différentes formes de l'ulcère phagédénique scrofuleux ou *lupus* scrofuleux, qui attaque le nez, les paupières et les joues; 3° les différentes variétés du tubercule sébacé (lupus tuberculeux, cancer perforant, *noli me tangere*); 4° l'hypertrophie de la peau du nez, décrite par Hey, par Civadier et par plusieurs autres, et qu'on a désignée sous le nom de loupes, lipomes, etc. Aucune de ces affections n'est maligne dans le sens que nous avons indiqué, quels que soient d'ailleurs l'étendue ou le volume qu'on veuille leur supposer; l'intérieur de ces tumeurs, les bords durs de ces ulcères et leurs granulations fongueuses ne sont pas de nouvelle formation; ils dépendent d'une sorte de développement des tissus naturels et d'une certaine quantité du produit de l'inflammation; ils sont incapables d'infecter l'économie, même lorsqu'ils occasionent de graves désordres locaux et la mort.

Les affections fongoïdes malignes de la face (hœmatoïdes, médullaires, mélaniques) doivent à peine nous occuper dans ce travail, car elles sont fort rares dans cette région; elles ne s'y montrent que dans les seuls cas où la constitution se trouve déjà altérée par la présence d'une de ces tumeurs dans une autre partie du corps. Les formes les plus fréquentes dans ces cas sont les tubercules mélaniques, et une espèce de tumeur lardacée, molle, de la famille des médullaires; elles sont rarement isolées comme les autres formes du cancer; ordinairement elles sont en grand nombre sur la peau de la face et du crâne, se forment rapidement, vers la dernière époque de la vie, alors que la diathèse s'est déjà déclarée. Par la même raison, ces végétations ont à peine ici le temps de se ramollir, de s'ulcérer et de prendre la forme fongoïde, et lorsque cela a lieu elles

Feuilleton.

RAPPORT DE LA COMMISSION ANNUELLE DES MÉDECINS DES HÔPITAUX CIVILS DE PARIS.

(Deuxième article. — Voir le N. du 9 février.)

Nous n'avons pu, avant la publication du rapport de la commission médicale, aborder que les questions générales qui devaient y être traitées. Nos indications ne reposaient que sur des aperçus généraux, parce que ce que nous en avions appris n'avait pas encore le caractère précis d'une rédaction arrêtée. Maintenant, que le rapport a paru, il nous est permis de puiser à pleines mains dans cette abondante et fertile récolte d'observations, sur une foule de points relatifs à l'hygiène de nos hôpitaux.

Le travail de la commission médicale présente une double face : d'une part, les malades avec leurs besoins et leurs souffrances; d'autre part, les médecins avec leurs griefs, lourd bagage qu'ils trainent d'année en année, de rapport en rapport, et dont la satisfaction complète nous parait ajournée à je ne sais quelle ère de fabuleuse béatitude, promise à la société par les économistes à la manière de l'abbé de Saint-Pierre. Il se décèle un certain art dans l'arrangement des matériaux qui ont servi de base à l'élucubration de la commission: d'abord le détail des méfaits administratifs, le catalogue raisonné des améliorations vainement sollicitées, l'inventaire rigoureux des abus, grands et petits, qui se maintiennent invétérés ou se glissent inaperçus dans les plis et replis de l'organisation nosocomiale. De cette analyse des faits matériels, le rapport s'élève à l'appréciation des auxiliaires de différens degrés, sur lesquels s'appuie la pratique médicale des hospices; au sommet de la pyramide, nous trouvons les médecins, armés de considérations générales sur le service des hôpitaux, posant d'un pied sur les détails et les argumens amassés dans la première partie du rapport, plaidant par la bouche des malades les droits de leur ministère et quelque peu les velléités de leur amour-propre. Si nos confrères de la commission n'ont pas eu un scrupuleux souci des limites de leur compétence, s'ils ont chevauché, éclaireurs un peu téméraires, en plein champ d'administration, il faut convenir au moins qu'ils ont étudié avec un zèle intelligent la question des hôpitaux, ils en ont scruté tous les coins et recoins; il n'est pas un compartiment de ce vaste ménage qui ait échappé à leur enquête. Lingeries, bains, cuisines, habitations, officines, ils ont tout visité avec les yeux du maître ; alimens, boissons, literie, vètemens, chauffage, aération, médicamens, ils ont passé en revue toutes les conditions dont se composent, dans nos institutions de charité moderne, l'hygiène et la médecine des pauvres. Le rapport qui présente les résultats de cette multiple investigation n'est pas seulement un enregistrement minutieux de tous les abus, de toutes les omissions, de toutes les incuries qui se glissent dans les nombreux détails du service hospitalier; il est aussi, et comme par déduction implicite, un résumé substantiel de l'hygiène nosocomiale; envisagé

n'offrent rien qui ne soit pareil à ce qu'on observe de la même maladie ailleurs.

Les maladies squirrheuses ou cancéreuses au contraire offrent quelque chose de très particulier lorsqu'elles existent à la face; elles diffèrent beaucoup du cancer ordinaire proprement dit; de là des erreurs fâcheuses de diagnostic qu'on a souvent commises. Le cancer de la peau de la face présente trois variétés :

§ I. — Cancer ordinaire.

C'est celui qui se voit si souvent à la lèvre inférieure, et que tous les chirurgiens connaissent. Il commence généralement par un petit bouton dur dans la substance du derme et du tissu cellulaire sousjacent. Un petit ulcère ou une simple fissure se forme ensuite à sa surface, qui se couvre de temps en temps d'une pellicule mince. J'ai enlevé une tumeur de cette espèce il y a quelques années de la lèvre d'une femme âgée de 45 ans: aucune récidive n'a eu lieu jusqu'à ce jour. A cette période succède un ulcère creux, profond, à surface sale et douloureuse, et une masse de granulations exubérantes, mollasses et légèrement saignantes. Le tubercule primitif disparaît ou se mêle à du tissu cellulaire induré des environs; de petits tubercules squirrheux se manifestent dans les muscles environnans. Plus tard arrive la période d'extension de l'ulcère qui envahit petit à petit la face interne des lèvres, les gencives et la mâchoire inférieure: une partie de cet os se ramollit et s'ulcère, une autre s'efface légèrement. Le malheureux patient arrive ainsi par degrés à la période d'infection générale et périt soit par l'effet de l'irritation des ulcères sales, fétides, saignants et cancéreux de la face et des glandes, soit par la suffocation qu'occasionnent les masses cancéreuses qui s'étendent de la mâchoire au sternum et les ulcères énormes qui ont plusieurs pouces de profondeur. Lorsque le poison est résorbé, toute la constitution en est entachée; des tubercules squirrheux ou des fongus hœmatodes se manifestent dans d'autres parties du corps. Je me contenterai d'en citer un seul exemple. En 1833, un malade est mort à *l'St-Bartholomew's hospital* des suites d'un cancer à la lèvre. A l'autopsie, on a trouvé plusieurs tubercules cancéreux dans le foie et un nombre immense dans la substance du cœur.

Quand le cancer ordinaire existe dans d'autres parties de la face, il présente exactement les mêmes caractères, savoir : un ulcère excavé avec les bords durs, renversés et des végétations fongueuses avec une certaine coloration jaune à la figure qui exprime la nature maligne de la maladie. L'expérience a démontré que bien que la tumeur ou l'ulcère qui lui succède puisse être souvent enlevé avec exactitude, la récidive est le plus souvent immanquable, beaucoup plus souvent même que dans le cancer du scrotum, par exemple. Malheureusement on ne peut alors y remédier autrement que par une seconde opération, soit en enlevant une partie de la lèvre angulairement et en réunissant ensuite, comme dans le bec-de-lièvre, soit obliquement et sous forme de croissant, soit enfin en pratiquant l'autoplastie.

§ II. — Ulcère phagédénique, cancéreux des vieillards.

C'est la seconde forme de cancer de la face; elle commence ordinairement par un bouton plat et brunâtre, placé le plus souvent à l'angle formé par la joue et l'aile du nez, ou bien à l'angle interne de l'œil, et reste ordinairement stationnaire pendant longtemps avant que quelque cause traumatique l'oblige à s'ulcérer. Ce bouton est plus mou, plus plat et plus noir que celui du cancer ordinaire, et paraît n'envahir d'abord que la seule couche externe du derme, y compris le réseau muqueux coloré. L'ulcère qui en résulte est d'un noir luisant, ses bords sont légèrement élevés, dentelés irrégulièrement. La peau environnante n'est pas épaissie ni enflammée comme dans le cancer ordinaire. Il se distingue aussi de ce dernier par le peu de douleur qui l'accompagne. L'absence d'hémorragie, de gangrène et de fongosités et sa marche extrêmement lente en font autant de caractères distinctifs.

Plusieurs années s'écoulent quelquefois avant que le mal étende ses ravages; durant cette marche, il devient parfois stationnaire pour un temps plus ou moins long, ne se couvre d'une croûte mince par laquelle on voit les vaisseaux sous-jacens; durant ces intervalles de repos, les bords de l'ulcère diminuent en épaisseur. Dans un cas de ce genre, une petite verrue, ainsi que la malade l'appelait, s'était ulcérée depuis quatre ans sur le bord du nez, et durant cet espace l'ulcération n'avait pas acquis un demi-pouce d'étendue: elle commençait seulement à pénétrer dans la narine : mon intention était d'emporter la partie malade, et d'y mettre une pièce de peau saine, lorsqu'un érysipèle intense s'est emparé de la partie et a retardé pendant quelque temps la cicatrisation de l'ulcère. Ensuite, la malade s'y est refusée, et aujourd'hui encore le mal n'a fait que fort peu de progrès.

En s'étendant lentement, l'ulcération finit cependant par perforer la joue, par attaquer l'os malaire, ou bien détruire les paupières et la circonférence de l'orbite, et laisser le globe oculaire pendant et isolé dans l'orbite. Les os que le mal envahit se ramollissent, s'exfolient. Sa différence avec le cancer ordinaire est remarquable, surtout par le peu de trouble qu'il produit dans l'économie, par l'absence d'infection générale et d'engorgement des ganglions lymphatiques. Il jouit de la même faculté d'attacher les parties voisines que les verrues ou tumeurs cancéreuses des cicatrices dont j'ai parlé dans le t. XIX des Transactions; mais probablement le mal n'acquiert de la malignité qu'à une période très avancée. Il offre en conséquence un exemple de cancer purement local. Jamais cela ne s'observe dans le cancer ordinaire de la face ni dans le cancer du scrotum; car ici non-seulement les ganglions; mais même la constitution en sont affectés. Du reste, si le cancer dont il s'agit attaque quelquefois les ganglions, cela doit être excessivement rare; car je l'ai vu exister pendant un assez grand nombre d'années, causer même la mort à la longue par sa seule action locale, sans pourtant engorger les ganglions.

Le progrès lent et l'apparence particulière de la maladie lui ont fait mériter le titre de *lupus*, ou de tubercule lupoïde; mais je préfère la dénomination d'*ulcère cancéreux*. Cette dénomination exprime effectivement un tissu de nouvelle formation, de nature squirrheuse, et capable d'exercer une influence maligne sur les parties voisines; mais donée de moins de malignité que le cancer ordinaire; car il n'attaque point les ganglions absorbans. C'est, en d'autres termes, ce qu'on appelait autrefois une maladie semi-maligne.

J'ai trouvé il n'y a pas longtemps une excellente description de cette maladie dans le quatrième volume du Dublin hospital reports; l'article est de M. Jacob, et a pour titre : « *Ulcère d'un caractère particulier qui attaque les paupières et les autres parties de la face* »; ce

---

sous ce dernier point de vue, il sort de la ligne des productions éphémères que font éclore les vicissitudes administratives des établissemens publics. Il restera comme un code sommaire des conditions médicales que doit remplir tout hospice pour justifier sa destination. Abstraction faite de quelques passages où perce le sentiment d'une dignité jalouse et le plus souvent excitée à bon droit, le travail de la commission porte dans toutes ces parties l'empreinte d'une observation juste, d'un bon sens pratique qui doit faire regretter à l'administration d'avoir fait à l'intervention médicale une part si restreinte. C'est là, en effet, une des excellentes vertus de notre profession d'imprimer aux idées du médecin, même en dehors des choses de son art, un cachet de justesse et de netteté; l'habitude prolongée de l'observation règle la portée de son coup d'œil. Quand les auteurs du rapport s'aventurent dans les considérations purement administratives, quand ils se laissent aller aux chiffres et aux problèmes de la comptabilité, ils le font encore avec rectitude et sagesse; ils ne se font pas illusion sur les difficultés d'exécution, eux qui se heurtent tous les jours aux difficultés de l'art et qui peuvent apprécier les chances des tentatives réformatrices par celles de leurs propres tentatives au lit des malades. Enfin ce travail, lamentable compilation de misères et d'abus, restera encore comme un témoignage des sentimens qui guident les médecins des hôpitaux de Paris dans l'accomplissement de leur mission. On sent à chaque page, la pieuse préoccupation de leur charité intelligente, et comme une chaude émanation de l'âme; Ils ne se contentent pas de payer de leurs personnes sur ces théâtres divers des souffrances humaines; ils viennent plaider encore, avocats désintéressés, la cause de l'indigence malade auprès de l'aréopage administratif qui s'acquitte par la voie commode de la délégation subalterne des devoirs qu'il a librement acceptés. A la manière dont le conseil général des hospices procède envers les médecins, on dirait qu'il s'est prêtée par grace et merci à l'audition de leur rapport. Quelques échos recueillis par la Gazette Médicale et consignés dans les colonnes du feuilleton ont failli priver la grande cause des malades indigens de cette plaidoirie autorisée, ordonnée par les réglemens. Un jour viendra que l'importance du rôle médical dans le mécanisme hospitalier sera mieux comprise et triomphera des influences qui la neutralisent aujourd'hui. Du côté des médecins sont les soins gratuits, le contrôle désintéressé, la compétence, le dévouement; c'est aussi là que doit être l'action régulatrice, sinon la gestion du détail. Les deux élémens de l'institution qu'on appelle hôpital, c'est d'une part les malades, d'autre part le médecin; les voies et moyens s'interposent entre ces deux termes et sollicitent l'intervention administrative. Mais que celle-ci grandisse au point de déprimer les deux termes essentiels; que l'influence administrative les enveloppe, les roule dans ces plis et replis, au point de les faire disparaître et d'absorber en elle l'institution tout entière : voilà le monstre de l'organisation actuelle. Voilà ce que l'avenir devra redresser.

Nous allons conduire le lecteur sur les pas de la commission médicale à travers les différentes branches du service hospitalier; de l'examen du détail quotidien nous arriverons à celui des vues et des conclusions générales qu'elle a formulées. Puis, avant de quitter ce sujet, nous traiterons, en guise d'épilogues, la question de l'intervention administrative des médecins, et nous essaierons d'en déterminer la valeur et les limites.

Alimens. Le pain, base de l'alimentation, n'est pas toujours expédié par la boulangerie générale avec les conditions prescrites. A Bicêtre, il est mal

praticien cependant paraît ignorer que dans l'origine le mal n'est ordinairement qu'un bouton simple, bien qu'il montre de la malignité, et qu'ou peut le reconnaître à un peu de matière de nouvelle formation qui existe sur les bords, ou à une petite couche mince de nouvelle matière brunâtre qu'on voit au-dessous de l'ulcère.

Lorsque l'ulcère s'étend de la paupière à la conjonctive oculaire, des dépôts de matière cancéreuse ont lieu sur l'œil lui-même, de sorte que si on n'enlève pas le tout avec exactitude, l'opération devient inutile, le mal reparaît. D'un autre côté, nous devons dire qu'on confond très souvent l'ulcère cancéreux avec le cancer ordinaire. Je citerai comme exemple à ce sujet les excellentes observations sur les maladies malignes par M. Travers, insérées dans le quinzième volume des TRANSACTIONS. Dans la première partie de ce travail, il est question du cancer des lèvres; dans la seconde, du cancer des paupières et des parties contenues dans l'orbite : tous les faits qui y sont rapportés ne sont, d'après moi, que des exemples de cancer ordinaire. Dans la troisième section, enfin, il est question du cancer de la face : ici on trouve des exemples d'ulcères cancéreux, et d'autres de cancer ordinaire; ce qui les distingue, c'est la surface lisse et luisante, et la marche lente dans les uns, l'écoulement fétide, les granulations fongueuses, et exubérantes, et les hémorragies fréquentes dans les autres.

La meilleure notice que je connaisse sur la maladie en question est celle que M. Mackenzie a consignée dans son admirable ouvrage sur les maladies de l'œil; mais sous la dénomination inexacte de cancer des paupières.

Bien que je préfère l'expression d'ulcère phagédénique ou cancéreux pour désigner le dernier degré de cette maladie maligne, il ne faut pas oublier cependant que le mal est très difficile à déraciner complètement, à l'aide des caustiques, et que si l'on a l'imprévoyance de faire cicatriser ce qui doit être emporté, l'affection récidive, sa malignité augmente et acquiert les caractères du véritable cancer. Au total, on peut dire, d'après l'expérience, que la meilleure méthode pour enlever, soit la tumeur, soit l'ulcère, est celle où l'on emploie exclusivement le bistouri. Je dois ajouter néanmoins que lorsque l'ulcération est très large et peu profonde, la pâte de zinc est préférable.

§ III. — CANCER FONGUEUX DE LA FACE CHEZ LES VIEILLARDS.

Cette troisième espèce de maladie maligne du genre squirrhe de la peau de la face n'est pas moins fréquente que les précédentes; elle a été décrite par plusieurs auteurs. La première période de cette affection consiste dans une petite tumeur ronde ou ovale, placée ordinairement dans le derme de la joue, quelquefois dans l'os malaire; d'autres fois dans l'aile du nez. Pendant longtemps cette tumeur est presque de la même couleur que la peau, quelquefois un peu plus blanche. Par les progrès de la grosseur la peau s'amincit et devient luisante. Si on dissèque la tumeur à cette époque, elle est blanche, solide, pas très ferme, de consistance lardacée; mais plutôt plus dure que celle du cancer ordinaire : elle est parfaitement circonscrite, séparée du tissu de la peau, et couverte d'une sorte de kyste à l'endroit où elle fait saillie sous le derme.

Considérée comparativement au cancer ordinaire, la tumeur en question est plus globulaire, plus molle, plus exactement circonscrite et séparée de la peau, plus élevée, moins sujette à se bosseler, et moins susceptible d'occasionner des douleurs lancinantes à l'époque d'ulcération. L'ulcère qu'elle forme est moins circulaire, ses bords sont moins élevés, sa couleur est blanche, sa circonscription plutôt brusque, son étendue en profondeur est plus considérable que celle de l'ulcère cancéreux. Peu de vaisseaux se ramifient à sa surface, sa couleur n'est pas livide avant de s'ulcérer, ni comme celle des fongus hématodes, ni noire comme celle de la mélanose. Sa structure est plus dense que celle des tumeurs médullaires. Elle se distingue des dépôts diathésiques de ces dernières par sa solitude et par la longueur de son état stationnaire.

Si elle existe sur le nez, on la distingue facilement des tumeurs dépendant de l'hypertrophie de l'aile du même organe, à l'absence de rougeur et d'épaisseur environnantes, à sa circonscription parfaite, comme les kystes, et au manque de développement des follicules sébacés environnans. La tumeur fait des progrès en conservant sa forme globuleuse et lisse, et restant presque complètement indolente; son volume arrive jusqu'à celui d'une noisette ou d'une noix avant d'appeler l'attention du malade. Enfin, si elle est pincée, ou autrement irritée, et elle s'ulcère, on bien l'ulcération a lieu spontanément. Bientôt une masse de granulations saines couvrent sa surface, lesquelles débordent ensuite considérablement et s'étendent sur la peau saine voisine : leur hauteur est quelquefois d'un pouce. Elles donnent lieu à une sécrétion abondante de pus sain, non fétide, sans escarrhes ni hémorrhagies, ni beaucoup de douleur. A la base de ces granulations, la tumeur s'étend en profondeur et en largeur, mais pendant longtemps elle est libre d'adhérences au tissu cellulaire sous-jacent, circonstance importante à mentionner, car elle permet avec facilité et avec chance de succès l'enlèvement de la maladie. Cette période se trouve parfaitement représentée dans les dessins et les préparations que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la compagnie.

Dans un de ces cas la maladie a récidivé après l'opération par les raisons que j'exposerai plus loin. Chez un autre, et qui offrait la tumeur la plus volumineuse, la répullulation n'a eu lieu que trois années après. Un coup d'œil sur ces dessins et sur ces pièces suffit pour faire saisir la différence qui existe entre le fongus saillant, circulaire; les granulations molles et irrégulières; l'ulcère excavé, à bords extroversés du cancer ordinaire, et la surface, plate, noirâtre, dépourvue de granulations de l'ulcère phagédénique. Aucune de ces lésions, d'ailleurs, ne saurait être confondue avec la végétation saignante et gangréneuse des fongus hématodes.

La tumeur acquiert un volume considérable avant de changer de caractère et d'altérer la constitution d'une manière évidente. Dans un des cas dont j'ai l'honneur de présenter la pièce et les dessins, la masse morbide occupait tout le côté du nez et formait une tumeur ulcérée, de trois pouces de largeur et deux de profondeur; le mal existait depuis quatorze mois, on l'avait attaqué à l'aide de l'arsenic, ce qui avait diminué les souffrances; on en avait ensuite enlevé une partie à l'aide de la ligature : ce qui me fait présumer que le chirurgien distingué qui l'a opéré avait méconnu la véritable nature de la maladie. La forme de la *tumeur cancéreuse ou fongueuse* de ce malade contraste singulièrement avec celle du cancer ordinaire, qu'un autre malade, dont je présente le dessin, portait à la même région; l'un et l'autre sont morts quatre mois après leur entrée à l'hôpital, et pourtant la physionomie du

---

cuit, et sa mie se laisse pétrir de nouveau plus de la moitié de l'année. Il est à craindre que la confection d'un bon pain ne soit vainement désirée, tant que les fournisseurs pourront préparer et mélanger eux-mêmes, dans un but d'adjudication au rabais, la farine dite de seconde qualité, qui n'existe même point dans le commerce. Plusieurs causes contribuent à frustrer les malades d'un bon bouillon, et pourtant il est dans la majorité des cas leur seule nourriture. Le règlement prescrit que les bœufs livrés pour l'hospice de Bicètre pèsent 300 kilos; les fournisseurs remplissent cette condition en choisissant des bœufs d'une taille élevée, mais d'une maigreur extrême; la belle apparence du bouillon dans les hôpitaux n'est que factice; elle est due à un mélange de caramel qui lui communique une âcreté désagréable. Croirait-on que ce mélange sophisticateur est autorisé, prescrit par les réglemens, dans une mesure minime, il est vrai, mais que dépasse de beaucoup l'industrie des cuisines hospitalières? Les légumes secs fournis en ce moment sont de mauvaise qualité, et contiennent souvent des insectes qui dégoûtent les malades. Le lait, aliment et remède, payé à raison de 20 cent. le litre, occasionne une dépense annuelle de 90,000 fr. Ce rabais extrême de 20 cent. prouve la facilité avec laquelle se pratiquent impunément de fâcheux mélanges que, par malheur, la chimie et le microscope n'ont pas encore complétement dévoilés. L'administration doit faire un appel aux savans pour le perfectionnement des modes explorateurs de cette substance, et tout d'abord elle doit l'obtenir meilleure par une augmentation du prix d'achat. Un travail du pharmacien en chef de l'Hotel-Dieu, imprimé dans les ANNALES D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE LÉGALE, nous avait déjà appris que le vin consiste dans un mélange fait à la cave générale, qui est ensuite coupé, sans bouquet, d'une odeur alcoolique, d'une saveur douceâtre, se troublant très vite et passant à l'état acide. Quant à l'eau, on n'a pas encore amené à la Salpétrière l'eau de la Seine, malgré le voisinage de cette rivière, on y boit de l'eau de puits, séléniteuse, d'un goût désagréable et très putrescible. Nous ne suivrons pas le rapport dans les détails relatifs à la préparation des alimens, laquelle n'est pas plus satisfaisante que la réception des denrées; si dépourvue de toutes garanties. Il est vrai qu'un article du réglement invite les médecins à assister à la réception des denrées et à inspecter les cuisines; mais nul droit n'est attaché à cette double fonction, qui devient, dès-lors, illusoire. Qu'il nous soit permis de signaler en passant la disproportion des attributions dont jouissent sous ce rapport les médecins des hôpitaux civils et ceux des hôpitaux militaires. Ces derniers interviennent d'une façon décisive dans l'opération de la réception des denrées alimentaires; jamais sous-intendant militaires n'osera s'inscrire contre leur avis et ordonner l'admission de substances dont ils proposent le rejet. Même efficacité de contrôle sur la préparation des alimens, et de leur opinion, inscrite chaque jour sur un registre destiné à cet objet dépend, pour ainsi dire, le repos des administrateurs des hôpitaux de l'armée.

Si la mauvaise qualité des fournitures est un abus condamnable, l'insuffisance de l'alimentation est un acte d'inhumanité; c'est pourtant ce que l'on observe à Bicêtre, à la Salpétrière, à la Maternité. Dans ce dernier établissement, les enfans nouveaux-nés qui y restent en grand nombre, grace aux mesures adoptées par le conseil, n'ont pas assez de nourrices pour fournir à leurs besoins; aussi nombre de ces pauvres êtres meurent de faim. Fatale communauté de détresse! ce sont les âges extrêmes de la vie qui sont les boucs émissaires des mesures d'impitoyable économie; c'est sur les nouveaux-nés et

premier n'offrait rien de cette teinte plombée qui est propre aux affections les plus malignes dont on voit un exemple chez l'autre.

Après un certain temps, l'ulcération s'étend plus profondément dans la masse de la tumeur, et celle-ci cesse d'être saillante; les os et les parties profondes acquièrent rapidement les caractères du même tissu accidentel, qui est analogue au squirrhe sur quelques points, mou et pulpeux sur d'autres, comme dans les cas d'affection médullaire des os. L'ulcère, à cette période, offre des caractères intermédiaires à ces deux dernières maladies.

Obs. I. R. B., âgé de 59 ans, a été reçu à l'hôpital Saint-George, en avril 1835: sa maladie avait commencé douze mois auparavant par un petit bouton sur le bord du nez. Ce bouton s'était ulcéré depuis six mois; l'érosion offrait d'abord l'étendue d'une pièces de *six pences* et était accompagnée de douleur. A l'entrée du malade, on constate un ulcère d'un pouce de diamètre, sa surface était tellement couverte par une masse fongueuse, que j'ai cru au premier coup-d'œil avoir affaire à un fongus cancéreux particulier. La tumeur s'étendait transversalement, d'un os maxillaire à l'autre, verticalement, de l'épine frontale au sommet du nez. Une partie des végétations fongueuses proémine dans la narine, et les os du nez sont convertis en une masse molle traversée de filets osseux libres. J'avais d'abord eu l'idée d'enlever toute la masse morbide et de pratiquer la rhinoplastie, mais j'ai dû y renoncer, car je me suis bientôt aperçu que le mal avait attaqué d'un côté l'os frontal, de l'autre il adhérait fortement à la partie interne de l'os maxillaire; d'ailleurs, le malade était maigre, faible, et amaurotique depuis plusieurs années. La végétation a fait de nouveaux progrès et le malade a succombé deux ans après l'apparition de la tumeur.

A l'autopsie, nous avons trouvé le cerveau sain; le crâne contenait seulement une petite quantité d'eau.

Les nerfs optiques touchaient le tissu morbide; l'os qu'ils traversent avait commencé à être affecté; ils étaient considérablement aplatis, noirs; mais près des globes oculaires ils offraient les conditions de l'état normal. Comme l'amaurose était bien antérieure à la naissance de la tumeur, elle ne pouvait se rallier à cette dernière maladie. L'os frontal présente un léger degré de ramollissement, il est rugueux à la surface et détruit vers la racine du nez. La dure-mère, qui revêt l'intérieur de l'os ethmoïde, une partie du sphénoïde et du frontal près de l'ethmoïde, présentait une altération cancéreuse non équivoque; cette altération se prolongeait assez avant dans la cavité crânienne. Une grande partie de ces os, et les portions nasales des os maxillaires et palatins étaient convertis en une tumeur blanchâtre, de consistance moyenne entre le squirrhe et le fongus médullaire; toutes les cellules du nez étaient remplies de substance pareille. Lorsqu'on venait de la bien presser, cependant, cette matière semblait squirrheuse. Le sinus maxillaire de chaque côté était libre et sain. Le voile du palais, en contact avec les os palatins et maxillaires, était épais, dur, et comme squirrheux. Les cellules sphénoïdales contiennent un peu de pus épais, une partie de cet os est nécrosée. Les nerfs olfactifs pénètrent dans la tumeur, mais ils sont sains. Le foie est granuleux, tous les autres viscères sont sains, aucune glande n'a été trouvée malade.

Obs. II.—Le malade qui forme le sujet de la quatrième planche était âgé de 79 ans. Il fut reçu à l'hôpital en juillet 1833. Son mal existait depuis huit mois; il s'était déclaré par une petite tumeur sur la joue, laquelle s'était ulcérée depuis trois mois. Cette tumeur a été enlevée à l'aide de l'opération; mais une petite grosseur a reparu au-dessous de la cicatrice, ce qui, sans doute, dépendait de quelque petit reste inaperçu de la maladie. Je m'étais proposé d'attaquer de nouveau la végétation, et de compléter la cure; mais le malade s'y est refusé. En janvier dernier, la petite grosseur s'est ulcérée, avec douleur intense; une petite glande dure s'est déclarée au-dessous du menton; deux autres vers le bord du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien. La tumeur a fait des progrès immenses; elle s'est étendue vers la tempe, les deux mâchoires et le nez; l'ulcère du fond était large et profond; les os malaire et maxillaire ont été détruits, de manière qu'un stylet s'enfonçait jusqu'au fond de l'orbite, dans l'étendue de quatre pouces, et aurait pu être porté jusque dans le cerveau. La surface de l'ulcère a été jusqu'à la fin d'apparence saine, rouge, granuleuse, et sans donner presque pas de sang ni de matière sanieuse fétide, bien qu'elle ait été accompagnée de douleurs lancinantes intenses, comme le squirrhe.

L'autopsie nous a offert des particularités intéressantes. La préparation que la société a sous les yeux montre l'étendue de l'ulcère et la nature squirrheuse de la tumeur. Une section dans la masse morbide fait voir la nouvelle substance qui a été sécrétée à la surface de l'œil et de ses muscles qui ont été isolés par les progrès du travail ulcératif; le tendon du muscle temporal et l'apophyse coronoïde de la mâchoire inférieure sont aussi compris dans la maladie. L'os malaire, l'apophyse zygomatique et la paroi antérieure de l'antre d'Higmore sont détruits; mais sa membrane est saine; le conduit de la glande parotide est rongé et l'extravasation de la salive qui en avait été la conséquence avait beaucoup incommodé le malade pendant la vie. On voit dans la même préparation comment les portions temporales des os sphénoïde et temporal ont été impliquées dans le travail morbide; ils sont ramollis, ulcérés et perforés sur deux points; l'une de ces ouvertures a un demi-pouce de diamètre, toutes les deux communiquent avec le crâne. Le cerveau adhère sur ces points ulcérés: L'hémisphère correspondant qui s'est beaucoup aplati au moment de l'enlèvement de la voûte osseuse présente une caverne capable de contenir plusieurs onces de liquide, et s'étend dans toute la longueur des lobes moyen et postérieur. Cette cavité ne contenait pas de pus, mais, sans le moindre doute, elle en avait été remplie, et ce liquide s'était probablement écoulé par l'orbite. L'intérieur de cette cavité était vascularisé; le cerveau était noirâtre et jaunâtre, comme autour des caillots apoplectiques. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que malgré les progrès énormes de la maladie, la vie du malade n'avait jamais été en danger jusqu'aux derniers temps.

Deux ou trois ganglions étaient engorgés et durs; un autre contenait de la matière analogue à du fromage; un quatrième du pus vert: la structure de ces ganglions était probablement squirrheuse, mais cela n'était pas bien clair.

L'un des reins a présenté une tumeur enkystée dans sa substance, du volume d'une noix, et une autre contenant six à huit onces d'eau, attachée à la face externe, et ayant rendu concave par sa pression le côté correspondant à l'organe. Ces kystes sont de la nature de ceux que j'ai décrits dans le dix-huitième volume des Transactions, et ne présentent rien de malin. A la partie inférieure du foie, cependant, existait une tumeur ronde circonscrite, ayant quatre pouces de diamètre, de couleur noire, solide et vasculaire, et avec les apparences de sang épanché dans sa substance. Cette tumeur a paru résulter d'une déposition de matière morbide dans le foie, sans limites bien circonscrites, et bien que cette matière ne ressemble point à celle des fongus hématodes du foie, néanmoins elle offre les apparences d'une nature maligne.

Il paraît donc évident que quand un cancer fongueux de la face est arrivé à sa troisième période, il présente de la ressemblance avec le cancer ordinaire des lèvres et de la face; mais il est accompagné d'une plus grande tuméfaction autour et au-dessous de l'ulcère: ses bords sont renversés et durs; la matière qu'il sécrète est purulente au lieu d'être fluide, sanieuse et d'une odeur particulière; il présente enfin moins de disposition à saigner et à se gangréner. On le distingue facilement de l'ulcère phagédénique à sa tuméfaction et à ses végétations fongueuses, à sa surface vasculaire et granuleuse, à son étendue considérable en profondeur, à la douleur vive qui l'accompagne et à la rapidité de ses progrès; sa terminaison fatale ayant lieu en deux années, au lieu que l'autre met vingt ou trente ans avant d'arriver à ce terme.

Les excroissances fongueuses, si elles ne sont pas comprimées comme lorsqu'elles existent dans la cavité nasale, par exemple, croissent plus rapidement que dans le cas contraire; la même circonstance se remarque dans le fongus hæmatodes et dans les tumeurs médullaires; mais le mal en question paraît plutôt de nature squirrheuse et intermédiaire aux

les vieillards que s'appesantissent les mortelles rigueurs du système en usage. Lisez ce triste décompte alimentaire: « En 1816, la pénurie du trésor municipal a fait supprimer le décilitre de légumes secs crus et les dix-huit décilitres de légumes frais cuits (qui faisaient partie du souper des vieillards de Bicêtre); on n'a conservé que le dessert, de sorte que les vieillards et infirmes n'ont, depuis onze heures où ils finissent leur repas du matin, jusqu'au lendemain à la même heure, que quatre décagrammes de fromage ou six décagrammes de pruneaux ou cinq décagrammes de raisiné. Les dimanches et les jours de fête le souper ne se compose également que d'un petit morceau de fromage. » Qui ne reconnait l'insuffisance de cette alimentation pour de malheureux vieillards, épuisés par une vie de privations et de travail! aussi, qu'arrive-t-il? Un fait qui doit retentir plus haut que dans la sphère médicale où ne s'agitent que plaintes et vœux; c'est que dans les différens hospices de Paris, consacrés à la vieillesse, la mortalité est en raison inverse de la dépense. L'administration a voulu nier ce résultat; mais il ressort des comptes-rendus même sur lesquels s'appuyait cette dénégation. Nos lecteurs nous sauront gré de leur placer sous les yeux les données statistiques établies dans le rapport: les chiffres en cette matière, c'est la vie et la mort; ils ont une sorte de solennité qui ne permet pas de les omettre.

Des vieillards des deux sexes sont reçus à Bicêtre, à la Salpétrière, aux Incurables (hommes), aux Incurables (femmes), aux Ménages, à la Rochefoucauld et à Sainte-Périne.

La mortalité de chacun de ces établissemens, d'après les comptes-rendus de 1831, 1832 et 1836, les seuls que la commission ait pu consulter, donne la moyenne suivante:

Bicêtre.	1 sur 4 15
Salpétrière.	1 — 4. 71
Incurables (hommes).	1 — 6 06
Incurables (femmes).	1 — 7 56
Ménages.	1 — 7 68
Sainte-Périne.	1 — 9 40
La Rochefoucauld.	1 — 9 28

Pour Bicêtre et la Salpétrière, la moyenne est donc de 1 sur 4·43. Pour les cinq autres maisons de retraite, où les pensionnaires sont mieux traités, elle est de 1 sur 7·99. Donc, la mortalité est presque double à Bicêtre et à la Salpétrière, où la journée varie entre 80 et 92 centimes, tandis que dans les cinq autres établissemens cités, elle s'élève de 1 fr. à 1 fr. 78 cent. Quels commentaires ajouter à de pareils résultats, et quels argumens opposer aux administrateurs, aux arithméticiens, s'ils demeurent insensibles à l'éloquence de cette arithmétique funéraire?

Médicamens. Nous n'avons garde de blâmer, avec les membres de la commission médicale, toutes les restrictions apportées par l'administration à la dépense des sirops, vins médicinaux, etc. Les saccharéolés surtout sont un objet de prodigalité banale dans les prescriptions quotidiennes. Médecin d'hôpital, nous avons reconnu que ce chapitre de la dépense peut subir de grandes réductions, sans détriment réel pour les malades. Mais il faut s'élever, avec le rapporteur, contre un double abus qui se rattache à cette branche du service: l'enlèvement de tous les pots de tisane dès quatre heures du matin, afin de donner aux garçons de pharmacie le temps de les laver avant la distribution

deux dernières maladies; aussi l'ulcération diffère-t-elle de celle du fongus hæmatodes et de celle du cancer ordinaire, n'étant ni saignante, ni gangréneuse comme ces dernières. Sous le rapport de la malignité elle occupe le milieu entre l'ulcère cancéreux et le cancer commun; elle entache d'une manière plus étendue et plus rapide les tissus environnans que ces derniers, mais elle n'offre pas ces bandes squirrheuses du tissu cellulaire, ni ces tubercules squirrheux qu'on rencontre dans les deux autres maladies; elle permet par conséquent l'ablation à l'aide du bistouri, et si cette ablation est pratiquée soigneusement et complètement, on peut espérer une guérison sans récidive.

Quant au système absorbant, le cancer fongueux de la face paraît ne pas l'affecter, ou du moins les ganglions lymphatiques ne se tuméfient que fort rarement dans cette maladie. Cela nous garantit du retour du mal dans ces parties après l'opération. Dans le cancer ordinaire, au contraire, l'infection des ganglions est très commune et forme souvent le centre de la récidive, même lorsque la cicatrice a pu s'accomplir heureusement.

Enfin il paraîtrait, d'après la tumeur au foie trouvée chez le dernier malade, que toute la constitution peut être infectée par le poison de la maladie : sous ce rapport, par conséquent, le cancer fongueux peut être regardé comme plus malin que l'ulcère phagédénique, qui n'est jamais accompagné de cette circonstance; mais, sous ce même rapport, aussi on peut dire que le cancer fongueux est surpassé par le cancer ordinaire de la face, car si on l'extirpe de bonne heure, il peut guérir sans récidive, tandis qu'il n'en est jamais de même du cancer commun que nous venons de décrire.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR L'INTRODUCTION DE L'AIR DANS LES VEINES; par M. le docteur BUSSE, de Berlin.

M. le Rédacteur en chef,

C'est avec un bien vif intérêt que j'ai suivi les détails que votre excellent journal nous a donnés sur le sujet ci-dessus énoncé; je fis un petit résumé des notes que j'avais recueillies et j'en donnai lecture à la société médico-chirurgicale dite *Verein für Heilkunde in Preussen*, siégeant ici à Berlin, sous la présidence de M. Rust et fondée par lui. Les membres présens à cette lecture reconnurent unanimement l'importance du sujet, et m'engagèrent, tout en promettant leur assistance, à rédiger un mémoire qui réunisse, aussi complètement que possible, toutes les notices littéraires, qui eussent paru jusqu'à ce jour. Le résultat de mes recherches a été une dissertation assez étendue (78 p. in-8) qui vient de paraître dans le magasin de M. Rust. Je prends la liberté de vous en adresser un petit extrait auquel vous voudrez peut-être accorder une place dans la GAZETTE MÉDICALE.

Il y a plus de trente ans que M. Viborg, professeur à l'école vétérinaire de Copenhague, qui fut un des premiers à introduire dans la pratique l'injection de substances médicamenteuses dans les veines, institua plusieurs expériences sur l'introduction de l'air dans les veines et trouva que ce liquide devait entrer en assez grande quantité et avec une certaine véhémence, pour produire sur les animaux et communément sur les chevaux des effets délétères. M. Hertwig, professeur de l'école vétérinaire de Berlin, reprit en 1828 ces expériences et dirigea principalement son attention sur la possibilité de l'introduction spontanée de l'air dans les veines. Les recherches faites à ce sujet furent publiées dans un ouvrage que M. Dieffenbach fit imprimer en 1828 sur l'infusion et la transfusion du sang. M. Hertwig a répété depuis et différemment modifié ces expériences. En voici les résultats. On peut pratiquer dans la veine du cou d'un cheval une large ouverture, à l'endroit où on saigne et même plus bas, et abandonner cette blessure à elle-même, pendant toute une journée, laissant à l'air libre entrée sans que l'animal en paraisse visiblement affecté. L'entrée de l'air produit alors ce bruit particulier, que nous voudrions moins comparer au glouglou ou à un gargouillement, qu'au son qui se fait entendre quand on attire à soi, du bout des lèvres, une boisson quelconque (*humer*).

L'introduction spontanée de l'air est souvent interrompue par l'affaissement de la peau ou des parois de la veine, de sorte qu'il faut la seconder, soit en distendant la plaie, en liant la partie supérieure de la veine pour empêcher le reflux du sang, soit même en introduisant dans la veine une petite canule en bois du même diamètre qu'elle. Alors, l'air entre avec force, et, au bout de cinq à huit minutes, les effets commencent à se manifester. Les symptômes que présentent les chevaux, M. Hertwig les a trouvés les mêmes que d'autres observateurs; mais, dans les chiens, il a rencontré, à la suite de l'injection de l'air dans la jugulaire, un phénomène particulier que d'autres n'ont pas noté : c'est qu'à l'autopsie il trouva les viscères abdominaux regorgeant de sang, et le foie, couvert à sa surface de petites gerçures qui suintaient du sang. Il est d'avis que c'est uniquement la forte congestion du sang qui produit ces déchirures, parce que, d'après son expérience, le foie dans les vieux chiens est extrêmement mou et friable, de sorte qu'il ne faut quelquefois qu'une légère commotion pour y établir des ruptures et tuer l'animal. La quantité d'air qu'il faut pour tuer un animal varie beaucoup dans les différentes espèces, et la grandeur corporelle ne décide rien à cet égard. Les chevaux et les ruminans supportent une plus grande quantité d'air injecté; les chiens y sont beaucoup plus sensibles, preuve qu'on n'ose tirer aucune conséquence décisive des phénomènes produits sur les animaux aux effets que l'introduction de l'air aura chez l'homme. Il se fait parfois qu'en saignant un cheval, il s'introduise de l'air dans la veine; mais ce n'est jamais en assez grande quantité pour que cela puisse avoir des suites fâcheuses. Si un animal à qui l'on a injecté de l'air ne succombe pas immédiatement à cette expérience, et qu'on ne le tue qu'après lui avoir laissé le temps de se rétablir, l'on ne trouve plus aucune trace de l'air dans le cœur ni dans les gros vaisseaux. Ces observations, qui sont toutes conformes à celles de Nysten, démentent absolument les résultats que M. Amussat dit avoir obtenus. M. Hertwig ne vit jamais l'emphysème des poumons, que M. Leroy rencontra plusieurs fois.

Nous passons à présent aux effets que produit l'introduction de l'air dans les veines de l'homme. Nous pouvons assurer avoir fait des recherches consciencieuses, dans tout le domaine de la littérature médicale, pour réunir tous les faits publiés jusqu'à ce jour, et c'est M. Velpeau, dont

---

nouvelle, et la distribution des médicamens faite dans les hôpitaux et les infirmeries par des garçons et des filles de service : de là, des erreurs, des omissions, toujours contraires au succès des médications, et parfois funestes à la vie des malades. Priver les malades de tisane à l'heure du réveil, après une nuit fébrile, quelle malheureuse mesure de propreté que celle-là ! Dans les hôpitaux militaires de Paris, rien de semblable; là ce sont des sous-aides (internes), qui président eux-mêmes, le cahier à la main, à la distribution des médicamens.

BAINS. Ils sont mal entretenus, trop éloignés des salles de malades; ce service souffre des interruptions fréquentes et prolongées dans la saison même où leur emploi promet les meilleurs effets. La commission émet le vœu de l'établissement de bains externes où les indigens seraient admis sur des bons délivrés par des médecins des bureaux de bienfaisance. Cette idée est trop bonne pour que le conseil des hospices ne l'étende pas aux principaux hospices, quoiqu'elle ait été mal essayée à la Charité. Ces bains externes sont une réminiscence tronquée d'une grande institution d'hygiène antique; les thermes seront rétablis pour nos modernes populations quand le souci de la santé publique aura remplacé, avec les autres intérêts positifs de la société, dans les hautes régions du pouvoir, les stériles sollicitudes de la politique bavarde et batailleuse.

LINGERIES. Leur situation paraît fâcheuse; les choses sont arrivées à ce point, dit le rapport, que le service devient impossible aussitôt que les entrées sont plus nombreuses, ou lorsque le retour du linge du blanchissage éprouve des retards, ce qui arrive souvent en hiver.

VÊTEMENS. Le réglement de 1834 a supprimé, pour les habitans de la Salpêtrière, les habits d'été, et prolongé indéfiniment la durée de l'habillement, laissant toutefois à l'administration la faculté de le renouveler en moins de trois ans. Mais l'administration le fait-elle? Non; les réglemens deviennent de plus en plus restrictifs; et, ce qui est pis, tels quels, on ne les exécute point. Depuis cinq ans, l'unique habillement des habitans de Bicêtre, pour l'hiver et l'été n'a pas été renouvelé ! On sait l'influence des vêtemens dans le cours de la convalescence : que de rechutes, que de convalescences prolongées ou semées d'accidens, par le défaut ou l'insuffisance de cette protection hygiénique! Tenon se plaignait de ce que les convalescens de l'Hôtel-Dieu ne pouvaient se promener qu'en des endroits humides sans bas ni pantalon; Ténon, s'il ressuscitait, pourrait renouveler ses plaintes; car l'Hôtel-Dieu possède encore ses localités humides, et n'offre à ses convalescens ni bas ni pantalon. Singulière économie que celle qui a pour effet de faciliter les rechutes, de communiquer aux convalescens le principe d'une maladie nouvelle! Singulier moyen de ménager les deniers du budjet nosocomial, que d'éterniser ou de multiplier les séjours des indigens dans les hospices!

Y.

(*La suite au prochain numéro.*)

nous avons admiré les vastes connaissances littéraires et la grande exactitude du travail, qui nous a servi de guide. Nous passerons sous silence les observations recueillies en France; nous ne parlerons ici que de celles qu'on a faites ou croit avoir faites en Allemagne. Dupuytren, lors du premier fait qu'il observa, et qui fut publié par M. Sanson, en 1824, prétendit avoir eu des communications directes d'Edimbourg et de Berlin : que les praticiens de ces deux villes avaient eu occasion de faire des observations tout à fait semblables aux siennes. Nous devons démentir cette assertion. Les recherches exactes que nous avons faites sur les lieux prouvent incontestablement que, jusqu'à ce jour, il n'est arrivé ici, à Berlin, aucun cas de mort subite pendant l'acte d'une opération grave quelconque, où l'on ait pu supposer que c'était l'introduction de l'air dans les veines qui l'eût causé. En 1822, il arriva, à la vérité, dans l'institut de clinique de M. Graefe, qu'une femme, à laquelle ce célèbre opérateur venait d'amputer le sein droit, tomba en syncope et mourut au moment où l'on s'occupait à faire l'extirpation de la glande sous-axillaire squirrheuse. Il s'est trouvé, à la section du cadavre, « qu'aucun organe important n'était blessé, et le cœur et les gros vaisseaux étaient dans un état normal. » (Voilà tout ce que contient le rapport imprimé de l'institut, de l'année 1822, touchant ce fait.) Je me rappelle cependant très bien que, dans ce temps, on avait agité l'hypothèse que la mort pouvait bien être une suite de l'air introduit dans la veine sous-axillaire; mais cette supposition fut, comme on voit, complètement démentie par l'autopsie.

Un autre cas arrivé à Stuttgard au célèbre chirurgien M. de Klein a été, ainsi que le précédent, cité comme un exemple d'introduction de l'air dans les veines. Le sujet était un garçon de 11 ans, à qui M. de Klein fit l'extirpation de la glande thyroïdienne. Le malade mourut *in actu operationis*. Le cas est parfaitement décrit dans le journal de Graefe et Walther (vol. I, 1820, p. 120-26); mais rien n'autorise à supposer que l'introduction de l'air ait concouru pour causer la mort, qui, sans aucun doute, arriva d'apoplexie.

Le seul fait observé en Allemagne où l'on puisse, avec la plus grande probabilité, regarder la mort subite du malade comme l'effet de l'introduction de l'air dans la veine, pendant l'acte même d'une opération chirurgicale, est celui que M. Ulrich, de Coblentz, a observé, et dont il a rapporté, avec une scrupuleuse exactitude, tous les détails dans le journal MED. ZEITUNG VON VEREIN FUR HEILKUNDE IN PREUSSEN (Berlin, 1834, p. 132). Nous n'osons reproduire ici cette observation, dont il se trouve un extrait dans le JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES, t. II, p. 91. Mais nous pouvons assurer qu'elle est la plus complète et la plus exacte que nous ayons rencontrée dans les journaux français, anglais ou autres. M. Velpeau ne regarde pas ce fait comme concluant. (Il paraît ne le connaître que d'après la notice que le journal français en a donné, et nous ne savons jusqu'à quel point elle est exacte.) Il observe que 1° jamais la mort n'arrive dans l'espace d'une minute; 2° la cavité droite du cœur ne contient pas de l'air pur, mais que l'air est toujours intimement mêlé avec le sang, et 3° que le sang n'y est pas noir, comme M. Ulrich l'a observé, mais d'un rouge vif. En tout ceci, nous ne pouvons pas être entièrement de l'avis de M. Velpeau. C'est la vérité que nous cherchons, et chaque fait qui se présentera doit être examiné scrupuleusement. Nous ne devons pas vouloir prononcer d'avance : tels et tels seront les phénomènes qui devront se rencontrer. L'observation de M. Ulrich mérite, à un haut degré, l'attention des hommes de l'art, bien qu'on n'y trouve pas les mêmes symptômes tels que d'autres les ont rapportés et tels qu'on les a observés, dans les animaux soumis à des expériences physiologiques. Le malade de M. Ulrich était un homme de 54 ans, d'ailleurs bien portant, et ne souffrant que des douleurs que la pression de la tumeur sous-maxillaire lui causait. L'opération fut faite dans la région que M. Amussat nomme dangereuse; toutes les conditions qui peuvent faciliter l'entrée spontanée de l'air étaient données. La veine jugulaire interne était complètement obstruée dans sa partie supérieure; aucun afflux du sang de haut en bas ne pouvait donc avoir lieu : cette veine était intimement attachée à la tumeur et aux parties ambiantes, et cette concrétion devait la tenir béante à l'endroit où elle fut blessée. Le cœur devait pleinement et sans aucun empêchement exercer la force d'aspiration, faire entrer subitement une très grande quantité d'air dans ses cavités, produire par là un fort balonnement et la paralysie mortelle avant que l'air ait seulement eu le temps de se mêler intimement au sang en forme d'écume. Nous sommes, en général, persuadés que l'air n'agit pas mécaniquement sur le cœur, mais plutôt comme un irritant physiologique hostile qui détruit d'une manière spécifique la force motrice de l'organe central de la circulation, et qu'on peut comparer en quelque sorte son mode d'action à celui de l'acide prussique. Si M. Barthélemy prétend que les injections d'eau dans les veines font le même effet que l'introduction de l'air, nous devons complètement démentir cette assertion, l'expérience nous a appris le contraire.

Nous résumons en peu de mots les résultats que nous avons cru pouvoir tirer des recherches que nous avons faites sur notre objet. Les anciens physiologues paraissent avoir bien connu que l'air entrait spontanément dans les veines. C'est M. Hertwig qui, il y a dix ans, constata ce fait par des expériences instituées exprès sur différens animaux. M. Amussat a le mérite d'avoir prouvé qu'à l'occasion de blessures faites aux veines dans le plus proche voisinage du cœur, l'entrée spontanée de l'air s'effectue beaucoup plus facilement qu'à une plus grande distance. — Cet accident peut arriver à des opérations chirurgicales instituées dans la proximité du cœur, et il y a tout lieu de croire qu'une très petite quantité d'air introduit dans les organes de la circulation suffit pour tuer un homme, et que la mort arrive très promptement. En général, l'introduction de l'air dans les veines, et la mort arrivée par suite de cet accident, est un phénomène extrêmement rare. Les cas de mort subite, *in actu operationis*, sont également rares. C'est un fait digne de remarque, que les chirurgiens allemands n'ont recueilli presque aucune observation à ce sujet, et que dans les traités de médecine opératoire, qui ont paru en Allemagne depuis plus de vingt ans, il n'est fait mention aucune de cet accident. Nous pouvons assurer que les chirurgiens les plus renommés de notre capitale n'ont observé aucun cas où ils aient seulement eu le moindre soupçon qu'il se fût introduit de l'air dans les organes de la circulation. Il serait néanmoins à désirer que les médecins légistes fissent attention au sujet en question, dans les sections judiciaires, surtout dans les cas de décès par suite de blessures du cou, suicides ou autres. Tous les moyens proposés, pour faire ressortir l'air une fois entré dans la circulation, nous paraissent vains ou illusoires.

Agréez, etc.

BUSSE, docteur-médecin,

Conseiller et médecin de la cour de S. M. le roi de Prusse.

Berlin, ce 2 février 1839.

NOTE SUR L'INFLAMMATION DES VAISSEAUX CAPILLAIRES DES TISSUS, CONSIDÉRÉE COMME CAUSE DE LA PLUPART DES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE, DU RECTUM, ETC.; par le docteur L.-AUG. MERCIER, secrétaire de la société anatomique de Paris.

Le mémoire sur les rétrécissemens du rectum, publié récemment dans la GAZETTE MÉDICALE, par deux collaborateurs, dont l'un surtout n'a pas besoin d'éloges, fait voir combien on connaît encore peu la manière dont se forment *la plupart* de ces rétrécissemens. Il serait cependant nécessaire d'avoir des notions positives sur ce sujet; car presque toujours la connaissance exacte des causes et de la marche des maladies exerce une influence heureuse sur leur traitement. C'est pour cela que je publie cette note, dût-elle n'être utile qu'en provoquant de nouvelles recherches.

Je commence par poser en fait que la plupart des rétrécissemens du rectum, comme ceux de l'œsophage et des autres parties du conduit intestinal, résultent presque toujours d'une transformation de la tunique musculeuse en tissu fibreux. Quelques auteurs l'ont déjà remarqué; mais comment se fait cette transformation? C'est une question à laquelle personne ne paraît avoir songé.

Des recherches sur les effets de l'inflammation dans nos tissus m'ont conduit à la connaissance d'un fait qui, si je ne m'abuse, sera fécond en pathologie et expliquera d'une manière satisfaisante la formation d'un grand nombre de rétrécissemens. Mais avant de passer à ceux du rectum, qu'il me soit permis de transcrire un extrait de ma thèse inaugurale, relativement à ceux de l'urètre. On verra que j'ai quelques raisons pour cela.

« Le tissu spongieux de l'urètre n'est qu'une dépendance du système vasculaire : « Il est formé, dit Béclard, d'artérioles et de veinules entrelacées à la manière des réseaux capillaires; toute la différence, c'est qu'ici les radicales veineuses sont plus développées et dilatées d'une manière particulière. Les renflemens sont si peu des cellules, qu'ils ne se continuent qu'avec les veines, et qu'on y retrouve la membrane interne de ces conduits. » Si telle est l'analogie, n'est-il pas évident que ce qui se passe dans une veine enflammée doit nous éclairer beaucoup sur ce qui a lieu quand le tissu spongieux de l'urètre se trouve dans les mêmes conditions?

» Lorsque l'inflammation s'est emparée d'une veine, sa membrane

interne rougit, perd son poli, sécrète une lymphe plastique qui détermine l'adhésion d'une légère couche de sang; cette couche se reconvre elle-même d'une seconde, et ainsi de suite, jusqu'à ce que le calibre du vaisseau soit complètement ou presque complètement obstrué; en même temps, les membranes deviennent épaisses, rouges, friables, et le vaisseau forme un cordon très dur et très douloureux. A ce degré, deux cas peuvent avoir lieu: ou bien l'inflammation persiste, et alors la sécrétion de la membrane interne devient puriforme; le sang coagulé semble lui-même se convertir en pus; ou bien l'inflammation s'arrête, et le vaissean obstrné ne donne plus passage an sang : celni qui s'y était coagulé est peu à peu privé de ses parties les plus liquides; le caillot diminue de volume, devient pâle et se durcit; enfin, il vient un temps où il est réduit à rien, où les parois du vaissean se rapprochent, s'oblitèrent, et alors la veine ne forme plus qu'un petit cordon blanc, fibreux et très dnr. Jetons les yeux sur une tumeur érectile veineuse; n'est-ce pas là ce qui s'y passe lorsqu'en vertu d'une cause quelconque il s'y développe une inflammation suffisante? On connaissait bien le changement qui s'opère alors, puisque c'est de cette connaissance que sont nés plusieurs procédés pour la guérison des tumeurs dont il s'agit; mais je doute qu'on ait bien expliqué et bien compris comment cette rétraction s'opère. Eh bien! les mêmes phénomènes se passent quand une portion quelconque du tissu spongieux de l'urètre vient à être frappée d'inflammation. L'endroit affecté forme d'abord un noyau plus ou moins volumineux, sensible à l'extérieur, dur et très douloureux, alors le corps spongieux est rempli d'une grande quantité de sang : si on le coupe et qu'on le soumette à un filet d'eau, on remarque que les aréoles sont encore libres. que seulement leurs parois sont un peu épaissies. Si l'inflammation persiste, il survient une infiltration purulente qui finit par se rassembler en foyer, lequel finit lui-même ordinairement par s'onvrir, soit dans le canal, soit à l'extérieur. L'inflammation s'est-elle au contraire arrêtée dans sa marche, alors la fibrine coagulée se condense, blanchit; les cellules semblent remplies d'une sorte d'albumine concrétée. Attendons encore que l'absorption soit plus avancée, et nous trouverons à la place du tissu spongieux un noyau blanc fibreux homogène, et presque dur comme du cartilage. Ce noyau est moins volumineux que la tumeur inflammatoire à laquelle il succède; souvent même il est moindre que le tissu normal qu'il remplace. De cette rétraction graduelle proviennent les rétrécissemens, que les auteurs nomment *calleux*.... Les fibres musculaires qui enveloppent la partie membraneuse peuvent-elles devenir le siége d'une altération organique qui rétrécisse le canal d'une manière permanente? C'est ce qu'aucun auteur ne dit, ce que je n'ai pas pris soin de constater dans les autopsies que j'ai faites. Par analogie, je suis porté à croire qu'une inflammation trop longtemps prolongée de la muqueuse qui reconvre ces faisceaux peut les transformer en tissu fibreux. Il y a déjà plusieurs années que j'ai insisté sur les changemens qu'une inflammation chronique peut faire subir au tissu musculaire. »

En effet, bien que jusque dans ces derniers temps on ait douté que ce tissu fût susceptible d'inflammation, je puis au contraire soutenir qu'il en est assez souvent affecté, sinon primitivement du moins consécutivement. Je vais exposer la marche et les caractères anatomiques de cette inflammation. A la période la moins avancée que j'aie pu observer, le tissu des muscles est noirâtre, et si on l'examine avec attention, on voit que cette coloration est due à une foule de petits points noirs dont il est facile de voir que les plus volumineux sont formés par du sang coagulé dans de petits vaisseaux; un lavage même assez prolongé ne peut les faire disparaître entièrement. Si l'inflammation persiste, à cette teinte noire se mêle une nuance grisâtre due au pus qui se forme et qui se rassemble ensuite en foyer. Si cet état se rencontre rarement, c'est qu'avant d'en venir là ou bien le muscle se rompt, comme cela n'est pas extrêmement rare pour le cœur, ou bien, et c'est ce qui est le plus ordinaire, parce que l'inflammation s'arrête : dans ce cas, on voit peu à peu sa couleur devenir plus claire, passer au rouge-brique; le muscle diminue en volume et en longueur; en même temps sa consistance augmente, il perd son élasticité, et résiste davantage à l'instrument qui le coupe. Enfin si on l'examine à une période encore plus éloignée, on le trouve complètement blanc, rétracté, ne formant plus qu'un faisceau très mince, en un mot complètement transformé en tissu fibreux. Ne retrouvons-nous pas là ce que nous avons observé dans le tissu spongieux dans les gros vaisseaux?

C'est surtout chez les individus morts après avoir subi de grandes opérations que j'ai pu suivre une à une toutes ces phases, et c'est, je puis le dire ici, la raison pour laquelle les chairs se rattachent presque toujours secondairement quand la cicatrice tarde tant soit peu à se faire après les amputations. C'est aussi, je m'en suis assuré, de cette manière que se raccourcissent les muscles qui ont eu pendant longtemps un foyer d'inflammation dans leur voisinage (le sterno-cléido-mastoïdien, par exemple, à la suite de brûlures, d'abcès scrofuleux au cou). Ces organes sont tellement vasculaires qu'ils doivent leur couleur au sang qui les pénètre et que « Lecat, Verrheyen, Vieussens ont cru pouvoir conclure de leurs observations que chaque fibre d'un muscle était l'assemblage de vaisseaux d'un ordre particulier continus aux artères et aux veines à l'endroit où ces deux ordres de vaisseaux se confondent (Beclard). » Ne conçoit-on pas maintenant comment, semblables aux vaisseaux d'un diamètre plus considérable, ces capillaires s'oblitèrent, se rétractent par l'inflammation et amènent ainsi la rétraction et la transformation fibreuse du tissu musculaire dont ils font partie? J'ai vu quelquefois les muqueuses subir un changement analogue dans leur texture.

De cette première donnée on peut tirer les conclusions suivantes :

1° La plupart des rétrécissemens du rectum sont le produit d'une inflammation qui a oblitéré la trame capillaire de ses membranes et principalement de sa couche charnue de manière à transformer peu à peu celle-ci en tissu fibreux.

2° De cette manière on s'explique très bien pourquoi ces rétrécissemens, de même que ceux de l'urètre, ne se manifestent pas au moment même où l'inflammation se développe; mais au contraire lorsqu'elle dure depuis longtemps, ou même qu'elle a disparu depuis un certain temps.

3° Ces affections tendront toujours à augmenter, parce que les tissus fibreux se rétractent sans cesse tant que rien ne s'y oppose.

4° Les médicamens antiphlogistiques ou spécifiques, quel que soit leur mode d'administration, pourront servir à combattre les complications ou même la cause primitive si elle existe encore; mais ils ne remédieront jamais à la coarctation, parce qu'ils ne peuvent ramener les tissus à leur état normal. On voit dans la première observation de MM. Bérard et Malhieurat que la malade qu'ils donnent comme ayant été guérie par le mercure a fait en même temps pendant trois mois usage de mèches de plus en plus volumineuses.

5° Ces rétrécissemens pourront être dilatés graduellement; mais en raison de leur structure ils tendront toujours à se reproduire.

6° Les débridemens ne peuvent être pratiqués qu'avec une prudence extrême, parce qu'il n'existe pas, ainsi qu'on le croit généralement, un épaississement de l'intestin, et que l'incision arriverait bien vite à sa face externe.

7° La cautérisation dans ces cas est encore plus mauvaise parce qu'elle ne servira à rien si on cautérise légèrement, qu'elle détruira toute l'épaisseur de l'intestin si on agit fortement, et que dans tous les cas elle pourra provoquer une inflammation et par suite l'extension du mal dans les parties de la couche charnue qui avoisinent le rétrécissement.

Je pourrais appuyer ces propositions sur un certain nombre de faits, si je ne me proposais d'y revenir plus tard.

OBSERVATION D'UNE MALADIE PRODUITE PAR LE SÉJOUR, PENDANT QUATRE ANNNÉES, D'UN REPTILE BATRACIEN VIVANT DANS LE CANAL DIGESTIF D'UNE FILLE; par le docteur LUROTH, médecin cantonal à Bischwiller.

La maladie dont je vais retracer l'histoire est du nombre de celles qui mettent la sagacité du médecin praticien à une rude épreuve. Obscurité de la cause, singularité dans l'assemblage des symptômes, simulation d'affections organiques qui n'ont pas d'existence réelle, incertitude dans les indications thérapeutiques : tout se réunit pour le mettre en défaut; ce n'est qu'au dénouement qu'il lui est permis d'apercevoir le lien caché qui unissait tant de phénomènes disparates, de trouver une explication à des faits qui jusque-là semblaient n'en comporter aucune. L'observation qui suit va fournir de tout cela un curieux exemple.

OBS. — Elisabeth Heinrich, âgée de 28 ans, couturière, non mariée, d'une constitution robuste, a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 21 ans. Une suppression des règles occasionée par une vive frayeur la fit tomber à cette époque (en 1831) dans un état de chlorose peu prononcé, mais qui se prolongea durant quinze à seize mois; la menstruation ayant reparu en 1832, la santé d'Elisabeth se raffermit.

A dater de l'arrière-saison de 1834, elle se plaignait de temps en temps de légers accès de gastralgie, mais sans se croire obligée de réclamer les secours de l'art; cependant son état s'étant graduellement aggravé depuis les premiers mois de 1837, je fus appelé auprès d'elle le 12 mai de cette même année. Je la trouvai dans l'état suivant :

Oppression de poitrine qui augmente à chaque exercice musculaire, même d'une faible durée, palpitations comme d'un cœur hypertrophié, bruit de soufflet correspondant au cœur gauche, son mat à la percussion en bas du côté gauche, en avant comme en arrière; bruit respiratoire presque nul dans le poumon gauche, normal et sans râle dans le poumon droit; douleur pongitive vague et passagère, tantôt dans l'un et tantôt dans l'autre côté du thorax; toux sèche, chaleur à la tête, rougeur foncée et circonscrite de la face, abdomen volumineux, empâté, sans douleur à la pression, extrémités inférieures habituelle-

ment froides, dureté et plénitude du pouls, sans fréquence; appétit normal; ventre paresseux; menstruation régulière.

Ne doutant point ici de l'existence d'une maladie organique du cœur déjà fort avancée, je portai un mauvais pronostic, et me décidai à suivre un traitement purement palliatif. Je prescrivis donc une une forte saignée du bras et une solution d'un gros d'hydriodate de potasse dans six onces d'eau distillée, à prendre en six jours par cuillerées à bouche. Il y eut un peu de mieux dans l'oppression et les palpitations; cependant le 17 mai la malade est atteinte d'une violente névralgie sus-orbitaire intermittente, dont les accès reviennent sous le type tierce.

Le sulfate de quinine, prescrit et continué jusqu'au 28 mai, calme ces accès; mais à dater de cette époque, la toux sèche, qui jusque-là n'a pas beaucoup incommodé la malade, devient d'une violence extrême; elle offre des quintes saccadées, prolongées souvent durant une heure sans interruption, au point de faire tomber la malade dans un état d'inanition; il n'y a pas la moindre expectoration, point de surexcitation fébrile, mais une insomnie opiniâtre.

Des pilules opiacées et une infusion de digitale pourprée amènent un soulagement du côté de la poitrine; mais le 4 juin, la malade se plaint de vives douleurs dans les extrémités inférieures, de tiraillemens dans les mollets et de raideur dans les articulations du pied; la sensation du froid est habituelle dans ces parties; la pression n'y augmente pas la douleur; il n'y a pas de gonflement, et leur température est normale au toucher.

Le 7 juin, la malade m'annonce qu'elle a rendu un assez grand nombre de vers ascarides et de lombrics.

Jugeant alors que les symptômes déjà énumérés pouvaient être dus en partie à la présence des vers intestinaux, je prescris 1 grain de calomel et 10 grains de racine de valériane en poudre, à prendre de deux en deux heures.

Du 8 au 16 juin, plusieurs vers sont encore rendus avec les selles, mais sans soulagement notable. Prescription d'une poudre de vermifuge composée de *semen contra*, de racine de valériane, de jalap et de sulfate de potasse. Ce moyen amène encore l'expulsion de quelques vers lombrics; mais la toux sèche, les palpitations, le bruit du soufflet, les douleurs dans les extrémités inférieures, avec un commencement d'infiltration œdémateuse persistent au même degré.

Du 1er au 21 juillet, traitement peu actif par les boisons diurétiques; les vésicatoires, les fumigations aromatiques de baies de genièvre.

Le 22 juillet, la malade a encore rendu plusieurs vers de lombrics et des ascarides. Prescription de pilules composées d'assa fœtida, de gomme gutte, de résine de jalap, d'extrait d'absinthe et de savon médicinal, à prendre tous les jours jusqu'à effet purgatif.

Le 29 juillet, les pilules ont enlevé beaucoup de glaires mêlées d'une forte quantité d'un sang noir, grumeleux, altéré et fétide, et à des ascarides en grand nombre; la toux, les palpitations, les douleurs dans les jambes et les pieds ont notablement diminué. Les pilules sont continuées, et l'on y joint une tisane de racine de valériane, de chicorée, de chiendent et de réglisse.

Le 17 août, la malade a discontinué les pilules depuis le 10, en continuant la tisane; elle a rendu des masses de matières glaireuses, quelquefois mêlées de vers intestinaux; tous les symptômes, y compris les palpitations, le bruit de soufflet, la matité du côté gauche ont disparu; et la malade vient m'annoncer avec joie sa guérison. Mais nous allons voir qu'elle n'était pas encore au bout de ses peines.

Dans le mois de septembre, Elisabeth se porte encore parfaitement bien, et tout l'hiver se passe sans accident fâcheux. Mais au mois d'avril 1838, notre malade commence à éprouver de temps en temps des élancemens dans la région épigastrique; le sein gauche se gonfle et sécrète un liquide semblable à du petit lait; la menstruation est régulière; la malade continue de se livrer à ses occupations habituelles; mais le 17 septembre, elle est forcée de réclamer de nouveau les secours de l'art. Tous ses anciens maux se sont reproduits: toux sèche, quinteuse, oppression, enrouement, palpitations, bruit de soufflet, gonflement et fluctuation obscure du bas-ventre, douleurs et froid dans les extrémités inférieures sont revenus depuis plus de quinze jours et n'ont fait que croître en intensité. Il n'y a point de fièvre; la tête est libre; l'appétit normal; des vers ascarides et lombrics ont été plusieurs fois expulsés spontanément depuis quelque temps.

Attribuant, comme de raison, le renouvellement de tous ces symptômes à la reproduction des vers, je reprends le traitement anthelmintique par des moyens d'abord plus doux et successivement plus actifs : les extraits amers dans des potions laxatives d'abord, puis des pilules avec l'extrait éthéré de semen contra.

Le 3 octobre, rien n'est changé dans l'état de la malade, si ce n'est que les symptômes ont pris le type tierce, avec des rémissions imparfaites. Les douleurs des membres inférieurs surtout sont plus intenses le jour de l'exacerbation. Prescription de pilules composées de sulfate de quinine, d'assa fetida, d'extrait éthéré de fougère mâle et de résine de jalap.

Le 10 octobre, plusieurs vers ont été rendus; mais les douleurs et la faiblesse dans les membres inférieurs ne permettent pas à la malade de se lever et de marcher. Un frisson intense et prolongé, suivi d'une forte chaleur fébrile, mais non de sueur, se déclare tous les deux jours, en avançant chaque fois de trois à quatre heures. Le ventre est libre, la soif modérée dans l'intervalle de l'accès fébrile; l'appétit ne manque pas. Par momens, il y a des élancemens, une espèce de colique dans l'épigastre, accompagnée d'un sentiment de défaillance; le sommeil est tranquille et sans rêves. Le sulfate de quinine, donné en solution et continué jusqu'au 15 octobre, amène quelque diminution dans l'intensité des accès fébriles, mais ne change rien à tout le reste. Le pouls est plein, élevé, sans fréquence; l'oppression et les palpitations sont plus fortes que de coutume. Une saignée du bras et la solution d'hydriodate de potasse déjà employée l'année passée sont prescrites à titre de palliatifs.

Le 16 et le 17 octobre, agitation, sensation de mouvemens singuliers dans la région épigastrique, et quelquefois sur d'autres points de l'abdomen; défaillances sans cause connue.

Le 18 octobre, dès le matin, coliques dans la région ombilicale, puis dans les hypochondres et enfin dans le rectum, malaise inexprimable; dans l'après-midi, tenesme et fréquentes envies d'aller à la selle.

A quatre heures et demie du soir, besoin de plus en plus pressant de défécation. La malade, accroupie dans le jardin de son père, derrière un arbre, sent qu'elle rend avec les matières fécales un corps solide et assez volumineux. Au premier moment, elle suppose que c'est un gros ver lombricoïde; en se retournant pour vérifier, elle voit s'élever du milieu de la masse fécale la queue arrondie et pointue d'un animal qu'elle prend encore pour un ver. Un mouvement de curiosité lui fait saisir cet objet à l'aide d'une feuille morte; mais, en l'examinant de près, elle reconnaît, au lieu d'un ver, un animal en forme de lézard, de la longueur et du volume du doigt index, pourvu d'une tête, de quatre pattes fort courtes et distantes et d'une queue arrondie et terminée en pointe mousse. Le dos de l'animal est noirâtre et marqué de taches rougeâtres; le ventre (ce sont les propres expressions de la malade) a la teinte jaune d'un coing mûr. Cet animal se meut et se contourne entre ses doigts. En ce moment, l'horreur et le dégoût s'emparent de la malade et lui font jeter à quelques pas cette pièce, d'ailleurs si curieuse. Elle va faire son rapport à ses parens. Ceux-ci vont tout de suite à la recherche de l'étrange animal, mais sans pouvoir le retrouver, et la nuit, qui survint bientôt, les empêche de continuer. Recommencées sur ma demande, le lendemain et le surlendemain, ces recherches ne réussissent pas davantage.

En attendant, la malade a éprouvé, au moment même de la sortie de son singulier parasite un soulagement subit et instantané de tous ses tourmens. En rentrant auprès de ses parens, sa voix, jusque-là tout à fait enrouée, avait repris son timbre clair et normal. Il n'y a plus eu, dès ce moment, une seule quinte de toux; l'oppression, les palpitations, le bruit de soufflet, les défaillances, les douleurs, la raideur et la faiblesse dans les extrémités inférieures, tout cela a disparu comme par enchantement. Il reste encore de légères coliques et des épreintes qui font supposer à la malade la présence d'un second animal pareil à celui qu'elle vient de rendre. Mais ces épreintes cessent au bout de trois jours, pendant lesquels il y a plusieurs selles, sans évacuation d'aucun corps étranger.

La malade reprend ses occupations habituelles dès le 19 octobre, en déclarant ne s'être depuis longtemps aussi bien trouvée que dans ce moment-là.

En recherchant la manière dont cet animal étrange pouvait s'être introduit dans son canal digestif, elle s'est rappelée qu'en 1834 elle était allée avec une cruche puiser de l'eau dans une source située à 200 pas de distance environ de la maison de son père, et qui a son écoulement par un fossé longeant une prairie à fond tourbeux. Se sentant altérée, elle avait bu de cette eau à grandes gorgées : tout-à-coup elle sent dans le fond de la gorge un corps étranger qu'elle vient d'avaler et qui lui paraît avoir le volume d'un haricot; elle fait quelques efforts inutiles pour le ramener par la bouche, et achève ensuite de l'avaler sans y faire autrement attention. Elle n'a éprouvé rien d'insolite dans les premiers temps qui ont suivi l'ingestion du corps étranger. Ce n'est que peu à peu, en croissant successivement, que les accidens singuliers décrits plus haut se sont développés.

Dans les premiers jours de novembre, notre malade éprouve encore de temps en temps quelques légers picotemens dans la région de l'estomac, et la sécrétion lactéo-séreuse du sein gauche continue d'avoir lieu en diminuant, jusqu'au 18 novembre; elle se supprime spontanément à cette époque, et dès lors Elisabeth H. n'a plus éprouvé le moindre trouble dans sa santé.

Il est certainement à regretter que la pièce qui aurait donné le plus de prix à la présente observation ait été perdue; mais, à mon avis, le fait de l'expulsion d'un animal vivant et d'une organisation supérieure, qui a séjourné durant plusieurs années dans le canal digestif de notre malade, n'en est pas moins constant. Nous en avons pour garant l'enchaînement si naturel de tous les phénomènes qui se sont succédé depuis l'ingestion de l'animal jusqu'à son expulsion par l'anus; la cessation de tous les symptômes morbides immédiatement après cette expulsion, et enfin la bonne foi, la simplicité et l'absence de toute prétention à l'extraordinaire, qui ont constamment régné dans les récits de la malade. Quant à ce dernier point, à la vérité, on sera obligé de m'en croire sur parole. Quant aux deux autres on pourra s'en assurer par la simple lecture de l'observation.

Ici une foule de questions peuvent être soulevées, les unes du point de vue du naturaliste, et les autres du point de vue du médecin. Je vais en signaler les principales et j'y répondrai de mon mieux :

1° Quels ont été le genre et l'espèce de l'animal rendu par Elisabeth Heinrich?

Réponse. Les indications fournies par celle-ci sur le volume, la conformation extérieure et les couleurs, ainsi que sur le mode d'ingestion de ce parasite, doivent y faire reconnaître un reptile batracien du genre des salamandres. Quant à son espèce, je ne saurais rien décider avec certitude, vu que les caractères spécifiques ont dû être notablement altérés dans un individu qui a vécu si long-temps au milieu de conditions entièrement exceptionnelles. On peut toutefois présumer avec beaucoup de vraisemblance que c'était une salamandre terrestre (*salamandra maculosa*, Laurenti — *lacerta salamendra* L.); car cette espèce se rencontre fréquemment dans les environs de la source où notre malade a puisé l'eau qu'elle a bue. Les femelles vont déposer leurs œufs dans l'eau du fossé qui s'écoule de la source, et dans la source même, qui est presqu'à fleur de terre. On conçoit, dès-lors, que la sensation d'un

corps étranger, de la grosseur d'un haricot, que la malade a éprouvée dans le pharynx ou l'œsophage en buvant de cette eau, ne devait venir que d'une larve de salamandre qu'elle venait d'avaler.

2° Comment une salamandre a-t-elle pu, pendant quatre années, vivre dans le canal digestif de l'homme, d'abord à l'état de larve, et ensuite à l'état d'animal parfait, respirant d'abord par des branchies, et plus tard par des poumons?

RÉPONSE. L'histoire naturelle de la salamandre nous apprend que l'organisation de ce batracien est de celles qui se plient le mieux aux circonstances les plus difficiles. Il résulte des observations de M. C. Th. de Siebold (1) que les larves de salamandre peuvent prolonger ou abréger de beaucoup la durée de leur premier état, selon les conditions dans lesquelles on les place. Ainsi des larves, mises dans un vase de petite capacité et avec un peu d'eau, cessèrent presque aussitôt de respirer par leurs branchies, qui s'atrophiaient en même temps, et vinrent chercher progressivement davantage à la surface de l'eau l'air atmosphérique nécessaire à l'hématose, tandis que les larves qui avaient été laissées dans la source où toutes avaient été déposées en naissant, examinées six semaines plus tard, conservaient encore l'usage entier et exclusif de leurs branchies. Bien plus, des larves extraites de l'eau, et condamnées subitement à la vie aérienne, finissaient, après des symptômes de souffrance et d'angoisse, par se servir de leurs poumons. Les larves qui avaient subi cette translation précipitée étaient métamorphosées complètement quelques semaines après, tandis que les individus laissés dans la source n'avaient pas encore perdu leurs branchies. Les larves retirées de la source et placées dans un grand vase rempli d'eau éprouvaient d'abord un changement prompt dans la disposition de leurs branchies; mais réduites à six moignons peu ramifiés. Ces organes restaient stationnaires, et, au bout de neuf mois, l'animal ne présentait pas de changement notable, et ces larves mouraient enfin sans parvenir à l'état parfait.

M. Cocteau a observé des faits analogues sur des larves de salamandre qu'il gardait à la maison, et l'individu parfait lui a offert des exemples remarquables du même genre. Ainsi des femelles ayant dans leurs oviductus des ovules renfermant des larves avec tous les caractères de la maturité, restaient dans cet état de gestation pendant cinq ou six mois, et mouraient à l'approche des grands froids, sans mettre bas, apparemment parce qu'elles n'avaient pu trouver durant cet intervalle aucun lieu propre à mettre leurs larves en sûreté.

La salamandre met bas à deux époques de l'année, au printemps et en automne. Les têtards nés au printemps et laissés à l'état libre parcourent en général assez promptement leur état de larve, et se métamorphosent dans le courant de la même année; mais la métamorphose une fois opérée, leur accroissement est fort lent, et plusieurs années s'écoulent avant qu'ils atteignent leur taille complète, qui est de cinq pouces environ. C'est ce qui peut expliquer pourquoi l'animal rendu par notre malade n'a présenté que la longueur du doigt index, malgré l'intervalle de quatre années qui s'est écoulé entre le moment de son ingestion et celui de son expulsion. — Quant aux têtards nés en automne, ils conservent leurs branchies jusqu'au printemps suivant, et ne se métamorphosent que dans le courant de la seconde année. Il paraît que chez l'animal de notre malade cette métamorphose a encore été retardée davantage; car il est probable qu'il a persisté dans son état de têtard tant qu'il est resté à peu près inoffensif, et que l'invasion des symptômes morbides n'a eu lieu que par suite de son passage à l'état d'animal parfait.

Une autre preuve de la flexibilité d'organisation des salamandres a été fournie par les expériences de Spallanzani sur l'étonnante force de reproduction qui distingue ces reptiles. On leur coupe un membre une ou plusieurs fois, et ce membre repousse avec tous ses os, ses muscles, ses vaisseaux, etc. Dubois a vu des salamandres, prises dans la glace, y passer un temps assez long sans périr. Quant à la question de la respiration pulmonaire et à la manière dont cette fonction a dû s'exécuter chez un animal vivant dans le conduit digestif de l'homme, j'y répondrai par une observation du docteur Trumpy, consignée dans le JOURNAL DE MÉDECINE PRATIQUE de Hufeland, année 1828, numéro d'octobre, page 3 (2). Il s'agit d'une limace (*limax rufus*), qui a vécu pendant deux années dans l'estomac d'une femme, et qui a été expulsée par l'anus après beaucoup de souffrances. Ce qui est arrivé pour une limace, animal à la respiration pulmonaire (mollusque à la vérité), pourquoi n'arriverait-il pas pour une salamandre qui a eu le temps de s'accommoder aux conditions du milieu, dans lequel elle était condamnée à vivre?

(1) *Observationes quædam de Salamandris et Tritonibus*. In-4°. Berlin 1828. (BULLETIN DES SCIENCES NATURELLES, de M. de Férussac, t. XXVI, p. 81).

(2) Voir le BULLETIN DES SCIENCES MÉDICALES de M. Férussac, tome XVIII, page 47.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 16 AVRIL.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend:

1° Différentes lettres relatives à la vaccination, dans la Haute Loire, le Bas-Rhin, etc.

2° Une note de MM. Nonat, Sandras et Delens, qui communiquent à l'Académie le résultat de leurs expériences sur l'hydrate de peroxide de fer dans l'empoisonnement par l'acide arsénieux; ils sont arrivés à cette conclusion que pour chaque grain d'acide arsénieux il faut administrer une demi-once de peroxide de fer fer hydraté. (Rapporteur M. Orfila.)

3° Un nouvel instrument de M. Bourguignon pour faciliter la nature après la staphyloraphie.

M. le président annonce à l'Académie la mort d'un de ses membres, M. Gardico.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA DISTINCTION DES NERFS DU SENTIMENT ET DU MOUVEMENT.

M. ROCHOUX: Je pense que la philosophie naturelle doit juger beaucoup de questions de détails mieux que ne le ferait souvent une discussion appuyée sur un trop grand nombre de faits isolés; je commencerai donc par envisager la question qui nous occupe de cette manière-là. Dans l'échelle des êtres, un fait général et dominant est celui-ci: qu'une différence d'organisation entraîne une différence de fonctions; et chez l'homme en particulier, chaque organe a ses fonctions spéciales; ainsi, aucun des organes des sens ne peut remplir le rôle d'un autre, pas plus que le foie ne peut fonctionner pour d'autres glandes, etc. L'anatomie démontre une différence d'organisation dans les nerfs; et qui confondra, en effet, la structure du nerf olfactif, par exemple, avec celle de l'optique? Aussi de ce premier fait a-t-on dû conclure qu'il y avait des nerfs distincts pour le mouvement et d'autres pour le sentiment; d'un autre côté, un même organe ne peut pas remplir à la fois des fonctions aussi différentes, cela est de toute évidence. Aussi, la distinction entre deux ordres de nerfs chargés chacun de l'une de ces fonctions tend-elle à s'établir de plus en plus, on ne saurait lui opposer de sérieuses objections.

Rappelant les faits énoncés par M. Blandin, au sujet du volume proportionnel des racines nerveuses, le résultat des expériences de M. Nonat, qui a fait remarquer que les résultats identiques à ceux MM. Magendie et Ch. Bell, étaient surtout frappans chez les grenouilles; l'observation rapportée par M. Bouilland de cette paralysie des mouvemens par altération isolée du nerf facial; concluant, d'un autre côté, de tout ce qui a été imprimé en France sur ce sujet, et dont il a lu au moins les trois quarts, M. Rochoux se convainc tous les jours que l'opinion attaquée par M. Gerdy est vraie. Du reste, il ne pense pas que les faits nombreux sur lesquels on s'appuie dans cette discussion soient susceptibles d'être analysés convenablement dans une séance publique; ils méritent un examen trop attentif et trop réfléchi. Et déjà, dit M. Rochoux en terminant, si la science n'a pas tout à fait résolu le problème, du moins faut-il convenir qu'il est très avancé.

M. GERDY: Dans cette discussion, Messieurs, si nous combattons des idées et des opinions reçues, nous ne faisons pas la guerre aux personnes, je désire en commençant bien établir cette distinction.

Répondant à M. Rochoux, qui s'appuie sur les expériences faites par M. Nonat sur les grenouilles, M. Gerdy fait remarquer l'inconvénient de s'adresser aux animaux des classes inférieures; non seulement on ne s'étaie point des résultats obtenus sur les espèces inférieures des mammifères, chez lesquelles cette distinction qu'on veut défendre est loin d'être claire, mais on va expérimenter sur une classe si inférieure dans l'échelle, que tout le monde sait qu'il s'y trouve des animaux qui vivent plusieurs jours, plusieurs mois après avoir eu la tête coupée; quelle valeur faut-il donc attacher aux résultats obtenus chez eux? Les preuves manquent donc chez l'homme et chez les animaux supérieurs; que penser dès lors de la valeur du système?

M. Gerdy se justifie ensuite du reproche qui lui a été fait de repousser la méthode expérimentale; il en reconnait toute la puissance, lui-même a fait pendant seize ans de sa vie des expériences; elle lui paraît d'un grand poids dans les question physiologiques; mais si elle est bonne, sans objections, pour démontrer l'action, des poisons, des substances délétères sur l'économie, on ne saurait la regarder comme aussi valable dans d'autres circonstances. Il ne faut jamais la consulter seule, mais lui adjoindre l'observation, et surtout la méthode analytique et logique.

Relativement à ce qui a été allégué par M. Blandin sur le volume proportionnel des racines sensitives aux racines motrices suivant l'énergie prédominante, égale ou inférieure, de l'une ou de l'autre des fonctions sensitives ou motrices, je dois faire remarquer que cela suppose bien connue l'énergie proportionnelle du sentiment et du mouvement dans les membres; cela suppose qu'on a tenu compte de la prédominance des systèmes musculaire, osseux, etc.,

qui tout en appelant à eux des nerfs plus volumineux n'en laissent pas moins une vive sensibilité tactile; quant aux applications faites à ce sujet, des résultats fournis par l'anatomie comparée à l'homme, elles peuvent être excessivement fautives. Qui dira, par exemple, que la peau dont les fonctions respiratoires si importantes chez les grenouilles, les salamandres, etc., ainsi que l'a expérimenté M. Edwards, ait les mêmes usages chez l'homme? Les fosses nasales chez ce dernier sont bien évidemment l'organe de l'odorat; eh bien! chez les poissons elles se modifient essentiellement, ce n'est plus un canal ouvert à ces deux extrémités, et donnant passage à l'air, condition indispensable à l'accomplissement de la fonction, mais un simple cul-de-sac qui n'a aucune issue dans la gorge; faudra-t-il en conclure que les poissons n'ont pas d'odorat, parce que l'organe qui remplit cette fonction chez l'homme est chez eux modifié? On se tromperait gravement; cependant on s'appuierait sur l'anatomie comparée. Les mêmes applications pourraient être faites à l'étude comparative du pavillon de l'oreille dans les différentes classes d'animaux; de ce qu'il est un cornet acoustique chez l'âne, par exemple, faudra-t-il en conclure qu'il remplit les mêmes fonctions chez l'homme; on sait, au contraire, que chez ce dernier, ainsi que l'a expérimentalement démontré M. Savart, il n'est utile à l'audition que par les vibrations qu'il éprouve, et qu'il transmet par sa continuité avec le reste de l'appareil auditif. Il faut donc une modération excessive dans les applications qu'on veut faire pour la physiologie, de l'anatomie des animaux à celle de l'homme.

Il y aurait, suivant M. Blandin, non seulement analogie mais similitude entre le nerf de la cinquième paire et les nerfs vertébraux. La première a deux racines comme les seconds; elle a comme eux un ganglion sur sa racine postérieure; donc il y a similitude d'organisation, et partant identité de fonctions; il y aura donc dans ce nerf de la cinquième paire une partie destinée au mouvement et l'autre au sentiment. Je répondrai à cela, d'abord, que la cinquième paire n'a pas aussi distinctement deux racines qu'on veut bien le dire, puisque Meckel et Gall, M. H. Cloquet en décrivent trois. Avant Ch. Bell aucun anatomiste n'avait décrit le nerf de la cinquième paire comme ayant seulement deux racines. Mes recherches à ce sujet me font admettre des racines superficielles et profondes, qui peuvent se subdiviser en trois faisceaux; un premier faisceau irait à la partie supérieure du pédoncule même du cerveau, un second aux fibres inférieures, un troisième aux fibres profondes. Les premières racines se terminent aux fibres de la protubérance, ainsi que Rolando l'a figuré, que M. Cruveilhier l'a décrit plus récemment; cela est du reste sujet à varier, ce qui prouve en passant que si telle fibre a telle fonction, son changement d'origine doit nécessairement troubler ses fonctions ou renverser le système. Quant aux fibres profondes, elles se divisent en deux faisceaux en s'enfonçant sous la substance grise du quatrième ventricule, l'un d'eux passe sous les fibres transversales et se rend à cette substance d'un jaune rougeâtre décrite par M. Cruveilhier.

Gall avait déjà signalé ce rapport des racines de la cinquième paire avec la substance grise, pour appuyer aussi un autre système, à savoir : que chaque nerf a une matrice de substance grise. Comment faire maintenant l'application de ce qu'on décrit pour les nerfs de la moelle épinière à ce qui existe réellement pour la cinquième paire; où trouver cette racine antérieure qui va à un cordon antérieur de la moelle, etc., et puis n'est-il pas vrai que les cordons antérieurs de la moelle épinière n'existent plus dans le point où se rendent les fibres superficielles, comment donc pourront-elles s'y terminer?

Sans aucun doute, la théorie de Ch. Bell est un des systèmes les plus ingénieux qui aient été exposés sur le système nerveux; mais son auteur a eu, on peut le dire, trop de sagacité; il a embelli la nature au point de la rendre méconnaissable. Certainement je ne veux pas dire qu'il n'y ait que du brillant et rien de vrai, ni rien de solide; par cela seul qu'il a tenu quelque temps, qu'il a été adopté par des esprits sévères, on doit penser qu'il répond au moins à un certain nombre de faits; mais on tait les objections, et puis chacun prend dans le système ce qui lui convient faute de pouvoir l'adopter dans son entier; celui-là y fait choix de ce qui a trait à la cinquième paire, celui-ci n'admet que ce qui se rapporte à la septième, etc.; voici du reste les fondemens de la doctrine de Bell, telle qu'il l'a conçue : pour lui, la moelle est composée de trois cordons longitudinaux placés de chaque côté de la ligne médiane; deux cordons sont placés en arrière, entre les racines postérieures du côté droit et celles du côté gauche; deux autres antérieurs existent entre les racines antérieures; enfin deux cordons sont intermédiaires aux racines antérieures et aux racines postérieures; ils servent à la respiration et aux mouvemens instinctifs. Les nerfs sont ou simples lorsqu'ils n'ont qu'une racine venant de l'une ou de l'autre de ces origines, ou composés quand ils ont une double origine, et par conséquent une double fonction, celle de présider à la fois au mouvement ou au sentiment, ou bien aux mouvemens involontaires et au sentiment, etc. Il y a donc pour M. Ch. Bell des nerfs du sentiment distincts, des nerfs des mouvemens et des nerfs qui réunissent ces deux fonctions. Voyons maintenant si les résultats obtenus par l'anatomie normale et l'expérimentation, si les données de l'anatomie pathologique, si enfin les preuves fournies par la méthode analytique et logique, s'accorderont avec ce système.

Et d'abord, je dois immédiatement nier les faits d'anatomie allégués par Ch. Bell; les colonnes latérales montent beaucoup moins haut qu'il ne le dit, donc elles ne fournissent pas les nerfs qu'il en fait provenir à cette hauteur. Quant aux nerfs particuliers, je ferai remarquer qu'il est impossible de faire naître les nerfs olfactifs de la moelle et d'un cordon postérieur; il en est de même des nerf optiques, qui proviennent d'une substance jaune-rosée particulière qui constitue la couche optique, et n'existe point dans la moelle. La quatrième paire vient de la valvule de Vieussens, partie nouvelle aussi; la troisième paire reçoit, il est vrai, des filets des cordons antérieurs, mais d'autres fibres vont se perdre dans le tissu jaune-rosé de la protubérance qui n'existe pas dans la moelle épinière... L'anatomie ne saurait donc justifier la théorie de Ch. Bell, aussi est-il bien difficile de citer un anatomiste qui ne se soit rangé à l'opinion contraire.

Si nous consultons les expériences et j'entends parler surtout des vivisections, nous verrons que le nerf facial avait déjà été trouvé sensible par M. H. Mayo, aussi Ch. Bell qui avait admis l'opinion contraire fut-il obligé d'admettre cette exception à sa loi générale. Plus tard il a parlé d'une anastomose avec un filet nerveux provenant de la cinquième paire; mais si la septième paire est sensible jusqu'à sa sortie du trou stylo-mastoïdien, comment démontrer que cela est dû à l'accollement d'un rameau nerveux?

Quand on coupe la cinquième paire, le nerf facial devient insensible, dit-on; mais dans ce cas aussi l'œil cesse de voir, et cependant ce nerf trifacial ne sert pas immédiatement à la vision. Cette influence est la même sur tous les autres sens; elle a été bien démontrée par les belles expériences de M. Magendie et sa nature ne nous est pas connue; mais pourquoi n'aurait-elle pas lieu pour le nerf facial aussi, qui aurait besoin d'un nerf pour agir, comme les organes des sens, comme les muscles, comme les glandes, etc.; le facial serait donc comme toutes ces parties sous la dépendance de la cinquième paire, il remplirait ses fonctions aux mêmes conditions que les autres sens.

Frappé de ces faits, M. Magendie ne put admettre le système de Ch. Bell que pour les nerfs vertébraux; les résultats qu'il obtenait de la section de la cinquième paire, cette inflammation, cette destruction de l'œil, qui survenaient contre ses prévisions, et en opposition avec les faits de C. Bell, ne pouvaient lui faire trouver là une concordance aussi frappante que celle indiquée par les partisans exclusifs de la doctrine des physiologistes anglais. En présence de ces faits, il ne chercha même pas à les concilier, comme on a voulu le faire ici; on ne saurait donc soutenir que les idées de M. Magendie se rapportent exactement à celle de M. Bell. Et, du reste, tous deux n'ont pas procédé de la même manière dans leurs expériences : celui-ci expérimentait sur des animaux récemment tués; celui-là sur des animaux vivans; aussi M. Magendie a-t-il réellement la plus grande part dans la gloire de cette découverte; si M. Ch. Bell a conçu l'idée, M. Magendie a le mérite de l'exécution. Du reste, ces deux physiologistes ne peuvent se séparer l'un de l'autre; s'ils se divisaient, tout le système croulerait à la fois.

Après les résultats de M. Magendie, nous devons mentionner ceux de M. Fodéra; sans doute ils ont *quelque analogie avec quelques-uns des faits* du premier, ainsi qu'on le disait dans le JOURNAL DE PHYSIOLOGIE, où le mémoire de M. Fodéra fut inséré; mais, sous tant de rapports, il existe entre eux de telles différences qu'on ne sait comment les concilier. Ceci s'applique encore aux expériences de Bellingeri, et à celles de M. Calmeil, toujours des résultats contradictoires aussi inconciliables. Moi-même j'ai fait et répété ces expériences; mais je suis tant de fois arrivé à des conséquences imprévues; si souvent en annonçant une expérience dans mes cours, j'avais le désappointement de voir l'expérience me donner un démenti, ces résultats variaient tellement, et différaient tellement de ceux énoncés plus haut, que j'avais renoncé à trouver la vérité de cette manière.

Viennent maintenant les faits empruntés à la pathologie; ici se trouvent les preuves les plus fortes contre le système que j'attaque. M. Gerdy relate successivement dix-huit observations, empruntées à divers auteurs (Méry, Portal, Ollivier, Velpeau, etc.), desquelles il résulte que la distension et la compression portées très loin dans la moelle épinière ont souvent laissé du mouvement ou du sentiment dans les parties situées au-dessous; que si souvent la paralysie vient du côté malade, elle se montre parfois aussi du côté opposé; qu'elle peut même exister au-dessus; qu'une lésion de toute l'épaisseur du cordon rachidien (ramollissement) a produit la paralysie complète du mouvement, et laissé le sentiment presque intact.

M. Gerdy rapporte aussi des faits dans lesquels la moelle était complètement interrompue, le mouvement restait intact dans les extrémités inférieures, les supérieures étant paralysées, ce qui avait donné lieu de dire que les membranes de la moelle pourraient bien être conductrices.

Viennent ensuite des faits avec conservation du sentiment et du mouvement dans le cas de section ou de destruction complète de la moelle (l'observation rapportée par Desault); enfin, les cas cités par Fauvel (1711), Méry (1712), d'enfans qui respirèrent, sentirent, firent quelques mouvemens, et chez lesquels on trouva l'absence complète de la moelle épinière et du cerveau.

L'intégrité des mouvemens et du sentiment a été observée également dans des cas où les racines nerveuses étaient complètement séparées de leurs origines, etc.

Que conclure de tous ces faits, sinon que le système actuel, qui ne peut en aucune façon s'en arranger, doit nécessairement être fautif.

En consultant la méthode analytique et logique, on découvre une foule de faits sur lesquels les vivisections n'avaient rien appris. On trouve dans la sensibilité une multitude de nuances et de modes sur lesquels l'expérimentation n'avait pas éclairé. On voit, par exemple, que la peau de la face a une sensibilité exquise, particulière, qui n'est pas celle du reste du corps, qui diffère de celle des extrémités digitales, qui reconnaissent bien mieux au contraire l'état de la surface des corps extérieurs. Dans la muqueuse buccale, il y a plusieurs sortes de sensibilité bien distinctes; l'une d'elles est tactile, générale, c'est celle des lèvres; l'autre est pour les corps sapides, c'est le pourtour et la pointe de la langue; l'isthme du gosier n'a-t-il pas aussi une sensibilité particulière, la luette une autre, les dents une autre? Dans les fosses nasales, dans l'œil il existe également des sensibilités spéciales différentes de la perception des odeurs et de la lumière.

Ces nuances sont constatées aussi dans les facultés intellectuelles. S'il est vrai que nous ayons des facultés primitives, telles que la mémoire, le jugement, etc., nous savons aussi qu'il y a différentes sortes de mémoire : celle des lieux, des nombres, etc.; la folie, en détruisant telle ou telle faculté, met souvent en évidence cet isolement qu'on était loin de prévoir.

Si nous faisons l'application de cette méthode d'observation aux mouvemens, nous pourrons résoudre une foule de difficultés que les vivisections n'auraient pu faire soupçonner, dans la station, dans la marche, etc. J'avais donc raison en commençant de citer à l'appui du système que je défends une méthode d'observation qui peut donner de tels résultats.

M. BLANDIN, qui devait répondre aujourd'hui, ne parlera que dans la prochaine séance.

Il est cinq heures. La séance est levée.

SÉANCE DU 23 AVRIL.

La correspondance officielle renferme divers documens relatifs aux vaccinations de la Lozère, de la Somme.

M. Leuret écrit à l'Académie qu'il se désiste de sa candidature.

M. Henry lit un rapport sur les eaux minérales de Saint-Honoré, dans le département de la Nièvre. Ces eaux, d'une nature alcaline sulfureuse, ont éprouvé, par les dégradations des sources, une notable altération, qui doit être attribuée à l'action de l'air et aux mélanges d'eaux étrangères. La commission pense que des travaux exécutés sur les lieux pourront éviter cette décomposition et ce mélange; elle est d'avis, en conséquence que M. le ministre favorise ces travaux. (Adopté.)

ÉPIDÉMIE DE VARIOLE DANS LA COMMUNE DE GUYANCOURT, PRÈS VERSAILLES.

M. le docteur Boucher, de Versailles, informe l'Académie qu'il vient d'entraver d'une manière heureuse les ravages de la petite vérole dans la commune de Guyancourt, près Versailles. Plus de trente personnes en étaient déjà atteintes lorsqu'il s'y est transporté d'après l'invitation de M. le préfet.

Cette maladie avait été apportée dans cette commune par un de ses habitans qui sortait de l'Hôtel-Dieu de Paris : la peur s'empara alors des esprits, et soixante-quinze personnes de tout âge se soumirent à la vaccination.

Ces opérations eurent un succès inespéré. Pas un ne contracta le maladie régnante, chose assez rare : sur les trente-cinq malades qui furent atteints de la variole, deux en moururent et plusieurs en restèrent défigurés.

Il est à remarquer que, dans cette épidémie, aucun de ceux qui prirent la variole n'avait été vacciné, et que tous ceux qui l'avaient été restèrent debout sans en éprouver même les prodromes, quoique la plupart habitassent avec les malades.

Le docteur Bourber a donc pensé que ces faits méritaient d'être de nouveau mentionnés en faveur de la vaccine.

DISTINCTION DES NERFS DU SENTIMENT ET DU MOUVEMENT.

M. Blandin : J'ai une double tâche à remplir aujourd'hui, Messieurs ; d'abord, je dois répondre aux objections et aux reproches qui nous ont été adressés, et je développerai ensuite les argumens sur lesquels nous basons notre système; mais avant il me semble nécessaire de bien circonscrire le terrain sur lequel nous combattons. La question ne porte pas sur les fonctions des centres nerveux, pas plus du cerveau que de la moëlle, comme les faits nombreux rapportés par M. Gerdy sembleraient le faire croire, mais elle est restreinte aux cordons nerveux proprement dits, les centres ne doivent pas nous occuper; et relativement même aux fonctions des cordons nerveux, la discussion doit se restreindre à cette unique question : existe-t-il des nerfs spéciaux du mouvement et des nerfs spéciaux du sentiment ? On voit facilement, dès-lors, que les nombreuses observations rapportées par M. Gerdy ne rentrent pas dans le problème actuel comme élément de solution, puisque les nerfs restent intacts dans leurs fonctions, peu importe la lésion des centres nerveux, dont les résultats ne sont point mis en discussion. Quel que soit ce résultat, en supposant même qu'avec une section de la moëlle tout ce qui est au-dessous garde l'intégrité de ses fonctions, cela prouvera que cette portion séparée du reste de l'encéphale agit à son tour comme un petit centre d'action, indépendant des fonctions supérieures, on ne saurait rien conclure pour ce qui regarde les nerfs. Quant à l'observation empruntée par M. Gerdy à M. Velpeau, et dans laquelle une destruction des origines des nerfs glosso-pharyngien, hypoglosses, fut sans influence sur la sensibilité et la motilité, je ne saurais l'admettre sans restriction; j'avoue même que j'ai peine à la regarder comme exacte; je ne l'admets pas plus que je ne serais disposé à croire qu'un individu peut tomber du haut des tours de Notre-Dame sans se faire le moindre mal. Si après la destruction de ces nerfs, la sensibilité a persisté dans le pharynx en même temps que le mouvement, on peut en conclure qu'ils sont inutiles ; mais rien contre la distinction des fonctions sensitives et motrices.

L'histoire de ces enfans, dont parle Méry, celle de Fauvel, etc., tous ces faits n'ont, dans la discussion actuelle, aucune valeur. J'en dirai de même des considérations qui ont été présentées par M. Gerdy, au sujet des divers modes de sensibilité nasale, labiale, de la peau, dans diverses régions; tout cela prouve qu'il y a un certain nombre de sensibilités spéciales, ce dont on n'avait jamais douté; pas plus que de l'existence de nerfs attachés à telle ou telle espèce de sensibilité. Ces faits nous paraissent au moins inutiles dans cette discussion et bien plus propres à l'embarrasser qu'à l'éclairer.

Quant à la contradiction sur laquelle M. Gerdy a longuement insisté et qu'il croit trouver entre les expériences et les résultats de Ch. Bell, Magendie, Fodéra, etc., nous ne voulons pas la nier en un sens, cela du reste ne fait rien aux faits; or ceux-ci ne manquent pas; ce qu'il importe surtout, c'est beaucoup moins d'en rechercher de nouveaux que d'analyser avec soin ceux qui existent déjà dans la science, et ils sont nombreux. La question des nerfs respirateurs sur laquelle M. Gerdy est revenu doit être soigneusement éloignée; on voit au reste que cette partie du système de M. Ch. Bell n'a guère cours aujourd'hui dans la science; il n'en est pas de même de la distinction qu'il a rétablie d'abord entre les fonctions du nerf facial et celles du trifacial, et que M. Magendie a retrouvée expérimentalement dans les nerfs qui proviennent de la moelle épinière.

Je ne saurais non plus adopter l'opinion de M. Gerdy en ce qui touche l'expérience de M. Ch. Bell qu'il a fortement critiquée. Rien ne me paraît important comme cette même expérience; elle est pour moi capitale, décisive. Le physiologiste anglais irrite tel ou tel nerf, une racine postérieure, ou l'antérieure après la section de la tête, l'animal respirant à peine, et voit quelle partie préside à la sensibilité et quelle autre au mouvement, car la racine antérieure irritée donne lieu à des mouvemens dans les parties auxquelles elle se distribue; si au contraire il agit de la même manière sur la racine postérieure, il n'obtient plus le même résultat. Il est rigoureux de conclure maintenant que puisque telle racine a déterminé des mouvemens lorsqu'on l'a irritée elle préside à la motilité. On ne saurait donner une autre explication de ce phénomène, ni parler assez de cette expérience qu'il importe de voir encore répéter. Elle fait éviter l'erreur dans laquelle on est souvent tombé en prenant des mouvemens de réaction contre la douleur pour des mouvemens réels, directement produits par l'action d'un nerf du mouvement irrité. Chez l'animal qu'on vient de tuer, le cerveau n'agit plus, c'est donc bien un effet direct, et non point le résultat d'une réaction toute vitale; aussi les irritations des racines postérieures ne donnent-elles lieu à aucun mouvement. Je regarde cette expérience comme si décisive que je ne doute pas que bien interprétée elle ne doive juger la question.

J'arrive à un point sur lequel je suis réellement étonné de ne pas voir M. Gerdy d'accord avec nous; je veux parler de l'analogie qui existe entre la cinquième paire et les nerfs rachidiens. Je dirai en passant que ce physiologiste a cependant admis d'autres analogies bien moins évidente, celles, par exemple, entre l'os coxal et le squelette du membre supérieur, entre le calcaneum et le piriforme; pourquoi donc rejeter une ressemblance aussi évidente? Est-ce parce qu'il lui a trouvé un grand nombre de filets d'origine, deux, trois, quatre et même cinq racines comme l'indiquent quelques auteurs; mais à ce compte aussi les nerfs rachidiens en auraient plus de deux en les étudiant sur la moelle même; il faut examiner ces faisceaux dans le point où existe le ganglion, on verra alors qu'une des deux racines présente un renflement ganglionnaire, première analogie; qu'une autre passe sur le ganglion sans se confondre avec lui, second point de ressemblance avec les nerfs rachidiens. Le même rapport existe pour les différences de volume de chaque racine, proportionnée à la différence de sensibilité et de motilité dans les organes qui reçoivent les filets nerveux.

Quant à cette action si remarquable, merveilleuse, comme disait M. Gerdy, de la cinquième paire, je la reconnais également avec lui; et comme lui je vois toute son importance pour l'action des autres sens dont elle n'est pas le nerf sensitif, spécial, j'admets aussi son influence sur la nutrition des organes des sens, si bien démontrée par les expériences de M. Magendie et les recherches récentes de M. Longet; mais cela ne prouve rien contre la thèse que nous soutenons.

J'avais cité des résultats anatomiques, qui me paraissaient d'une certaine importance dans la question, je veux parler du volume proportionnel des racines antérieures et postérieures des nerfs rachidiens chez l'homme. M. Gerdy ne me semble pas avoir compris la portée de ces faits. Je crois avoir prouvé cependant que chez l'homme la racine postérieure est beaucoup plus développée que l'antérieure; aux nerfs qui vont au membre thoracique qui chez lui est surtout organe de sensibilité, et nullement organe de sustentation, les racines postérieures sont en volume relativement aux racines antérieures dans le rapport de 3 : 1; dans le membre inférieur qui devient beaucoup plus organe de mouvemens, sans pour cela cesser d'être sensible, les filets postérieurs ne sont plus aux antérieurs que dans le rapport de 2 : 1. Il y a donc proportion entre le développement de la racine postérieure et l'énergie de la sensibilité; il y a donc proportion encore entre le volume de la racine antérieure et l'énergie de la motilité; il est donc tout naturel de conclure que la première préside au mouvement et la seconde au sentiment.

Je rappellerai encore ce que j'ai dit de cette disposition sur le chien, en mettant sous les yeux de l'Académie une pièce qui le démontre péremptoirement : chez cet animal, le membre thoracique devenant organe de sustentation, en même temps qu'il perd de sa sensibilité, on ne doit donc plus trouver le même rapport de volume entre les racines nerveuses; c'est ce qui arrive : le faisceau postérieur ne surpasse plus en volume l'antérieur que d'une quantité très minime. Dans le membre postérieur, qui est moins sensible encore, on trouve que la racine postérieure est moins développée que l'antérieure. Je ne pense pas que cette application de l'anatomie comparée à la physiologie humaine puisse être regardée comme fautive; je ne crois donc pas non plus avoir mérité le reproche qu'adressait M. Gerdy d'en avoir fait une fausse application.

L'objection tirée du mode d'origine de la troisième paire ne me semble pas fondée davantage; car cette troisième paire naît évidemment des éminences pyramidales, qui proviennent surtout des cordons antérieurs. M. Gerdy a bien insisté sur la pénétration de ces nerfs dans une substance grise, jaunâtre; mais les racines antérieures des nerfs rachidiens se comportent de la même manière pour la substance grise; cela ne prouve donc rien.

Après avoir répondu aux objections qui nous ont été adressées, j'entrerai plus avant dans la question; je présenterai d'abord un certain nombre de considérations générales; avant de faire l'inventaire des faits spéciaux qui constituent le point réellement important de la discussion.

On ne saurait disconvenir, qu'en théorie, cette distinction ne semble toute naturelle; rien ne répugne à l'admettre, le contraire semblerait moins rationnel. Et ne sait-on pas aussi, depuis fort longtemps, que dans certaines parties il existe à la fois des nerfs de deux sources différentes; qu'à la face, par exemple, les nerfs de la cinquième et de la septième paire distribuent concurremment leurs filets; ne sait-on pas encore que la paralysie du sentiment peut exister isolée de celle du mouvement; les faits de ce genre encombrent la science. Que de fois n'a-t-on pas vu le sentiment éteint dans les membres inférieurs, par exemple, et le mouvement conservé, et réciproquement la sensibilité intacte et le mouvement détruit; comment expliquer cela autrement que par des propriétés différentes, dans les nerfs qui, provenant de deux racines, vont se rendre, les sensitifs aux parties sensibles, les moteurs aux organes qui doivent se mouvoir. Comment expliquer autrement ces faits?

Mais, a-t-on dit, vous avez pris l'effet pour la cause; les nerfs ne sont sensibles que parce qu'ils vont à des parties distinctes du sentiment, et moteurs, parce qu'ils se rendent à des organes chargés de cette fonction. On commet une erreur grave en raisonnant ainsi; car, pourquoi observe-t-on des distributions

exclusives de certains nerfs à certaines parties; pourquoi le nerf facial se distribue-t-il uniquement aux muscles, s'il n'est pas seulement moteur; pourquoi les filets provenant de la petite racine du trifacial ne vont-ils pas à des parties sensibles, en même temps qu'à des muscles? Pourquoi le contraire a-t-il lieu pour les branches qui proviennent de la racine ganglionnaire? On ne doit rien conclure de la distribution musculaire du filet mylo-hyoïdien, parce qu'il n'appartient pas, à proprement parler, au faisceau ganglionnaire, il ne lui est qu'accolé, et provient de la petite racine; pourquoi donc un trajet si compliqué, et qui aurait été complétement inutile dans le cas où chaque racine n'aurait pas eu de fonction distincte? Comment admettre que la nature, ordinairement si simple dans ses moyens, les eût ainsi compliqués en pure perte, si elle n'eût pas voulu donner à chaque nerf une fonction spéciale? Je demanderai maintenant pourquoi, en irritant certains nerfs, on produit des mouvemens, et pas de douleur, dans la partie qui en reçoit des filets; et pourquoi, au contraire, lorsqu'on irrite le nerf sous-orbitaire, par exemple, on produit de la douleur sans exciter du mouvement. On dira sans doute que cela vient de ce qu'il se distribue à des parties non mobiles; mais il envoie des filets à des muscles, au sourcilier, au frontal, et cependant de mêmes muscles ne se contractent pas lorsqu'on irrite la branche nerveuse. Si quelques mouvemens ont été signalés, ils sont dus à la réaction instinctive de l'animal contre la douleur, mais ne sont point directs, et surtout constans, comme lorsqu'on irrite le nerf facial. Ces faits sont inexplicables si l'on admet les nerfs du mouvement distincts de ceux du sentiment. Je suis loin de reconnaître une organisation identique entre les nerfs du sentiment et ceux du mouvement; on a prétendu que leur structure était la même; mais, indépendamment des recherches microscopiques récentes qui prouvent qu'elle est différente, je ferai remarquer que les nerfs sensitifs ont plus de matière grisâtre, qu'ils sont tous munis d'un ganglion, à l'exception des nerfs spéciaux des sens; aucun nerf moteur ne présente ces renflemens. Le ganglion décrit par Arnold dans le nerf facial, au moment où il traverse l'aqueduc de Fallope, n'existe pas; s'il se trouve là un petit renflement, il est dû à l'origine du nerf pétreux qui naît en ce point de la septième paire.

Les preuves expérimentales viennent à l'appui de cette distinction; je l'ai déjà dit, si l'on a vu quelquefois des mouvemens lors de l'irritation des filets sensitifs, c'est à la réaction contre la douleur qu'il faut les attribuer, je me suis déjà expliqué sur ce fait. Du reste, c'est en répétant sur une grande échelle ces expériences que la vérification du système se fera plus nettement encore, et l'expérience si importante de Ch. Bell, dont j'ai déjà fait ressortir la valeur, me semble d'un grand poids dans la question.

Je n'ai point trouvé le nerf facial sensible à sa sortie du trou stylo-mastoïdien; M. Gerdy est arrivé à un résultat opposé, il était un peu sensible, dit-il; mais cela s'explique par la présence dans le cordon qu'on irrite d'un filet surajouté venant de la cinquième paire; si on répète l'expérience sur le même nerf, au moment où il s'enfonce dans le conduit auditif interne, on ne produira point de douleur.

L'anatomie, en nous montrant encore une anastomose considérable entre ce nerf facial et la branche auriculo-temporale venant de la cinquième paire, nous explique pourquoi les filets de ce nerf, si essentiellement moteur, semblent devenir sensitifs en allant à la peau; sans le contrôle de l'anatomie, on ne saurait, suivant nous, tirer des expériences quelques conséquences rigoureuses, ce n'est qu'à ce titre qu'elles doivent entrer dans le domaine de la science.

Si maintenant nous abordons les faits spéciaux, nous trouverons des données physiologiques et expérimentales, des faits pathologiques ou opératoires; enfin, des preuves fournies par l'anatomie. Il faudrait passer en revue tous les nerfs, et discuter avec soin ce qui se rapporte à chacun d'eux. Nous ne devions parler ici que des nerfs rachidiens; mais M. Gerdy ayant étendu la question aux nerfs crâniens, nous le suivrons sur ce terrain. Toutefois, nous ne nous arrêterons, dans cette dernière catégorie, que sur la septième et la cinquième paires.

Et d'abord, le nerf facial, irrité à sa sortie du crâne, ne développe pas de la douleur, ainsi que nous l'avons déjà dit; nous avons parlé aussi de cette réaction, qui peut en imposer au sujet de la sensibilité. Ceux qui le regardent comme sensible n'auront besoin que de faire l'expérience comparative suivante: irritez le nerf temporal superficiel (cinquième paire) et le nerf facial, l'animal poussera, dans le premier cas, des cris plaintifs, il manifestera une vive douleur; dans le second, il faut lacérer le tronc nerveux pour avoir les signes d'une souffrance fort légère. Voilà, certes, une différence capitale fournie par les expériences. Rapprochez ce fait du résultat produit par la section du nerf facial, qui paralyse tous les muscles de la face (ceux des mâchoires exceptés), ainsi que Ch. Bell, Shaw, M. Magendie, etc., l'ont expérimenté, et vous serez forcé de lui attribuer des fonctions motrices et exclusivement motrices.

Dans le tic douloureux de la face, faussement attribué pendant longtemps à une maladie de la septième paire, si vous coupez ce nerf vous aurez une paralysie du mouvement, et la douleur persistera. Il suffit, très souvent, de sectionner une branche pour voir toutes les ramifications nerveuses paralysées; est-ce que l'inflammation se serait propagée en suivant le névrilemme des branches au tronc, ainsi que l'a établi M. Montault, pour l'inflammation rhumatismale? Non-seulement la section, mais la simple contusion du nerf facial produit la paralysie; M. Boulay vous a cité dernièrement l'histoire d'un cheval qui avait eu, consécutivement à une contusion du nerf facial, au niveau de la parotide, une paralysie de tous les muscles du côté correspondant. On sait encore que les épanchemens dans l'aqueduc de Fallope, qui compriment le nerf de la septième paire, amènent un semblable résultat; on a vu des épanchemens de sang, de pus, des tumeurs de diverses natures donner lieu à cette paralysie. Ce fait peut même devenir d'une grande importance pour diagnostiquer certains épanchemens à la suite des fractures du crâne, la nature et le siége d'une affection de l'organe de l'ouïe, etc.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit au sujet du ganglion d'Arnold, dont un examen attentif a fait justice; j'ai dit aussi ce qui avait pu devenir cause d'erreur, et je pourrais invoquer l'autorité de M. Cruveilhier, qui nie également, et d'une manière positive, son existence. Enfin, je rappellerai la distribution exclusive de ce nerf aux muscles; s'il envoie quelques filets à la peau, on sait qu'ils ne lui appartiennent pas en propre, mais qu'ils viennent de la cinquième paire.

M. Blandin développe ensuite les applications chirurgicales qui peuvent résulter de la connaissance de ces faits. Il est facile de comprendre qu'on ne songera pas à sectionner le nerf facial dans les cas de tic douloureux, on ne réussirait qu'à paralyser le mouvement. Il rapporte un fait cité par M. Bérard aîné, d'une paralysie de nature rhumatismale, guérie sans la section du nerf qui avait été proposée, et l'observation de Ch. Bell, où un chirurgien voulait à tort pratiquer la section des nerfs sous orbitaire et mentonnier du côté opposé pour rétablir l'équilibre.

Il est tout aussi facile de prouver maintenant que le nerf de la cinquième paire préside par une de ses portions au sentiment, et par l'autre au mouvement. En effet, si l'on pratique la section complète des faisceaux qui le constituent avant leur sortie du ganglion, on produira la paralysie du sentiment dans la peau de la face, la muqueuse buccale, etc., et la paralysie du mouvement dans les muscles élévateurs de la mâchoire du côté correspondant; voilà ce qui arrive si on coupe les deux racines. La sensibilité seule est lésée si la branche ganglionnaire a été coupée seule; si on sectionne la petite racine isolément, on paralyse le mouvement.

Les tumeurs développées sur le trajet de la cinquième paire amènent l'insensibilité dans les parties auxquelles se distribuent les filets du tronc comprimés, si c'est la grosse racine. Une tumeur cancéreuse enlevée récemment avec le plancher orbitaire dans lequel elle s'était développée m'a donné lieu de constater ce fait pour le nerf sous-orbitaire qui se trouvait comprimé et paralysé long-temps avant que la tumeur ait fait une saillie à l'extérieur; cette circonstance même permet de diagnostiquer de bonne heure le siége de la maladie. On connaît assez les résultats de la section des branches sous-orbitaires et mentonnières qui paralyse la sensibilité, pour qu'il soit inutile d'y revenir ici.

Si nous recherchons maintenant les preuves anatomiques, nous aurons à constater d'abord le volume énorme de la racine ganglionnaire du nerf trifacial, et son développement qui est en raison directe de la sensibilité des parties auxquelles il se distribue. Il se termine presque exclusivement dans la peau; quelques filets peu nombreux vont aux glandes et aux muscles, organes sensibles aussi, mais à un moindre degré, tandis que la racine non ganglionnaire, si inférieure en volume, se perd dans les muscles; aucun nerf ne prouve donc mieux que le trifacial la distinction que nous soutenons ici. J'ajouterai pour terminer ce qui a trait à ce nerf, que son filet buccal, que les uns regardaient comme sensitif, et les autres comme moteurs, car il se distribue à la fois à des muscles et à une membrane muqueuse, a deux racines, l'une fournie par la branche ganglionnaire et l'autre par la seconde portion de la troisième paire, ce fait a été mis hors de doute par les recherches récentes de M. Longet. Pourquoi donc ces deux racines à un nerf qui remplit deux ordres de fonctions si ces fonctions n'avaient pas été distinctes?

Si nous rattachons maintenant aux nerfs rachidiens les différens ordres de preuves que nous venons d'exposer, nous arriverons pour eux encore aux mêmes résultats. Nous n'aurons donc pas besoin de rappeler les expériences de M. Magendie, celle de M. Ch. Bell, etc.; cette lésion du mouvement par la section des racines antérieures, du sentiment par la section des racines postérieures, nous paraît décisive. On ne saurait expliquer autrement les paralysies isolées du sentiment et du mouvement dans les membres. Enfin les preuves anatomiques tirées du volume proportionnel des racines antérieures et postérieures que nous avons apportées ailleurs doivent être rappelées ici. J'y ajouterai comme complément que le nerf sous-occipital, qui est presque uniquement moteur, ne provient que de la racine antérieure dans beaucoup de cas; le plus ordinairement il ne reçoit qu'un faisceau très minime de la racine postérieure d'un autre nerf; cette origine si parfaitement en rapport avec sa distribution mérite une grande attention.

Une objection se présentait ici, et elle vint il y a quelques années (en 1823) à l'esprit de M. Bouvier: si les branches postérieures des nerfs rachidiens qui vont dans les gouttières vertébrales, et delà à la peau, se distribuent aussi aux muscles, qui ne reçoivent pas de filets de la branche antérieure, il faut donc que les racines postérieures soient motrices en même temps que sensibles. Des recherches minutieuses faites à ce sujet démontrèrent qu'il y avait non seulement juxta-position au niveau du ganglion, mais encore mélange, fusion, de telle sorte que les branches postérieures à la fois sensibles et motrices venaient comme les antérieures des deux racines à la fois; disposition compliquée, il est vrai, mais qui justifie pleinement l'isolement de fonctions que nous cherchons à démontrer.

Voilà, Messieurs, des faits nombreux et de divers ordres; ils me semblent fonder des preuves si puissantes, que si la doctrine qu'ils appuient n'est pas admise, rien ne sera démontré en physiologie.

La fin de la discussion est renvoyée à samedi prochain.

M. Renaud d'Alfort met sous les yeux de l'Académie:

1° Des concrétions fibrineuses, énormes, solides et bien organisées trouvées dans les principaux troncs veineux d'un cheval qui n'avait présenté d'autres symptômes qu'un amaigrissement profond.

2° Les fosses nasales, le larynx et la trachée d'un cheval atteint de morve aiguë gangréneuse. Le pus provenant des ulcérations inoculé à un autre cheval a donné naissance à la morve pustuleuse.

Il est cinq heures et quart, la séance est levée.

CONCOURS

POUR LA CHAIRE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIERE MÉDICALE.

PREMIÈRE ÉPREUVE. — COMPOSITION ÉCRITE.

Cette première épreuve est nécessairement empreinte de monotonie. Quel que soit le nombre des compétiteurs, la question est la même pour tous : de là l'agitation d'un même ordre d'idées et de faits par une douzaine d'écrivains. Cette fois la nature de la question ne pouvait qu'ajouter à cet inconvénient. Elle était ainsi conçue: « Tracer le plan d'un cours de matière médicale et de thérapeutique. » Quoi de plus monotone que le plan d'un cours, si diversifié qu'il soit dans sa distribution? Ce sont toujours mêmes objets à classer; les considérations naissent de ce classement ou le dirigent. Chacun établit son cadre, et, dans ce cadre, des compartimens plus ou moins logiques. Mais si la question proposée ne comportait pas une grande variété dans le développement, elle avait aussi ses avantages; c'en est un de s'adresser surtout aux connaissances générales, à la personnalité philosophique de chaque candidat. Il eût été fâcheux que sa rédaction fût telle qu'elle facilitât le triomphe d'une étroite spécialité d'instruction sur l'ensemble des qualités qui marquent un esprit supérieur. Le premier but du concours ne doit-il pas être de mettre en saillie les organisations d'une haute portée, s'il en existe dans la foule des compétiteurs? Il est toujours possible de donner à la première épreuve une sorte de force éliminatrice, en la faisant porter sur un thème qui exige plus qu'une science de détail, plus qu'une compétence d'esprit scholastique. Dans le concours, institué pour un enseignement qui plonge par ses racines dans la plupart des sciences accessoires, il ne faut pas, dès le début, susciter au talent de menues difficultés, et lui jeter le défi de la mémoire. Le professorat réclame avant tout une intelligence qui domine sur l'ensemble d'une science et promette d'en vivifier l'enseignement par la vigueur de l'induction et de la parole. Ce qu'un jury doit vouloir constater tout d'abord, c'est la richesse propre de chaque candidat, non le bagage de connaissances spéciales dont il s'est lesté dans un temps donné. Il y a deux classes de concurrens : ceux qui descendent dans l'arène avec des idées neuves; et ceux qui manient avec plus ou moins de succès les idées connues; que l'occasion soit donnée aux premiers de se produire immédiatement; aux autres, le temps ne manquera point de se dessiner dans les nuances de leur supériorité relative. Le sujet donné pour la composition était comme un appel aux vues nouvelles, aux conceptions propres; facile au maniement littéraire, il ne promettait aux élucubrations des candidats, attention et faveur, qu'au prix de l'originalité.

La méthode se rattache intimement au plan, qui n'en est pour ainsi dire que le déploiement. Celui-ci présente le tableau de la répartition des matériaux dont se compose une science, un enseignement; celle-là statue sur l'ensemble, fournit les règles de coordination et développe la loi du plan. Un double écueil pour les candidats est, ou de se resserrer dans la discussion des bases d'une classification, ou de remuer avec une impatiente érudition les matériaux qu'il s'agit seulement de disposer dans un ordre régulier. Dans le premier cas, on nage dans les généralités, et la composition n'accuse pas une suffisante vigueur d'instruction spéciale; dans le second cas, on anticipe sur les épreuves qui ont pour but de mettre cette instruction en lumière; l'on se montre chimiste, botaniste, avant l'heure marquée pour cette éruption de connaissances, laborieusement accumulée durant la période des soucis préparatoires du concours. Une composition complète sur le sujet précité est au prix d'une sage association de ces deux choses, généralités et détail, méthode et faits, philosophie et savoir; son caractère en est comme le tempérament.

Le nombre des compositions dont nous allons esquisser l'analyse nous fait de la concision une nécessité. D'autre part, comme elles pivotent toutes sur les mêmes données, ce serait œuvre fastidieuse que de les reproduire amplement. Ce qui importe à l'équitable appréciation de chaque candidat, ce ne sont pas les notions scholastiques, les détails, les citations que chacun sème dans les divisions de sa leçon; mais l'esprit qu'il y déploie, la forme philosophique dans laquelle se déroulent ses idées, les connaissances d'ensemble qui aident à leur élaboration; le lecteur, comme le jury, veut y saisir le type intellectuel de chaque compétiteur, non une énumération de médicamens, avec synonymie latine et caractères botaniques ou autres, amenée avec plus ou moins d'à propos.

I. MARTIN-SOLON.

Le cours qu'il s'agit de faire embrasse l'exposition et l'application des médicamens; signaler leur origine, leurs caractères physiques, chimiques, botaniques, leur mode de préparation, leurs incompatibilités, etc.; puis étudier leur action sur les organes, et en déduire leur usage dans les divers cas donnés de maladie; voilà pour la matière médicale d'une part; d'une autre pour la thérapeutique. Cet enseignement repose sur les mêmes bases que celui de l'anatomie et de la physiologie; c'est toujours l'organisme qu'il faut considérer. On ne saurait séparer l'étude des modifications qu'un tissu éprouve, de celle du tissu lui-même. Mais dans quel ordre aborder l'examen des modifications que l'emploi des médicamens détermine dans les organes, dans les fonctions? L'ordre alphabétique a été suivi par des auteurs modernes; mais il ne convient qu'à une classe de livres, dont le but est un simple enregistrement de faits. Alibert se réglait, dans son enseignement, sur l'action physiologique des substances médicamenteuses; selon que celles-ci agissent particulièrement sur telle ou telle fonction, elles se rangeaient pour lui dans la médication expectorante, emménagogue, etc. Mais il est évident que cette méthode, si c'en est une, mène à l'empirisme; et quelles dénominations plus inexactes, d'ailleurs, que celles de sudorifique, emménagogue, expectorant, etc.? Tel médicament purge qui, en d'autres circonstances, ne donnera signe de vertu purgative, etc.

Le candidat croit devoir s'attacher à un plan différent qui lui appartient; avant de l'exposer, il fait ressortir la nécessité de faire profiter à la thérapeutique les lumières que fournissent la physiologie et la pathologie; la première assigne à l'étude des agens médicamenteux l'ordre fonctionnel; la seconde conduit aux indications. Les sciences accessoires sont pour ainsi dire les tributaires immédiats de la matière médicale. Une définition de celle-ci et de la thérapeutique doit trouver sa place en tête du plan de leur enseignement; la matière médicale, et ce mot est préférable à celui de pharmacologie, qu'il faut laisser à ceux qui s'occupent de l'histoire naturelle des médicamens, sans avoir en première vue leur emploi pour le traitement des maladies, la matière médicale peut être définie la science des divers modificateurs auxquels le médecin a recours pour la guérison des maladies; elle ne se borne pas à l'histoire des médicamens, elle en fait connaître l'action : la thérapeutique, appuyée sur cette double notion, en détermine l'emploi.

Les médicamens peuvent se partager en deux grandes classes, selon qu'ils portent leur action sur toute l'économie, ou qu'ils la dirigent particulièrement vers un organe, vers un appareil déterminé par les données de l'empirisme expérimental. 1° *Les médicamens généraux* se distinguent eux-mêmes, selon qu'ils ont pour but et pour effet de modifier l'économie tout entière, ou qu'employés seulement dans le but de modifier un organe, ils n'atteignent ce résultat qu'en influant sur l'ensemble des organes. Exemple de cette dernière catégorie de médicamens généraux : les antiphlogistiques, les contro-stimulans, dirigés par le praticien contre le tissu où siége l'inflammation, et qui, avant de remédier à l'altération locale, modifient les conditions générales du malade. 2° *Les médicamens spéciaux* dont l'action retentit constamment sur le même organe ou sur le même appareil, ou dont les effets sont toujours identiques, quelle que soit la voie par laquelle ils sont administrés. Ainsi, déposée sur la peau dénudée, injectée dans les veines ou ingérée dans l'estomac, l'émétique va toujours solliciter la contractilité de ce viscère. Tels encore les agens thérapeutiques qui, bien qu'ils produisent des phénomènes de réaction multiples, se dénotent cependant par quelques effets constans : la digitale, le quinquina, le mercure, le sulfate de soude, qui est aussi un spécifique dans certains cas, etc. Après avoir posé ces principes, M. Martin-Solon parcourt les principaux appareils et les met successivement en contact avec les modificateurs qui leur sont propres; ainsi les médicamens spéciaux du tube digestif sont les émétiques et les diverses classes de purgatifs; ils doivent être classés selon leur énergie, leur action locale (estomac, duodénum, intestin grêle, gros intestin); selon leur influence sur les autres organes. Quelques-uns de ces modificateurs s'adressent à des altérations particulières, et manifestent leur efficacité contre des lésions toujours identiques : les anthelmintiques contre les vers, les carminatifs contre les gaz, les antidotes contre les maladies par empoisonnement, etc. A l'appareil respiratoire se rapporte la pneumiatrie, sur laquelle l'auteur a fait des études répétées; la circulation, les sécrétions ont leurs modificateurs thérapeutiques spéciaux. Le système cérébro-spinal reconnaît pour régulateurs les anti-spasmodiques; pour sédatifs, les narcotiques; pour excitans, certains agens, tels que la strychnine, l'électricité; mais le traitement de ses altérations aiguës et chroniques ne se compose pas d'une série de ces moyens, et rentre dans la pathologie. Pour la peau, considérée comme organe d'exhalation, le soufre; pour elle encore, à titre de ses fonctions sensitives, les rubéfians, les vésicans, les escharrotiques. Les sens ont aussi leurs agens thérapeutiques spéciaux : le cornet acoustique pour l'oreille, etc. Enfin, les appareils de la locomotion et de la génération (emménagogues, cantharides) possèdent aussi leurs médicamens propres.

Quant à l'ordre d'exposition de chaque médicament en particulier, M. Martin-Solon ne diffère en rien des auteurs généralement suivis. Il insiste sur la nécessité d'établir avec soin les indications et les contr'indications pour l'emploi de chaque médicament, double loi de la thérapeutique qui se déduit des idiosyncrasies, des tempéramens, saisons, sexes, etc. Le praticien doit aussi recourir aux succédanées selon les cas particuliers qui se présentent. Cette partie de la composition se ressent de la hâte forcée de l'auteur et n'a pas reçu les développemens qu'elle exigeait. Elle se termine par des considérations laconiques touchant l'influence que les différens systèmes ont exercée sur la thérapeutique; l'historique rapide qu'en a tracé l'auteur montre cette science subordonnée au mouvement dogmatique de chaque époque. Mais c'est à la thérapeutique à dicter des lois à la théorie, car elle est la pierre de touche des systèmes. M. Martin-Solon reconnait le danger des idées exclusives dans le traitement des maladies, il repousse toutes les exagérations et plante le drapeau de sa candidature sur le terrain de l'ecclectisme.

II. M. REQUIN.

M. Requin s'attache aux termes même de sa question. C'est un plan d'enseignement qu'il recherche pour les deux sciences, objet du concours, et ce plan doit s'adapter à un cours de la Faculté de Paris : que faut-il faire entrer dans ce cours? Dans quelle mesure les sciences accessoires, la pathologie, la clinique fourniront-elles à l'enseignement de la thérapeutique et de la matière médicale? Il convient avant de fonder le plan de ce cours de rechercher les principes propres à en déterminer les limites. Quelques définitions sont nécessaires. Qu'est-ce que la thérapeutique? L'application des moyens puisés dans la matière médicale au traitement des maladies. Elle est générale, quand elle développe des règles qui se rapportent à un grand nombre d'affections; quand elle retrace les circonstances sur lesquelles le praticien se guide dans tous les cas donnés; spéciale, quand elle discute le mode thérapeutique d'une maladie considérée comme une unité isolée. Deux mots que les anciens ont fait valoir résument le but et l'importance de la thérapeutique : *indicantia*, *indicata*. Quant

aux problèmes philosophiques qui jalonnent le chemin du praticien, il faut les laisser aux pathologistes. Ce n'est pas à la thérapeutique à faire la part de l'empirisme, la part du rationalisme dans le traitement des maladies; à différencier la méthode révulsive de la méthode dérivative ou perturbatrice, etc. Celse divisait la matière médicale en hygiénique, pharmaceutique, chirurgicale. Celle-ci est l'affaire de la chirurgie. L'hygiénique, qui se compose des six choses non naturelles, appartient au cours d'hygiène, surtout si ce cours est fait par un praticien. Reste la matière médicale pharmaceutique qui rentrera dans le cours qu'il s'agit de faire. L'auteur cherche à la circonscrire, cite Galien, Oribase dont le texte lui paraît familier, Willis, le Dict. de l'Acad.; il repousse le mot pharmacologie dont M. Barbier s'est servi le premier parmi les auteurs français. Pour M. Requin, il y a dans la thérapeutique deux sciences, celle du pharmacien et celle du médecin; ce qui importe à celui-ci, c'est de fixer les indications et les contr'indications; ce qui importe à celui-là, c'est d'étudier les médicamens dans leur nature, leur préparation, etc. La plupart des traités de pharmacologie qui existent se rapportent à la connaissance pure et simple des médicamens et ne présentent pas les considérations médicales que recherche le praticien. L'auteur propose de ressuciter le vieux mot pharmaceutique qui comprendrait la pharmacologie et la thérapeutique.

Il passe ensuite à la définition du médicament, le distingue en officinal et magistral, et se propose de l'étudier dans l'ordre suivant : 1° Synonymie; il est nécessaire d'y insister, vu les changemens de nomenclature et l'origine latine ou grecque de la plupart des termes usités en matière médicale; l'auteur cite quelques exemples et se laisse aller à son goût pour les exercice philologiques; 2° histoire naturelle du médicament, sortes commerciales; 3° caractères physiques; 4° analyse chimique, étude de la composition des médicamens, de leurs principes actifs; d'où naissent des rapprochemens entre diverses classes d'agens médicinaux; 5° incompatibilité; 6° sophistication; 7° préparation. Voilà pour le médicament, considéré dans les limites de la matière médicale. Il s'agit maintenant d'en poursuivre l'étude sous le point de vue de la thérapeutique; celle-ci donne les chefs suivans : 1° vertus médicamenteuses que Linné désignait sous le nom de *vis*, que M. Barbier a attaquées en expliquant les effets primitifs et secondaires des médicamens, vertus que l'on ne saurait toutefois dénier à la classe d'agens connus sous le nom de spécifiques; 2° mode d'emploi; ici se place l'examen des méthodes endermique, pneumiatrique, iatroleptique, galvanique (galvano-mercurielle, proposée en ces derniers temps); 3° posologie; 4° indications, *usus* de Linné; 5° contr'indications; 6° abus, inconvéniens de l'emploi prolongé d'un médicament (salivation, hydrargyrose); 7° moyens de remédier à ces dangers.

Outre ces différens points qu'il faut éclaircir à l'encontre de chaque substance médicamenteuse, plusieurs d'entre elles comportent un historique rapide de leur introduction dans la pratique, des luttes qu'elles ont provoquées, des abus que l'on en a faits, etc. (quinquina, antimoine, opium, mercure).

Comment arriver à la découverte des propriétés physiologiques et thérapeutiques qui distinguent les médicamens? C'est ici un des points ardus de cet enseignement. Il faut se défendre de l'influence des mots, il faut effacer la plupart des dénominationss imposées aux nombreux agens qui composent l'arsenal de la thérapeutique: purgatifs, emménagogues, sudorifiques, etc.; ce sont étiquettes souvent inexactes. L'action des médicamens ne se résume pas dans un résultat constant, invariable; ne se limite pas à tel organe ou à tel ordre de phénomènes. Les circonstances individuelles des malades font mentir les noms donnés aux médicamens. On a essayé de grouper les substances pharmaceutiques en déduisant leurs propriétés médicales, soit des caractères botaniques, soit de l'analyse de leurs principes actifs, soit des expériences instituées par leur administration aux animaux, soit enfin par l'observation des effets qu'ils déterminent chez l'homme sain. Il convient de faire converger ces voies d'enquête au même but, de profiter de tous ces moyens de classement, car ils ont chacun sa valeur et il s'y ajoute une ressource de plus: celle des hasards de l'empoisonnement par différentes substances; ces accidens ont servi à la science et ont fait naître toute une classe de moyens médicamenteux, les antidotes.

Reste à s'arrêter à une classification de médicamens. L'ordre arithmétique est trop confus. Linné a basé sa classification sur l'histoire naturelle, Murrey sur la chimie. Les pharmaciens voudront de l'ordre pharmaceutique. L'inconvénient de chacune de ces classifications, c'est de n'être point médicale. Le cours de thérapeutique ne peut répéter celui de chimie, d'histoire naturelle, etc. C'est sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques des médicamens qu'il faut adapter l'ordre de leur exposition. Il est vrai qu'un médicament peut manifester des propriétés diverses selon son mode d'administration, les idiosyncrasies, etc. Vomitif, purgatif, contro-stimulant, le tartre stibié est tout cela tour à tour au gré des mains qui le manient. Mais quel mal que ces répétitions? On se répète dans tous les enseignemens. Avant de faire connaître la distribution des médicamens qu'il adopte, M. Requin, empruntant à Schwilgué le mot médicamentation, le définit et la distingue de médication. Le sens du premier mot est plus général, et il l'adopte pour chaque groupe de substances médicinales qu'il fait figurer dans sa classification; il donne le plan de cours qu'il donne non pour le meilleur, mais pour le moins mauvais; le voici : Ire Partie. Préceptes généraux sur l'art de formuler, auquel il rattache l'examen des principales formes sous lesquelles sont administrés les médicamens, les correctifs qu'il distingue en édulcorans, aromatisans, colorans; l'eau considérée comme excipient. C'est encore dans cette partie du cours qu'il range l'étude des eaux minérales. IIe Partie: Médicamentations : 1° *Medicam. parasiticide* : antipelliculaire, antipsorique, anthelmintique, etc.; 2° *M. spécifique* ou *nosocratique*, terme nouveau que l'auteur propose en le justifiant. Pour lui, le spécifique est un médicament qui exerce une action directe sur la maladie et en gouverne pour ainsi dire la marche. Il met en doute le caractère spécifique attribué aux contre-stimulans qu'il relègue dans sa classe sixième; 3° *M. physique*, ou si l'on veut avec l'auteur, physico-pratique (amadou, colophane, mercure employé comme désobstruant); 4° *M. chimique* ou chimico-pratique (yeux d'écrevisse, lithontriptiques, antidotes); 5° *Méd. vitale locale* (émolliens, astringens, phlegmasiques, tels que rubéfians, etc.); 6° *Méd. vitale* générale ou modifiant tout l'organisme : A. Médicamentation délayante. B. M. excitante. C. M. corroborante. D. M. dépurante, etc.; 7° *Médicamentations spéciales*, narcotiques, sialagogues, émétiques, sternutatoire, sudorifiques, diurétiques, exhilarans (café, safran, etc.), etc.

III. M. Guérard.

Dans les généralités qu'il a jetées en tête de sa composition, M. Guérard définit la médication et les médicamens, distingue la thérapeutique et la matière médicale, indique les sources où puisent ces deux sciences, insiste sur le but général des médications et le but spécial des médicamens. Il passe ensuite en revue :

1° L'origine des vertus médicamenteuses. Leur découverte est due au hasard, à l'empirisme, aux expériences sur les animaux, à l'induction, à l'observation clinique. La comparaison de substances encore inexplorées avec d'autres médicamens déjà connus: a parfois mis sur la voie de leur action thérapeutique; c'est ainsi qu'a fait de Candolle, qui s'est aidé, pour l'étude de leurs propriétés médicamenteuses, de la notion comparée de leurs caractères botaniques. M. Guérard entre ici dans des détails qui attestent son érudition spéciale. Les expériences faites avec les poisons sur les animaux ne méritent pas toute la confiance qu'on leur accorde; la spécialité d'organisation fait varier les effets et les nuances de l'empoisonnement; des agens toxiques pour l'homme peuvent y être ingérés impunément par certains animaux. Les expériences que beaucoup de médecins, notamment en Allemagne, ont tentées sur eux-mêmes, ne sont pas non plus d'une valeur décisive; qui ne sait combien l'influence du moral modifie celle des médicamens? D'ailleurs, les conditions de l'homme malade et celles de l'homme sain ne sont pas identiques. Le premier supporte des doses de médicament qui le feraient périr pris dans l'état physiologique (opium à haute dose dans le tétanos). C'est à l'observation, dit M. Guérard, de fixer désormais la place que doivent occuper les médicamens; mais elle a des difficultés qu'il est loin de méconnaître.

2° Les causes qui font varier l'action des médicamens. Elles sont 1° inhérentes au sujet, sexes, âges, professions, idiosyncrasies, etc. Cette dernière condition exerce parfois une influence singulière; M. Guérard cite l'exemple d'un ouvrier qu'il a traité à l'hôpital Saint-Antoine, et qui, atteint d'une fièvre intermittente, n'a pu s'en débarrasser après avoir pris jusqu'à un demi-gros de sulfate de quinine par jour; quelques grains de salicine firent cesser les accès; ainsi un succédanée plus faible peut guérir ce que n'a point guéri un médicament héroïque, grâce à l'individualité idiosyncrasique. La répugnance est aussi au nombre des causes qui font varier le résultat d'une médication. 2° Inhérentes aux circonstances extérieures parmi lesquelles il faut noter les saisons, les climats; les localités, les épidémies; on sait les tâtonnemens de Sydenham, au début de chaque épidémie, avant qu'il eût saisi la véritable voie de traitement. L'état aigu ou la chronicité des affections, les complications, les récidives influent également sur l'action des médicamens. D'autres causes sont 3° inhérentes à l'agent thérapeutique lui-même; ainsi, pour les substances végétales, l'époque de leur culture et de leur récolte, les insectes qui se développent dans les médicamens organiques, etc., sont autant de causes qui altèrent leurs vertus. Les médicamens tirés du règne minéral ne sont pas plus exempts d'altérations; l'industrie les falsifie; la préparation pharmaceutique contribue à leur efficacité; l'auteur insiste sur la nécessité d'une bonne méthode de préparations, et cite à l'appui de ce principe plusieurs médicamens dont l'efficacité varie selon leur méthode d'élaboration pharmaceutique. Leur puissance médicinale augmente ou diminue par l'effet de leur association avec d'autres agens; ici se présentent les considérations relatives à l'incompatibilité. M. Guérard blâme les formules trop compliquées.

3° Les voies d'introduction des agens médicamenteux : ce sont la peau, la surface muqueuse, les veines, l'acupuncture.

4° L'action des médicamens. Elle est mécanique, chimique, vitale locale, vitale générale; il faut encore la discerner en primitive et secondaire.

5° Le but que se propose la thérapeutique. Soit que l'on agisse sur un organe malade ou sur le produit de la maladie (vers, pus, etc.), on tend toujours à guérir, à prévenir la maladie, ou, du moins, à en retarder la marche, médications curative, prophylactique, palliative.

6° Après avoir développé ces prolégomènes de thérapeutique où il a semé beaucoup de notions d'histoire naturelle, l'auteur arrive au problème de la classification; il pense qu'elle ne saurait avoir de meilleur fondement que l'organisme lui-même; il propose de parcourir l'immense série des agens thérapeutiques d'après l'ordre physiologique, rapportant à chaque appareil ou fonction le médicament qui l'impressionne d'une manière notable. Toutefois, il réserve deux classes d'agens qu'il ne croit pouvoir rattacher à aucun organe en particulier, ce sont ceux dits spécifiques, et les médicamens *incertæ sedis*.

IV. M. Sandras.

C'est une œuvre difficile que le plan d'un cours de thérapeutique. Point de classification méthodique dans les auteurs. Il est une loi qui règle l'organisation de toute science; elle se déduit du but de chaque science. Ici le but est complexe; il s'agit d'étudier 1° les médicamens, 2° leur action sur les organes envisagés dans ces états de vie nouvelle qu'on appelle maladies. Ces deux objets constituent, l'un la matière médicale, l'autre la thérapeutique. Il faut subordonner le moins capital aux plus importans; or, ce qui est d'urgence, c'est la guérison des maladies; ce qui intéresse avant tout le praticien, c'est le maniement opportun et mesuré des substances médicamenteuses. Le professeur de ce cours doit éviter les détails de la droguerie; une méthode sévère le guidera à travers ce dédale; il devra fixer un bout du fil de cette méthode à la thé-

rapeutique et parcourir avec l'autre les détails de la matière médicale. L'ordre dans lequel les modificateurs thérapeutiques veulent être étudiés est l'ordre fonctionnel des organes sur lesquels ils agissent; quelques-uns se refusent à cette classification, et semblent doués d'une grâce d'action spéciale sur certaines maladies; de là deux divisons : 1° les modificateurs des fonctions des organes; 2° les modificateurs des maladies. Trois fonctions peuvent être considérées comme élémentaires; liées entre elles par une indissoluble solidarité, elles se rencontrent réunies dans tous les tissus, dans tous les organes : ce sont l'inervation, la circulation, la nutrition. Ce sont aussi les modificateurs thérapeutiques de ces trois grandes fonctions dont l'étude doit être placée en première ligne. Parmi ces modificateurs, il en est dont l'action marque particulièrement sur une portion déterminée des organes chargés des trois fonctions principales; l'opium agit spécialement sur le cerveau; la belladone sur la sensibilité tactile de l'iris; la strychnine sur la moëlle, la digitale sur le cœur, le plomb sur le système nerveux abdominal, etc. Viennent ensuite les modificateurs des autres fonctions, la respiration ne peut être modifiée qu'indirectement; l'auteur déclare sans utilité les tentatives de médication directe que l'on a renouvelées sur les organes de l'hématose. Ce sont les organes de la digestion qui possèdent la matière médicale la plus riche. La dépuration urinaire et la transpiration cutanée reconnaissent des modificateurs dans les substances qui activent la sécrétion des urines, ou qui en font varier la composition, dans les sudorifiques dont la réputation universelle est fondée sur une efficacité non-douteuse; les antagonistes de ces derniers agens sont l'agaric, l'acétate de plomb. Il est des modificateurs qui exaltent les fonctions génératrices (aphrodisiaques) ou qui les dépriment, secondés surtout par la direction des soins hygiéniques. Quant aux emménagogues, ils n'agissent pas seuls et sollicitent également un concours de moyens.

Après avoir assigné aux principales fonctions leurs modificateurs thérapeutiques, M. Sandras traite des voies d'introduction des médicamens, de leur dosation, de leurs formes pharmaceutiques.

Restent les agens non classifiables d'après l'ordre fonctionnel, tels que le quinquina, le mercure, le tartre stibié, etc. Ils constituent une partie spéciale de la thérapeutique. L'auteur croit devoir les présenter en regard des maladies qu'ils guérissent; il traitera du soufre à l'occasion de la gale, de l'iode au sujet des scrofules, des résines à propos des écoulemens muqueux; le tartre stibié à haute dose sera examiné dans la pneumonie, les toniques astringens dans la débilité réelle, les antidotes dans les divers empoisonnemens, etc. La plupart des médicamens spécifiques sont des découvertes modernes; ils forment la meilleure portion de la matière médicale, ils sont la fortune du praticien.

A cette composition, l'auteur a joint un tableau synoptique pour la classification des médicamens, et qui est, sous une forme différente, la reproduction littérale de ce qui précède.

V. M. BOUCHARDAT.

L'auteur débute par des généralités sur l'association de la thérapeutique et de la matière médicale. Tous les agens que celle-ci nous présente sont des produits organiques ou inorganiques. Ces derniers seront-ils rangés d'après la division chimique ? Elle a ses avantages : principes communs, propriétés communes. De plus, leur groupement d'après la chimie facilite les formules. Les substances végétales ont été disposées d'après leurs parties analogues, racines, feuilles, fleurs, etc. C'est une pauvre classification. Suivra-t-on la méthode naturelle ? Elle rapproche les succédanées; mais elle convient moins au thérapeutiste qu'au botaniste. Les anciens auteurs faisaient de la classification des médicamens une affaire de mots; ils les appelaient fébrifuges, anti-scorbutiques, anti-syphilitiques, etc. Mais tel médicament peut guérir dans des cas divers de maladie. C'est, d'après les propriétés secondaires des médicamens que M. Bouchardat établit leur distribution; il est vrai que plusieurs agens, comme les stimulans généraux, les anti-spasmodiques sont disputés par plus d'une section. Mais les propriétés dominantes qu'ils manifestent décideront leur classement. Voici la classification adoptée par M. Bouchardat, et qui ne diffère guère de celle de M. Barbier : 1° toniques, 2° astringens, il distingue ces deux classes d'agens dans leurs effets et discute leurs rapports; 3° stimulans généraux diffusibles ou non diffusibles; 4° stimulans spéciaux. Ils sont absorbés et provoquent une résistance spéciale de l'organe chargé de les éliminer; tétaniques, diurétiques, narcotiques, anti-spasmodiques; l'auteur donne sur ces divers ordres de médicamens une foule de détails botaniques et chimiques; 5° altérans; 6° évacuans, émétiques et purgatifs; ils n'agissent pas en irritans mais en stimulant d'une façon spéciale la muqueuse digestive; 7° rubéfians; 8° caustiques; 9° vermifuges; 10° tempérans; 11° émolliens; 12° anti-phlogistiques.

Etant donnée une classe, les subdivisions secondaires seront celles-ci : 1° Agens physiques; 2° agens chimiques, et pour chacune de ces subdivisions, A, substances organiques, B, substances inorganiques.

Voici dans quel ordre M. Bouchardat traitera de chaque médicament : synonymie, partie employée, variétés, sortes commerciales, propriétés physiques, sophistication, propriétés chimiques (principes actifs). Action physiologique d'où découlent les applications en thérapeutique; action locale, c'est-à-dire absorption du médicament, phénomène qu'il faut étudier dans les modifications des différens appareils et noter surtout la fonction qui est spécialement actionnée par l'absorption de la substance. — Usages thérapeutiques; ce point est essentiel; comment les établir? — Faut-il parcourir le cadre nosologique et s'enquérir à chaque maladie de l'opportunité du médicament? Non; c'est par voie d'éclectisme qu'il faut procéder, et examiner d'abord les effets du médicament dans la maladie où son action est le plus tranchée. Soit les martiaux; c'est dans la chlorose qu'on les étudiera d'abord, puis dans les affections où leur efficacité est moins flagrante.

VI. M. COTTEREAU.

Définition des médicamens. La thérapeutique est l'étude des mutations organiques qui résultent de leur impression sur nos tissus; elle indique leurs usages et fait connaître leurs diverses associations. M. Cottereau divise le cours en deux parties. Ire PARTIE. Généralités sur la matière médicale et la thérapeutique; méthodes diverses, méthode révulsive, perturbatrice etc. Déterminer l'indication de l'une ou l'autre de ces méthodes. L'auteur passe ensuite à l'expérimentation des substances thérapeutiques sur l'homme et sur les animaux; il parle de la substitution et de la sophistication des médicamens, double fraude qu'il flétrit avec une prolixe indignation. Il signale les décompositions réciproques des médicamens entre eux, les formes les mieux appropriées pour leur emploi, les règles relatives à la rédaction des formules. Les circonstances qui font varier les effets des médicamens sont ensuite énumérées : âges, sexes, idiosyncrasies, climats, saisons, professions, nature des maladies, etc. La dosation est subordonnée à ces causes qui nécessitent tantôt une augmentation, tantôt une diminution des quantités médicamenteuses. Il termine cette partie en revenant sur l'art de formuler et en indiquant les voies d'introduction des médicamens. II. PARTIE Elle comprend les médications; M. Cottereau adopte l'ordre de M. Barbier dont il reproduit littéralement le tableau, en dissertant sur les conditions chimiques qui font les toniques, les excitans, etc. Il range néanmoins dans les purgatifs le ricin que M. Barbier place parmi les laxatifs; ceux-ci, dit M. Cottereau, ne doivent comprendre que les huiles grasses. Quant aux agens que M. Barbier appelle *incertæ sedis*, après y avoir profondément réfléchi, M. Cottereau maintient cette classe. Il déroule ensuite l'ordre dans lequel il exposera tout ce qui se rapporte à chaque médicament.

VII. M. CASENAVE.

Le plan du cours qu'il s'agit de faire comprend deux choses : l'esprit général qui doit le vivifier, et la coordination des matériaux dont se compose la thérapeutique, et qui constitue la méthode, la classification. La thérapeutique a pour but le rétablissement de la santé; elle s'appuie sur une foule de connaissances, l'anatomie, la physiologie, etc. Les moyens dont elle use sont hygiéniques, chirurgicaux ou médicamenteux. Deux termes, deux puissances, sont, pour ainsi dire, en présence, le médicament d'une part, la maladie de l'autre; il faut en étudier le conflit pour le diriger; ceci exige la connaissance précise des indications, et c'est là que gît la thérapeutique, et la thérapeutique, c'est toute la médecine; science de tact et d'observation, elle embrasse toutes les connaissances médicales en s'élevant, et quand elle s'abaisse elle constitue notre art de chaque jour. Après ces considérations, l'auteur esquisse un historique rapide des phases de la thérapeutique qu'il montre se traînant dans le rayon des systèmes. Aristote, l'école d'Alexandrie, les Arabes; l'alchimie qui se résume en Paracelse, ont modifié successivement la thérapeutique; elle suit encore les variations de la médecine sous le règne des mécaniciens, des psycologistes, ayant Stahl à leur tête, de l'école empirique moderne fondée par Sydenham. C'est cette subordination à toutes les théories en vogue qui explique la médiocrité de ses progrès; elle a été le jouet des systèmes, au lieu de les inspirer et de les dominer.

Sur quelles bases convient-il d'asseoir la classification des médicamens ? Sur leurs caractères botaniques (méd. végétaux) ? Il est vrai que l'on argue des analogies médicamenteuses qu'en a déduites de Candolle; mais l'auteur attaque les inexactitudes de ces rapprochemens. Sur leurs propriétés physiques ? mais elle est trop instable, les exceptions trop nombreuses; on ne peut rien conclure de certain d'après la saveur, la couleur d'une substance, etc. M. Casenave étend inutilement cette discussion, personne n'ayant proposé cette classification. L'action des médicamens serait le meilleur fondement d'une classification; mais elle n'a rien de constant; il est deux considérations qui la dominent, les doses et les individualités. Le médicament est le rapport entre la substance médicinale et l'organe vivant et malade; ce rapport est variable. L'auteur résume ainsi cette partie de son travail : 1° L'imperfection de la thérapeutique s'explique par sa subordination aux systèmes, alors qu'elle ne devait se régler que sur l'expérience et sur l'observation; 2° elle a été réhabilitée par l'empirisme; 3° Les classifications nombreuses qu'on a faites des médicamens ont nui à ses progrès.

Quant au plan à suivre dans l'enseignement, M. Casenave fait d'abord connaître le médicament sous les rapports chimique et physique; puis, il l'examine au moment où il devient médicament par la réaction des organes qu'il impressionne; il accorde une valeur légitime à l'expérimentation des médicamens sur l'homme sain; on peut conclure, dit-il, du physiologique au pathologique, le rapport est vrai. La connaissance des modifications physiologiques produites par le médicament doit profiter au traitement des maladies. Les expériences sur les animaux vivans lui paraissent aussi très concluantes; aidées des lumières de la chimie organique, elles peuvent conduire à la notion du *modus operandi* des médicamens. Il faut se garder de le préjuger par des hypothèses, et repousser toutes les explications qui ne sont pas étayées sur l'exacte investigation des faits. Un sage scepticisme doit guider le thérapeutiste. C'est en vertu de cette réserve qu'il recommande que le candidat refuse toute importance aux méthodes adoptées pour l'enseignement de la thérapeutique; il n'en préfère aucune, et se tiendrait au besoin à l'ordre alphabétique. Celle qui a pour base les analogies chimiques lui paraîtrait la meilleure, si tous les rapprochemens étaient faits. M. Casenave formule son plan en quatre parties : I. Etude des médications, ou expressions des modifications physiologiques déterminées par les médicamens; II. Voies et méthodes d'administration de ceux-ci; III. Des agens médicamenteux eux-mêmes; IV. De leurs effets thérapeutiques. Les médications se rangent, selon M. Casenave, dans les divisions suivantes : tonique, astringente, stimulante-locale, stimulante-générale émolliente, délayante, antiphlogistique, narcotique, anti-spasmodique, évacuante (vomitive, diurétique, etc.)

spécifique. S'il n'y a pas de médicamens qui méritent ce nom, il est à coup sûr des médications spécifiques. L'auteur entre dans quelques détails sur plusieurs de ces classes, et termine par là cette composition, qui a été surtout conçue au point de vue pratique.

VIII. M. BAUDRIMONT.

Il faut faire profiter le passé à la science, dit l'auteur; un historique de la matière médicale et de la thérapeutique a donc sa place en tête de cette composition. Par malheur, cet historique nous a paru fort incomplet et dépourvu d'appréciation. M. Baudrimont nomme Théophraste et Dioscoride, qui ont indiqué une foule de médicamens, sans en avoir étudié les propriétés, Hippocrate, Celse, Galien, dont les écrits présentent une foule d'observations à coordonner, Avicenne et l'école arabe, qui ignorait les sciences expérimentales. Vient ensuite la période de la scholastique. M. Baudrimont fait un grand éloge de Boerrbave, qui a laissé des traités de botanique, de chimie, de matière médicale, de médecine, ouvrages si divers, et qui portent tous l'empreinte du génie. Boerrbave établit trois catégories de médicamens: 1° ceux qui agissent sur les solides; 2° ceux qui agissent sur les liquides; 3° ceux qui agissent sur les solides et sur les liquides à la fois. Linné a fait aussi un traité de thérapeutique, où il distingue ce qu'il appelle *vis* et *usus*, la propriété médicamenteuse et l'effet curatif, distinction développée par Barbier, sous la dénomination d'effets primitifs et secondaires du médicament. Les voyageurs, parmi lesquels il faut citer surtout Humboldt, Bonpland, ont aussi contribué aux progrès de la thérapeutique, ainsi que les chimistes. Vers 1700, l'analyse des purgatifs fut tentée au moyen des dissolvans: c'est là le premier essai d'analyse des substances organiques, qui est devenu depuis le point de départ de si prodigieuses découvertes. Les naturalistes ont décrit les médicamens; d'illustres médecins en ont noté les effets. Le candidat cite les expériences de Fontana sur l'absorption veineuse; de Storck, sur les solanées; de MM. Magendie et Orfila, sur les agens toxiques; de M. Coindet, sur l'iode; des Italiens sur l'émétique à haute dose, etc. Il rappelle les travaux de Morgagni, Cullen, Brown, Broussais, et félicite notre époque de sa tendance moins exclusive. Il passe ensuite en revue les principaux traités de matière médicale, s'attaque à la classe des médicamens *incertæ sedis*, adoptée par Barbier, lui reproche de confondre les astringens et les toniques, les émolliens et les huileux, justement distingués par Linné, fait valoir à cette occasion les rapprochemens et les séparations d'espèces faites par les botanistes (les copaïfères sorties des térébinthacées et placées dans les légumineuses, par M. Richard, etc.).

Au demeurant, il y a trois manières de classer les médicamens: 1° selon leurs propriétés médicales; 2° selon leur action physiologique; 3° selon leur organisation naturelle, en supposant celle-ci en rapport avec leurs propriétés. M. Baudrimont veut une méthode pour la matière médicale; une autre pour la thérapeutique; loin de se unire, ces deux méthodes, suivies dans le même cours, se prêteront un contrôle mutuel. A la matière médicale, la méthode chimique et botanique sans retour sur les motifs de cette classification. Celle-ci vaut mieux que la classification empruntée aux propriétés médicamenteuses, qui varient selon les doses et les individualités. Quelle marche adoptera-t-on pour la thérapeutique? Chaque médication pivote sur deux conditions: 1° un médicament; 2° un être qui le reçoit en lui. L'action du médicament se manifeste seulement par les changemens produits en ce dernier; ces changemens se rapportent, quels qu'ils soient, à une ou à plusieurs fonctions; c'est donc l'ordre organique ou fonctionnel qu'il faut appliquer à la thérapeutique. L'auteur en fait l'essai sur les médicamens qui s'adressent au système nerveux. Enfin, il veut, pour ce cours, une introduction sur les propriétés générales des médicamens, sur leur dosation, etc., introduction qui présenterait aux élèves les élémens de pharmacie qui leur sont nécessaires.

IX. M. TROUSSEAU.

Qu'est-ce que le plan d'un cours? On peut considérer le cours indépendamment des matières, et ne s'occuper que de la répartition de celles-ci. La classification est chose secondaire, une méthode, non un plan. L'auteur annonce qu'il définira d'abord les mots; puis il indiquera les rapports de la matière médicale et de la thérapeutique avec les autres sciences, les sources où puisent celles-là; enfin, il terminera par un essai de classification, si l'état actuel de la science le comporte.

La matière médicale est la réunion systématique des agens divers appliqués à l'homme malade pour rétablir sa santé. La thérapeutique est l'histoire de l'influence exercée sur l'homme par un certain nombre d'agens; c'est une collection de faits, non de principes; la thérapeutique n'est pas encore une science.

I. *Matière médicale*. M. Trousseau fait ressortir, à l'aide d'une foule de détails botaniques et chimiques, la nécessité de reconnaître dans leurs sources les agens que nous employons; il insiste sur l'importance de leur préparation et des formes diverses sous lesquelles ils sont administrés, formes qui influent sur leur action. Il fait valoir, avec les mêmes ressources d'érudition, les services rendus à la matière médicale par la chimie organique; c'est elle, dit M. Trousseau, qui nous a débarrassés des formules complexes et des remèdes monstrueux qui se décomposent mutuellement.

II. *Thérapeutique*. Elle repose sur les bases suivantes: 1° Physiologie expérimentale. La modalité des animaux n'est pas identique à celle des hommes; cette différence infirme singulièrement les expériences; on sait que la ciguë qui tue l'homme est mangée impunément par beaucoup de ruminans; l'alcool lait périr certains animaux et ne devient nuisible à l'homme que par gradation; l'auteur multiplie les exemples et s'appuie particulièrement sur les travaux de MM. Péligot et Henri. Mais les expériences sur les animaux sont concluantes quant à l'absorption des substances. Les expériences sur l'homme sont fortuites ou volontaires, l'auteur rappelle le passage du mercure dans le sang, dans le lait des nourrices, la guérison simultanée et fortuite d'un catarrhe pulmonaire et d'un écoulement blennorrhagique par le baume de copahu, etc. Il insiste sur les différences d'action des médicamens sur l'homme sain et sur l'homme malade; celle des antispasmodiques ne se dénote pas chez une personne bien portante et guérit les femmes hystériques. 2° Toxicologie. Le médicament doit être étudié dans son action toxicologique, s'il en a; celle-ci peut être utilisée pour la thérapeutique; ainsi la fève de saint Ignace dans les paralysies chroniques; ainsi la saignée dans les empoisonnemens par l'arsenic (Orfila). 3° Empirisme. On lui doit la découverte ou l'usage de nos plus efficaces médicamens, quinquina, mercure, etc. Toutefois il ne faut pas confondre l'empirisme brutal qui attend de la fatalité la consécration de ses tentatives avec l'empirisme intelligent, *à posteriori*, qui exprime la résignation aux faits incompris. 4° Clinique expérimentale. Cette partie, qui est la plus remarquable de l'écrit de M. Trousseau, commence par des généralités touchant la rigueur nécessaire aux faits cliniques. Il y a ici plus à déblayer qu'à édifier. L'expérimentation clinique exige la solidité du diagnostic, la connaissance exacte de la marche des maladies. Que de médicamens indiqués dans les auteurs contre la phthisie, et qui tous l'ont guérie? Savez-vous pourquoi? Le diagnostic était erroné. Guérir par le mercure un rhumatisme en vingt-un ou vingt-sept jours, c'est tout simplement assister au cours de la maladie. L'âge, le sexe, la saison, l'influence épidémique, etc., font varier le légitime résultat de l'expérimentation clinique. Observer n'est pas assez, il faut encore compter les faits. 5° Induction analogique. Le nitrate d'argent, le sublimé corrosif, le sulfate de zinc guérissent certaines conjonctivites, certaines blennorrhagies, etc. Il faut étendre le groupe de ces faits et les systématiser: on arrivera par l'induction à cette formule: il y a certains irritans qui guérissent les irritations.

La matière médicale est l'explication des agens employés par le praticien; la thérapeutique est la consécration expérimentale de leurs effets curatifs. Le groupement de ces agens doit être dressé d'après la thérapeutique, non d'après la matière médicale. Toute classification ne doit être envisagée que comme un moyen d'étude, non comme un plan inattaquable, vu les propriétés multiformes des médicamens. M. Trousseau n'en propose point ou renvoie à celle qu'il a suivie dans son ouvrage et qu'il n'espère point voir surnager dans le grand naufrage commun des classifications.

VARIÉTÉS.

— Nous avons reçu de M. le docteur Floquin, de Smyrne, la relation de phénomènes curieux observés chez deux jeunes filles, phénomènes qui paraissent pouvoir être rapportés à l'électricité animale. Malgré la confiance que nous inspire l'honorable auteur de cette communication, nous attendrons, pour la publier, que de nouvelles observations aient pu être faites de manière à donner aux phénomènes extraordinaires dont il s'agit le caractère de la réalité scientifique.

— La Société de médecine de Paris met au concours la question suivante:

« Quelles sont les maladies susceptibles de se communiquer des animaux à l'homme? Quelles conditions sont nécessaires pour que ces communications aient lieu? Quelles modifications éprouvent les maladies transmises? Quelles sont les indications préservatrices ou curatives? Quel parti la thérapeutique humaine peut-elle tirer de ces communications? »

Un prix de 300 fr. sera décerné à l'auteur du mémoire couronné.

Les mémoires devront être adressés (franco), avant le 1er janvier 1841, à M. Prus, secrétaire-général de la Société, à la Salpêtrière, rue de l'Abbaye, n. 12.

— M. le docteur Donné recommencera, le 8 mai prochain, à trois heures, son cours public et pratique d'observations microscopiques, dans l'amphithéâtre de M. le professeur Paul Dubois (clinique de la Faculté).

Les leçons suivantes auront lieu les mercredi et vendredi à la même heure.

Ce cours recevra cette année des développemens particuliers; il comprendra non seulement l'anatomie des tissus, l'analyse des élémens organiques et les applications du microscope à la physiologie, à la pathologie et aux études médicales en général; mais M. Donné se propose de répéter toutes les expériences qui seront indiquées dans les cours de la Faculté, en particulier dans ceux de chimie organique et de physiologie, de manière à compléter cette partie de l'enseignement dont la matière et l'importance augmentent chaque jour.

Il mettra sous les yeux des élèves les principales formes de microscope, afin de leur faire connaître les perfectionnemens que cet instrument a subis depuis un siècle jusqu'à ces derniers temps. Une chambre obscure étant disposée dans l'amphithéâtre, il entreprendra les applications du microscope solaire à la démonstration.

Un nombre suffisant de microscopes permettra aux élèves de répéter les expériences après chaque leçon.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 18. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 4 MAI 1839.

Gazette Médicale DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ANATOMIE.

DE L'ANATOMIE DESCRIPTIVE ET CHIRURGICALE DES APONÉVROSES ET DES MEMBRANES SYNOVIALES DE LA MAIN, DE LEUR APPLICATION A LA THÉRAPEUTIQUE ET A LA MÉDECINE OPÉRATOIRE; par G.-E. Maslieurat-Lagémard, interne de l'Hôtel-Dieu, membre de la société anatomique, etc.

Après les descriptions qui ont été données et les recherches faites sur les aponévroses de la main, par nos chirurgiens et nos anatomistes les plus habiles, il semblera peut-être étrange à quelques-uns que je vienne aujourd'hui indiquer des détails nouveaux et relever des erreurs qui, je crois, ont été commises. Quelle que soit l'idée qu'on puisse s'en former, je me décide cependant à faire connaître le résultat auquel m'a fait parvenir un travail assidu et commencé sans aucune idée préconçue. Ce résultat a été constamment le même, malgré la multiplicité de mes dissections; et si dans quelques cas, je l'avais vu varier, j'aurais été beaucoup plus réservé pour le faire connaître, et je ne m'y serais décidé qu'après avoir entrepris une nouvelle série de recherches. Mais, je le répète, j'ai dû croire à la régularité de la disposition que bientôt je vais décrire par l'uniformité constante qu'elle m'a toujours présenté.

Mes descriptions seront faites sur le cadavre, et chacun pourra les vérifier sur la série de pièces sèches que je possède sur le sujet.

Tous les anatomistes ont indiqué des membranes synoviales, des bourses muqueuses qui enveloppent les tendons des muscles de la main et de l'avant-bras; chacun en a décrit les altérations pathologiques, au moins en partie, et aucun n'a indiqué comment elles se comportent autour de ces tendons; soit négligence, soit défaut de moyens propres à arriver au résultat qu'ils désiraient, les anatomistes de nos jours y rattachant cependant une extrême importance sous le rapport chirurgical, ne s'en sont pour ainsi dire pas occupés, et personne, que je sache, si ce n'est M. Cruveilhier qui l'a fait d'une manière très imparfaite, n'a cherché à les décrire comme les enveloppes fibreuses.

Je n'indiquerai dans ce travail que les bourses muqueuses de la main, me réservant plus tard à signaler la disposition de celles du pied et des autres faisceaux musculaires, le temps ne m'ayant pas encore permis de compléter ce travail qui demande de longues et délicates recherches.

APONÉVROSES DE LA MAIN.

Comme tous les auteurs l'ont indiqué, les aponévroses de la main se divisent en aponévroses dorsales et palmaires; les unes et les autres présentent des feuillets superficiels et profonds.

Les feuillets aponévrotiques situés à la région dorsale de la main n'offrent aucune disposition particulière qui n'ait été signalée dans les beaux traités d'anatomie de MM. Cruveilhier, Blandin, etc., et pour ces motifs,

Feuilleton.

GALERIE MÉDICALE.

N° IX.

DESGENETTES (AIMÉ-NICOLAS-DUFRICHE).

« La gloire se doit toujours mesurer aux moyens dont on s'est servi pour l'acquérir. »

(Larochefoucauld.)

Selon La Bruyère, il y a des homme si heureux que la fortune semble les conduire par la main et leur dire : baissez-vous et puisez. Peut-être en est-il de même de la renommée. Tandis que les uns l'appellent, la conjurent vainement de parler d'eux, il en est d'autres pour lesquels sa voix retentit longtemps, même pour un simple fait, pour une action que le hasard, que les circonstances, un peu de caractère, ont décidé. Tel est Desgenettes pour l'inoculation de la peste, fait que lui même a nié plusieurs fois. Aussi que d'éloges lui ont été prodigués pendant sa vie, que d'encens n'a pas été brûlé en son honneur, que de belles choses ont été dites pour ce qui est, en quelque sorte, problématique! Toutefois, il y a des gens qui, quand il s'agit de célébrité, veulent voir les faits derrière la toile et non pas avec la draperie officielle, toujours un peu théâtrale. Que disent ces faits? Que la vie de Desgenettes, ses actions, ses travaux, ses opinions, s'expliquent parfaitement quand on l'a bien connu. Il eut des qualités et des défauts remarquables, beaucoup d'esprit et d'instruction, dont il n'a tiré qu'un médiocre parti, une âme noble dans certaines circonstances, assez faible dans d'autres. Il devait avoir et il obtint, en effet, de la réputation; mais il manqua de ce qui fait les hautes et légitimes célébrités, de grands travaux scientifiques, une influence quelconque sur les destinées de la science; sa pensée ne fut jamais assez mûrie par la méditation, sa plume et sa parole assurées par l'étude et la réflexion.

Néanmoins Desgenettes annonça, dès sa jeunesse, ce qu'il serait dans l'avenir. Doué d'une merveilleuse aptitude, il eut bientôt appris et compris ce qu'on appelait autrefois et à juste titre les *humanités*; puis cherchant une carrière, un rang, une place, dans la société, il prit le parti d'être médecin, de toutes les professions peut-être la plus opposée à son talent et à son caractère. Quoi qu'il en soit, il s'en fut à Montpellier pour y prendre ses grades; c'est là qu'il passa plusieurs années, tantôt à suivre des cours, tantôt à mettre de l'ordre parmi ses condisciples, c'est-à-dire à argumenter, à ferrailler avec les mutins, les cabochards. Il existait, à cette époque, parmi les étudians, une discipline particulière, sorte de basoche au petit pied, dont les jugemens, quel-

je crois tout à fait inutile de répéter ici la description qu'en ont donnée ces auteurs; je renvoie pour cela à leurs ouvrages.

Cette disposition si simple, si régulière, qui s'observe à la face dorsale de la main, ne se retrouve plus sur la face palmaire, et il semble que les lames fibreuses qui la protégent, deviennent aussi multiples et présentent autant de variétés que toutes les autres parties constituantes de cet organe.

Comme à la partie dorsale, elle se divise en une région profonde qui recouvre la face antérieure des muscles inter-osseux et qui prend ses points d'insertion sur les parties latérales correspondantes des métacarpiens: inférieurement, elle devient libre d'insertion osseuse, s'unit avec le feuillet qui recouvre la face postérieure des mêmes muscles, leur forme une enveloppe complète, et va se fixer là où s'insère le tendon de ces muscles. Je n'ai, du reste, rien de particulier à signaler pour elle.

Il n'en est pas de même des lames superficielles: en effet, elles se divisent en partie moyenne, la plus forte, la plus résistante, et sur la disposition de laquelle il est surtout nécessaire d'insister, et en lames latérales, beaucoup plus minces et moins résistantes qui embrassent les muscles des régions thénar et hypothénar: ces enveloppes musculaires se continuent supérieurement avec la terminaison de l'aponévrose d'enveloppe de l'avant, en dedans ou en dehors; selon que l'on étudie l'une ou l'autre, on la voit naître ou s'insérer très intimement sur la partie latérale correspondante de la lame moyenne et se continuer manifestement avec elle, en formant cependant un système particulier et bien distinct: en effet, tandis que les lamelles de l'aponévrose médiane ou de l'apouévrose palmaire proprement dite sont épaisses, arrondies, d'une apparence nacrée et resplendissantes, celles qui appartiennent aux régions latérales sont plus minces, transparentes, et se rapprochent davantage par leur structure du tissu cellulaire condensé; tandis que celles-ci ont leurs fibres dirigées horizontalement de dehors en dedans ou de dedans en dehors, celles des premières descendent verticalement du poignet à la base des doigts, et de la sorte coupent à angle droit la direction des secondes.

Deux dépressions profondes limitent latéralement l'aponévrose moyenne. Celle de son côté externe circonscrit très exactement la base du faisceau musculaire destiné au pouce, et quelques lamelles, se déviant un peu de la direction primitive des fibres, semblent se continuer dans toute l'étendue du sillon et aller adhérer au repli cutané qui s'étend de la base du doigt indicateur, à la partie latérale correspondante du pouce. Le sillon interne qui donne insertion à l'aponévrose hypothénar et qui est recouvert par le muscle palmaire cutané, loge dans son fond, la terminaison palmaire des vaisseaux et des nerfs cubitaux. Les lames latérales forment autant d'enveloppes particulières qu'il y a de muscles dans ces parties; cependant le court abducteur et le court fléchisseur du pouce semblent n'en avoir qu'une pour eux deux.

La lame aponévrotique moyenne, l'aponévrose palmaire superficielle, l'aponévrose palmaire proprement dite de quelques auteurs, est placée sous la peau à la partie moyenne et antérieure de la main, comprise entre les deux masses charnues qui limitent latéralement cet organe; elle a par cela même une forme triangulaire; le sommet du triangle qu'elle représente est situé en haut, tandis que la base vient correspondre à la base des quatre derniers doigts auxquels elle va se rendre, et s'y comporter, comme je l'indiquerai plus tard; pour plus de facilité dans la description, je la ferai commencer supérieurement, et j'examinerai ensuite ses diverses terminaisons.

Elle prend origine en bant sur le ligament annulaire antérieur du carpe, là où vient inférieurement se terminer l'aponévrose anti-brachiale. Ce ligament en effet sert de limite à ces deux lames fibreuses et se trouve renforcé par elles; à partir de ce point, au milieu de la face antérieure, vient s'insérer la lamelle aponévrotique qui donne naissance aux fibres charnues du petit muscle palmaire cutané. Sa moitié interne et supérieure est donc recouverte par ce muscle ou son prolongement d'insertion, tandis que dans tout le reste de son étendue elle n'est séparée de la peau que par un tissu mollasse, pulpeux, qui contient une assez grande quantité de graisse, et par de nombreux prolongemens de fibres qui viennent adhérer sur la face interne du derme.

Elle va, comme je l'ai déjà dit, en s'élargissant de plus en plus, de manière à prendre une forme triangulaire. Les fibres qui la constituent sont larges, parfaitement distinctes, toutes longitudinales, d'une force et d'une résistance remarquables. Parvenue à la partie moyenne de la main, cette lame primitive se divise en plusieurs faisceaux, plus superficiels les uns que les autres, qui paraissent être et qui sont en effet produits par l'écartement des fibres, et par leur agglomération successive.

De ces faisceaux, trois sont plus superficiels, plus minces, moins longs et parfaitement distincts. Ils correspondent très exactement à l'espace inter-osseux des quatre derniers métacarpiens, parviennent au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, et viennent s'insérer dans ce point, sur la face profonde du derme, donnant là plus d'épaisseur à la peau, et concourant à lui faire former cette petite saillie mollasse et pulpeuse qu'on remarque dans l'intervalle et à la base des doigts, saillie qu'il faut bien se garder de confondre avec l'articulation métacarpo-phalangienne, point sur lequel M. le professeur Cerdy, dans son anatomie des formes, a insisté avec beaucoup de raison, sans indiquer toutefois l'adhérence fibreuse dont je m'occupe maintenant; lorsque les doigts sont fortement étendus, la bande fibreuse un peu plus profonde qui se continue avec la gaine des tendons fléchisseurs, comme je vais bientôt l'indiquer, fait déprimer la peau à son niveau, et concourt ainsi à augmenter les saillies que je signale; mais la disposition de la lame qui leur adhère concourt encore d'une manière bien plus puissante à produire le même résultat, en circonscrivant pour ainsi dire le point le plus arrondi et le plus saillant de la peau.

Les bandelettes plus profondes sont situées dans l'intervalle de celles que je viens de décire; elles sont plus larges, plus épaisses, plus résistantes et au nombre de quatre qui vont se rendre à la base des quatre derniers doigts. A mesure qu'elles y parviennent, elles tendent à devenir plus larges et plus minces, à se creuser d'une gouttière à concavité postérieure qui puisse embrasser les tendons des fléchisseurs à mesure qu'ils se dégagent de la paume de la main et deviennent plus libres pour se placer sous leur enveloppe propre et sur la face antérieure de chaque doigt auquel ils vont se rendre.

Ces bandes fibreuses ou la terminaison de l'aponévrose palmaire vont donc se continuer avec la gaine tendineuse des doigts; non seulement elles se continuent ensemble, mais la gaine tendineuse ne semble être autre chose que le prolongement de l'aponévrose palmaire renforcé par des fibres d'un ordre particulier et que je vais bientôt décrire. En effet, l'origine ou la terminaison, comme on voudra l'appeler, de cette gaine

---

quefois équitables, d'autrefois empreints d'étourderie, s'exécutaient d'abord par des remontrances, puis à la pointe de l'épée dans le cas de résistance. Desgenettes, naturellement vif, impétueux, payant bien de sa personne, devint aussitôt un des coryphées de cette corporation. C'est alors qu'on put distinguer l'esprit hardi, mais argutieux, le rude franc-parler, la raison mobile, toujours armée de moquerie et de sens malin, qui depuis se dessinèrent chez lui si fortement.

Cependant le vieux édifice social craquait de toutes parts; la tourmente révolutionnaire, sans être encore dans toute son intensité, menaçait de faire table rase des institutions existantes. Toutes les carrières paraissaient difficiles, toutes les professions sans garanties, en même temps que les idées de justice, les notions de droit étaient très obscurcies. Frappé de ce bouleversement, Desgenettes voulut attendre; il se mit à voyager, ensuite il revint en France, et ne voyant aucune fin aux dissensions politiques, bien conseillé par un de ses amis, il se fit médecin militaire. Ce parti était sage et il eut lieu de s'applaudir de l'avoir adopté. Actif, vigoureux, entreprenant, la vie militaire, avec toutes ses chances de repos et de mouvement, de fatigue et d'oisiveté, de dangers et de sûreté, convenait à son imagination, à ses projets, d'autant plus qu'il ne désertait point le temple de la science. Sa campagne d'Égypte fut certainement la plus remarquable, et dans cette foule de savans qui formèrent l'institut établi au Caire, Desgenettes a dignement représenté la médecine. Personne n'ignore sa conduite dans plusieurs circonstances difficiles et délicates. On sait l'admirable et sublime réponse qu'il fit à la proposition du chef de l'armée : « Général, mon devoir n'est pas de détruire, mais de conserver. » Puis vint sa célèbre inoculation de la peste en face de l'armée effrayée. Aussi le chef d'état-major Berthier, mit-il à l'ordre que Desgenettes avait monté à la brèche de sa profession. Qu'on juge comme on voudra cette résolution, toujours est-il qu'elle fut aussi hardie qu'adroite et décisive, qu'elle étonna, rassura les esprits. Cependant Desgenettes, dans l'intimité de la conversation, a souvent nié ces deux actions. Relativement à la première, aux pestiférés de Jaffa, il disait, en souriant : « Il n'y a que l'empereur, un petit bossu et moi qui sachions ce qui s'est passé dans cette circonstance. » Quant au second fait, il l'a également repoussé, bien que lui-même l'ait décrit dans son ouvrage sur les maladies de l'armée d'Egypte. D'où vient cette bizarre contradiction? La vérité est-elle dans ce qu'il a dit ou dans ce qu'il a écrit? Etait-ce modestie superbe, qui se cache pour être vue et garde le silence pour que d'autres le rompent? Etait-ce pure singularité, à la vérité assez étrange? Une juste explication est d'autant plus difficile à donner que Desgenettes, tout en aimant l'éloge, n'avait pas cette secrète et perpétuelle inquiétude qui tourmente tant de chercheurs de célébrité.

L'expédition d'Égypte terminée, ce médecin revint à Paris. Bientôt l'empire s'élève, Napoléon fait la part aux rois; sa puissante épée gouverne une partie de l'Europe et tout ce qui l'entoure est comblé de bienfaits. Desgenettes eut part à ces largesses, mais dans une petite proportion, car le pli de la sujétion courtisanesque ne fut jamais chez lui très prononcé; et si quelqu'un lui eût demandé : qu'avez-vous fait du temps de l'empire? il aurait pu répondre comme un grand personnage politique de notre époque : j'ai beaucoup fait, *je me suis tenu debout*. Cependant, de la part de Desgenettes, admirateur de Napoléon, tout consistait en plaisanteries ou bien dans cette taquinerie frondeuse qui s'évapore en paroles. Quoi qu'il en soit, Napoléon n'avait pas pour ce

tendineuse n'est formée que de fibres longitudinales qui ont la même direction que celles de l'aponévrose; ce n'est qu'après avoir dépassé l'articulation métacarpo-phalangienne qu'on trouve des fibres circulaires et qui s'entrecroisent avec celles que je viens de signaler. Cette gouttière de l'aponévrose palmaire devient de plus en plus profonde et finit bientôt par former un demi-cylindre dont les bords libres vont adhérer très intimement avec les parties latérales des phalanges et constituer l'enveloppe fibreuse des tendons fléchisseurs des doigts.

Au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, là où la bande fibreuse commence à se creuser en gouttières pour embrasser les tendons fléchisseurs, elle s'amincit, ai-je dit, et cette plus grande ténuité lui permet une flexion facile, disposition importante et qui ne doit gêner en rien les mouvemens de flexion et d'extension des doigts. Si elle se trouve plus mince à sa partie moyenne, à mesure qu'elle se contourne sur les parties latérales, elle acquiert une plus grande épaisseur, et elle y devient plus solide par de nouvelles fibres qui viennent s'unir à elle.

Dans l'intervalle de ces gouttières tendineuses, au niveau et un peu au-dessus de l'articulation méta-carpo-phalangienne, sous la terminaison des trois languettes fibreuses qui vont adhérer à la peau, se trouvent des fibres nouvelles dont je n'ai pas parlé jusqu'à présent et dont la disposition est cependant importante à connaître; car si jusque-là on a commis quelques erreurs en décrivant la terminaison de l'aponévrose palmaire, je crois que la disposition de ces fibres qu'il me reste maintenant à signaler y a contribué pour beaucoup.

Dans le lieu que je viens d'indiquer, dans les trois interstices qui séparent les quatre derniers doigts et les prolongemens correspondans de l'aponévrose, se rencontrent trois cerceaux formés par des fibres circulaires qui se contournent et vont d'un doigt à l'autre. Elles sont dirigées horizontalement, et pour bien apercevoir leur disposition, il faut enlever les faisceaux cutanés de la lame palmaire. Ces espèces d'arcades de la largeur de quatre ou cinq lignes n'entrecroisent jamais la languette digitale: elles sont exclusivement bornées aux espaces inter-osseux, adhèrent sur les parties latérales avec les prolongemens des lames digitales qui vont se rendre dans ce même point et se continuent avec l'aponévrose profonde qui vient aussi s'y terminer.

Cette arcade fibreuse adhère surtout au ligament méta-carpien inférieur; elle anticipe très peu sur l'extrémité supérieure de la phalange, et elle n'y va que par son union avec la languette digitale. A ce niveau, cette arcade fibreuse en avant, en arrière le ligament méta-carpien: les os correspondans sur les parties latérales forment une ouverture tout à fait circulaire qui fait communiquer le tissu cellulaire qui est placé à la base des doigts avec celui qui occupe la partie centrale et sous-aponévrotique de la main: par cette ouverture arrondie sortent de la même région profonde les tendons des muscles lombricaux; les vaisseaux et les nerfs collatéraux des doigts. Ces ouvertures sont au nombre de trois, tandis que les feuillets digitaux de l'aponévrose palmaire en forment quatre destinées au passage des tendons des muscles fléchisseurs.

A la base des doigts, cette division de l'aponévrose palmaire et l'espace libre qui devait résulter de l'écartement de ses faisceaux se trouvent remplis par la disposition et la présence des fibres circulaires et transversales; et dans ce point, le système aponévrotique est tout aussi complet qu'à la partie moyenne de la main.

Les fibres circulaires, à l'extrémité supérieure de la première phalange envoient des prolongemens sur la face antérieure des tendons et en s'entrecroisant en X seulement à ce niveau avec les fibres longitudinales des bandelettes qui viennent de l'aponévrose de la main, elles constituent cette gaine des tendons et lui donne ainsi la force et la résistance qui est de beaucoup augmentée par cette disposition natée de ces deux ordres de fibres. Cette structure de la gaine tendineuse offre la même disposition jusqu'à sa terminaison, et comme dans toute cette partie elle n'offre rien qui n'ait été bien décrit par les auteurs que j'ai cités, je crois tout à fait inutile de répéter ici les bonnes descriptions qu'ils en ont données.

M. le professeur Gerdy a décrit à la base de chaque doigt, dans les replis cutanés qui forment leur commissure, quelques lamelles fibreuses qui tendent à augmenter sa résistance, et qui, selon cet anatomiste habile, forment un demi-cintre fibreux, dont les fibres sont transversales au sommet de sa courbure et obliques sur les côtés; elles vont de l'une des bandelettes digitales de l'aponévrose palmaire à l'autre, ou à la gaine ligamenteuse des doigts, en s'entrecroisant en X le long du contour de l'arc de chaque commissure.

Il serait difficile, je crois, de ne pas voir dans ces fibres la continuation des fibres circulaires que j'ai décrite plus haut, et qui, au lieu de se terminer comme je l'ai indiqué, enverraient des prolongemens jusque dans le fond de la gouttière que forme la peau en se réfléchissant de la face palmaire sur la face dorsale de la main. Cette disposition me paraît extrêmement probable, et quoiqu'après plusieurs dissections minutieuses faites dans l'unique but de la découvrir, je n'y sois pas parvenu, je me garderai bien cependant de la révoquer en doute. Peut-être plus tard pourrai-je la découvrir, ou d'autres, après le professeur qui l'a signalée le premier, seront-ils plus heureux.

La description que je viens de donner des lames aponévrotiques de la main diffère, sous beaucoup de points, de celles qui ont été faites par de grands anatomistes; et cette différence aurait dû me rendre beaucoup plus circonspect à faire connaître le résultat de mes recherches, si je ne les avais répétées un grand nombre de fois avec le désir non pas de faire de nouveaux feuillets, j'aurais plutôt donné dans l'excès contraire, mais bien dans celui de trouver tout ce qui avait été fait avant moi.

Dupuytren, qui s'était occupé de ce sujet d'une manière toute spéciale, faisait terminer inférieurement l'aponévrose palmaire en quatre languettes fibreuses qui se dirigeaient vers l'extrémité inférieure des quatre derniers os méta-carpiens. Là, chacune d'elles se bifurquait pour le passage des tendons des fléchisseurs, et chacune des branches de cette bifurcation allait se fixer sur les côtés de la phalange et non en avant. M. Cruveilhier adoptant cette division pour le passage des tendons, fait adhérer les languettes au ligament antérieur des articulations méta-carpo-phalangiennes. M. Blandin, qui reconnaît aussi cette disposition, les fait terminer au ligament méta-carpien transverse inférieur; ainsi pour ces anatomistes la bifurcation inférieure en deux languettes latérales n'est pas douteuse: chacun lui donne une insertion différente; examinons d'où provient l'erreur qu'ils ont commise.

D'abord, la languette digitale se bifurque-t-elle pour laisser passer les tendons fléchisseurs? Assurément non. Ce qui l'a pu faire croire, c'est la ténuité de la partie moyenne de la lame fibreuse qui recouvre la face antérieure du tendon, et son augmentation d'épaisseur sur les parties latérales, lorsque, dans ces points, elle se réunit avec le cerceau fibreux que j'ai signalé et que je n'ai trouvé indiqué et bien décrit que dans l'anatomie

---

médecin une grande affection; très rarement l'a-t-il consulté pour lui ou pour les siens. Toutefois Desgenettes fut professeur à l'Ecole de médecine, membre du conseil de santé des armées; on le créa baron; il eut des décorations, des honneurs, etc. Mais, descendu du théâtre où les événemens et son courage l'avaient placé, les proportions de ce médecin diminuent beaucoup; vu hors de l'optique glorieuse de l'armée d'Egypte, Desgenettes perd infiniment. Quand on compare le bruit de sa renommée avec ses travaux scientifiques, on reste étonné du résultat. Comment croire que dans le même homme se trouve tant d'esprit et si peu de profondeur, tant d'imagination et si peu de logique, tant d'instruction, de mémoire, de facilité de diction et si peu de méthode pour exposer, pour classer ses idées? Faut-il donc répéter avec une dame qui savait l'apprécier: il dépensait trop d'esprit dans sa conversation pour n'avoir pas le droit de faire des économies dans ses ouvrages. Il est certain qu'en lisant ces derniers, le lecteur, frappé du grand nom de Desgenettes, attend à chaque instant ou des faits importans ou de hautes et puissantes idées, mais en vain; rien ne vient l'instruire, le frapper, l'intéresser, ni le style, ni les idées, ni le fond, ni la forme; et pourtant quel beau sujet que l'HISTOIRE MÉDICALE DE L'ARMÉE D'ORIENT! Mais que trouve-t-on dans l'ouvrage qui porte ce nom? Plusieurs rapports des médecins de l'armée, quelques observations de l'auteur, aucune vue élevée, nul aperçu profond et lumineux sur un aussi vaste sujet.

Desgenettes avait beaucoup voyagé; ayant vécu à une époque fertile en grands événemens, il fut lié avec un grand nombre de célébrités; il pouvait donc, dans ses *souvenirs*, instruire, plaire et intéresser; point du tout, sa prodigieuse et implacable mémoire fait tous les frais de l'ouvrage. Disert, prolixe, *parolier*, c'est un flux perpétuel de choses et de faits sans but et sans fin; c'est un pêle-mêle de digressions, de dissertations, d'historiettes et de facéties. L'auteur, dans son impatiente mobilité, ne sait ni choisir, ni s'arrêter; il va, il court, il s'arrête, il butine, oubliant complètement le grand principe de goût proclamé par Barthez, son ami, qu'on doit, en écrivant, toujours viser au *maximum* des choses et au *minimum* des paroles. Quel dommage! Combien il est à regretter que tant de savoir et de richesses intellectuelles aient un emploi si peu entendu, si mal dirigé! Tout ce qu'a écrit Desgenettes porte cette même empreinte, à la différence près des sujets traités. Si on en recherche la cause, on la trouvera facilement dans une exubérance d'imagination et de mémoire, jamais contenue par le jugement, la logique et la convenance.

Les qualités de Desgenettes comme auteur, comme écrivain, se retrouvent encore dans sa chaire de professeur à la Faculté. Était-ce un cours qu'il faisait, ou une suite de discours, moitié bouffons, moitié savans, la question est encore indécise. Ne sachant pas qu'enseigner c'est apprendre deux fois; chaque leçon était une palestre dialectique où il s'exerçait sur une infinité de sujets. Nul plan arrêté, nulle méthode préconçue, aucune exposition de principes et de conséquences; sa parole intempérante, volubile, animée, s'élançait par bonds, par éclats, sans but déterminé, sans poids, sans gravité, comme sans mesure. C'était toujours le conteur ultra-drolatique, l'enfileur d'anecdotes, de proverbes, de quolibets, de plaisanteries, de hors-d'œuvre, souvent d'allusions ayant la transparence et le venin de la personnalité. Parfois jaillissaient un trait lumineux, un vif éclair d'esprit, un fait important, un jugement net et plein; puis les écarts recommençaient. Telles étaient les leçons de Desgenettes, que venait entendre un petit nombre d'élèves n'ayant pas le loisir d'aller aux *Variétés*. Quant aux actes probatoires, les candidats n'étaient pas lâchés de l'a-

de M. Cruveilhier. Ni ce professeur, ni Dupuytren n'avaient parlé de la continuité de la languette inférieure avec la gaîne tendineuse des doigts: pour toute description, M. Blandin dit que les deux bandelettes, au moment de leur séparation, s'unissent en quelques points avec l'origine de ces membranes fibreuses des doigts.

Pour peu qu'on ne donne pas à la dissection toute l'attention nécessaire, on enlève facilement le point le plus aminci de la languette, qui se trouve au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, et alors ne laissant que les prolongemens latéraux, cette languette a l'air de se bifurquer en effet, quand, en réalité, elle ne le fait pas.

Chacun des anatomistes que j'ai cités a fait insérer cette languette sur des points différens. En ne suivant que son prolongement antérieur, on la voit se continuer avec la gaîne tendineuse et se porter sur les parties latérales de la première phalange, comme l'avait suivie Dupuytren. M. Blandin, qui n'a pas décrit cette continuité, l'a vue s'arrêter sur le ligament métacarpien transverse inférieur, et M. Cruveilhier n'a réellement signalé sur le ligament antérieur métacarpo-phalangien que les faisceaux appartenant aux fibres des arcades transverses.

Ce n'est pas assurément pour mettre toutes ces opinions d'accord que j'en adopterai une qui les réunira toutes trois; c'est que c'est ma conviction pleine et entière, conviction que chacun pourra facilement acquérir sur une pièce isolée, et au moyen d'une dissection attentive. J'ai dit, en effet, que la languette digitale semblait former l'origine, et se continuait sans ligne de séparation avec la gaîne tendineuse : elle doit donc, comme celle ci, s'insérer sur la partie latérale de la phalange; mais elle se contourne avant d'arriver jusqu'à elle, et alors elle s'unit dans ce point au ligament métacarpien transverse inférieur. Se continuant avec les fibres transversales, elle va par quelques prolongemens sur le ligament antérieur de l'articulation.

Chacun a décrit les enveloppes ligamenteuses des tendons fléchisseurs, et personne que je sache n'a indiqué le point où elles se terminaient supérieurement. Si elles cessaient brusquement, quelle était la disposition de leurs fibres, et avec quoi se continuaient-elles? M. Blandin est le seul qui ait signalé quelques points d'union avec l'aponévrose palmaire. Il a décrit une partie de la disposition normale.

Telle est, je crois, la manière dont se comportent les aponévroses de la main; leur disposition superficielle et profonde, et les diverses terminaisons qu'elles affectent, soit sur la peau, soit sur les ligamens, ou sur les surfaces osseuses.

MEMBRANES SYNOVIALES DES TENDONS DES MUSCLES DE LA MAIN.

Si l'anatomie des aponévroses de la main a conduit Dupuytren à tirer des conséquences physiologiques et pathologiques du plus haut intérêt, l'étude des membranes synoviales qui enveloppent les tendons de cette région ne laisseraient pas un champ moins fertile à un génie aussi supérieur que celui du chirurgien de l'Hôtel-Dieu; et sa sagacité, pour décrire des lésions inconnues avant lui, n'a pas manqué de mettre à profit ce qu'il en connaissait.

De ces bourses muqueuses, les unes sont communes à un certain nombre de parties; d'autres, au contraire, présentent des systèmes complètement isolés. Comme les lames fibreuses, nous en trouverons sur la face dorsale et sur la face palmaire de la main, et présentant avec elles une certaine analogie; nous les verrons plus nombreuses, plus compliquées, et de beaucoup plus importantes, là où se rencontre une disposition analogue des aponévroses.

Pour étudier la disposition de ces parties, diverses méthodes ont été préconisées tour à tour, et je doute qu'aucune ait eu un succès complet, puisque dans aucun auteur on ne trouve une description exacte des parties qui nous occupent. On comprend, en effet, qu'une injection ordinaire de suif, de cire ou de térébenthine, poussées dans des parties aussi ténues et aussi délicates, doive en opérer facilement la rupture, fuser de là dans le tissu cellulaire environnant, et s'opposer de la sorte à l'étude qu'on en désire faire. On a proposé des injections liquides, et le succès n'a pas été plus heureux; car, de concert avec M. Blandin, nous avons, il y a quelque temps, tenté ce procédé, en y mettant tout le soin possible, et malgré l'extrême habileté que cet anatomiste possède pour des recherches de ce genre, nous n'avons rien pu découvrir. M. Cruveilhier, le seul qui ait essayé d'en donner une description, propose pour l'apercevoir d'inciser la masse des tendons fléchisseurs, de les renverser, et, de cette manière, dit ce professeur, on voit la disposition de cette membrane. Il est facile, d'après ce procédé, de se rendre compte des erreurs qu'il a commises; et, en effet, comment pouvoir distinguer cette membrane du tissu cellulaire lâche et lamelleux qui l'enveloppe, et qui se continue avec les parties voisines? Comment reconnaître où cesse celle qui entoure la masse tendineuse des muscles fléchisseurs, et où commence celle qui est propre au fléchisseur du pouce, comme il la décrit? On se trouve contraint, pour ainsi dire, par un procédé aussi défectueux de commettre des erreurs, bien involontaires, il est vrai; mais qui n'en existent pas moins.

Le procédé que j'ai suivi est, ce me semble, beaucoup plus simple que tous ceux que je viens de signaler, et l'étude qu'il permet de faire est si facile et si certaine, que je ne pense pas qu'il puisse s'être glissé la plus légère erreur dans mes recherches; je suis d'autant plus fondé à regarder la description que je vais donner, comme étant la plus normale et la plus constante, que sur plus de quarante mains je ne l'ai pas trouvé varier une seule fois.

Le procédé consiste à enlever la peau de la partie qu'on veut étudier, et je l'applique ici à la face antérieure de la main, à écarter légèrement à l'extrémité inférieure de l'avant-bras les faisceaux musculaires et tendineux, à plonger dans leur intervalle un tube assez fin, et le faire pénétrer au-dessous de ces tendons jusque sur la face antérieure du carpe; lorsqu'il y est parvenu, souffler légèrement jusqu'à ce que la bourse muqueuse soit complètement distendue. Lorsqu'on juge qu'elle l'est à un degré suffisant, on retire le tube, sans autre précaution que froisser un peu les fibres charnues qui remplissent le lieu qu'occupait ce tube, et s'opposer à ce que la bourse puisse se vider. Une fois qu'elle est ainsi distendue, on se livre à sa dissection, et chacun doit penser que la chose alors n'est pas difficile, et que, de cette manière, tous les replis, tous les prolongemens peuvent être suivis. Appliquant donc ce principe à l'étude des bourses synoviales de la main, c'est leur disposition que je vais maintenant faire connaître.

SYNOVIALES DORSALES DE LA MAIN.

Sur la face dorsale de la main, là où se rencontrent plusieurs coulisses fibreuses, celle du muscle extenseur du petit doigt, ou osséo-fibreuses,

---

voir pour examinateur, d'abord parce qu'on le savait assez *coulant*; en second lieu, parce qu'en le laissant parler, on gagnait du temps et avec profit. Aussi, reprit-il vertement un candidat maladroit s'avisant de parler sans cesse. « Monsieur, lui dit-il, vous devez me céder la parole, par politesse... et par politique. » Sa facilité de s'énoncer en latin était vraiment remarquable, et il aimait qu'on lui répondît de même. Un candidat auquel, pendant un examen, il avait fait une question dans cette langue, lui dit tout déconcerté : « Permettez-moi de répondre en français, car je suis un peu brouillé avec le latin. » « Faites comme vous voudrez, répliqua Desgenettes; mais apprenez, Monsieur, qu'on ne se brouille point avec quelqu'un qu'on n'a jamais connu. »

Il est facile de croire que dans le monde ce médecin ne se contraignait pas davantage; on retrouvait toujours l'érudit, l'homme d'esprit, l'homme de cœur, dont on admirait le courage et le génie d'à-propos. Mais malheur à celui qu'il saisissait, qu'il enveloppait pour ainsi dire dans les replis de son immense conversation. Montaigne dit quelque part : « que la parole est moitié à celuy qui parle, et moitié à celuy qui écoute. » A coup sûr, le dernier avait toujours avec Desgenettes la plus mauvaise part. Modérer, contenir le jet perpétuel, rapide, sautillant, de son discours, était chose d'autant plus impossible pour Desgenettes, que la parole était chez lui un excitant même de sa parole. Toujours prêt à remplir la clepsydre jusqu'au bord, son intarissable faconde rompait les digues à chaque instant; une vivacité d'imagination, un entraînement d'improvisation, une chaleur de diction des plus étonnantes ne lui permettaient pas de s'arrêter, bien moins encore de supporter l'objection, la réponse, pas même la réplique. A dire vrai, sa conversation n'était qu'un dialogue entre lui et sa mémoire. Ajoutez l'accent qui saisit, le geste qui peint, la mimique passionnée qui complète, et vous aurez le tableau d'un homme d'esprit éminemment verbeux, causant, dissertant, argumentant sur une infinité de sujets, souvent même passant au fil de ses sarcasmes, de sa plaisanterie à triple dard, tout ce qui lui déplait, lui fait ombrage. Dans les sociétés savantes, Desgenettes était également travaillé de ce *cacoethes loquendi*, véritable maladie; ses *solo* de tribune académique avaient de la célébrité à cause de sa causticité burlesque et de sa facilité à l'escrime de la parole. Toutefois, ses discours se prolongeaient tellement que la fatigue de l'auditeur en était la suite; mais Desgenettes, loin de s'en apercevoir, aurait fort mal reçu quiconque l'en eût averti. Un jour, quelques marques d'impatience s'étant fait entendre à l'Académie de médecine, l'impitoyable discoureur dit brusquement : « Si vous m'interrompez, vous me forcerez à parler encore une heure. » « Taisons-nous donc, reprit un membre, car il nous appliquerait le *maximum* de la peine, » chose d'autant plus à redouter, que Desgenettes avait reçu de la nature des poumons vigoureux, de puissantes facultés phoniques. Le plus fâcheux, c'est qu'au lieu d'une parole grave et réfléchie, bien souvent l'orateur, n'ayant qu'une sorte d'éloquence d'échappement, n'allait jamais au but, ou n'y arrivait que par d'interminables digressions, des plaisanteries d'un atticisme fort douteux. Desgenettes en était à ce point, qu'on ne l'écoutait que pour rire, le plus triste rôle qu'il y ait dans une société savante. Le grand tort, le tort unique qu'on peut lui reprocher, était de viser toujours à l'esprit, à la raillerie. Ainsi disparaissait tout ce qu'il y avait réellement de bon, d'utile et de sensé dans ses opinions. On pouvait le comparer à un homme qui, ayant une bonne et fine lame d'acier bien trempé, commettrait la faute de la briser pour en faire des aiguilles.

Mais ce qu'il faut proclamer à sa louange, c'est que ce caractère mobile,

celle du cubital postérieur, de l'extenseur, etc., se trouvent aussi un certain nombre de bourses muqueuses enveloppant les tendons, et facilitant leurs glissemens dans les gaînes que je viens de signaler. Chacune de ces enveloppes dépasse en haut et en bas l'arcade fibreuse qu'elle tapisse et forme de chaque côté un cul-de-sac assez étendu pour qu'il puisse se prêter à tous les mouvemens du tendon. Tous ces feuillets sont formés par des replis qui adhèrent, l'un à l'arcade fibreuse, l'autre au tendon qui s'y trouve, et dans leur cavité propre, ils ne contiennent que de la synovie, disposition qui est commune, du reste, à toutes les membranes séreuses.

De dedans en dehors, nous trouverons une première enveloppe complètement isolée, peu étendue, surtout inférieurement, et exclusivement destinée au cubital postérieur. A côté d'elle s'en rencontre une seconde qui appartient à l'extenseur propre du petit doigt. Comme les glissemens de ce tendon sont plus fréquens et de beaucoup plus étendus que ceux du précédent; comme, d'une autre part, l'insertion inférieure de ce muscle se fait dans un point plus éloigné de la coulisse fibreuse que celle du cubital postérieur, la membrane séreuse devait avoir elle-même une dimension plus grande et avoir la même disposition en bas et en haut.

Plus en dehors, nous en trouverons une troisième qui est commune à l'extenseur commun et à l'extenseur propre de l'indicateur; inférieurement, elle envoie trois ou quatre prolongemens sur les tendons qui dépassent le ligament annulaire postérieur, et ils se comportent là comme celui qui appartient à l'extenseur propre du petit doigt, en formant un bourrelet, un cul-de-sac, assez large et assez étendu pour qu'il se prête à tous les mouvemens de ces prolongemens tendineux. Il n'est pas rare de voir cette gaîne communiquer avec celle qui enveloppe le long extenseur du pouce. Celle-ci, dans quelques cas, est cependant complètement étrangère à celle de l'extenseur commun. Du reste, elle se comporte à ses deux extrémités comme la précédente, étant plus large, plus renflée, et n'étant pas là, comme à sa partie moyenne, étranglée en quelque sorte en dehors par des fibres circulaires dures, non élastiques, en dedans par une gouttière osseuse.

Enfin, tout à fait en dehors, près du bord externe du radius, on en trouve une dernière commune au court extenseur et au grand abducteur du pouce; comme la précédente, elle n'offre rien autre chose de particulier, et toutes deux ont une direction oblique, comme les tendons qu'elles enveloppent.

L'arcade fibreuse qui s'insère aux crêtes osseuses de l'extrémité inférieure du radius est très forte et très résistante; elle ne peut, dans aucun cas, être soulevée, et lorsque par hasard ces bourses muqueuses se trouvent distendues, soit par de l'air qu'on y a insufflé, soit par une accumulation de sérosité, comme dans quelques cas pathologiques, ainsi que je le signalerai plus tard; elles paraissent alors être doubles, formant deux renflemens, un supérieur et un inférieur, séparés par une dépression profonde qu'occasionne le ligament annulaire postérieur du carpe.

D'autres, enfin, appartiennent à la terminaison des radiaux et au long supinateur; mais elles sont trop peu importantes pour que je m'y arrête plus longuement.

MEMBRANES SYNOVIALES DES MUSCLES FLÉCHISSEURS DE LA MAIN ET DES DOIGTS.

Considérées sous le point de vue de l'étendue, de l'importance physiologique et pathologique, les bourses muqueuses de la région antérieure de la main nous offriront un bien plus grand intérêt que celles de la région postérieure, et leur disposition nous sera aussi facile à déterminer que celle que nous avons déjà décrite.

Si, après avoir préalablement enlevé la peau, comme je l'ai indiqué, et insufflé cette membrane, on procède à sa dissection, voici la disposition constante que l'on observe : en renversant la masse charnue des deux fléchisseurs, on aperçoit au-dessus du ligament annulaire antérieur du carpe, entre ce ligament, la face antérieure du carpe et la face antérieure de l'extrémité inférieure des deux os de l'avant bras, un grand cul-de-sac, mince et transparent, qui facilite le glissement de la masse tendineuse, sur les surfaces osseuses que je viens de nommer. Cette bourse se prolonge quelquefois supérieurement jusque sur la face antérieure et inférieure du carré pronateur. De là, cette membrane s'interposant entre les tendons, et se continuant avec eux, s'engage sous le ligament annulaire pour aller se terminer inférieurement dans la paume de la main de la manière suivante : elle se prolonge inférieurement jusqu'à l'origine de la division en languettes de l'aponévrose palmaire sous laquelle elle est située, et avec laquelle elle contracte dans quelques points des adhérences telles, qu'il est extrêmement difficile de l'en séparer sans l'ouvrir; aussi, pour la préparer, ne faut-il jamais enlever l'aponévrose palmaire sans avoir préalablement insufflé. Elle s'étend jusqu'au niveau du sillon transversal moyen de la main.

M. Cruveilhier prétend que, dans ce point, elle se divise en quatre petits prolongemens qui correspondent aux tendons destinés à chaque doigt; il ne dit pas si ces prolongemens se continuent jusque dans la gaîne tendineuse des doigts, et il n'est pas plus satisfaisant lorsqu'il décrit celles qui sont propres à ces coulisses tendineuses, de sorte qu'on ignore si la synoviale du doigt du milieu, par exemple, communique avec celle qui enveloppe la masse tendineuse sous le ligament annulaire. Cette question est assez importante, ce me semble, pour nécessiter quelques éclaircissemens. Ce n'est pas tout encore, ajoute ce professeur, il existe une autre synoviale destinée au long fléchisseur propre du pouce.

La description incomplète et même les erreurs qui se sont glissées dans le bel ouvrage de cet anatomiste ne doivent nullement surprendre, d'après les procédés fautifs qu'il avait employés pour ses descriptions. Que M. Cruveilhier ne prenne pas ce que je dis ici pour une critique de ces travaux : comme il est le seul qui ait cherché à décrire ces synoviales d'une manière complète, je dois signaler en quoi mes recherches ont différé des siennes, tout prêt à me rétracter si je me suis trompé, je le prie du reste de recevoir ici toute ma reconnaissance pour l'intérêt qu'il n'a cessé de me porter, et les bontés qu'il a eues pour moi dans toutes les circonstances où il m'a pu être utile.

Trois petits culs-de-sac cessant au niveau de l'origine des muscles lombricaux, et placés sur le trajet des tendons fléchisseurs des muscles destinés aux trois doigts du milieu, terminent inférieurement cette large bourse muqueuse. En dedans et en dehors, elle a une tout autre disposition; c'est qu'en effet elle accompagne dans toute leur longueur les

---

changeant, à peu près sans lest et sans consistance, était ferme et inébranlable sur le grand principe de l'honneur. D'une rigide et haute probité, loyal et désintéressé, on ne vit jamais Desgenettes recourir à l'intrigue, à la bassesse, pour acquérir honneurs et richesses. Certes, ce n'est pas de lui qu'on aurait dit : qu'a-t-il fait pour s'élever ? il a rampé. Loin d'être toujours prêt à caresser la fortune, il la repoussa constamment pour peu qu'elle eût du sang ou de la boue sur les mains. Aussi en considérant sa position et sa célébrité, on peut dire qu'il n'eut que tout juste l'*aurea mediocritas*, et il proportionna ses désirs à cette échelle. Bien que son enveloppe fût assez rude, on ne le vit point insensible à ces émotions d'une généreuse nature qu'on aime tant à découvrir dans les hommes célèbres. A la vérité, il faisait le bien par boutades, mêlant toujours la plaisanterie aux choses les plus graves; on trouvait là un curieux mélange de brusquerie et de bienveillance, un cœur à trame inégale et mêlée, une sorte de caractère héroï-comique dont on chercherait en vain peut-être l'analogue aujourd'hui. Quoi qu'il en soit, Desgenettes faisait le bien, et son indignation éclatait surtout en voyant plus d'une fois, comme il le disait, la carrière d'un homme de mérite entravée par un intrigant, son chemin barré par le corps d'un imbécile. Sa faiblesse, celle de la plupart des hommes célèbres, consistait dans son amour pour la flatterie; mais la plus douce de toutes pour lui était de se laisser prendre par le bouton, d'avoir les deux oreilles attentives, et de ne jamais l'interrompre; l'écouter avec patience était le vrai, le seul moyen de lui plaire, de faire ouvrir les deux battans de ses bonnes graces. Mais ce qui honore Desgenettes, et peut-être malheureusement, c'est qu'il rendait service secrétement, tandis qu'il était toujours prêt à découvrir *coram populo* ses trésors d'esprit et de causticité. En effet, on peut dire qu'il n'avait ni la gaieté douce, ni l'ironie fine et polie; sa raillerie était le plus souvent amère, s'aiguisant en sarcasmes et en parodies ; il avait le trait vif et insolent, parfois même un bonheur de mots vraiment cruel. Après un examen, ayant lâché quelques *lazzis*, le vénérable de Jussieu lui dit qu'il aurait fait un bon comédien; en tout cas, Monsieur, répliqua Desgenettes, je n'aurais pas représenté le Tartufe aussi naturellement que vous. C'est ce qu'il appelait être constamment sur la *parade*. La brutale acrimonie de ses reparties était telle, qu'on se gardait bien de les provoquer, alors il exerçait sa raillerie, lançait ses sarcasmes dans la conversation ordinaire sous la forme de sentences ou d'apophtegmes dont voici quelques exemples.

Il disait que le meilleur moyen de faire fortune était de *savoir faire la bête à propos*, moyen qui lui avait toujours manqué.

Il redoutait les critiques de profession, mais il assurait que le vrai moyen de s'en défcodre, était de *mordre* plus fort et de *cracher* plus loin qu'eux.

Un de ses confrères ayant parlé de son savoir, de ses travaux et de son expérience : Que voulez-vous, dit tout bas Desgenettes, il a la rage de parler des absens.

Selon lui, tout homme de mérite a trois ennemis à combattre perpétuellement, le temps, la patience et les sots.

On parlait en sa présence d'un mauvais livre qui venait de paraître : En voilà assez, dit il, nous savons où il doit aller, que le poivre et la cannelle lui soient légers.

Je suis, répétait-il, de l'avis du père Griffet, jésuite, qu'il faut bien distinguer les réputations *fondées* de celles qui sont *fabriquées*.

tendons destinés au pouce et au petit doigt, et va se terminer là où s'insèrent les languettes les plus longues de ces muscles, sur la face antérieure de la phalangette, dépassant ainsi l'articulation de cette phalangette avec la phalangine. Cette terminaison inférieure est la même, du reste, pour celles qui sont propres aux trois doigts du milieu.

Il résulte donc de cette disposition, qu'en insufflant sous le ligament annulaire, on remplit cette poche synoviale, qui est toujours unique, d'après mes dissections. M. Cruveilhier prétend l'avoir quelquefois rencontré double, et on distend en même temps celles qui appartiennent au pouce et au petit doigt. Réciproquement, en insufflant par le pouce ou le petit doigt, on peut distendre celle du carpe; les trois doigts du milieu offrent un système complètement isolé, que je n'ai jamais vu sur plus de quarante mains communiquer avec la grande enveloppe de la masse commune des tendons et des premiers et cinquième doigts.

Pour bien étudier l'enveloppe séreuse des tendons des trois doigts du milieu, il faut, après avoir mis à nu la gaîne fibreuse, faire sur elle une ponction pour y passer le tube, et, après avoir insufflé, passer un fil autour du doigt pour s'opposer à la sortie de l'air. Si le tube a été dirigé du côté de la main, on aperçoit l'extrémité supérieure de cette bourse qui remonte un peu au-dessus de la languette fibreuse qui appartient à l'aponévrose palmaire, et elle forme là un petit bourrelet tout à fait analogue à ceux qu'on remarque sur le trajet des tendons des extenseurs. Son point le plus supérieur est distant d'un demi-pouce à peu près, de la terminaison inférieure de la bourse muqueuse du carpe, qui ne communique jamais avec elle.

Cette membrane se termine inférieurement sur la phalange onguéale, comme M. Cruveilhier l'a indiqué pour le pouce, et elle dépasse l'articulation de la deuxième avec la troisième phalange, disposition importante, qui n'avait pas été vue par M. Velpeau, et qui avait induit ce professeur à tirer des conséquences pathologiques inexactes, comme je le signalerai plus tard.

Dans les gaînes tendineuses de tous les doigts, ces membranes synoviales forment des replis qu'a très bien indiqués M. Cruveilhier, et qui varient par leur nombre et leur destination. Le plus souvent il y en a un ou deux sur la face antérieure de la première phalange, et qui, de là, se portent sur la face correspondante du tendon du fléchisseur superficiel : un ou deux partant de la seconde passent à travers l'écartement du tendon de ce muscle, et vont adhérer à celui du fléchisseur profond; enfin, un troisième repli se trouve placé sur la dernière phalange, et est destiné au tendon qui s'y termine.

Ces replis synoviaux sont *probablement* destinés, dit M. Cruveilhier, à soutenir les vaisseaux nourriciers des tendons, et nullement à lier ces tendons entre eux. Je change l'expression de ce célèbre professeur, et ce qu'il regardait comme une probabilité, je puis le donner comme une certitude. C'est qu'en effet, dans ces replis, sont logées des artérioles qui vont se distribuer dans les tendons; j'ai pu facilement les injecter, et on peut encore parfaitement bien les apercevoir sur les pièces sèches que j'ai préparées pour en montrer la disposition.

Telle est la nouvelle description que j'avais à donner des aponévroses et des membranes synoviales de la main. Je ne me suis décidé à la faire paraître qu'après en avoir répété sur un grand nombre de sujets la constante disposition; et si, par hasard, malgré les dissections les plus minutieuses auxquelles je me suis livré pour arriver à ce résultat, j'avais commis quelques erreurs, je me hâterai de revenir sur ce que j'ai dit, après avoir vu sur le cadavre une conformation autre que celle que j'ai signalée.

APPLICATION DE CES NOTIONS ANATOMIQUES, A LA PATHOLOGIE ET A LA MÉDECINE OPÉRATOIRE.

La rétraction des languettes fibreuses qui, de l'aponévrose palmaire, vont se rendre à la base des doigts, doit-elle, comme l'avait indiqué Dupuytren, produire la flexion permanente de ces mêmes doigts, et la section de cette aponévrose doit-elle remédier à cette difformité? Si ces lamelles peuvent, par des influences quelconques, revenir sur elles-mêmes, et je crois que ce n'est pas douteux, quoique je n'en aie jamais disséqué dans cet état, ont-elles une action bien manifeste pour faire fléchir le doigt dans une grande étendue, et peuvent-elles paraître sous la peau comme des cordes véritables, et simuler les tendons au point d'avoir fait commettre les erreurs qu'on a rapportées à ce sujet?

D'après la description que j'en ai donnée, ce n'est assurément pas douteux : en effet, j'ai dit que la terminaison de ces languettes entrait pour beaucoup dans la structure des gaînes fibreuses digitales; un raccourcissement anormal de ces bandelettes doit donc agir sur la flexion des doigts et la déterminer tant que dure l'affection. D'après la description qu'avait donnée Dupuytren, description qui a été adoptée par ceux qui l'ont suivi, sauf les légères modifications qu'ils lui ont fait subir, ce résultat pouvait être le même, puisqu'il la faisait prolonger jusque sur les parties latérales de la tête de la première phalange; mais bien plus encore dans sa rétraction que dans son état naturel; cette aponévrose devait, inférieurement, paraître bifurquée et l'espèce de corde qu'elle forme en soulevant la peau dans la paume de la main, devait devenir double à la terminaison, qui devait être là où cesse la bandelette aponévrotique. Cette rétraction ne devait pas agir sur la deuxième et la troisième phalange, et, dans le cas où elle aurait fléchi la première, les deux autres auraient dû se mouvoir sur celle-ci. Cette bifurcation inférieure n'aurait pas dû se trouver sur la ligne médiane, surtout sur la face antérieure de la première phalange et sur le trajet du tendon, où l'aponévrose palmaire n'aurait aucun prolongement, au moins, d'après Dupuytren, MM. Blandin, Cruveilhier, etc.; on se rend, au contraire, parfaitement compte de ce résultat en adoptant la description que j'ai donnée de ces languettes fibreuses. C'est qu'en effet l'étude que j'ai faite sur les parties bien conformées me le fait apercevoir ainsi, et l'état anormal, prêtant un nouveau jour à des questions qui seraient restées souvent indécises, vient confirmer le fruit de mes recherches. Ceci est si vrai que Dupuytren, avoir avoir incisé ses deux prétendues digitations, au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, chez le marchand de vin qu'il a opéré le premier, ne put cependant étendre son doigt d'une manière complète, chose qu'il aurait dû faire si l'aponévrose s'était terminée comme il l'indique. Il se trouva dans la nécessité de pratiquer une seconde incision sur la partie moyenne de la première phalange et d'inciser là où, selon lui, il ne devrait pas se trouver de prolongement fibreux. C'est qu'en effet, dans la première section, il n'avait divisé que les fibres latérales, et il se trouva dans la nécessité plus tard d'agir sur celles qui occupaient la ligne médiane.

Ce célèbre professeur indique, pour rémédier à la difformité que je

On voit par cette espèce de *specimen* qu'en toute circonstance éclatait sa verve mordante et satirique; on le flattait presque en lui disant que c'était là le cachet de sa manière et de son style. Un médecin l'ayant appelé le Guy-Patin de notre époque, Desgenettes le remercia avec affection, éloge fort exagéré, car il y a une différence énorme tout à l'avantage de Guy-Patin, ce franc Picard à tête vive, cet impitoyable ennemi de Mazarin, de l'émétique et de ces laquais bottéz appelés chirurgiens (1). Cependant, comme il arrive ordinairement, Desgenettes, irritable et colère, n'aimait pas l'objection; il souffrait impatiemment la moindre critique, lui, si hardi, si prompt à la moquerie et à verser le ridicule. Mais rien ne le déconcertait comme de voir les rieurs du côté de son adversaire. En 1815, pendant un examen, un jeune chirurgien militaire descendait avec fracas l'amphithéâtre de l'école de médecine, et le bruit de ses éperons retentissait dans cette enceinte, Desgenettes dit hautement sans se retourner : Quel est donc ce palefrenier? C'est moi, repartit le jeune homme, *tout prêt à vous étriller*; le mot est connu, mais il fut appliqué avec tant de justesse et d'à propos, que Desgenettes eût le bon esprit d'en rire, quoique de ce rire des lèvres qui ne trompe personne. Toutefois cet esprit de raillerie qui le dominait n'altéra point le fond de ses bonnes qualités; sa rancune mollissait pourvu qu'il pût y attacher un sarcasme, y clouer un bon mot. Lié avec beaucoup d'illustrations de son temps, souvent Desgenettes leur a rendu une complète justice. Cependant il est deux hommes qui tinrent une large place dans ses affections les plus opposées, l'un complètement admiré, l'autre profondément détesté; le premier est Barthez sur la tombe duquel il prononça un discours remarquable; le second est Laënnec, auquel il attribua son injuste destitution de professeur, en 1825. Le nom de ce dernier prononcé devant lui le crispait et l'irritait. Il donna même sa démission de membre de l'Académie de médecine, par cela seulement que Laënnec en était membre; il ne se fit réélire qu'après la mort de l'inventeur du stéthoscope. Ce fut là un trait de persistance dans son ressentiment bien éloigné de son caractère et auquel on était loin de s'attendre. En effet, rien de plus inégal, de plus mobile, de plus fluant que ce caractère; on aurait dit que cet homme célèbre se laissait vivre à l'aventure, car tout en lui était négligé et décousu, travail, plaisirs, langage, style, manières, maintien, etc.; il promettait assez facilement, n'oubliait pas toujours, et tenait rarement ce qu'il promettait, parce qu'il ne mettait dans ses démarches, ni la chaleur active, ni l'imperturbable assiduité, ni la patience qui font réussir. Desgenettes était placé à juste titre au premier rang de la médecine militaire, qu'il fit respecter, mais il n'a rien fait directement pour améliorer le sort des officiers de santé de l'armée, ce corps si méritant, si honorable, maintenant si courbé sous la férule administrative. Croirait-on avec son caractère, avec ses allures d'indépendance, que Desgenettes ait essayé de se livrer à la médecine civile? Rien de plus vrai cependant, mais ses essais furent toujours infructueux. L'aplomb, la gravité, la patience lui manquaient absolument, peut être aussi ce jugement net et sain, ce sens droit et sûr qui font le véritable praticien. Quand on voulait *raisonner* avec lui un cas de pathologie, il se

(1) Il suffit pour s'en convaincre de se rappeler l'appréciation faite récemment dans ce journal, avec autant de justesse que de talent, de l'esprit et de l'influence de Guy-Patin.

signale, de pratiquer une incision transversale au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne et après avoir divisé la peau, de couper les deux prolongemens fibreux de l'aponévrose.

Ce procédé, comme je viens de le dire, ne réussit pas toujours : en effet, il a été dans la nécessité, chez le marchand de vin, d'inciser au niveau de la partie moyenne de la première phalange. Il recommande même formellement, un peu plus loin, après avoir fait cette première section, de faire une seconde incision au-dessus de la première, dans la paume de la main, afin de séparer la languette du corps de l'aponévrose. Je crois que cette dernière seule est indispensable; c'est qu'en effet, en agissant dans ce point, on coupe cette languette avant qu'elle se soit continuée latéralement et creusée en gouttière pour loger le tendon, et cette première section, dans la plupart des cas, doit suffire : je dis, dans la plupart des cas, car au niveau des phalanges il n'y a plus seulement des fibres longitudinales appartenant à ce prolongement, mais il en existe de transversales, et qui ne doivent pas, dans tous les cas, céder à cette première section : on se trouverait dans la nécessité, si on ne pouvait étendre le doigt après la section médiane de la languette fibreuse, de pratiquer une seconde incision au niveau de la partie moyenne de la seconde phalange.

En agissant seulement dans le point que j'indique, dans le second indiqué par Dupuytren, outre l'avantage que je viens de signaler, de ne pratiquer qu'une seule incision, moins étendue que celle que l'on fait à la base du doigt pour couper les parties latérales de l'aponévrose, il s'en trouve un second qui mérite, je crois, quelqu'importance.

D'abord on est moins près d'une articulation qui peut devenir malade consécutivement à cette opération; ensuite on agit dans l'endroit où les tendons fléchisseurs sont dépourvus de membranes synoviales. Celle du carpe, en effet, ne se prolonge que jusque-là, à moins qu'on n'opère sur le pouce ou le petit doigt; et celle qui accompagne la gaîne tendineuse du doigt ne remonte pas jusqu'à ce point, qui se trouve placé à un quart de pouce à peu près de l'articulation métacarpo-phalangienne. Quand on incise au niveau de cette articulation, comme le voulait Dupuytren, on peut ouvrir ces membranes séreuses, et les accidens consécutifs qui peuvent en résulter sont trop nombreux, trop graves et trop bien appréciés pour que j'y insiste plus longuement. Chacun sait que la pratique de l'illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu n'en a pas toujours été à l'abri.

L'histoire que ce chirurgien a donnée des kystes séreux de la membrane synoviale du carpe n'offre rien de particulier à ce que j'ai dit et ne vient contrebalancer en rien la description que j'ai faite de cette enveloppe.

J'ajouterai que, d'après le trajet qu'elle parcourt, la sérosité et les corps blanchâtres qui quelquefois s'y trouvent contenus doivent pénétrer aussi dans les enveloppes du pouce et du petit doigt. Réciproquement, les tumeurs qu'on a décrites sous le nom de ganglions doivent être complètement étrangères aux enveloppes séreuses du premier et du cinquième doigt toutes les fois que ces tumeurs sont bien circonscrites et bornées seulement dans un point.

Un cas de ce genre s'est offert l'été dernier à l'observation de M. Blandin. A la consultation de l'Hôtel-Dieu, il se présenta une femme qui portait à la base du pouce une tumeur arrondie, bien circonscrite, sans changement de couleur à la peau et qui paraissait être fluctuante. La pression ne diminuait en rien son volume, qui égalait celui d'une aveline. La région du carpe ne présentait aucune tuméfaction et paraissait être entièrement exempte de communication avec la tumeur dont je parle. Contrairement à l'opinion de quelques autres personnes, M. Blandin regarda cette tumeur comme tout à fait indépendante de la membrane synoviale du fléchisseur propre du pouce. Cet habile chirurgien avait vu sur mes préparations la communication constante de la séreuse de ce tendon avec celle du carpe, et si cette tumeur avait été sur le trajet de ce tendon, la pression l'aurait fait disparaître, et on l'aurait reproduite en comprimant sur la partie antérieure et supérieure du carpe. Le diagnostic de M. Blandin, qui, dans ce cas, lui avait été fourni par la connaissance de cette disposition anatomique, se trouva bientôt vérifié; car, comme il l'avait prévu, la tumeur n'avait rien de commun avec le tendon du fléchisseur propre du pouce.

M. le professeur Velpeau prétend que, toutes choses égales, d'ailleurs, la désarticulation de la troisième phalange est moins grave que celle de la seconde. La principale raison qui lui fait adopter cette manière de voir, c'est qu'il présume que la membrane synoviale du tendon ne parvient pas jusqu'au niveau de cette articulation; que dès lors on n'est pas exposé à son inflammation consécutive et aux accidens qui en sont la conséquence.

Si l'on se rappelle ce que j'ai dit à ce sujet, il sera facile de se convaincre que M. Velpeau aura été induit en erreur par le repli médian de la séreuse, qui semble, en effet, ne pas atteindre les surfaces articulaires, et, se figurant que c'était là l'extrémité la plus inférieure de cette séreuse, il aura cru à la possibilité de ne pas l'ouvrir dans l'opération que j'indique. Il serait facilement revenu de cette légère erreur s'il l'avait insufflé; car, par ce procédé, il aurait vu que, sur les parties latérales, cette séreuse forme, de chaque côté du repli médian, deux petits culs-de-sac, qui s'étendent toujours jusque sur la face antérieure de la phalangette, et qu'on les ouvre constamment quand on désarticule cet os.

Ainsi, qu'on ampute la première, la deuxième ou la troisième phalange, le danger sera absolument le même, pour ce qui regarde toutefois l'inflammation de l'enveloppe séreuse des tendons. Si cette complication de ces opérations peut si facilement survenir, il ne faut pas croire cependant qu'elle offre sur tous les doigts la même gravité. En effet, on a parlé beaucoup de la facilité avec laquelle le pus d'un panaris profond, par exemple, gagnait la paume de la main, fusait sous le ligament annulaire antérieur du carpe, et donnait lieu plus tard à des inflammations uniformes sur toute la surface antérieure de l'avant-bras. On a décrit avec le même soin, des phénomènes analogues, qui se manifestent lorsque les séreuses sont enflammées après les amputations des doigts. J'ai dit que ces accidens ne sont pas très rares, et cependant on les a exagérés dans quelques cas et beaucoup trop limités dans d'antres. Je m'explique.

Cette terminaison est beaucoup plus rare qu'on ne le présume, lorsque le mal est borné à l'un des trois doigts du milieu. Je ne veux pas dire par là qu'ils soient plus exempts que les deux autres de ces accidens consécutifs; mais ces accidens pour eux sont beaucoup plus bornés. Le plus souvent, cette inflammation ne dépasse pas la séreuse des tendons, et comme elle forme un véritable cul-de-sac à la partie supérieure, comme elle ne communique jamais avec la séreuse du carpe, elle ne donne pas lieu, par cette raison, aux graves accidens que j'indiquais il n'y a qu'un instant. Le mal est borné le plus souvent à la paume de la main, et rarement les collections purulentes qu'ils forment à sa suite s'étendent au-delà. Je dis

---

lançait dans des digressions sans fin, et pour peu qu'on le chicanât, sa verve railleuse et mordante reparaissait aussitôt.

On a comparé la figure de ce célèbre médecin à celle de Rabelais, ce fut à tort. Mais Girodet, assez porté à la raillerie, dit un jour : Je n'aurais besoin, pour bien saisir la ressemblance de Desgenettes, que de faire poser un chat. Il est certain que les contours arrondis de sa figure, ses lèvres serrées et convexes, son nez presque écrasé, avaient quelque chose de la ligne et de l'expression féline. Et même en poussant plus loin la comparaison, son caractère mobile, sautillant, son art d'affiler le sarcasme, le danger qu'il y avait de s'égratigner, même en touchant ses pattes de velours, le rapprochaient de ces animaux *rétrogriffes* dont parle un naturaliste. Une femme, en le voyant, dit qu'elle n'en voulait pas pour son médecin, parce qu'il était *camard* comme la mort. Du reste, la vigueur de son corps, la vivacité de sa parole, son impétuosité ordinaire, annonçaient l'excès d'ardeur et d'activité qui débordaient de sa constitution. L'action, le mouvement, lui étaient indispensables; il ne concevait pas le repos. Singulier être! si bruyant, si brillant, si étourdissant, tout esprit, tout imagination, tout énergie, plein de savoir et d'érudition, et ne laissant après lui que la réputation d'un écrivain peu lu, d'un médecin s'occupant rarement de malades et d'un homme d'esprit qu'il serait dangereux d'imiter. C'est qu'à vrai dire ce médecin avait plus d'esprit que sa raison n'en pouvait gouverner; c'est que s'il est beau et rare d'avoir beaucoup d'esprit, il est plus beau et plus rare encore d'en être économe, d'en faire un sage et utile emploi. Toutefois, quoique Desgenettes n'ait été le premier dans aucun genre, ce n'est pas là une de ces célébrités sans lendemain et qui s'oublient avec le bruit qu'elles ont fait. Il a marqué sa place dans l'histoire de la science, et il la conservera, tant il est vrai que de belles et nobles actions dans une position élevée ont toujours un long retentissement dans la postérité.

R. P.

rarement, car, à la rigueur, on comprend que si l'inflammation était trop vive, si les débridemens que son apparition nécessite étaient trop tardivement faits, elle pourrait se propager dans le tissu cellulaire de la main, déchirer à la rigueur la bourse muqueuse du tendon, et le contact du pus pourrait produire l'inflammation de celle du carpe. Mais cette terminaison doit être extrêmement rare, et des obstacles tout à fait mécaniques semblent la prévenir.

Qu'on réfléchisse, au contraire, sur ce qui doit survenir lorsque la lésion affecte le pouce ou le petit doigt, et l'on aura bientôt la connaissance de l'extrême gravité du mal, qui se trouve borné à l'un de ces deux doigts. La large communication de leur séreuse avec celle du carpe expliquera le phénomène et devra faire tenir le chirurgien sur ses gardes, afin de le prévenir par tous les moyens qui sont en son pouvoir.

Ce pronostic des amputations des doigts semble être passé en proverbe, et les gens du monde, qui ignorent d'une manière complète les règles de notre art, considèrent comme extrêmement dangereuse l'amputation du petit doigt. Je me suis souvent entendu faire cette question, à laquelle il m'était impossible de répondre d'une manière satisfaisante avant les dissections auxquelles je me suis livré l'été dernier. Aujourd'hui j'adopte pleinement leur manière de voir, qui ne peut venir assurément que de l'observation qui en aura été faite, et chacun, je crois, partagera mon opinion, qui est basée sur l'observation et sur une disposition anatomique qui, par sa simplicité et sa constance, rend compte de tous les accidens que j'ai signalés.

Que chaque chirurgien consulte ses souvenirs, qu'il compare les unes aux autres les complications qui sont survenues à chaque doigt, et tous verront qu'elles sont bien plus fréquentes ou plus graves aux deux que je signale qu'aux trois du milieu. Les observations en sont trop nombreuses pour que j'en rapporte ici des exemples : chacun, sans aucun doute, aura l'occasion de les vérifier souvent et d'acquérir par là la certitude des faits que j'avance.

La conséquence qui résulte des observations que je viens de présenter, c'est qu'il faut, par tous les moyens possibles, prévenir ces accidens, mais surtout, c'est qu'on doit redoubler d'attention et de soins lorsqu'on agit sur le pouce ou le petit doigt; les inflammations qui se développent sur le trajet de leurs tendons fléchisseurs devant être beaucoup plus étendues et par cela même produire plus tard de plus graves désordres.

La position déclive qu'on peut donner à la main doit s'opposer, je crois, à la facilité qu'aurait le pus à pénétrer la coulisse tendineuse des doigts, et peut être indiquée comme un moyen préventif des accidens. Une des méthodes qui contribue le plus puissamment à les faire apparaître est celle qu'on met trop fréquemment en usage pour obtenir la réunion par première intention : on relève, en effet, le lambeau palmaire sur la face dorsale des doigts, et je suppose ici des cas d'amputation : la pression qu'on y exerce au moyen des bandelettes favorise cette terminaison funeste, qu'on pourrait souvent prévenir en employant un pansement beaucoup plus doux et moins compressif. La pratique si heureuse de M. le professeur J. Cloquet l'a conduit à ce but : il n'emploie pour réussir qu'une très petite bandelette, qui est serrée tout juste ce qu'il faut pour obtenir le contact des lèvres de la plaie, et, au plus léger développement des accidens inflammatoires, la bandelette est remplacée par un large cataplasme; qu'on joigne à cela le repos absolu, les moyens locaux qui conviennent en semblable occurrence, et dans beaucoup de cas on l'opposera, je crois, à ces symptômes graves que je viens de passer en revue.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

I. THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Le cahier de février renferme les mémoires originaux suivans : 1° *Compte-rendu des cas chirurgicaux traités à l'hôpital de Pensylvanie pendant les mois de mai, juin, juillet, août, septembre et octobre 1838*; par le docteur George W. Norris; 2° *Expériences tendant à prouver l'existence d'un pouls veineux, indépendamment de l'action du cœur et du système nerveux, avec des remarques sur la contractilité des veines en général*; J.-J. Allison, M. D.; 3° *Histoire de cinq plaies artérielles traitées par la compression; réflexions*; par M. T.-S. Kirkbride; 4° *Compte-rendu de l'hôpital Alms-House, de Baltimore*; par Samuel Annon; 5° *De l'apoplexie et de la paralysie*; par le docteur Al. Somervail; 6° *Ligature de l'artère sous-clavière, suivie de succès*; par M. G.-H. White, d'Hudson; 7° *Recherches pour éclairer la physiologie du cervelet*; par M. John Fisher, de Boston; 8° *Histoire de la scarlatine qui a régné à Charlestown, en 1837-38*; par M. Samuel Weber; 9° *Observation d'une fracture compliquée de la jambe, suivie de guérison.* (Il y avait issue du fragment inférieur du tibia, à travers une plaie des parties molles; plusieurs esquilles; une autre fracture à la partie supérieure de la jambe. Le malade refusa l'amputation. Traitement antiphlogistique énergique, etc. Guérison au bout de deux mois.)

REVUE DES CAS CHIRURGICAUX TRAITÉS A L'HÔPITAL DE PENSYLVANIE PENDANT LES MOIS DE MAI, JUIN, JUILLET, AOUT, SEPTEMBRE ET OCTOBRE 1838; par M. G.-W. NORRIS.

Parmi les faits intéressans rapportés dans ce compte-rendu, nous choisirons le suivant :

CALCUL VÉSICAL; LITHOTRIPSIE; MORT; KYSTE DE LA VESSIE.

OBS.—Un jeune homme, âgé de 25 ans, entra le 22 du mois d'août dernier, à l'hôpital, avec tous les symptômes d'une pierre dans la vessie. L'état obtus de son intelligence ne permit pas d'avoir des renseignemens exacts sur les antécédens de sa maladie; on apprit seulement qu'il habitait la campagne et qu'il venait de faire un voyage de deux cents milles, pendant lequel il avait, sans aucun doute, éprouvé toutes sortes de privations. Après quelques jours de repos, d'un bon régime, et de l'usage des boissons adoucissantes, on l'examina avec plus de soin. L'urètre avait son diamètre normal, sans le moindre rétrécissement, et était suffisamment dilatable; la prostate ne présentait pas d'hypertrophie, et la vessie ne pouvait guère conserver l'urine pendant plus d'une demi-heure à trois quarts d'heure. La pierre parut volumineuse, et le cathétérisme ne détermina presque pas de douleur. L'urine était abondante et déposait constamment un mucus épais et tenace. D'après toutes ces circonstances, on jugea que le malade pouvait être soumis à la lithotritie. Cette opération fut exécutée avec l'instrument de Sacobron; la pierre fut saisie et broyée dans deux séances, à cinq jours d'intervalle. On voulut faire une troisième tentative, mais la vessie se contracta tellement qu'on fut obligé d'y renoncer. Le malade, qui avait été bien pendant quelques jours, se plaignit d'un besoin de plus en plus fréquent d'uriner, d'une douleur à l'hypogastre, de chaleur à l'abdomen et aux extrémités; le pouls devint faible; la douleur hypogastrique augmentait surtout à la pression; affaissement.

Mort le 27, sans délire.

A l'autopsie, on constata l'existence d'une péritonite, qui avait surtout son siége vers le bassin; de la sérosité purulente était épanchée; la vessie, qui était fortement contractée, laissa voir, après qu'on l'eut incisée, un kyste qui en occupait le côté droit, capable de loger une grosse amande, et communiquant avec l'intérieur de l'organe par une très petite ouverture. A un demi-pouce en arrière de cette ouverture, et à un pouce environ au-dessus de l'uretère droit, existait une autre ouverture étroite, arrondie et régulière, conduisant dans un kyste beaucoup plus large, recouvert par le péritoine, qui, dans ce point, était solidement uni avec le colon. Cette cavité renfermait un pus noir et épais; une portion de la membrane muqueuse de la vessie y avait passé à travers l'ouverture indiquée, les parois du kyste étaient noires et ramollies. Le reste de la vessie présentait plusieurs petites poches formées par la hernie de la membrane muqueuse entre les fibres musculaires, surtout vers le bas-fond; l'une de ces petites loges contenait un calcul. La tunique muqueuse était épaissie et rouge par plaques, mais non ramollie. La prostate n'offrait pas d'altération. Il restait deux fragmens de pierre dans la vessie : l'un, très petit, était derrière l'orifice de l'urètre; l'autre, plus volumineux, occupait le bas-fond. Le rein droit avait deux fois son volume normal, et le bassinet du même côté renfermait une once environ de sérosité purulente. Un kyste, qui pouvait admettre l'extrémité du pouce existait à la partie inférieure de la substance médullaire, et communiquait avec le bassinet. L'uretère du même côté était considérablement épaissi et dilaté dans toute sa longueur. Le rein du côté droit avait cinq pouces de longueur et deux et demi de largeur à sa partie moyenne; une incision faite le long de sa face postérieure fit voir que les substances corticale et tubuleuse avaient complètement disparu dans la moitié supérieure, tandis que, dans l'inférieure, la substance tubuleuse était seule atrophiée, la portion corticale ne l'était qu'en partie, le rein ressemblait à un large kyste. L'urètre correspondant offrait les mêmes altérations que celui du côté gauche. Les autres organes étaient sains.

Le résultat malheureux de la lithotritie ne saurait, dans ce cas, dit M. Norris, être attribué à l'opération en elle-même, ni servir d'argument contre elle. Rien dans les manœuvres opératoires, ni dans les accidens, ni dans les désordres constatés à l'autopsie ne l'indique. La péritonite a eu son point de départ dans l'inflammation développée par le kyste adhérent au colon. Elle se sera développée après l'ulcération des membranes qui en formaient la doublure interne, lorsque le péritoine est resté seule enveloppe protectrice de la tumeur.

Il est possible que, dans ce cas, si le malade eût vécu plus longtemps, les parois du colon se fussent enflammées et ulcérées, et qu'il y eût eu communication entre la vessie et la cavité du tube digestif. On trouve, dans

les auteurs, un certain nombre d'exemples du passage d'un calcul vésical dans le rectum, consécutivement à l'ulcération, et de la vessie et de cet intestin; nous en avons rapporté ailleurs une observation (1) qui rappelle le fait cité par Bulpins (Obs. méd., l. 3, c. ii, p. 182), les exemples de Fernel, Covillard, ceux de Portal et Deschamps, etc.; mais il n'a pas été question, que je sache, de communication entre la vessie et le colon, ou le reste du tube digestif. Ce cas, qu'il serait permis de rapprocher de ceux où, dans des circonstances bien différentes, deux intestins s'unissent et communiquent ensemble, aurait presque offert la reproduction de cette variété d'atrésie du rectum, dans laquelle le gros intestin vient s'ouvrir dans la vessie.

EXPÉRIENCES QUI PROUVENT L'EXISTENCE D'UN POULS VEINEUX INDÉPENDANT DU COEUR ET DU SYSTÈME NERVEUX, AVEC DES REMARQUES SUR LA CONTRACTILITÉ DES VEINES EN GÉNÉRAL; par M. le docteur Allison.

Le pouls veineux dont il est question dans ce mémoire n'est pas celui qu'on observe dans quelques cas pathologiques dans les grosses veines du col et même quelquefois dans les veines des extrémités supérieures, mais bien un pouls qui est particulier aux veines caves et aux veines pulmonaires et qui ne dépend pas du reflux du sang hors des oreillettes; car ces vaisseaux continuent de battre avec force pendant plusieurs heures, même après qu'ils ont été entièrement séparés du corps et du cœur chez les animaux des classes supérieures. Déjà les pulsations des veines caves, après qu'elles ont été séparées du cœur, avaient été observées il y a plus de deux siècles, par Vallœus, sur les chiens, et par Spallanzani chez les reptiles. L'auteur de ce mémoire qui n'avait pas connaissance de ces recherches antérieures fit les mêmes observations sur les animaux des quatre classes et a publié les principaux résultats en 1836 dans sa dissertation inaugurale sur les cœurs lymphatiques.

Dans le travail que nous avons en ce moment sous les yeux, le docteur Allisson passe en revue les anatomistes qui, depuis Vallœus, ont fait la même observation. Stenon dit positivement qu'il a vu les veines caves des lapins se contracter et se dilater un certain nombre de fois avant que l'oreillette droite eût fait un seul mouvement, et même après que les battemens du cœur eurent entièrement cessé. Lancisi, Whytt, Haller et Senac confirment la plupart des observations faites par Stenon, et Lancisi ajoute même qu'il a vu sur le cheval les veines caves battre quatre et cinq fois pendant que les oreillettes elles-mêmes n'éprouvaient qu'une seule contraction.

Les contractions des veines caves et pulmonaires indépendantes de celles du cœur paraissent avoir été à peu près inconnues des observateurs modernes, bien que quelques uns en aient cependant parlé. L'auteur cite ici la plupart des anatomistes modernes et leurs opinions sur le rôle des veines dans la circulation; puis il rapporte les expériences qu'il a faites sur les animaux vivans, et qui l'ont mis à même de constater les battemens des veines caves et pulmonaires et le long intervalle pendant lequel ils se répètent après la mort de ces animaux. Dans les cinq premières expériences qui furent faites sur des tortues et des grenouilles les veines caves et pulmonaires, bien que complètement séparées du cœur soit par la section, soit par une ligature, continuèrent à battre ensuite pendant cinq, huit et même onze heures, sans qu'il fut nécessaire d'avoir recours à aucun stimulant; puis quand, au bout de ce temps et même d'un temps beaucoup plus long, on excita les vaisseaux soit par le galvanisme soit seulement avec une aiguille, ils présentaient encore des contractions qui persistaient pendant quelque temps et qu'on pouvait encore reproduire à l'aide d'une nouvelle excitation. Dans la neuvième expérience qui fut faite sur un chat qu'on venait de noyer, les veines caves et pulmonaires battirent pendant plus de vingt-une heures après qu'elles avaient été complètement détachées du corps. Nous ne rapporterons pas ces expériences; les conclusions suivantes que l'auteur en a tirées les feront suffisamment connaître.

1° Les veines caves près du cœur et les veines pulmonaires présentent des battemens dans les quatre classes des vertébrés.

2° Chez les animaux qui viennent de mourir, elles battent longtemps après que l'oreillette et le ventricule ont entièrement cessé de battre.

3° Ces battemens continuent, même chez les quadrupèdes, pendant plusieurs heures après que ces vaisseaux ont été détachés du cœur et des parties voisines.

4° Il n'est pas nécessaire qu'elles soient distendues par le sang pour que leur contractilité soit mise en action.

(1) Mémoire sur une altération spéciale de la vessie. Arch. gén. de méd., avril 1839.

5° Lorsque les battemens ont entièrement cessé, on peut les provoquer de nouveau par le galvanisme ou par de simples moyens mécaniques.

6° On peut souvent, en liant une veine, ou l'irritant d'une autre manière, détruire pour quelque temps les pulsations; mais sans pour cela empêcher qu'elles continuent dans les autres vaisseaux.

7° Les contractions de la veine peuvent se faire isolément sur tous les points, ou s'exécuter comme un mouvement d'ondulation, depuis une extrémité de la veine jusqu'à l'autre.

8° La plus grande variété règne dans l'ordre de ces battemens des veines. Ceux des veines caves sont ordinairement, mais non toujours, simultanés; ils sont le plus communément suivis de ceux de l'oreillette, et ensuite de ceux du ventricule. Cependant, ces battemens ne sont pas toujours en rapport avec ceux du cœur, quelquefois plus fréquens, quelquefois moins.

9° Les veines pulmonaires conservent leur excitabilité plus longtemps que les veines caves, bien que leurs pulsations ne cessent pas en même temps.

10° Il ne paraît pas probable que les autres veines aient cette contractilité qui paraît bornée aux veines caves et aux veines pulmonaires.

Il semble résulter de ces expériences que la contraction et la dilatation alternatives des grosses veines du cœur doivent exercer une influence considérable sur la circulation du sang; car si ces vaisseaux, en se contractant, poussent le sang dans les veines, qui se dilatent, leur dilatation subséquente doit diminuer la force avec laquelle le sang repoussé au moment où les oreillettes se contractent, rentre dans ces veines, et faciliter ainsi le jeu de l'appareil de la circulation.

OBSERVATION DE PLAIES DES ARTÈRES, TRAITÉES PAR LA COMPRESSION; par M. T. S. Kirkbride, D. M.

Il s'agit, dans le premier cas, d'une piqûre de l'artère radiale près du poignet; dans le second, d'une division complète du même vaisseau. Dans la troisième observation, il est question d'une piqûre de l'artère fémorale. Voici le fait :

Obs. — Un maître d'école, assis devant son pupitre, voulut retenir, en rapprochant subitement les cuisses, un canif ouvert qui allait tomber. La lame s'enfonça profondément dans la cuisse droite et ouvrit l'artère fémorale au milieu de l'espace qui sépare le pli de l'aine du genou. Une grande quantité de sang s'écoula immédiatement, et le blessé tomba en syncope. Un médecin du voisinage, qui arriva promptement, appliqua une compresse graduée sur la blessure, et, comprimant, à l'aide d'un tourniquet, l'artère fémorale, sans interrompre tout à fait le cours du sang, il vint à bout d'arrêter l'hémorragie. Le docteur J.-R. Barton, qui vit le malade plus tard, alors que l'hémorragie était complètement arrêtée, et qu'il n'y avait plus que de la prostration, de l'anxiété, un pouls petit, etc., appliqua, avec beaucoup de soin et une force suffisante, un bandage roulé, depuis les orteils jusqu'à la partie supérieure de la cuisse, tint le membre élevé et prescrivit un repos exact. Au bout de trois semaines, pendant lesquelles ce traitement fut exactement suivi, la plaie était cicatrisée et la santé parfaite. Le malade n'a plus souffert depuis cet accident, et la circulation continue de se faire dans le vaisseau blessé.

Dans la quatrième observation, il y eut une lésion de l'artère brachiale par un coup de baïonnette. La pointe de cette arme avait pénétré dans le bras, tout près de l'aisselle, et avait ouvert l'artère brachiale, immédiatement au-dessous de son origine. Le docteur Barton, qui le vit peu d'instans après l'accident, pensa que le vaisseau n'était pas entièrement divisé, ce qui le porta à différer la ligature avec d'autant plus de raison que le sang ne coulait plus. Il eut recours aux moyens propres à déterminer la réaction, puis il entoura le membre d'un bandage roulé depuis l'extrémité des doigts jusqu'au-dessus de la plaie, une compression graduée ayant été préalablement appliquée sur celle-ci; une attelle, fixée par une autre bande, fut serrée contre le bras et le tout solidement maintenu contre la poitrine. Cet appareil fut laissé pendant trois semaines; il n'y eut pas de suppuration; la guérison fut complète. On doit noter que dans ce cas il y eut une si grande quantité de sang épanché dans le tissu cellulaire que le bras jusqu'au coude, le côté correspondant du tronc jusque vers le bassin et jusque vers la ligne médiane, soit en avant, soit en arrière, offraient la coloration ecchimosique.

DE L'APOPLEXIE ET DE LA PARALYSIE; par A. Somervail, D. M.

Le but de ce mémoire est d'avancer et de démontrer que l'habitude où l'on est de pratiquer une saignée aussitôt qu'on est appelé auprès d'un malade qui est tombé subitement dans un état apoplectiforme, n'est pas toujours rationnelle, et que la manie de tirer du sang de ces malades, souvent lorsqu'on n'a aucun renseignement sur leur état antérieur, est

aussi répandue aux États-Unis d'Amérique qu'en France, et n'y est pas moins funeste. L'auteur rapporte les faits de sa pratique, qui remonte déjà à une époque éloignée, puisque le premier est de l'année 1786, et qu'il divise en deux séries : dans l'une sont les cas où il saigna les malades aussitôt qu'appelé auprès d'eux, et où la mort ne manqua pas d'arriver; dans la seconde sont les cas en apparence semblables, et où il omit la saignée, ou ne la fit qu'à une époque plus éloignée, et dont les malades guérirent ou ne succombèrent pas immédiatement. Ces faits, sans doute, laissent beaucoup à désirer; mais il résulte de leur réunion et de leur comparaison une leçon pratique de quelque importance, c'est qu'on ne doit pas se hâter de pratiquer une saignée aussitôt qu'on est appelé auprès d'un malade qui est dans le côma; car il est des cas qui réclament un traitement tout différent, et où la saignée aurait les effets les plus désastreux.

LIGATURE DE L'ARTÈRE SOUS-CLAVIÈRE, SUIVIE DE SUCCÈS; par le docteur G.-H. WHITE, d'Hudson.

OBS. — Un jeune homme, d'une forte constitution, reçut dans un duel, à la partie antérieure de l'épaule gauche, un coup de poignard qui blessa l'artère axillaire à sa partie supérieure; il fut sur le point de périr d'hémorragie, avant d'avoir pu recevoir des secours éclairés; enfin une forte compression vint à bout d'arrêter l'écoulement sanguin.

Quatre jours après l'accident, il n'était pas douteux qu'une tumeur anévrismale ne se fût formée; mais l'extrême sensibilité et la tuméfaction des parties voisines firent remettre à quelques jours l'opération qui se trouvait indiquée.

Vers le milieu de septembre, deux semaines après l'accident, la tuméfaction avait disparu, et l'on put facilement reconnaître une tumeur pulsative, volumineuse, qui tendait à repousser la clavicule, et qui était sur le point d'éclater. On pratiqua la ligature en dehors des scalènes, après avoir mis l'artère à découvert, au moyen de deux incisions l'une parallèle au bord postérieur de la clavicule, l'autre au bord externe du muscle sterno-cléido-mastoïdien, et venant tomber sur l'extrémité interne de la première. Au moment où la ligature fut serrée, toute pulsation cessa dans la tumeur. Pendant l'opération on n'eut qu'une petite artère à lier, le malade perdit au plus quatre onces de sang. La plaie fut réunie par des points de suture et des bandelettes agglutinatives. Comme la tumeur était fortement tendue, on y fit une piqûre avec la lancette, ce qui donna issue à une petite quantité de sang, et amena beaucoup de soulagement.

Quatre jours après l'opération, l'artère radiale présentait des pulsations; au bout de huit jours, la tumeur avait entièrement disparu; la ligature tomba le dix-septième jour et la plaie était fermée le vingt-unième.

Ce fait, déjà intéressant sous le rapport de la rapidité avec laquelle une tumeur anévrismale s'est formée, l'est plus encore par la disparition de cette tumeur, huit jours après la ligature du vaisseau. On sait, en effet, que dans le plus grand nombre des cas et dans les circonstances les plus heureuses, il faut souvent un mois, six semaines et souvent davantage pour que la tumeur anévrismale ait disparu, ou soit au moins notablement diminuée; mais ici l'opération fut faite quinze jours après l'accident, c'est-à-dire à une époque où les caillots avaient eu à peine le temps de se former, encore moins celui de s'organiser; ils devaient donc bien moins résister à la résorption.

Le malade qui fait le sujet de la cinquième observation eut l'artère radiale complètement divisée au-dessus du poignet par un instrument tranchant. L'hémorragie fut abondante, mais on en vint aisément maître par la compression. On se comporta de la même manière que dans les cas précédens; une compresse graduée, s'étendant à un pouce au-dessus et autant au-dessous de la plaie, fut placée sur l'artère et maintenue par un bandage roulé, étendu de l'extrémité des doigts au pli du coude. Trois semaines après, le malade put reprendre ses occupations.

M. Kirkbride attache une grande valeur à ce mode traitement; mais, ainsi qu'il le dit lui-même, il exige un soin minutieux, le repos le plus parfait. On doit le continuer au moins pendant trois ou quatre semaines, et quelquefois pendant un temps beaucoup plus long. Quand on pense qu'il est convenable d'enlever une portion ou la totalité du bandage, on doit s'y prendre avec le plus grand soin, en évitant de faire exécuter le moindre mouvement aux parties malades. Les premiers mouvemens, lorsqu'on permettra d'en exécuter, devront être faits avec de grandes précautions, en ayant soin de soutenir pendant quelque temps le vaisseau blessé.

Si le bandage est bien appliqué, et le membre tenu dans une bonne position, un degré fort modéré de pression suffit en général pour suspendre l'hémorragie, souvent même pour arrêter complètement la circulation dans l'artère. Je ne me rappelle pas, dit en terminant M. Kirkbride, un seul exemple d'insuccès dans les cas où ce mode de traitement a été exactement suivi dans tous ses détails.

Ces faits qui démontreraient d'une manière si évidente l'efficacité de la compression dans les plaies artérielles doivent être soigneusement recueillis par ceux qui pensent que dans un certain nombre de cas la ligature n'est pas nécessaire. On se rappelle les observations publiées dans la GAZETTE MÉDICALE, et les discussions qui s'élevèrent à cette époque à l'occasion du mémoire remarquable de M. Nichet (1). De part et d'autre, on cita des faits où la compression avait été efficace, des cas où la ligature avait réussi; puis des observations dans lesquelles la compression ayant été tout à fait inutile, il avait fallu en venir à la ligature (2); les conclusions étaient en faveur de celle-ci; la compression se trouvait rejetée d'une manière absolue en tant que pratiquée directement sur la plaie, et conservée pour quelques cas de lésions récentes à la condition d'être faite au-dessus de la solution de continuité. Une observation empruntée aux journaux anglais et reproduite dans la GAZETTE MÉDICALE (année 1837, p. 392) prouve l'utilité de ce moyen. L'artère cubitale avait été blessée chez un enfant de dix ans, M. Cooper comprima la cubitale et la radiale, à deux pouces environ au-dessus de la plaie, à l'aide de deux morceaux de liége, maintenus par des bandelettes agglutinatives et une bande. Le malade guérit.

Dans les deux cas de M. Grisolle (GAZ. MÉD., 1834, p. 38), la plaie avait lieu dans la main; la compression fut exercée sur les deux artères de l'avant-bras. Les malades guérirent. Dans le dernier cas, un appareil contentif, appliqué immédiatement sur l'artère, ne put arrêter l'hémorragie (la plaie siégeant dans le premier espace intermétacarpien).

Il est évident que ces faits n'ont aucun rapport avec ceux du chirurgien américain, sous le rapport du traitement ou de la lésion artérielle, puisque dans la première, la troisième et la quatrième observation il s'agit de piqûres ; dans la deuxième et la cinquième ce sont, il est vrai, des sections complètes, mais occupant l'artère radiale. Dans tous les cas dont il fait mention, on put agir de bonne heure, ce qui est d'une grande importance; le repos parfait (*perfect rest*), sur lequel insiste beaucoup le chirurgien américain, semble, en effet, un point capital. Tout espoir de succès repose alors sur les caillots soutenus par la compression, car il est évident que le moindre mouvement les déplacerait et reproduirait l'hémorragie. Toutefois ces neuf faits, dans lesquels on pourrait désirer plus de détails, ne sont point à négliger, et, s'ils ne tranchent pas la question en faveur de la généralisation de cette méthode, qui rappelle beaucoup, du reste, celle de Théden, ils pourront au moins apporter quelque restriction à une proscription exclusive de la compression directe, considérée comme moyen hémostatique dans les plaies des artères. Nous reviendrons ailleurs sur cet important sujet, qui nous semble bien loin d'être complètement éclairci.

RECHERCHES SUR LES FONCTIONS DU CERVELET; par le docteur FISHER, de Boston.

Les faits suivans, s'ils ont été bien observés, et s'ils ont toute l'authenticité qu'on peut désirer, ce dont nous n'avons aucun motif de douter, augmenteront le nombre encore bien restreint des cas où l'on a observé quelques troubles des fonctions génératrices coïncidant avec une lésion ou un vice de conformation du cervelet.

OBS. — D., âgé de 35 ans, arriva jusqu'à l'âge de la puberté sans rien présenter d'extraordinaire, sinon que les deux testicules n'avaient pas paru, ce qui avait fait dire au docteur Warren que probablement cet enfant serait eunuque. Après l'âge de la puberté, sa voix ne changea pas de ton, et elle resta toujours efféminée; il aimait beaucoup la musique et chantait avec goût; à 25 ans, cependant, sa voix devint grave, et il ne put plus chanter avec les femmes. Il n'avait pas de barbe, et ne parut jamais rechercher la société des femmes, ni éprouver aucun sentiment d'amour pour elles; il était triste et timide avec elles. A 21 ans, il se livra aux plaisirs de la table avec ardeur; mais on ne lui connut point de relation avec les femmes.

Dans ses mouvemens, il n'y avait rien qui indiquât qu'il eût quelque faiblesse congéniale et ce qui concerne les rapports avec les femmes, il était comme sont tous les autres hommes. Depuis deux ans, cependant, il allait en s'affaiblissant, quand il fut pris d'une pneumonie qui devint promptement mortelle, et pendant les derniers jours de laquelle seulement il fut vu par M. Fischer.

A l'autopsie, on trouva, outre les lésions propres à la pneumonie, et qu'il serait hors de propos de rapporter ici, une stature au-dessus du commun; le corps bien développé et dans de bonnes proportions; les membres ronds et gras; la peau jaune partout; la face lisse et sans la plus légère apparence de favoris ni de barbe. Il n'y a sur la peau du pubis et du scrotum qu'un petit nombre de poils rares. Le pénis, petit, ressemble à celui d'un enfant de 10 à 12 ans. Le scrotum, très contracté, ne présente aucune trace de testicules. En examinant le pénis avec soin, on trouve le prépuce très serré autour du gland, qu'il couvre de manière à faire croire qu'il n'aurait jamais été rétracté, et ce ne fut qu'avec peine qu'on fit passer le gland par son ouverture étroite. Mis à nu, il parut très petit et en pointe. Toutes les parties de l'organe ressemblaient

(1) GAZ. MÉD., 1833, p. 449 et 481. *Mémoire sur les anévrismes faux primitifs et faux consécutifs*; par M. Nichet, chirurgien en chef de l'hospice de la Charité de Lyon.

(2) GAZ. MÉD., 1834, p. 41 et suiv. Mémoires et observations de MM. Grisolle, Dugès et Sédillot.

parfaitement à celles d'un enfant qui ne serait pas encore arrivé à l'âge de la puberté.

Le scrotum était flasque et ne contenait pas de testicules. Une incision pratiquée depuis l'anneau inguinal jusqu'au bas du scrotum permet de constater que la peau, le dartos et la tunique vaginale sont à l'état normal; mais on ne trouve ni testicule ni aucun corps glanduleux dans le scrotum. On reconnaît à la partie supérieure de la tunique vaginale gauche le cordon spermatique qui pénètre dans sa cavité de la longueur d'environ un demi-pouce et s'y termine subitement par un point semi lunaire. Le muscle crémaster s'étend au-delà du cordon par de nombreuses petites fibres qui se répandent sur la tunique vaginale. Le cordon lui-même est beaucoup plus petit qu'il ne l'est ordinairement chez l'adulte. Le canal déférent est bien formé et a presque son volume normal, et il se termine par un cul-de-sac au bout du cordon.

Les artères et les veines sont excessivement pâles, difficiles même à distinguer. Le côté droit du scrotum et le cordon spermatique du même côté ne diffèrent du côté gauche qu'en ce que ce dernier s'étendait jusqu'au fond du scrotum et se relevait ensuite d'un quart de pouce. Poursuivis dans l'abdomen, ils ne présentaient rien de notable.

Une circonstance a empêché d'examiner les vésicules séminales, et dès lors il est impossible de dire si elles existaient ou si elles n'existaient pas; mais, d'après l'état dans lequel était le canal déférent, il est probable qu'elles existaient, et qu'on aurait pu les trouver.

La tête était forte; le cerveau à l'état normal et d'un fort volume; mais la proportion relative du cerveau et du cervelet était loin de celle qu'on observe à l'état normal; tout l'encéphale, y compris le cerveau et le cervelet, pesait, le lendemain de l'autopsie, cinquante-une onces et demie ou trois livres trois onces et demie. Le cerveau seul pesait quarante-sept onces, et le cervelet seul quatre onces et demie. Le poids du cervelet était donc à celui du cerveau à peu près comme 1 : 10 1/2. Or, d'après Meckel et quelques autres, le poids moyen du cerveau et du cervelet réunis est de trois livres, et le poids du cervelet est à celui du cerveau ce que un est à sept ou à huit.

Le cervelet qui, chez ce sujet, présentait quatre pouces dans son diamètre transverse, deux pouces et demi dans son diamètre antéro-postérieur, et un pouce et demi d'épaisseur, a, en moyenne, d'après Meckel et les autres anatomistes, quatre pouces dans son diamètre transverse, deux pouces et demi dans son diamètre antéro-postérieur, et deux pouces et demi d'épaisseur. Le cervelet du sujet avait donc un tiers de moins en étendue et en poids que celui de l'adulte mâle. Il avait exactement le même poids que celui d'une petite fille de six ans qui mourut et fut ouverte en même temps.

La coïncidence de l'imparfait développement du cervelet avec l'absence naturelle et complète des désirs sexuels si remarquable chez ce sujet est-elle favorable à la doctrine qui établit un rapport fonctionnel entre le cervelet et les organes de la génération, démontre-t-elle que le cerveau est le siége de l'instinct de la reproduction? L'auteur de l'article n'en doute pas; pour nous, nous ne trouvons pas un rapport assez frappant entre une aussi petite déviation de la moyenne ordinaire du volume et du poids du cervelet et de l'absence complète des organes importans de la génération pour admettre cette induction; car nous pensons que le poids d'un organe peut être de deux dixièmes au-dessous de la moyenne, et cependant cet organe fonctionner encore; toutefois nous avons rapporté le fait avec tous les détails relatifs à la question fonctionnelle dont nous parlons et passons à une autre observation, laissant au lecteur d'en tirer lui-même les conclusions qui lui sembleront les plus rationnelles.

VIOLENT COUP REÇU SUR L'OCCIPUT ET SUR LA PARTIE SUPÉRIEURE DE LA TÊTE, SUIVI DE L'IMMOBILITÉ DE LA TÊTE, DE L'INSENSIBILITÉ DU BRAS DROIT, DE L'ABOLITION DES DÉSIRS GÉNÉRAUX ET D'UNE ABERRATION DE LA PERCEPTION VISUELLE.

OBS. — T. B., âgé de 41 ans, se trouvait, le 29 juin 1836, sur l'un des deux trains des wagons qui se rencontrèrent sur le chemin de fer entre Boston et la Providence; ayant vu faire une manœuvre qui devait arrêter la marche du train sur lequel il se trouvait, il voulut mettre la tête hors de la portière pour connaître la cause de ce mouvement. Ce fut à ce moment que les deux trains vinrent en collision avec une violence effroyable qui brisa tous les chars et lança à une plus ou moins grande distance la plupart des passagers dont un grand nombre furent grièvement blessés. La tête et le cou de M. B. frappèrent fortement sur le châssis de la voiture, et il fut lancé à quelque distance où il resta dans un état complet d'insensibilité. Il recouvra cependant connaissance, et fut porté chez lui; au bout d'une heure, M. Fisher le trouva ne pouvant faire le moindre mouvement et se plaignant d'une vive douleur dans la région occipitale et à la partie supérieure du col. Il y avait sur ces parties un peu de gonflement, mais aucun signe de fracture ni de luxation des vertèbres. Il fut soumis à un traitement antiphlogistique actif et éprouva une lente amélioration.

Au bout de quinze jours, il put quitter le lit, mais en marchant il croyait toujours voir près de lui les objets qui en étaient éloignés; les rues lui semblaient d'une longueur interminable, et quand il conversait avec quelqu'un près de lui, il lui semblait être beaucoup plus grand que cette personne et être obligé de la regarder d'en haut, et cependant tous les objets conservaient pour lui leur couleur, leur forme et leurs proportions naturelles.

Entre la quatrième et la cinquième semaine, il découvrit qu'il avait perdu les désirs sexuels et que l'approche d'une femme ne produisait aucun sentiment chez lui. Ces symptômes qui le tourmentèrent beaucoup furent combattus par des saignées, des vésicatoires et divers autres traitemens. Peu à peu la vessie recouvra sa contractilité et l'aberration de la perception visuelle se corrigea par degré; mais l'instinct générateur qui avait été très prononcé chez lui restait toujours muet; les mouvemens de rotation de la tête étaient toujours douloureux; le bras droit qui avait perdu la sensibilité à la suite de l'accident était à peu près dans le même état; pendant que sa mémoire, son courage et sa résolution avaient aussi considérablement diminué. Cependant tous ces accidens ont complètement disparu, et à la fin de décembre 1838 le malade avait recouvré toutes ses facultés physiques et morales.

Il serait difficile de ne pas rapporter les symptômes observés chez le sujet de la précédente observation à une lésion de l'appareil encéphalo-rachidien. Mais quelle est la partie de cet appareil qui fut spécialement lésée; est-ce le cerveau lui-même, le cervelet ou la partie supérieure de la moelle épinière? c'est ce qu'il serait impossible de déterminer, et rien ne prouve que ce soit le cervelet plutôt que toute autre partie de la masse encéphalique.

HÉMIPLÉGIE; LUBRICITÉ MORBIDE; MALADIE DU CERVELET.

OBS. — M., âgé de 73 ans, se maria à 40 ans, et eut onze enfans. Il fut alternativement fermier et cordonnier; il était doué d'une forte constitution. Peu de temps après son mariage, il se plaignit d'étourdissemens et de bruits dans la tête, qu'il a continué d'éprouver jusqu'au moment de sa mort. Il y a quatre ans, il ressentit deux ou trois matins de suite en sortant du lit une douleur très vive, suivie d'un sentiment de craquement comme si quelque chose se fût ouvert du côté gauche de la tête; ce qui lui fit demander aux personnes qui l'entouraient si elles avaient entendu le même bruit; puis il devint sourd à gauche; les étourdissemens et les douleurs devinrent quelquefois si intenses qu'il tombait en fureur.

Il y a deux ans, attaque d'hémiplégie qui s'est renouvelée deux fois depuis, mais légèrement. Depuis cette époque, il a éprouvé un priapisme morbide qui a persisté avec de légères intermissions, et a augmenté par degrés jusqu'à ces trois derniers mois; puis il diminua graduellement, en sorte que le besoin ne se reproduisait qu'une ou deux fois chaque nuit, sans pouvoir être satisfait, en raison de l'imperfection de l'érection, et pendant la dernière année il n'y eut pas d'émission du sperme. Cette propension aggrava beaucoup ses souffrances et lui ôta tout agrément. Ce besoin, qui, quelques années avant l'attaque d'hémiplégie, avait presque complètement disparu, se faisait sentir plusieurs fois la nuit et le jour, et était à peine diminué par les fréquentes tentatives qu'il faisait pour le satisfaire. Dans la dernière année, il fut dans un état d'imbécillité presque complet, et il mourut en septembre 1835, après avoir été pendant plusieurs jours dans un état de stupeur.

A l'autopsie, le cerveau était à peu près à l'état normal. Quant au cervelet, son lobe droit avait son volume ordinaire, et le gauche, plus petit d'un cinquième, offrait à sa face inférieure une dépression au-dessous de laquelle se trouvait une cavité qui occupait presque tout l'intérieur de ce lobe. Elle était tapissée à l'intérieur d'un tissu très délicat qui paraissait communiquer avec la pie-mère qui pénètre entre les lames du cervelet. Cette cavité contenait probablement de la sérosité qui se sera écoulée avant l'examen. La substance du prolongement cérébelleux de ce côté était jaunâtre, plus ferme qu'à l'état normal, surtout vers la face inférieure, qui était irrégulière, et portait les traces évidentes d'une perte de substance considérable. On trouva, en outre, sur un point de ce prolongement un caillot de sang noir, du volume d'un petit grain de plomb. Le reste du cervelet était à l'état normal.

Cette observation paraît, à l'auteur, avoir plus de valeur que les deux précédentes; car nous voyons chez le sujet les désirs sexuels se reproduire sous l'influence d'une affection du cervelet, et se conserver actifs jusqu'au moment où l'organe subit une désorganisation manifeste. Nous devons cependant avouer que nous ne pouvons concevoir comment une hémorragie et la présence d'un caillot volumineux dans le cervelet, qui a dû être notablement comprimé, aurait excité l'activité de cet organe; car c'est le contraire qui aurait dû, il nous semble, avoir lieu dans l'hypothèse où cet organe serait la source ou le centre de l'instinct générateur.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 22 AVRIL.

MÉMOIRE SUR LA CONSTITUTION DE QUELQUES CORPS ORGANIQUES ET SUR LA THÉORIE DES SUBSTITUTIONS.

La chimie organique, dit M. Dumas, possède maintenant un certain nombre de règles, de théorêmes qui, résumant une grande masse de faits bien observés, élèvent au rang d'une véritable science cette branche de nos connaissances, abandonnée naguère à un empirisme. Mais, à côté de ces principes incontestés, il est des vues qui donnent encore prise à la discussion, et qui ont fait l'objet, devant l'Académie, d'importantes communications: la constitution des acides organiques et la théorie des substitutions sont dans ce cas. Mais, d'abord, que faut-il entendre par théorie des substitutions? On a reconnu depuis quelques années qu'une substance organique hydrogénée, qui, soumise à l'action de l'oxigène, du chlore, du brôme ou de l'iode, perd de l'hydrogène sous leur influence, prend presque toujours une quantité d'oxigène, de chlore, de brôme ou d'iode équivalente à celle de l'hydrogène qu'elle a abandonné.

On dit alors qu'il y a substitution ou métalepsie; et, en effet, le chlore, par exemple, qui s'engage ainsi dans le produit nouveau, perd ses propriétés caractéristiques; il ne décolore plus, n'est plus précipité par le nitrate d'argent, ni absorbé par les alcalis; il devient latent, dissimulé, et ne peut être retrouvé qu'après une décomposition totale de la matière ramenée à ses élémens organiques.

La théorie des équivalens ne suffit pas à l'explication de ces faits curieux : pourvu que les quantités de chlore et d'hydrogène retenus ou perdus par le corps puissent s'exprimer par des équivalens quelconques, cette dernière théorie est satisfaite; mais, dans une réaction métaleptique, il faut que l'hydrogène enlevé soit exactement remplacé équivalent à équivalent, volume à volume, par le chlore, le brôme ou l'iode qui arrivent.

On sait d'ailleurs que la principale objection opposée par M. Berzélius à la théorie des substitutions est fondée sur la différence qui existe entre les propriétés électriques des corps dont il s'agit ici : l'illustre chimiste suédois ne saurait admettre qu'un corps aussi remarquable que l'hydrogène, par ses propriétés électro-positives, puisse être remplacé par les corps les plus électro-négatifs que nous connaissions.

M. Dumas, avant d'émettre les réflexions que lui a suggérées cette objection qui s'était déjà offerte à son esprit, a voulu en appeler de nouveau à l'expérience, et chercher dans la nature elle-même des faits décisifs. Il a été ainsi conduit à la découverte d'un acide organique remarquable, en remplaçant, dans l'acide acétique, l'hydrogène par du chlore, sans que les caractères essentiels de la substance aient été notablement altérés. Son pouvoir acide n'a pas changé; il sature la même quantité de bases qu'auparavant; il la sature également bien, et les sels auxquels il donne naissance, comparés aux acétates, présentent des rapprochemens pleins d'intérêt et de généralité.

Or, si la métalepsie permet de prévoir la formation de ces combinaisons extraordinaires, si elle explique leurs moindres propriétés, si elle apprend à les produire, il importe peu que cette théorie dérange quelque chose aux idées admises autrefois dans la science : elle constitue une règle de réaction nouvelle, une loi de la nature qu'il faut prendre désormais en considération.

ACIDE CHLORACÉTIQUE.

Pour l'obtenir, M. Dumas introduit du chlore sec dans des flacons à l'émeri de cinq ou six litres, et y ajoute de l'acide acétique cristallisable, dans la proportion de neuf décigrammes au plus par litre de chlore : sous l'influence de la lumière solaire, des vapeurs blanches se développent, des gouttelettes d'une liqueur dense se condensent à sa partie supérieure, et le chlore disparaît peu à peu; rarement la réaction est-elle assez rapide pour déterminer l'explosion des flacons, accident qui, d'ailleurs, n'a jamais lieu dans les premiers momens l'exposition au soleil. Le lendemain, l'intérieur des flacons est tapissé d'une substance cristallisée en partie en rhomboïdes réguliers d'un gros volume, et en partie sous forme de givre; il reste, en outre, au fond du vase, une portion plus ou moins considérable d'un liquide dense, de l'acide oxalique, et, comme produits gazeux, des acides chlorhydrique et carbonique, peut-être aussi de l'acide chloro-carbonique.

On lave les flacons avec une petite quantité d'eau, et on évapore la dissolution dans le vide entre deux vases remplis, l'un d'acide sulfurique concentré, l'autre de potasse caustique. La distillation avec l'acide phosphorique anhydre opère la séparation des dernières portions d'eau, la décomposition de l'acide oxalique, la volatilisation d'une petite portion d'acide acétique non altéré. Les derniers produits qui passent dans le récipient sont constitués par l'acide chloracétique, et ne tardent pas à s'y prendre en masse cristalline. Comme ces cristaux restent souillés d'un peu d'acide acétique, l'exposition dans le vide, sur du papier Joseph, suffit pour les en débarrasser complètement.

L'acide chloracétique est incolore, peu odorant à froid, d'une saveur âpre et caustique, très déliquescent; il blanchit la langue, et, par un contact prolongé, il détermine sur la peau une véritable vésication; il fond à plus de 46° et bout à plus de 195 ou 200°; la vapeur de cet acide est fort irritante et fort pénible à respirer; il est sans action décolorante sur les couleurs végétales. Sa densité, prise à son point de fusion, est égale à 1,617. L'analyse de ce corps curieux conduit à une formule qui ne diffère de celle de l'acide acétique hydraté qu'en ce que l'hydrogène a été complètement remplacé par le chlore.

Le chloracétate de potasse obtenu en neutralisant le carbonate de cette base par le nouvel acide et l'abandonnant à l'évaporation spontanée, cristallise en fibres soyeuses inaltérables à l'air, ce qui distingue ce sel de l'acétate, qu'on sait être des plus déliquescens; enfin, il se décompose avec explosion par une légère chaleur.

M. Dumas présente à l'Académie les divers produits dont nous venons de parler, ainsi que le chloracétate d'ammoniaque et celui d'argent.

Les alcalis caustiques offrent des réactions très curieuses avec l'acide chloracétique : sous l'influence de la potasse, il se produit d'abord du carbonate alcalin et du chloroforme, puis du formiate et du chlorure de potassium.

CHLORACÉTATE MÉTYLIQUE.

L'acide chloracétique possède une disposition extraordinaire à s'éthérifier. Aussi quand on distille ensemble de l'esprit de bois, de l'acide chloracétique et un peu d'acide sulfurique, est-on sûr d'obtenir exactement la quantité de chloracétate de méthylène correspondant à l'acide employé. Le produit distillé, étant mêlé à l'eau, laisse déposer la nouvelle matière sous forme d'un liquide huileux, incolore, plus dense que l'eau, et d'une odeur agréable de menthe, qui rappelle celle de l'huile chloralcoolique.

ÉTHER CHLORACÉTIQUE.

Pour l'obtenir, M. Dumas conseille de distiller ensemble de l'alcool, de l'acide sulfurique et de l'acide chloracétique libre ou combiné à une base alcaline : on l'isole au moyen de l'eau, comme le précédent, avec lequel il a beaucoup de ressemblance par sa forme oléagineuse et son odeur de menthe.

Le savant académicien appliquant, au nouveau corps qu'il a découvert et que nous venons de faire connaître, les principes de la théorie des substitutions, pense que dans l'acide acétique, ainsi que nous l'avons dit plus haut, l'hydrogène a été remplacé par le chlore : il prévoit de plus qu'à la place du chlore on pourra faire entrer du brôme, de l'iode, du soufre et peut-être de l'oxigène; bien plus, cette substitution pourra s'étendre à certains corps composés, faisant fonction de corps simples; de là une source féconde de corps nouveaux ou d'explications nouvelles pour certains phénomènes connus.

Revenant, à cette occasion, au principe d'où il est parti, savoir, que parmi les corps organiques, il existe certains types dans lesquels on peut remplacer l'hydrogène par le chlore, sans que le type soit altéré dans ses qualités essentielles, M. Dumas cite plusieurs exemples des réactions de ce genre : ainsi, le chloral, ou produit obtenu en traitant l'alcool par le chlore, est à l'aldehyde, ou alcool oxidé, ce que l'acide chloracétique est à l'acide acétique; le chloraldehyde comme l'acide chloracétique se décompose sous l'influence des alcalis caustiques, en donnant naissance à du chloroforme, etc. Ainsi encore, comme l'a montré M. Regnault, le gaz oléfiant peut perdre deux volumes d'hydrogène, prendre deux volumes de chlore, et produire du gaz chloroléfiant qui, se combinant l'un et l'autre avec un équivalent d'acide hydrochlorique, forment, le premier la liqueur des Hollandais, le second l'éther hydrochlorique.

On voit donc, par ces divers exemples, que le chlore, en prenant la place de l'hydrogène, n'a rien changé aux propriétés du composé, qu'il fût acide, base ou composé neutre; car il est resté acide, base ou composé neutre, et il a même conservé son pouvoir saturant exact. C'est que l'introduction du chlore à la place de l'hydrogène ne change en rien les propriétés extérieures de la molécule; si les propriétés intérieures se modifient, cette modification n'apparaît qu'autant qu'une force nouvelle intervenant, la molécule elle-même se trouve détruite et transformée en de nouveaux produits, dans lesquels chaque corps élémentaire reprend alors les pouvoirs affinitaires qui lui sont propres, et donne naissance aux combinaisons les plus stables qui se puissent former.

Sans doute, dans ce système d'idées, dicté par les faits, on a dû négliger les théories électro-chimiques sur lesquelles M. Berzélius a généralement basé les opinions que cet illustre chimiste a cherché à faire prévaloir; mais cette polarité spéciale, attribuée aux molécules des corps simples, ne repose pas sur des faits tellement évidens, qu'il faille l'ériger en article de foi; loin de là, le guide le plus sûr en chimie minérale, c'est l'*isomorphisme*, théorie fondée sur les faits, et peu d'accord avec la théorie électro-chimique, qui en chimie organique joue le même rôle que l'*isomorphisme* dans l'interprétation des phénomènes appartenant au règne inorganique; et peut-être un jour trouvera-t-on, par l'expérience, que ces deux vues générales se lient d'une manière étroite, dérivent de la même cause, et peuvent se généraliser sous une expression commune.

SÉANCE DU 29 AVRIL.

NOUVELLES NOTES SUR LE CAMBIUM.

M. de Mirbel donne lecture de ces notes, qui sont extraites d'une suite d'observations sur la racine du dattier. Il y a plus de 150 ans, dit le savant académicien, que Grew reconnut l'existence du cambium, et en devina la destination; on sait que cette substance, comparable à une solution de gomme arabique, forme des couches dans les tiges et les branches; elle se dépose dans les interstices que les utricules laissent entre elles, et même dans la cavité des utricules et des tubes; enfin, d'elle provient toute organisation; puisque, de l'état amorphe, elle passe, par degrés insensibles, à celui de tissu cellulaire continu, lequel se disloque plus tard, et se montre sous forme d'utricules distinctes. Mais ces transformations successives ne peuvent être prouvées que par une série d'observations étroitement liées les unes aux autres, et c'est à cette importante démonstration que M. de Mirbel s'est consacré depuis plusieurs années.

Jusqu'ici le cambium, qui d'abord avait paru à M. de Mirbel n'être qu'un simple mucilage, se présenta avec une apparence celluleuse, par l'emploi de meilleurs instrumens d'optique; les tentatives faites pour pénétrer plus avant vers l'origine des transformations du cambium avaient été infructueuses, quand de nouvelles recherches sur des coupes transversales de la racine du dattier ont permis à l'auteur de voir, avec toute la netteté désirable, des amas de cambium, dont la surface était mamelonnée. De quelle manière les cellules se substituent-elles aux mamelons? Cette métamorphose s'opère sans qu'il y ait augmentation sensible de la masse, ce qui s'explique très bien par la condensation qu'éprouve la matière employée à la formation des cloisons. Elle se retire du centre, s'accumule à la circonférence et gagne en densité ce qu'elle perd en volume. Les parois des cellules s'étendent bientôt, se couvrent d'élévations papillaires disposées en forme d'échiquier; et, quoiqu'elles aient plus de consistance que dans l'origine, elles contiennent encore beaucoup d'humidité; il semble que leur substance soit devenue gélatiniforme de mucilagineuse qu'elle était.

Bientôt ces cellules se dessinent en hexagones plus ou moins réguliers. Leurs cloisons s'étendent, s'amincissent, se sèchent et s'affermissent; leurs papilles disparaissent et sont remplacées par des lignes horizontales, parallèles, fines et serrées, qui ressemblent à de légères stries. La direction horizontale des lignes et des cloisons devient verticale quand on l'observe sur des coupes longitudinales. Un fait analogue peut être remarqué dans les *laticifères* du *Nerium oleander* : des papilles fines et courtes, disposées les unes contre les autres en échiquier, donnent, selon le point de vue, des lignes horizontales, verticales ou même diagonales, dans l'un ou l'autre sens. Bien que les papilles n'aient pas pu être aperçues dans les autres vaisseaux, on doit croire, en attendant la démonstration du contraire, que les lignes diversement dirigées, dont il vient d'être question, et qui se retrouvent dans les cellules, les utricules courtes ou allongées et les vaisseaux, sont dues à la présence d'une multitude de papilles imperceptibles disposées en échiquier.

Souvent, depuis les mamelons creux jusques et y compris les cellules à parois minces, sèches et striées, la substance végétale n'est qu'un seul et même tissu cellulaire parfaitement continu, dont la forme s'est plus ou moins modi-

fiée par l'action successive de la végétation. Au-delà un changement remarquable s'opère : les cloisons cellulaires, jusqu'alors indivises, se dédoublent d'elles-mêmes aux points de rencontre des angles des cellules contiguës, et donnent naissance à ces espaces ordinairement triangulaires, que les phytologistes appellent des *méats*. Le dédoublement gagne de proche en proche dans l'épaisseur des cloisons, et finit par séparer les cellules les unes des autres : à cette époque, il n'existe plus de tissu cellulaire. Chaque cellule est devenue une utricule distincte, laquelle s'étend et s'arrondit ou devient polyédrique, suivant qu'elle est libre dans l'espace, ou arrêtée dans son expansion normale, par la résistance des utricules voisines. Souvent aussi ces utricules, juxtâposées, restent unies par une sorte de collage, sans qu'il s'établisse jamais entre elles une véritable liaison organique, formant ainsi autant d'individus vivans qui jouissent chacun de la propriété de croître, de se multiplier, de se modifier dans de certaines limites, travaillant en commun à l'édification de la plante, dont ils deviennent eux-mêmes les matériaux constituans. Ces deux états organiques, l'un tissu cellulaire continu, l'autre eglomération d'utricules séparées ou réunies par simple juxtâ-position, marquent deux périodes distinctes dans les formations utriculaires.

Le moyen le plus certain de se convaincre de la réalité des faits dont il vient d'être question, consiste à faire des séries non interrompues de coupes transversales de racine de dattier, sur des portions en voie de passer de la première jeunesse à l'âge adulte, et de les soumettre à l'observation microscopique, dans l'ordre suivant lequel elles ont été faites. On voit alors que la racine de dattier se compose de trois régions organiques bien distinctes, la périphérique, l'intermédiaire et la centrale, séparées entre elles, à l'époque de végétation indiquée plus haut, par une couche épaisse de cambium; on y remarque aussi de petits foyers d'utriculisation. Mais la région périphérique, exposée sans cesse à la nuisible influence des agens extérieurs et chassée en dehors par l'accroissement des parties intérieures, ne tarderait pas à disparaître, si ses pertes journalières n'étaient pas promptement réparées par l'avénement de nouvelles utricules, issues de la couche la plus superficielle de cambium : c'est ce qui explique pourquoi cette portion de la racine se trouve réduite à deux ou trois feuillets d'utricules déchirées et privées de vie, quand la couche de cambium sous-jacente vient à manquer.

Quant à la région intermédiaire, elle offre une particularité curieuse : les utricules occupent une place d'autant plus rapprochée de la partie moyenne de cette couche, qu'elles sont plus âgées, physiologiquement parlant; ce qui s'explique par la double direction suivant laquelle les deux couches de cambium travaillent simultanément à l'accroissement de la région intermédiaire. Indépendamment des utricules qui abondent dans cette région, le cambium y forme de petits dépôts dont les uns remplissent les utricules, et les autres occupent les interstices qu'elles laissent entre elles, que l'on connaît sous le nom de méats. Par suite des transformations successives qu'éprouvent ces amas de cambium, les utricules augmentent d'épaisseur, de façon qu'en résumant toutes les métamorphoses qui se passent sous les yeux de l'observateur, on voit, à un cambium mamelonné, succéder un tissu cellulaire mucilagineux; à celui-ci, un tissu cellulaire couvert de papilles, que remplace un tissu cellulaire à parois sèches, minces et finement striées; enfin, apparaît un tissu composé de longues utricules distinctes, mais unies les unes aux autres; et alors de nouvelles utricules s'emboîtent dans celles-ci, qui deviennent, par ce renfort, doubles, triples, quadruples, quintuples, etc., et des pertuis ouverts à travers les parois font communiquer entre elles toutes les cavités utriculaires. Tel est le mode de formation de ces longs filets ligneux observés par les phytologistes dans la racine du dattier, et dont les analogues se représentent dans le stype et ses feuilles.

Dans sa première jeunesse, la région centrale est séparée de la région intermédiaire par une couche de cambium qui, ainsi que l'autre, sert à l'accroissement des deux régions qu'elle sépare. Au centre, se retrouvent les utricules de première formation, cylindriques et faiblement adhérentes entre elles; bientôt elles passeront de l'état simple à l'état complexe. Les autres utricules composent un tissu continu d'autant plus jeune qu'il est plus éloigné du centre. Les plus voisines de la région intermédiaire ne sont, à proprement parler, qu'un cambium celluleux. Plus tard, une membrane celluleuse n'ayant partout qu'une utricule d'épaisseur, s'organise entre la région centrale et la région intermédiaire, et leur sert de limite; lors de l'apparition de cette ceinture, les utricules qui la constituent sont presque égales entre elles et de forme carrée; elles adhèrent côte à côte les unes aux autres, en série concentrique. Par la suite, elles se remplissent de cambium, qui ne tarde pas à devenir tissu cellulaire, et à former dans chacune d'elles un certain nombre de cloisons.

Des vaisseaux de dimensions diverses parcourent la région centrale dans le sens de sa longueur; ils donnent lieu, par leur rapprochement, à des lames plus ou moins continues, lesquelles se disposent, en général, selon la direction des rayons. Les plus petits s'adossent contre les utricules les plus voisines de la ceinture; viennent ensuite les moyens : pour ce qui est des plus grands, ils se rapprochent du centre, et souvent ils finissent par s'isoler les uns des autres. Tous ces vaisseaux sont des tubes polyèdres dont les facettes, ouvertes par des fentes transversales, figurent tant bien que mal de petites échelles. De là l'épithète de scalariformes qu'ils ont reçue des auteurs allemands. Chacune des lames vasculaires est séparée de ses voisines par une épaisse masse d'utricules qui s'étend jusqu'à la ceinture de la région. Durant le cours de la végétation, le cambium afflue surtout vers la partie moyenne de la masse; il enveloppe et remplit les utricules : celles-ci, d'abord jointes, se séparent et se retirent de droite et de gauche, et l'espace qu'elles laissent entre elles ne tarde pas à être occupé par un tissu cellulaire mucilagineux à cloisons couvertes de papilles. Le nouveau tissu s'élargit en lame irrégulière, et, de même que les lames composées de vaisseaux scalariformes, il se projette vers le centre. Plusieurs phytologistes ont avancé que ces lames cellulaires étaient composées de latécifères; mais, au lieu de vaisseaux ramifiés, anastomosés entre eux et contenant un suc coloré qui charrie des granules, M. de Mirbel n'a pu y voir autre chose que de simples cellules allongées, dépourvues de suc comparable au latex; bien plus, cet habile observateur a été témoin de la transformation graduelle des utricules en petits, moyens et grands vaisseaux scalariformes. Chaque nouvelle lame, venant à s'allonger, partage en deux la masse utriculaire au milieu de laquelle elle a pris naissance; et, pendant que cette séparation s'opère, il se forme dans chaque moitié un autre dépôt de cambium qui devient bientôt une lame cellulaire, laquelle à son tour se change en une lame vasculaire.

De même que les utricules, les gros vaisseaux de la racine du dattier ne sont, en réalité, que des séries d'utricules ajustées et soudées bout à bout : de l'état simple, ils passent à l'état complexe par le développement des utricules nées du cambium celluleux qu'ils renferment ordinairement; les autres utricules refoulées vers la circonférence du vaisseau par l'expansion de celles qui se développent, s'amoindrissent à mesure que l'espace se resserre, et finissent par disparaître, aussi bien que le cambium celluleux qui remplissait primitivement la cavité du vaisseau. L'addition d'une seule utricule ne suffit pas à l'achèvement du vaisseau; viennent à la suite une seconde, une troisième, une quatrième, etc., utricules, qui s'emboîtent les unes dans les autres, toujours par le même procédé de transformation du cambium mucilagineux, dont elles se remplissent peu après leur apparition, en un cambium celluleux, puis en utricules distinctes, dont une seule s'accroît en refoulant et atrophiant les autres, mieux constituée qu'elle et peut-être aussi favorisée par des circonstances que nous ne saurions apprécier. C'est donc par cette stratification de couches membraneuses que se fortifient les parois des vaisseaux, en même temps qu'elle est la cause efficiente de la destruction de milliers de germes.

L'accroissement de la racine est la conséquence immédiate de la formation du cambium. Les utricules qui en proviennent doivent être considérées comme formant en commun, depuis le centre jusqu'à la circonférence, une multitude de cercles ou plutôt de couches plus ou moins régulières. Chaque couche, par l'addition d'utricules, dont le nombre et la puissance amplifiantes sont à la fois en rapport avec la position qu'elle occupe, et l'accroissement général de la racine, s'élargit et s'éloigne du centre; de telle sorte qu'elle ne cesse pas un moment d'être en contact avec les autres couches. Toutes ensemble se portent donc de dedans en dehors, et ce mouvement centrifuge est assez ferme pour que, dans maintes circonstances, les couches mortes ou vives de la région périphérique se rompent faute de se distendre. Jusque-là, exclusivement, tout s'exécute sous l'empire des forces vitales; là seulement on reconnaît, à n'en pouvoir douter, l'œuvre d'une force mécanique. On comprend d'ailleurs, sans qu'il soit nécessaire d'insister sur cette particularité, qu'à mesure que le corps de la racine empiète sur l'espace environnant, de nouvelles utricules naissent au centre et y remplissent la place précédemment occupée par les anciennes.

Faut-il voir, dans les faits que nous venons d'exposer, la loi générale du développement de la racine des monocotysés, ou, ce qui semble tout à fait improbable, une exception qui ne se retrouverait que dans le dattier ? En est-il, au contraire, dans le nombre, qui se rencontrent dans divers organes, appartenant à des espèces, prises au hasard parmi les phanérogames et les cryptogames, et qui, par conséquent, se présentent comme l'expression de lois générales ? Ces questions, d'un haut intérêt pour les progrès de la science, ne peuvent manquer de fixer l'attention des observateurs, et d'appeler les nouvelles recherches que nécessite leur solution.

UNITÉ DE COMPOSITION ORGANIQUE.

M. Geoffroy Saint-Hilaire lit une note sur l'application du principe de l'unité de composition organique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU 25 AVRIL.

M. le président tire au sort les noms des membres qui feront partie de la députation qui doit aller présenter au Roi les félicitations de l'Académie à l'occasion de sa fête. Le sort désigne MM. Rostan, Rochoux, Roche, Pelletier, Castel, Jourdan, Récamier, Burdin, Soubeiran.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES NERFS.

M. Castel regarde la distinction entre les nerfs du sentiment et ceux du mouvement comme une pure hypothèse; il cite divers passages de Boerrhave et des commentateurs qui font mention de cette opinion nouvelle alors. Après avoir traité la question au point de vue historique, M. Castel recherche les causes des paralysies partielles qu'il trouve avec M. Larrey dans la séparation des filets nerveux les uns des autres depuis leur origine jusqu'à leur terminaison. Il rappelle ensuite que si le nerf sous occipital n'a qu'une seule racine, comme on l'a dit, il a cela de commun avec les nerfs encéphaliques qui vont aux sens, à la face. Quant à l'opinion de M. Blandin sur la prédominance des fonctions motrices dans les membres postérieurs, et des fonctions sensitives dans les antérieurs chez les animaux, M. Castel ne saurait l'admettre, car chez le chien qu'on a cité, comme presque chez tous les quadrupèdes, les pattes de devant sont bien plus actives dans la locomotion que les membres postérieurs. Cette hypothèse n'est pas éclairée davantage par les expériences qui souvent obscurcissent les questions au lieu de les éclairer; on ne doit pas cependant les rejeter tout à fait, mais il faut les consulter avec précaution. Je ne pense pas non plus qu'on doive regarder comme nulles les observations dans lesquelles le mouvement et le sentiment se sont conservés malgré des sections de la moelle; il suffit en effet que la substance médullaire existe, peu importe le lieu qu'elle occupe, et sa forme tout aussi bien que sa répartition. Suivant nous, ce n'est point à l'origine des nerfs, dans leurs racines, qu'il faut placer le siége de la sensibilité, mais c'est à leur racine; j'ai déjà abordé ce sujet une fois; je me propose d'y revenir plus longuement dans un travail spécial.

M. Bouillaud s'étonne de la longueur d'une discussion soulevée par des faits aussi simples, puis il s'arrête à quelques considérations sur l'importance de la méthode expérimentale, que M. Gerdy a tort, selon lui, de restreindre aux

vivisections. Il la rapproche des méthodes suivies dans les sciences naturelles pour constater les phénomènes et arriver à la connaissance des lois; si on a commis des erreurs en procédant de cette manière, c'est aux expérimentateurs et non à la méthode expérimentale qu'il faut les reprocher. Quant à la manière de procéder que M. Gerdy appelle analytique et logique, elle est employée par tout le monde; on ne peut rien faire sans elle; les expériences ne sont rien sans l'analyse, la critique et le raisonnement.

M. Gerdy n'a pas été seul du reste à s'élever contre les abus des expériences et des vivisections; M. Ch. Bell qu'il combat reproche amèrement et à plusieurs reprises aux expérimentateurs les abus que peut entraîner leur méthode; il relève ensuite l'anatomie qui fournit suivant lui des faits bien plus positifs. Cependant bientôt après le physiologiste anglais convient qu'il n'a pu faire partager ses convictions qu'en ayant recours aux vivisections; l'expérimentation a donc une grande valeur, même aux yeux de ceux qui semblent la combattre.

M. Bouillaud discute successivement les faits allégués par M. Gerdy, et qui constituent des exceptions si tranchées aux lois les mieux établies de la physiologie. La paralysie se manifeste quelquefois au-dessus d'une lésion matérielle de la moelle, mais comment le prouve-t-on? Deux ou trois faits mal observés ne suffisent pas à établir des idées aussi en opposition avec ce qu'on connaît généralement. Je n'attache pas plus d'importance à l'observation de cet enfant qui succomba à une arachnitis, chez lequel on trouva des masses cancéreuses dans le cervelet, alors que pendant la vie il n'y avait eu lésion ni des mouvemens ni de la sensibilité, et chez lequel l'équilibre s'était trouvé conservé.

On vous a rappelé encore, Messieurs, d'autres exemples de discordance dans les fonctions du système nerveux, empruntés à la pathologie; on a parlé de solution de continuité complète qui n'avait point détruit les fonctions des portions de moelle situées au-dessous; on a cité le fait de cet enfant qui fit des mouvemens, sentit, etc., sans moelle; mais en raisonnant de cette manière avec des faits incomplets mal observés, on arriverait à cette conclusion qu'on peut se passer de cerveau, de moelle. Et cette sensibilité que M. Gerdy attribue à la sensitive, nous ne saurions la regarder comme telle, car sans système nerveux, cette fonction est impossible. Aucune des observations qu'on nous oppose n'ayant un caractère d'exactitude suffisante, nous ne devons pas leur attacher la moindre valeur. Avec de tels faits, lorsqu'on fonde un système, on s'abuse soi-même et on trompe les autres.

Exposant ensuite d'une manière sommaire la doctrine de Ch. Bell, M. Bouillaud fait voir que la disposition anatomique a été pour le physiologiste anglais le point de départ de son système; la conception fondée sur les faits anatomiques s'est trouvée confirmée par l'expérimentation; c'est alors que Ch. Bell a pu convaincre, mais c'est alors seulement, car l'anatomie ne pouvait rien prouver pour les fonctions, elle ne pouvait entraîner les esprits. Alors sont venues les expériences sur les animaux; et les sections des racines antérieures et postérieures chez l'âne, le chien, le singe ont constamment démontré la faculté du mouvement inhérente aux racines antérieures, celle du sentiment aux postérieures; que la septième paire était essentiellement et uniquement motrice; la cinquième en partie motrice, et en partie sensible, etc. Les expériences de M. Magendie confirment en tout les idées de Ch. Bell, et si on leur oppose cette inflammation de l'œil qui survient dans certains cas où la septième paire a été seule coupée, nous ferons remarquer que l'œil restait à découvert par suite de la paralysie de l'orbiculaire des paupières est incessamment irrité et doit nécessairement s'affecter.

Les faits pathologiques, qui sont des expériences toutes faites, sont venus se joindre à ces premiers résultats. Les observations de ce genre se sont multipliées au point que M. Montault a pu grouper 180 faits bien avérés de lésions isolées de la cinquième ou de la septième paires, dans lesquels la paralysie du mouvement, seule, a été observée 142 fois, par suite de la lésion de la septième paire; la lésion du sentiment et du mouvement à la fois dans 21 cas, où les deux branches de la cinquième paire se trouvaient affectées en même temps; et la paralysie isolée du mouvement ou du sentiment, dans 17 observations, suivant que la branche motrice se trouvait seule malade, ou que c'était la branche ganglionnaire. Il est remarquable que dans tous les cas où les symptômes furent soigneusement observés, et où les résultats réciproques renferment les détails suffisans, il est remarquable, dis-je, que, dans tous ces cas, il y eut concordance entre les symptômes et les lésions. On vous a cité dernièrement un des résultats obtenus par les recherches de M. Longet, qui a fait voir que le nerf buccal répandu à la fois dans les muscles et la peau avait deux racines : l'une venant de la branche motrice, et l'autre de la branche sensitive; le même anatomiste a démontré que la branche du maxillaire inférieur qui se distribue aux muscles élévateurs de la mâchoire inférieure envoie des ramifications aux abaisseurs, ce qu'on n'avait point signalé avant lui.

Enfin, M. Gerdy n'ayant opposé aucun fait probant aux faits si nombreux de MM. Ch. Bell, Magendie, et de tant d'autres physiologistes, aux observations d'anatomie pathologique convenablement recueillies, je pense, Messieurs, que le système que nous défendons n'est nullement ébranlé. Je demanderai, en terminant, à M. Gerdy, s'il croit que la septième paire soit un nerf du sentiment, et la cinquième un nerf du mouvement; s'il trouve que cela soit démontré clairement.

M. Dubois (d'Amiens), après quelques considérations générales sur la valeur des méthodes, sur le sens qu'on doit attacher au mot méthode expérimentale, sens que M. Gerdy lui paraît avoir bien compris, insiste sur le fait de la spécialisation du système nerveux, qui est la question actuelle; or cette spécialisation, considérée dans sa généralité, n'a été mise en doute par personne; c'est une loi dans la série animale; à mesure qu'on s'élève des animaux inférieurs à l'homme, les fonctions s'isolent, se spécialisent davantage; mais s'il est facile d'établir ce premier fait, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de rapporter telle ou telle fonction à tel ou tel point du système nerveux, on doit rechercher si des lois président à cette répartition; c'est là le point important.

Et d'abord, pour le cerveau considéré comme organe des facultés intellectuelles, cette localisation ne peut être démontrée; on ne peut citer aucun fait pour l'appuyer avec quelque solidité. La voie suivie par les phrénologistes n'est pas clinique, elle n'est point scientifique; ils ont procédé d'une manière anecdotique, comme les amateurs et les curieux de la nature. Le diagnostic des lésions cérébrales fondé sur l'examen des symptômes fonctionnels correspondant aux troubles de l'intelligence pendant la vie ne saurait être établi.

Le cerveau préside en outre à tous les phénomènes de sensibilité et de motilité, c'est un fait incontestable, M. Gerdy n'a pas cherché à l'infirmer, il a seulement voulu parler de faits exceptionnels, et qui ne concordaient pas avec les systèmes reçus. Des lésions du mouvement, distinctes de celles du sentiment, on avait conclu que dans le substratum organique, il y avait aussi un point de départ distinct. On avait même affecté telle partie au mouvement, et à tel mouvement, et telle partie à la sensibilité. Alors s'établirent des erreurs, telles, par exemple, que celle qui place le mouvement des membres inférieurs dans les corps striés, ceux des membres supérieurs dans les couches optiques; mais les faits ont tant de fois prouvé le contraire, qu'il ne devrait plus être question de cette hypothèse. Aussi, doit-on forcément conclure que les lésions matérielles du cerveau ne peuvent se répéter, se traduire par des troubles fonctionnels spéciaux qui permettent d'assigner le siége précis du mal; je défie de trouver, je ne dirai pas un symptôme, mais même un groupe de symptômes qui puisse permettre de diagnostiquer le siége de l'inflammation de la pulpe cérébrale.

Les faits deviennent plus simples lorsqu'on arrive à la moelle; étrangère aux facultés intellectuelles, elle n'est qu'un moyen de manifestation pour elles. Toutes les fois que les mouvemens existaient chez des fœtus acéphales, par exemple, la moelle allongée existait; pas de sensibilité ni de motilité possible sans elle. Mais peut-on localiser ici? le siége des désordres peut-il se révéler par telle ou telle lésion de fonction? Cela est impossible pour les lésions de nature inflammatoire; on ne peut, dans les symptômes connus pour ceux de la phlegmasie cérébrale, trouver que deux choses, une période de spasmes d'irritation, et une période d'affaissement de collapsus. Quant aux désorganisations complètes d'une portion plus ou moins étendue de la moelle, elles sont plus faciles à reconnaître; cependant, il est encore ici des causes d'erreurs, une simple lame de substance médullaire peut suffire à conduire le sentiment et le mouvement dans des cas où l'on croyait avoir trouvé une solution de continuité complète.

On ne saurait, dit en terminant M. Dubois, repousser les faits négatifs qu'on aime trop souvent à citer; mais ils sont utiles, et, sous ce rapport, la critique faite par M. Gerdy d'un système qui n'explique pas tous les faits a un grand mérite, de même que les faits cités par MM. Blandin, Bouillaud, qui doivent être soigneusement enregistrés.

M. Gerdy répond aux reproches de M. Bouillaud sur la signification qu'il donne aux mots *expérience* et *observation*; il persiste dans sa manière de les entendre, il trouve que l'expérimentation par elle-même peut devenir cause d'erreur, et qu'on a tort d'en attribuer toujours la faute aux expérimentateurs.

S'il a parlé de la méthode analytique et logique comme science, c'est qu'il se l'est appropriée en quelque sorte, en l'employant aussi souvent qu'il le fait. Je dis ensuite, continue M. Gerdy, qu'il est des faits qu'on ne saurait concilier, tant ils sont opposés; si vous concluez des expériences sur les grenouilles, par exemple, que les racines postérieures servent au sentiment, et les antérieures au mouvement, concluez donc aussi que le cerveau est inutile, puisque des expériences ont démontré que sur la salamandre, le mouvement, la vie persistent après l'ablation des sept huitièmes de cet organe.

Quant au reproche d'avoir cité des faits sans valeur, je répondrai que presque tous ont été observés et rassemblés dans ces derniers temps, huit au moins sont dans cette catégorie; tous ont des détails suffisamment circonstanciés; pourquoi donc les récuser? Est-ce par cela seul que vous ne les comprenez pas? Si donc vous ne les comprenez pas, si vous ne savez pas leur raison, à quoi bon faire des systèmes?

Je persiste à dire que la sensitive reçoit des impressions, qu'elle a des sensations, en un mot; car la sensation ne nécessite pas la perception; les organes *sentent*, les nerfs *conduisent* les impressions au cerveau, qui *les perçoit*; lui-même n'est pas sensible, comme on le sait par expérience.

M. Gerdy revient sur les dissidences qui existent entre les partisans du système de Ch. Bell; déjà M. Blandin nie ce qui est relatif aux fonctions respiratoires. Il ne saurait admettre ce rapport, sur lequel on insiste entre la cinquième paire et les nerfs vertébraux; jamais la section d'une racine postérieure de ceux-ci n'a déterminé de trouble dans la nutrition, ni rien de ce qu'amène la section de la racine postérieure du trifacial; et, du reste, cela n'est pas restreint à la cinquième paire, puisque Petit a vu les yeux s'enflammer après la section des nerfs du plexus carotidien, venant du grand sympathique, comme dans les cas où l'on opère sur la cinquième paire.

Je ne discute point maintenant sur la valeur des 180 faits rassemblés par M. Montault, ils méritent d'être examinés avec plus de soin; j'y reviendrai; mais il n'en faut pas moins constater que les lois qu'on voudrait établir sur ces faits trouvent des exceptions; je ne les nie pas ces faits, mais je voudrais que les conséquences qu'on en a tirées fussent solidement déduites; je voudrais surtout qu'on ne prétendît pas trouver la lumière, alors que nous sommes encore enveloppés d'obscurité.

Nota. La dernière séance de l'Académie a été entièrement consacrée à la lecture et à la discussion du rapport de la section d'anatomie et de physiologie sur les candidats à la place vacante dans cette section. Les candidats, classés par ordre de mérite, ont été présentés dans l'ordre suivant :

1. M. Jobert.
2. M. Poiseuille.
3. M. Bouvier.
4. M. Leuret.
5. M. Manec.
6. M. Nonat.

Cette fois la section avait procédé immédiatement à l'admission des candidats

dans l'ordre qu'ils devaient occuper sur la liste. Il y avait quatorze votans. Au premier tour, M. Jobert avait eu 8 voix; M. Poiseuille, 6. Au second tour, M. Poiseuille a obtenu 13 voix; M. Leuret, 1. Au troisième, M. Bouvier, 8 voix; M. Leuret, 3; M. Manet, 7. Au quatrième, M. Leuret, 10. Au cinquième, M. Manet; et au sixième, M. Nonat.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

MALADIES DES ENFANS; AFFECTIONS DE POITRINE. Première partie : Pneumonie. Par MM. RILLIET et BARTHEZ, interne des hôpitaux. — 230 pages in-8. Paris, 1838. Chez Béchet jeune.

Les auteurs de cette brochure ont raison lorsqu'ils disent dans leur préface : « Un bon livre sur les maladies des enfans est encore un ouvrage à faire. » Mais ce n'est pas seulement dans l'étude des maladies des enfans que ce vide se fait sentir; on le remarque encore dans la plupart des autres parties de la pathologie. Cependant, peut-être est-il plus sensible dans les maladies des enfans; tous les ouvrages consacrés à cette spécialité, où ont été publiés avant les beaux travaux de l'École de Paris sur le diagnostic, ont sous l'influence de doctrines aujourd'hui abandonnées. MM. Rilliet et Barthez n'espèrent cependant pas remplir complètement cette lacune; ils se proposent seulement de faire paraître une série de monographies sur les différentes maladies de l'enfance. Les maladies de poitrine étant probablement les plus importantes et les plus nombreuses, c'est par leur étude qu'ils commenceront, et d'abord par celles de la pneumonie à laquelle est consacrée cette première partie de leurs recherches.

Les observations sur lesquelles repose le travail de MM. Rilliet et Barthez ont été recueillies par eux dans les salles de l'hôpital des enfans. Les observations de pneumonie sont au nombre de soixante; c'est sur elles que reposent toutes les assertions des auteurs. Voici, du reste, la marche qu'ils ont suivie dans ce travail : les observations une fois recueillies, ils les ont décomposées dans leurs divers élémens, afin de classer, dans autant de tableaux distincts, les causes, les symptômes, l'anatomie pathologique, etc., et de chacun de ces tableaux ils ont déduit les propositions dont le développement forme les bases de cet ouvrage. Tout en tenant compte des résultats numériques de leurs observations, les auteurs n'ont cependant pas poussé l'application de cette méthode avec cette rigueur qui n'amène qu'à des moyennes abstraites et conséquemment inapplicables.

L'ouvrage est divisé en dix chapitres où sont notées les différentes questions qui se rattachent à la pneumonie, et dans l'ordre suivant :

1° HISTORIQUE. Ce n'est que depuis quelques années que l'on s'est occupé de l'étude de la pneumonie chez les enfans, et elle n'a encore été l'objet que de quelques travaux détachés, parmi lesquels les recherches de Constant, publiées dans la GAZETTE MÉDICALE de 1831 à 1836, occupent sans contredit, le premier rang. C'est M. Léger, qui, le premier, donna en 1823 l'histoire de cette affection, et depuis, plusieurs internes de l'hôpital des enfans ont publié quelques recherches sur le même sujet; ainsi, M. Lanoix, de la Berge, MM. Gérard, Rufy et Berton.

2° ANATOMIE PATHOLOGIQUE. Les lésions que détermine l'inflammation du poumon chez les enfans sont assez différentes de celles qu'on observe le plus souvent chez l'adulte, pour qu'elles eussent dû être appréciées facilement et fixer l'attention des observateurs, s'ils avaient attaché à ce genre de recherches l'importance qu'elles méritent. L'inflammation envahit rarement ou plutôt moins souvent que chez l'adulte une portion considérable des poumons; fréquemment elle n'atteint au début qu'un certain nombre de vésicules pulmonaires isolées qui ressemblent à de petites granulations remplies par un liquide purulent, et qui s'affaissent lorsqu'on fait écouler ce dernier; c'est la *pneumonie vésiculaire*. Quand plusieurs vésicules contiguës sont enflammées, le troncqui les unit s'enflamme aussi et il en résulte une petite masse qui occupe un ou plusieurs lobules isolés, c'est la *pneumonie lobulaire*; les auteurs en distinguent deux espèces, l'une qu'ils nomment mamelonnée, et qui est parfaitement circonscrite, l'autre qu'ils appellent partielle, et qui, par sa circonférence, se confond insensiblement avec les tissus sains. Dans la première, l'inflammation tend à se concentrer dans les lobules primitivement affectés; dans la seconde, au contraire, elle tend à s'étendre et à gagner les parties environnantes. Dans la première, lorsqu'elle a passé à l'état de suppuration, il se forme de petites varioles pleines de pus; dans la pneumonie partielle le pus est infiltré dans le tissu pulmonaire comme dans la pneumonie de l'adulte. On observe cependant aussi la pneumonie lobulaire chez ce dernier, mais ce n'est que dans quelques circonstances spéciales; ainsi à la suite de grandes opérations, dans le cours des fièvres graves, des fièvres éruptives, etc.

La *carnification* est une autre lésion du poumon qui paraît bien se lier à l'inflammation de cet organe; mais les auteurs ne nous apprennent rien sur son mode de développement.

3° MODIFICATION DES BRUITS RESPIRATOIRES. Les différens râles conservent à peu près la même valeur que chez l'adulte; ils diffèrent cependant de ceux qu'on observe chez ce dernier, en ce que leur durée est plus courte, leur marche moins régulière, et en ce que leurs transformations sont plus nombreuses. La respiration bronchique est, chez l'enfant comme chez l'adulte, l'un des signes les plus précieux de l'inflammation des poumons. Cependant, rien n'est plus difficile que le diagnostic de la pneumonie lobulaire, et la science réclame encore de nouvelles recherches sur ce point; on peut bien, par l'observation d'un mélange de râles muqueux et d'un râle crépitant sec, soupçonner l'existence d'une pneumonie lobulaire; mais on ne pourrait en être assuré.

5° CAUSES. Dans le plus grand nombre des cas, la pneumonie ne se développe que chez des enfans déjà atteints de quelque maladie antérieure; ce qui a fait dire à quelques observateurs que la pneumonie idiopathique n'existe pas chez les enfans de deux à cinq ans. La maladie pendant le cours de laquelle la pneumonie se développe le plus communément, c'est la rougeole. Le décubitus dorsal et le séjour prolongé à l'hôpital sont encore des circonstances très favorables au développement de cette phlegmasie.

On a avancé que la pneumonie lobulaire succédait toujours à l'inflammation des bronches; mais cette opinion est combattue par nos auteurs, qui, bien que reconnaissant que fréquemment la pneumonie succède au catarrhe, ne voient cependant aucun rapport, soit de gravité, soit d'étendue, entre ces deux affections; en sorte que la maladie des bronches devrait plutôt être regardée comme une cause prédisposante à la phlegmasie du parenchyme des poumons, que comme une cause occasionnelle active, telle que la propagation par continuité de tissu.

6° Les signes rationnels offrent beaucoup moins de valeur chez les enfans que chez l'adulte, en raison de la difficulté que l'on éprouve à les apprécier. Il est bien évident qu'on a été beaucoup trop loin quand on a dit que chez les enfans certaines modifications des traits de la figure correspondaient constamment à certaines affections thoraciques. La fréquence du pouls et de la respiration n'offre également rien de constant, et on pourrait en dire autant de la toux. Quant à l'expectoration, on sait combien il est difficile d'obtenir des enfans qu'ils rejettent leurs crachats; aussi sommes-nous peu étonné qu'elle ait manqué chez le plus grand nombre des enfans de deux à cinq ans; et qu'au contraire elle ait toujours existé de six à quinze.

Dans sept cas indiqués par MM. Rilliet et Barthez, les crachats étaient cinq fois teints de sang, et deux fois seulement rouillés.

7° Le diagnostic différentiel et le pronostic sont l'objet de deux chapitres différens qui ne sont pas susceptibles d'être analysés, en raison des nombreuses données sur lesquelles reposent ces deux parties importantes de l'étude de la pneumonie chez les enfans. Cependant, nous croyons pouvoir conclure des observations de nos auteurs, sur la gravité de la maladie dont ils s'occupent, que cette gravité varie plutôt suivant les maladies que complique la pneumonie, et suivant l'état des forces des petits malades, que d'après l'étendue et la marche de la pneumonie elle-même.

8° Nous voudrions pouvoir examiner avec toute l'attention désirable ce que les auteurs disent du traitement de la pneumonie chez les enfans; mais les résultats auxquels ils sont arrivés sont loin d'avoir toute l'importance que nous aurions désirée; bien qu'ils ne se soient pas bornés, dans cette étude, à l'examen des faits qui leur appartiennent en propre, et qu'ils aient analysé 90 autres observations insérées dans différentes publications, et qu'ils aient suivi dans l'appréciation des effets thérapeutiques la marche la plus rationnelle. Nous retrouvons chez les enfans comme chez les adultes, le même doute sur l'efficacité des émissions sanguines et des antimoniaux.

En terminant l'histoire des différentes médications employées contre la pneumonie des enfans, MM. Rilliet et Barthez signalent un fait qui est bien digne d'intérêt, et que l'on observe également chez l'adulte; c'est que les premiers signes d'amélioration se montrent dans la grande majorité des cas, à peu près à la même époque, c'est-à-dire du septième au neuvième jour, quel qu'ait été le traitement employé. Ce fait, dont on abuserait si on l'invoquait contre toute médication active, est cependant un document précieux qu'on peut opposer à ceux qui prétendent enrayer facilement la maladie, en même temps qu'il prouve que la pneumonie a une

marche donnée qu'elle doit parcourir et qu'elle parcourt presque constamment, quels que soient les moyens qu'on lui oppose.

A la fin du mémoire de MM. Rilliet et Barthez, il y a onze observations qui présentent la pneumonie des enfans sous ses formes diverses. Cette partie de leur travail n'est pas la moins importante; car ces observations paraissent avoir été recueillies avec attention; de même que les inductions qu'ils en ont tirées, ainsi que d'un grand nombre d'autres qu'il eût été trop long de rapporter en entier, nous paraissent rationelles, et nous font désirer qu'ils donnent promptement suite à cette publication, que la première partie annonce de la manière la plus favorable.

DE LA PETITE VÉROLE CONSIDÉRÉE COMME AGENT THÉRAPEUTIQUE DES AFFECTIONS SCROFULEUSES, SUIVI DE CONSIDÉRATIONS NOUVELLES SUR LA NATURE DE CES MALADIES ET SUR LES RÉSULTATS FUNESTES DE LA VACCINE; par H. VERDÉ DE LISLE, D. M. P. — 220 pages in-8. Paris, 1839. Chez Béchet jeune, place de l'École-de-Médecine.

Le titre de cette brochure indique suffisamment l'objet que l'auteur s'est proposé en l'écrivant, bien qu'il n'ait pas traité la question d'une manière aussi large qu'on le croirait d'après ce titre, ainsi que nous le prouverons bientôt; mais nous allons auparavant examiner quelle route l'auteur a suivie pour arriver à adopter des opinions aussi opposées à celles que partagent sur la même question tous les hommes qui ont suivi avec attention l'histoire de la vaccine et les progrès de la santé publique. C'est par reconnaissance que M. Verdé de Lisle est devenu partisan de la variole et ennemi de la vaccine. Voici à quelle occasion. Il fut pris lui-même, en décembre 1827, d'une variole confluente qui se termina d'une manière heureuse, et qui exerça en outre la plus heureuse influence sur sa constitution; de frêle et délicate qu'elle était auparavant, elle était en effet devenue forte et robuste. « Plusieurs observations analogues, dit-il, que nous recueillîmes postérieurement nous confirmèrent dans l'opinion que la petite vérole était une affection salutaire, et nous décidèrent à ne vacciner aucun de nos enfans. Nous eûmes bientôt à nous louer de cette sage mesure, car, à la suite d'une pneumonie du côté droit qu'éprouva notre fils aîné, alors âgé de huit ans, l'auscultation ayant démontré dans le poumon malade la présence de tubercules dont plusieurs même étaient arrivés à un degré de dégénérescence incontestable, nous eûmes recours à la petite vérole pour l'arracher à une mort certaine. » Si nous croyions que ce raisonnement pût obtenir quelque crédit, nous rappellerions d'abord que le développement des tubercules à la suite d'une franche inflammation du poumon est plus rare qu'on ne le pense communément et qu'il n'est pas toujours facile de reconnaître, même à l'auscultation, la présence dans les poumons d'un petit nombre de tubercules. Mais lors même que nous accorderions à M. Verdé de Lisle que les faits sur lesquels il s'appuie ont été bien observés et justement interprétés, il n'en résulterait pas que la variole fût un préservatif des tubercules et un agent thérapeutique spécial contre quelques affections chroniques, et encore moins qu'on dût laisser ce fléau décimer la population dans la crainte de maux le plus souvent imaginaires. Si une éruption légère ou une vésication ou une autre affection cutanée peut faire disparaître complètement une bronchite ou une autre maladie interne, si un séton peut être de quelque utilité dans le traitement de quelques sujets tuberculeux, quelle ne devra pas être l'efficacité, dans des cas semblables, de la variole qui agit alors à la fois comme révulsif et comme dérivatif? Mais quel médecin oserait employer un moyen d'une si grande puissance, souvent même beaucoup plus dangereux que la maladie à laquelle on l'opposerait?

Si maintenant nous voulons examiner les preuves que l'auteur apporte à l'appui de son assertion de l'identité des affections scrofuleuses, tuberculeuses et varioliques, nous trouverons qu'elle est toute gratuite, ou qu'elle repose sur des faits d'une bien faible valeur. Il ne suffit pas de dire que le germe de la petite vérole est dans l'économie, et que quand on l'empêche de se développer spontanément dans l'enfance par le vaccin, il en résulte une repercussion sous l'influence de laquelle la matière variolique se fixe sur les poumons ou les organes glandulaires, sous forme des matières scrofuleuse ou tuberculeuse; il ne suffit pas d'affirmer que pendant que la variole éprouvait une diminution notable, les maladies scrofuleuses, la phthisie tuberculeuse, les affections cancéreuses ont suivi une progression ascendante proportionnée, et que si, autrefois, il mourait un bien plus grand nombre d'enfans depuis un an jusqu'à cinq qu'il n'en meurt aujourd'hui, le nombre des jeunes gens qui succombent à l'âge de dix-neuf à vingt-cinq ans est augmenté dans une proportion quintuple. Il faudrait encore démontrer l'exactitude de ces assertions. C'est ce que l'auteur n'a pas fait et ce qu'il ne pouvait faire.

La revaccination n'obtient pas grâce non plus aux yeux de M. Verdé de Lisle; si la vaccination est un empoisonnement véritable pour l'auteur, la revaccination est pour lui un second empoisonnement, ou plutôt ce serait doubler la dose du poison chez les individus qui ont été assez heureux pour échapper à sa première infection.

Nous terminerons ici l'analyse de cette brochure, dont l'auteur s'est plu à reproduire, sous une apparence scientifique, une partie des craintes que souleva la vaccine lors de son apparition, et qui n'empêchèrent pas les heureux effets de cette opération, la plus brillante découverte des temps modernes.

VARIÉTÉS.

— BAINS D'ENGHIEN. — L'établissement des eaux minérales d'Enghien sera ouvert le 15 mai et fermera le 15 octobre. La faveur toujours croissante dont cet établissement jouit a nécessité l'accroissement progressif des logemens. Les nombreux appareils, construits sous la direction de M. le docteur Boulard, joints aux anciens, ont étendu les ressources de la thérapeutique, et, dans leur état actuel, les bains d'Enghien forment l'établissement le plus complet qui existe en Europe. Les eaux de la nouvelle source, analysées sur la demande du ministre, ont été trouvées parfaitement identiques avec celles des anciennes sources; elles sont les unes et les autres supérieures aux meilleures eaux connues du même genre, en ce qu'elles contiennent une plus grande quantité de principes sulfureux; elles sont enfin d'une telle abondance qu'elles peuvent suffire au service le plus actif. Les principales maladies contre lesquelles les eaux sulfureuses d'Enghien sont employées avec succès sont: 1° les maladies de la peau; 2° les affections chroniques des viscères; 3° les affections glanduleuses, les scrofules, le rachitisme; 4° les maladies nerveuses, goutteuses et rhumatismales; 5° enfin les maladies générales ou locales, caractérisées par la débilité.

Les eaux d'Enghien se prennent en boisson, en bains, en douches ou à l'état de vapeur. Il serait superflu de rapporter toutes les ressources que la proximité de ces eaux offre à la capitale. S'il est, en effet, des maladies que de longs voyages peuvent soulager ou guérir, il en est beaucoup d'autres que la fatigue et les secousses inévitables d'une longue route peuvent aggraver. Telles sont les affections utérines, qui réclament le repos le plus complet et dans lesquelles des mouvemens brusques peuvent provoquer des accidens redoutables. Nous rappellerons à l'occasion de cet ordre de maladies les résultats obtenus par l'emploi des eaux d'Enghien, résultats constatés par M. Lisfranc, et qu'il a communiqués à l'Académie royale de médecine. M. le docteur Rayer, médecin consultant du roi, a été nommé, par le ministre, inspecteur des eaux d'Enghien, en remplacement de M. le baron Alibert.

Nous ajouterons une observation importante, c'est que les eaux d'Enghien ont cet avantage sur celles de Barréges qu'elles peuvent être conservées sans aucune altération, et être transportées dans les pays les plus éloignés.

NOTA. Outre le grand nombre d'appartemens, commodes et décorés avec goût, le directeur a laissé à la disposition des malades qui voudront venir et vivre en famille aux eaux d'Enghien, beaucoup de logemens, qu'ils pourront meubler à leur fantaisie. Le dépôt des eaux d'Enghien est à l'établissement de MM. Boulay, Planche et comp., au Gros Caillou, et les dépôts partiellers chez les marchands d'eaux minérales, rue J.-Jacques Rousseau, et chez M. Deslauriers, pharmacien, rue de Cléry, 31. On trouve aussi dans sa pharmacie les bols ou grains sulfureux représentant l'eau d'Enghien.

— On écrit de Dunkerque, 29 avril:

« La rougeole, après avoir régné dans plusieurs localités environnantes, sévit ici avec intensité. La plupart des enfans au-dessous de dix ans en sont attaqués. Ceux qui sont sains, robustes et bien soignés guérissent presque tous; mais ceux qui ont quelques autres affections périssent à peu d'exceptions près.

» Depuis deux jours, il en meurt quatre, cinq et six par jour.

» Hier, on en a enterré onze, et aujourd'hui huit. »

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale
DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE.

SUR LA DISCUSSION DE L'ACADÉMIE RELATIVE A LA DISTINCTION DES NERFS MOTEURS ET SENSITIFS.

L'attention de l'Académie de médecine est fixée depuis quelque temps sur une des questions de physiologie les plus importantes, les plus débattues et les plus indécises. On se rappelle qu'il y a quelques mois, à l'occasion d'un rapport de M. Bouillaud sur le tournis (chez l'homme), le procès fut intenté à la physiologie expérimentale par M. Gerdy, et soutenu par MM. Bouillaud, Blandin et autres. M. Blandin a récemment rappelé la discussion sur ce sujet, en la circonscrivant plus spécialement dans la question relative à la division des nerfs en nerfs de la motilité et de la sensibilité. Nous suivrons la discussion sur le terrain où elle a été placée, et dans toutes les phases qu'elle a parcourues. En attendant que toutes les opinions se soient manifestées dans le sein de l'Académie sur ce sujet, nous chercherons à apprécier l'état de la question, tant sur la valeur de la méthode d'expérimentation physiologique en général, que sur son application à la doctrine de Ch. Bell.

Disons un mot d'abord sur les termes mêmes de la question, afin de prévenir toute confusion, et d'éviter, une fois pour toutes, les discussions stériles qui trop souvent naissent de mots mal définis, et des acceptations différentes qu'on y attache. Cette confusion a paru menacer un moment de s'introduire dans la première discussion, lorsqu'on s'est servi indistinctement des mots *méthode expérimentale*, *expérimentation*, *expériences*. On sait ce que Bacon entendait par *méthode expérimentale*: c'est la méthode qui consiste à établir des vérités ou des lois générales dans les sciences qu'après l'examen de tous les faits indistinctement, soit spontanés, soit provoqués, de quelque ordre et de quelque nature qu'ils soient, et dans toutes leurs circonstances. Elle s'appuie également sur les faits naturels, spontanés ou accidentels, et sur les faits provoqués ou artificiellement obtenus par les expériences. La pathologie, l'embryogénie, les monstruosités, les faits d'anatomie et de physiologie comparée, et les expériences, telles sont les sources où elle puise les élémens de ses conclusions. Ses résultats n'ont de valeur qu'en raison du nombre et de l'importance de ces élémens; elle n'induit à la certitude physiologique qu'autant qu'elle les embrasse tous; c'est-à-dire qu'elle est basée sur la concordance de tous les faits qu'elle considère. D'un seul ordre de faits, on ne serait donc point logiquement autorisé à déduire avec certitude un principe, une loi générale.

Cette formule posée, voyons ce que l'on doit entendre par l'*expérimentation*, que plusieurs physiologistes ont paru confondre avec la méthode expérimentale. L'expérimentation procède par des recherches directes sur l'homme ou les animaux vivans. Elle produit des faits artificiels, dans l'intention de provoquer des effets prévus, ou d'interroger en quel-

Feuilleton.

RAPPORT DE LA COMMISSION ANNUELLE DES MÉDECINS DES HÔPITAUX CIVILS DE PARIS.

(Troisième article. — Voir les numéros du 9 février et du 27 avril.)

Coucher. Les lits en fer, dont l'utilité est si bien constatée, ne sont pas encore introduits dans tous les services. Le nombre des couvertures, fixé à deux pour l'hiver, ne saurait défendre les malades contre l'impression d'un froid continuel, quand la température, comme cela est arrivé durant l'hiver 1837-38 dans les salles de l'Hôtel-Dieu, ne s'élève pas au-dessus de 4° à 5° ½ Réaumur. Le plus souvent ces couvertures sont usées. La commission fait, d'ailleurs, observer avec raison que des organismes, débilités par la maladie, le traitement et le régime, développent une moindre somme de calorique. Quelques confrères de l'Hôtel-Dieu et de l'hôpital Cochin nous paraissent avoir eu une bonne idée en proposant de faire confectionner des châssis mobiles, en tringles de fer, garnis de grillages, adaptés aux deux côtés du lit et pouvant être enlevés à volonté; cette espèce d'appareil préservateur dispenserait de l'emploi des gilets de force, auxquels les infirmiers ont trop facilement recours. Notre expérience nous a convaincu des fâcheux effets de ce vêtement coërcitif: appliqué dans les cas de délire violent, il a presque toujours pour résultat d'en augmenter l'intensité, et, par la situation qu'il impose au malade, on voit naître les accidens locaux, suites de décubitus prolongé sur les mêmes points, tels que rougeurs, excoriations, escarres des trochanters, du sacrum, etc.

Chauffage. Les médecins n'ont cessé de se plaindre de l'insuffisance du chauffage; leurs doléances ne sont pas restées entièrement sans résultat. Ainsi des poêles ont été placés, au mois de janvier 1838, dans les salles de la Salpêtrière qui en manquaient; cette mesure a été un bienfait pour les pauvres habitans de cette maison; en veut-on le témoignage réduit en chiffres? La division de St-Léon, qui renferme environ 500 indigentes, âgées de plus de 70 ans, avait compté, en 1837, 118 morts. En 1838, grâce à l'établissement de quelques moyens de chauffage encore insuffisans, la mortalité ne s'y est élevée qu'à 74, et pourtant les froids ont été plus longs et plus intenses. Les deux établissemens qui ont eu le plus à souffrir sous ce rapport sont la Charité et l'infirmerie de Bicêtre. Dans celle-ci, peuplée de vieillards, la température n'a pu monter au-dessus de zéro dans les grands froids de l'hiver dernier; la tisane gelait sur les appuis des fenêtres et sur les planches des lits éloignés des poêles. Chaque étage de la Charité, dit la commission, est un immense bazar, sans portes, sans cloisons, sans séparations, sans clôture aucune. Dans l'étage des femmes, il est presqu'impossible en hiver d'établir la température au-dessus de zéro, même avec une forte consommation de combustible. Il faut que l'administration se pénètre de la nécessité d'assurer aux différens services des hô-

que sorte l'organisme, en observant le mode de réaction que les expériences suscitent. Cette méthode ne comprend, comme on le voit, qu'un seul ordre de faits, les faits artificiels, faits provoqués dans des circonstances données, à l'aide des réactifs physiologiques que nous possédons. Quelle sera donc sa valeur par rapport à la méthode expérimentale? Elle est à celle-ci ce que les expériences sont à l'expérience; elle est un des procédés dont la méthode expérimentale se sert pour arriver à la découverte de la vérité.

Nous ne poursuivrons pas plus loin ce parallèle entre la méthode expérimentale et la méthode d'expérimentation, que la GAZETTE MÉDICALE (1) a développée dans une autre circonstance d'une manière complète. Nous n'avons voulu que rappeler ici une distinction importante entre deux méthodes différentes, ou plutôt entre une méthode et un procédé, dont la confusion aurait pour effet de compliquer une question assez complexe par elle-même. Ce parallèle doit suffire, d'ailleurs, ce nous semble, pour démontrer, *à priori*, que l'expérimentation ne peut seule, pas plus que l'observation directe et les autres élémens de la méthode expérimentale, isolés, conduire à des résultats physiologiques définitifs. Elle n'a point, par conséquent, de valeur absolue, exclusive; c'est ce qui ressortira d'une manière plus évidente encore de l'examen des faits.

Les limites dans lesquelles doit être comprise l'expérimentation une fois bien précisées, il ne resterait plus qu'à apprécier sa valeur relative en physiologie, et à juger le degré d'importance que l'on doit accorder à ses résultats. Désireux de n'envisager l'expérimentation que dans son application à la physiologie et à la pathologie humaines, nous ne rechercherons qu'en passant quel est le degré de légitimité du principe d'analogie en vertu duquel ses partisans ont prétendu l'ériger en méthode générale, imprimer à ses résultats le caractère de certitude qu'ont acquis par elle les sciences physiques et chimiques. En supposant que l'expérimentation soit le seul procédé qui conduise à la certitude, dans les sciences physiques, ce qui n'est pas, puisque l'observation des faits spontanés a dû précéder le plus ordinairement la voie expérimentale, appelée à les reproduire ou les vérifier, il y a au moins une pétition de principes dans ce raisonnement qui soumet aux mêmes conditions des faits essentiellement différens. Ce vice consiste à établir une sorte de parité entre les faits physiques peu compliqués, fixes, permanens, se reproduisant constamment avec les mêmes circonstances, et dont la plus grande partie des élémens sont en général appréciables, et les faits au contraire si mobiles, si instantanés, si divers et compliqués de la physiologie humaine, faits dont les lois générales sont encore indéterminées.

Une définition fera mieux ressortir la différence des conditions dans lesquelles se trouve l'expérimentateur vis-à-vis de ces deux ordres de faits: « L'expérience, d'après les physiciens, est une épreuve propre à démontrer la vérité ou la fausseté de quelque fait énoncé. Les conditions d'une expérience concluante sont qu'elle soit faite avec des instrumens portés *au degré de précision* dont ils sont susceptibles, et dirigés par un observateur habile qui sache *écarter toute cause étrangère à la production du phénomène*, et *démêler* avec adresse les *circonstances accessoires dont l'influence peut altérer le résultat*.» Or, quel est le degré de *précision* des instrumens de l'expérimentateur physiologiste; quels sont les moyens qu'il possède pour écarter toute *cause étrangère* à la production du phénomène, et pour démêler les *circonstances accessoires* qui peuvent influer sur le résultat?

L'expérimentation, que quelques physiologistes considèrent comme la voie la plus sûre et la plus rigoureuse, la seule apte à entraîner la certitude, procède par hypothèse. Elle suppose aux moyens réactifs que met en usage l'expérimentateur, et aux agens physiques dont nous pouvons diriger l'action, la propriété de déterminer chez l'homme les effets qui s'y montrent spontanément à l'occasion de l'action des causes inconnues de la vie. Elle met l'homme dans la condition des corps dont les élémens et les conditions de combinaison et d'action réciproque de ces élémens sont connus et mis à notre portée. Mais, dans l'expérimentation physiologique, les élémens et les conditions de l'expérience ont échappé jusqu'ici à la volonté et à la puissance de l'expérimentateur. Celui-ci ne saurait régler à son gré les conditions de la manifestation d'un phénomène, aider ou modifier d'une manière certaine les élémens de la fonction qu'il met en jeu, ni déterminer à volonté les circonstances où se trouve l'organisme lorsqu'il produit le phénomène que l'on veut imiter. En un mot, l'expérimentateur ne possède que des moyens extrêmement limités, et n'ayant que des analogies éloignées avec ceux qu'emploie la nature pour arriver aux mêmes fins. D'où l'expérimentateur ne peut produire que des phénomènes incomplets, et que des imitations plus ou moins grossières des faits naturels ou spontanés. C'est en confondant la sensibilité naturelle avec l'action des stimulans mis en usage, que Haller, Bichat, Legallois sont arrivés à de fausses déterminations du degré de sensibilité des diverses parties.

Un autre vice non moins grand de ce procédé est la presque impossibilité de l'appliquer directement à l'homme, et la nécessité de s'en rapporter aux effets obtenus par les vivisections sur des animaux qui s'en éloignent plus ou moins par leur organisation. Or, on pousse encore jusqu'à l'identité de simples analogies, quand on suppose *à priori* que les effets obtenus sur les uns doivent être semblables à ceux qu'on obtiendrait sur l'autre. Mais les difficultés, ne fussent-elles pas les mêmes d'ailleurs de toutes parts, serait-il sûr et rigoureusement logique, après avoir appris par voie d'expérience quelles sont les conditions auxquelles tient la vie d'une espèce ou la fonction d'un de ses organes, de conclure à une autre espèce ou à l'homme? Pour être sévère en physiologie, où les causes d'erreur et d'incertitude sont déjà si grandes, il faut être réservé sur ces applications d'une espèce à une autre, et s'en tenir autant que possible aux faits observés sur l'espèce que l'on a eu vue d'étudier.

Voyons toutefois de quelle utilité a été l'expérimentation dans la question des nerfs et de leur distinction en nerfs moteurs et sensitifs, doctrine dont on fait en grande partie honneur à cette méthode. Pour juger une méthode, il faut l'apprécier par les faits et les principes dont la science lui est redevable. Chacun sait que l'idée première de la distinction des nerfs, d'après leurs fonctions spéciales, en nerfs du mouvement et nerfs de la sensibilité, est fort ancienne et remonte à Galien qui paraît y avoir été conduit par l'observation des paralysies partielles et distinctes, tantôt du mouvement, tantôt de la sensibilité dans les mêmes parties. Cette doctrine professée depuis par Dulaurens, par Willis qui admettait en outre des nerfs spéciaux pour les mouvemens volontaires et les mouvemens involontaires, fut longtemps combattue ou plutôt resta méconnue jusqu'à l'époque où la question de la pluralité des systèmes nerveux parut résolue par les travaux de Winslow, de Reil, Bichat, Gall, M. de Blainville, et

(1) Tome 2, p. 107.

pitaux l'indispensable condition d'une température suffisante. A quoi serviraient les soins les plus éclairés et les plus assidus de l'art, si les élémens essentiels de l'hygiène manquent aux malades? Il n'est point de cause morbifique plus générale que le froid. A Paris, où les hivers sont longs, les saisons de transition (automne, printemps) précaires, les maladies de poitrine nombreuses, le rôle de cet agent dans l'étiologie morbide est immense. C'est sur les deux âges extrêmes qu'il sévit principalement. Plus impressionnable, doué d'une plus grande activité des organes respiratoires, plus pénétrable, plus ouvert par tous les points de l'économie aux influences morbifères du dehors, l'enfance est, en outre, tributaire d'une série d'affections exanthématiques, où l'action du froid est mortelle. La maladie qui fait annuellement le plus de ravages parmi les vieillards c'est la pneumonie; or, une cause la développe presque constamment, c'est le froid. On a noté les mois de mars et d'avril comme les plus meurtriers pour les vieillards de Bicêtre, et la règle est de ne plus chauffer les infirmeries à partir du 1er avril.

HABITATION. Ce sujet est l'un de ceux que la commission médicale a le mieux traités; mais nous ne reproduirons pas les considérations architecturales auxquelles se laisse aller le rapporteur. Il ne nous semble point que ces édifices qui sont consacrés au traitement des malades indigens aient été conçus dans le climat de Rome ou de Florence, dans l'horizon de l'art italien. Ce sont, pour la plupart, de vieux bâtimens, détournés de leur destination primitive et appropriés tant bien que mal au but de leur destination nouvelle. Le problème est dans le complément de cette appropriation, sans que l'on puisse espérer de compenser, à force de plans et de maçonnerie, le vice originel des constructions transformées en hôpitaux. Il n'est pas moins déplorable, nous l'avouons, que dans ce siècle de bâtisse et de badigeonnage, on n'ait songé à doter la capitale de quelques hôpitaux, conçus d'après les exigences les mieux entendues de l'hygiène et que la charité publique ne puisse avoir ses monumens, à côté de ce Parthenon que possède l'agiotage, à côté de ces splendides retraites où l'oisiveté blasée vient se recréer au chant de nos grands artistes ou lorgner les gambades d'un ballet. La commission s'est attachée à la solution de ces deux questions: 1° Quelles seront les conséquences de l'article du règlement de 1834, par lequel le conseil a fixé définitivement le nombre de lits que doit contenir chaque établissement? 2° Le nombre des lits est-il en rapport avec les besoins de la population actuelle de Paris? Voici quelques faits qui permettront au lecteur de répondre à la première question. Il résulte d'un calcul exact dressé par la commission médicale de 1834, que dans onze salles de Bicêtre contenant 404 vieillards ou infirmes, la moyenne de la quantité d'air accordée à chaque indigent n'est pas tout à fait d'une toise et demie cube; et l'on sait que l'atmosphère de chaque lit doit se composer de six toises et demie cubes d'air; plusieurs dortoirs de la Salpêtrière prêtent au même calcul. A l'hôpital des enfans, les salles manquent pour isoler les maladies contagieuses. Qu'arrive-t-il? des enfans qui s'y présentent avec une affection légère y trouvent, non la guérison, mais la mort. Du 1er octobre 1833 au 1er avril 1834, dans une période de six mois, on avait observé dans l'hôpital des enfans 155 fièvres éruptives; 88 de ces fièvres ont été contractées dans les salles; 77 étaient venues du dehors; les premières ont fourni 32 décès; les autres 21. Ces chiffres parlent plus haut que tous les commentaires dont on pourrait entourer des résultats aussi funestes. Ainsi l'on marchande aux vieillards infirmes la quantité d'air nécessaire à l'entretien de la vie; on plonge les pauvres petits

adoptée par le plus grand nombre des anatomistes de nos jours. La doctrine de la spécialité fonctionnelle des divers ordres de nerfs reçut un jour nouveau par les expériences de Ch. Bell, de MM. Magendie, Desmoulins, Fodéra, de Bellingeri, Schœpf, etc. Ces expériences, quoique ne concourant pas toutes vers les mêmes résultats, tendent toutes néanmoins à assigner des fonctions différentes aux deux ordres de racines des nerfs spinaux et aux faisceaux de la moelle qui leur donnent naissance. Nous reproduirons en peu de mots les résultats de quelques-unes de ces expériences et les divers systèmes auxquels ils ont donné lieu.

Selon M. Ch. Bell, il existe trois classes de nerfs naissant de chacun des trois faisceaux latéraux de la moelle épinière; savoir : des nerfs moteurs provenant du faisceau antérieur, des nerfs sensitifs ayant leur origine dans le faisceau postérieur et des nerfs moteurs spéciaux (respiratoires) produits par le faisceau moyen. Ainsi il joint aux nerfs sensitifs et moteurs un troisième ordre de nerfs auxquels il assigne pour spécialité de déterminer les mouvemens relatifs à la respiration. Voici sur quelles expériences cet anatomiste s'est appuyé. Craignant s'il eût opéré sur des animaux vivans de provoquer par l'excitation d'un nerf sensitif, des mouvemens qu'il eût été difficile de distinguer d'avec des mouvemens produits sous l'influence directe des nerfs moteurs, Ch. Bell fit des expériences sur des animaux récemment tués. Chez un lapin dont il avait mis la moelle épinière à nu, il s'aperçut qu'en irritant les racines postérieures il ne provoquait aucun mouvement consécutif dans le tissu musculaire; mais lorsqu'il irritait les racines antérieures, il se faisait un mouvement correspondant dans les muscles auxquels le nerf se distribue. Ces résultats lui démontrèrent que les différentes racines et les différentes colonnes d'où elles sortent sont destinées à des fonctions différentes. De là à préjuger que les racines antérieures présidant au mouvement, les racines postérieures devaient présider à la sensibilité, il n'y avait qu'un pas. Ce dernier point fut surtout éclairci par les expériences faites sur les nerfs cérébraux dont l'analogie avec les nerfs spinaux lui parut suffisamment démontrée par leurs dispositions anatomiques même qui tendaient à rapprocher les nerfs cérébraux pourvus d'un ganglion à leur naissance des racines postérieures, et ceux qui ne présentent pas cette disposition, des racines antérieures des nerfs spinaux. Les expériences suivantes le confirmèrent dans son opinion. Il choisit deux nerfs de l'encéphale, dont l'un était pourvu d'un ganglion, la cinquième paire, et dont l'autre ne présentait point cette disposition, la portion dure de la septième. Ayant coupé le nerf de la cinquième paire sur la face d'un âne, il trouva que la sensibilité des parties auxquelles ce nerf se distribue était entièrement perdue; il coupa ensuite le nerf de la septième paire sur un autre âne, la sensibilité n'éprouva pas la moindre diminution. Dans une autre expérience, il pratiqua la section d'un côté du nerf facial sur un animal au moment où il expirait par une abondante saignée; le côté correspondant à la section resta dans le repos absolu, tandis que le côté opposé était le siége de vives contractions et de mouvemens convulsifs très prononcés. Il fit sur un âne la section des branches du nerf facial qui se distribuent aux narines; celles-ci furent paralysées, mais sans que la peau ni les muscles de la face eussent rien perdu de leur sensibilité; il remarqua en outre que les muscles paralysés ne l'étaient que dans les mouvemens respiratoires, tandis qu'ils conservaient la faculté d'exercer d'autres mouvemens, tels que ceux de la mastication, par exemple. Dans une quatrième expérience, il coupa le rameau maxillaire supérieur de la cinquième paire; il détruisit la sensibilité de la peau de la face et en paralysa les muscles dans la plupart de leurs mouvemens, excepté ceux qui avaient rapport à la respiration. Dans une dernière enfin qui consista à couper successivement le nerf accessoire de Willis, le nerf vague, le diaphragmatique, le facial, il s'aperçut qu'à mesure qu'il faisait la section de ces nerfs, il empêchait les muscles auxquels ces nerfs se rendent de prendre part aux mouvemens de la respiration, tout en conservant la faculté de concourir à d'autres combinaisons de mouvemens. D'où Ch. Bell conclut que les nerfs doivent être distingués en sensitifs et moteurs; ces derniers en nerfs spéciaux de mouvemens locomoteurs et de mouvemens respiratoires; que la propriété sensitive est l'attribut des nerfs pourvus d'un ganglion à leur origine, la propriété locomotrice celle des nerfs qui n'ont point de ganglion; que l'on peut enfin dans un même muscle paralyser exclusivement l'un ou l'autre de ces deux ordres de mouvemens.

Une circonstance importante à noter, c'est que Ch. Bell déclare lui-même être arrivé à ces conclusions par l'observation de faits pathologiques et par des considérations anatomiques, et que les expériences ne furent tentées qu'en vue de vérifier la légitimité de ces conclusions.

Quoiqu'il en soit, pendant que cette doctrine prenait naissance en Angleterre, M. Magendie arrivait, par la voie directe des vivisections, à des résultats qui, sans présenter avec ceux de Ch. Bell une analogie complète, tendaient à en confirmer le principe fondamental, celui de la distinction des nerfs en nerfs sensitifs et nerfs moteurs. Il coupait sur des animaux vivans les racines postérieures des nerfs spinaux, et, après une apparence momentanée de paralysie complète, il y avait retour de la motilité dans les muscles, avec perte du sentiment. La section des racines antérieures donnait lieu au phénomène inverse : paralysie du mouvement, conservation de la sensibilité. Enfin, la section simultanée des deux racines paralysait à la fois le sentiment et le mouvement. Les mêmes expériences tentées sur les nerfs isolés de la tête démontraient, dans les uns les propriétés motrices, dans les autres, les propriétés sensitives communes ou spéciales. Nous ne suivrons pas la série d'expériences, d'épreuves et contre-épreuves par lesquelles M. Magendie est arrivé à confirmer ce premier résultat et à suivre le sentiment et le mouvement isolés au-delà des racines des nerfs, dans les faisceaux de la moelle épinière. Nous nous bornerons à faire ressortir pour le moment les analogies et les différences que présentent les résultats obtenus par M. Magendie et ceux de l'expérimentateur anglais. Le résultat commun est la différence de fonctions attribuées aux deux ordres de racines des nerfs spinaux et aux nerfs analogues du cerveau et les propriétés spéciales dont les uns paraissent jouir à l'exclusion des autres. Mais, à cet égard même, les expériences des deux physiologistes présentent quelques différences, qu'il est important de noter. Dans les expériences de Ch. Bell, la section des nerfs moteurs n'aurait point produit une paralysie complète des muscles, puisque ceux-ci auraient conservé une partie de leurs mouvemens, ceux qui sont relatifs à la fonction respiratoire, et qu'il aurait ainsi isolé deux ordres distincts d'influences motrices. Les expériences de M. Magendie, au contraire, tendraient à constater une paralysie constante et complète, qui infirmerait la théorie spécieuse de Ch. Bell sur la spécialité des nerfs respiratoires. Ch. Bell affirme qu'autant de fois qu'il a fait la section de la portion dure de la septième paire, l'animal n'a jamais exprimé, par des cris, des mouvemens ou des efforts divers, qu'il éprouvât la moindre douleur. M. Magendie, qui a répété plusieurs fois cette expérience, déclare que plusieurs

êtres qui entrent dans l'hôpital des enfans dans une atmosphère où flotte la contagion; c'est-à-dire que l'on convertit en habitations dangereuses des lieux destinés au rétablissement de la santé. Mais le nombre des lits disponibles dans le système hospitalier de Paris est-il réglé sur les besoins de la population actuelle de cette ville? D'après les recensemens officiels, celle-ci a augmenté de près d'un tiers dans l'espace de vingt ans; la statistique, dressée en 1836, la porte à 899,313 ames. Le nombre des indigens inscrits aux bureaux de charité, que M. Pastoret porte à 86,936 pour l'an 1804, et à 102,866 pour l'an 1814, s'est restreint aujourd'hui à 78,500 d'après les états fournis par les bureaux, et à 52,500 d'après le recensement terminé le 1er octobre 1838, par les soins de l'administration des hôpitaux. Mais remarquons que la classe non indigente, celle qui ne figure pas sur le registre de la charité officielle, contribue beaucoup plus au mouvement des hôpitaux que la classe indigente. Sur 12,119 convalescens sortis des hôpitaux civils pendant les trois premiers mois de cette année, 694 seulement étaient inscrits aux bureaux de bienfaisance; 11,425 appartenaient à une classe plus aisée. La connaissance de ces faits importe à l'appréciation exacte du rapport proportionnel des lits et de la population parisienne. L'administration, invoquant à son tour l'autorité des chiffres, fera valoir un résultat que ne contestent point les médecins, à savoir que depuis 1810 jusqu'à 1837 la moyenne des journées de malades n'a pas présenté de variations en rapport avec celles de la population générale ou indigente. Mais on lui objectera que tous les hivers et fréquemment en d'autres saisons, des lits supplémentaires sont placés dans un grand nombre de salles, au détriment de la salubrité et des soins dus aux malades; que sous le coup de la moindre influence épidémique, les malades affluent en si grand nombre au bureau central que la moitié d'entre eux seulement peut être admise; que même à l'époque de la rédaction du rapport (décembre 1838) en l'absence de toute constitution épidémique, le nombre des lits vacans est si limité que tous les jours les médecins du bureau central se voient forcés de congédier sans secours des malades qui sollicitent un billet d'admission, à tel point qu'il est vrai de dire qu'il y a concours aux portes de l'hôpital. Voilà ce qui explique les médiocres oscillations de la moyenne des journées durant une si longue période. Il est une autre cause que les auteurs du rapport mentionnent avec modestie, mais qui témoigne hautement des progrès de notre art et des consciencieux efforts de ses représentans sur la scène des hôpitaux de Paris : c'est que les guérisons sont plus rapides aujourd'hui qu'il y a vingt ans, et grâce aux vacances plus fréquentes qui en résultent dans les salles, elles peuvent recevoir 72 à 76,000 malades par an, tandis que de 1804 à 1814, le nombre de ceux-ci s'est constamment maintenu entre 35 et 40,000. La diminution progressive de la durée du traitement est ainsi présentée dans le rapport : cette durée moyenne a été, dans tous les hôpitaux, de quarante jours pour les dix années de 1804 à 1814, de vingt-quatre jours en 1836. A l'Hôtel-Dieu, la durée moyenne du séjour des malades a été de trente-huit jours de 1804 à 1814, et de dix-huit jours en 1836. Parmi les moyens que la commission propose pour remédier aux maux qu'elle signale, elle paraît mettre au premier rang la création d'un hôpital de convalescence, et nous partageons pleinement son opinion. Les considérations d'humanité et d'économie militent à la fois en faveur de cette création; il n'est pas humain de condamner le convalescent aux dangers permanens de l'infection, aux impressions attristantes d'une salle de malades, souvent visitée par la mort, aux conditions hygiéniques insuffisantes ou

animaux ont paru éprouver une douleur très vive au moment de la section du nerf facial, tandis que chez d'autres on pouvait impunément piquer, tordre un couper ce même nerf; d'où l'on doit être réservé, ajoute-t-il, quand il s'agit de généraliser un résultat. Du reste, M. Magendie est moins explicite dans ses conclusions, car, après avoir établi en principe que les racines postérieures président à la sensibilité et les racines antérieures aux mouvemens, il ajoute que ni les unes ni les autres ne jouissent *exclusivement* de la propriété qu'il leur attribue. Les racines postérieures, dit-il, paraissent plus particulièrement destinées à la sensibilité, tandis que les antérieures semblent plus spécialement liées avec le mouvement (1).

D'autres expérimentateurs sont venus qui ont employé les mêmes procédés, qui ont varié les coupes et combiné de diverses manières, les élémens du phénomène, et cette fois les résultats ont été tout-à-fait différens. Bellingeri coupe les cordons postérieurs de la moelle et les racines des nerfs correspondans; les mouvemens des muscles extenseurs sont abolis. Il coupe les cordons antérieurs avec les racines qui en dérivent; il paralyse les muscles fléchisseurs. Il suppose que la sensibilité réside dans la substance grise centrale de la moelle; la section de cette substance n'entraîne pas l'abolition de la sensibilité. Il n'arrive enfin à ce dernier résultat qu'en détruisant cette substance dans une certaine étendue. Schœpf coupe la moelle en travers: paralysie des mouvemens, conservation de la sensibilité. Il coupe séparément les cordons antérieurs: paralysie du mouvement. Les cordons postérieurs: même résultat. Il coupe toute la moitié droite de la moelle: paralysie des deux côtés, avec persistance de la sensibilité. Enfin, il coupe toutes les racines antérieures et postérieures des nerfs qui vont à la cuisse; il reste encore un peu de sensibilité. MM. Fodéra, Calmeil, qui ont répété les expériences de M. Magendie, se sont plus rapprochés que ces derniers de ses résultats, mais ils constatent encore des différences notables. M. Gerdy dit avoir reproduit et varié ces expériences et n'avoir obtenu que des résultats imprévus, extrêmement variables, et différant totalement des résultats énoncés par les expérimentateurs précédens.

Si l'on accorde une égale valeur à ces expériences contradictoires, combien n'éprouve-t-on pas d'incertitude dans l'esprit pour déduire des conséquences logiques, là où une méthode, considérée comme exacte et positive, semblait ne devoir conduire qu'à des résultats certains. On sent le besoin d'en appeler à de nouvelles preuves, puisées dans d'autres ordres de faits, pour guider l'esprit dans la recherche de la vérité et l'empêcher de s'égarer au milieu d'élémens aussi divers et aussi illusoires. On a également invoqué en faveur de cette doctrine l'observation des faits pathologiques naturels, l'anatomie et la physiologie humaine et comparative.

Examinons la valeur qu'on doit accorder à chacun de ces ordres de faits.

(1) M. Poiseuille a déclaré depuis, dans une des séances de la société philomathique que les résultats qu'obtient M. Magendie dans les expériences qu'il fait habituellement dans ses cours, au collége de France, sont constamment les mêmes, que les propriétés des deux racines des nerfs s'y montrent parfaitement distinctes et tranchées. S'il n'a pas cru devoir modifier la rédaction du premier énoncé de ses expériences dans son JOURNAL DE PHYSIOLOGIE, il n'en professe pas moins aujourd'hui que les racines postérieures président *exclusivement* à la sensibilité, et les racines antérieures à la motilité.

Nous avons dit que Ch. Bell avait été conduit à formuler son système par des considérations purement anatomiques. Voici quelle est la série d'inductions qu'il tira de la structure anatomique des nerfs et de leurs connexions. Après s'être demandé pourquoi les nerfs se réunissaient pour former des ganglions, pourquoi l'on en voit partir de différens points pour venir se combiner ensemble, pourquoi des organes reçoivent plus d'un cordon de communication avec le cerveau, pourquoi enfin quelques-uns en ont deux, d'autres cinq, quelques autres un seul, ce fut, en suivant tous les filets nerveux, en observant leurs relations et surtout leur origine dans le cerveau ou la moelle épinière, qu'il fut conduit à établir qu'ils avaient une destination et des fonctions différentes, que chaque filet de matière nerveuse est doué d'une propriété particulière, indépendante de celle des autres filets qui se trouvent liés à lui, et qu'il conserve dans toute son étendue. Il distingua des nerfs *simples* dont les filets qui en forment la racine sortent sur une même ligne du cerveau ou de la moelle épinière; des nerfs *composés*, dont les filets constitutifs de la racine s'élèvent sur deux rangées, chaque rangée partant d'une colonne différente de substance nerveuse. Si l'on suit un certain ordre de nerfs, ceux qui sortent de la colonne antérieure, par exemple, on voit qu'avant de pénétrer dans les muscles, ils font un échange mutuel de leurs branches et forment une masse confuse de nerfs ou un *plexus*. La complication de ce plexus est en proportion du nombre de muscles auxquels ces filets se rendent et de la variété des combinaisons dans lesquelles entrent ces muscles. Les filets de nerfs qui vont à la peau, au contraire, se rendent directement et régulièrement en divergeant à leur destination. Les plus grands plexus sont près de l'origine des nerfs des extrémités supérieures et inférieures. Enfin, dans la série animale, la complication des plexus augmente avec la variété ou l'étendue des mouvemens que chaque espèce doit exécuter.

Ces circonstances anatomiques suffirent pour faire présumer à Ch. Bell que chacun des ordres de nerfs fournis par les différentes colonnes de la moelle avaient des attributions différentes, et c'est ce que ses espériences eurent pour but de vérifier. Il restait à faire de semblables recherches sur les nerfs cérébraux et à saisir l'analogie qui pouvait les rapprocher des nerfs spinaux. En suivant la colonne antérieure de la moelle vertébrale jusque dans le cerveau, on trouve après la racine antérieure du premier nerf de l'épine, successivement: l'origine de la neuvième paire, n'ayant qu'une seule racine et allant se distribuer aux muscles de la langue; la sixième paire, nerf musculaire de l'œil; la troisième, moteur oculaire commun. Tandis que les prolongemens cérébraux des colonnes antérieures donnent naissance à des nerfs formés par une seule racine sans ganglion et allant se distribuer à des muscles, une paire de nerfs encéphaliques, la cinquième, présente deux racines et un ganglion à sa racine postérieure. La racine antérieure, beaucoup plus petite, naissant des pédoncules du cerveau et passant au-delà du ganglion, va se rendre dans des muscles, tandis que la racine ganglionnaire, plus volumineuse, va se distribuer à la peau et aux organes des sens; autant de points d'analogie qui la rapprochent des nerfs spinaux et qui la font considérer par Ch. Bell comme la plus élevée ou la plus antérieure des paires qui président à la fois au mouvement et à la sensibilité. Ce fut là le point de départ des expériences qui démontrèrent à Ch. Bell que la propriété sensitive résidait dans les nerfs ou racines des nerfs pourvus de ganglion à leur origine.

mauvaises qui relèvent du régime, de l'établissement, etc. Il y aura économie, car les convalescences seront moins longues, les rechutes plus rares, les dispositions morales meilleures; le médecin hésitera moins à renvoyer les malheureux qu'il a guéris, mais pour lesquels il redoute l'immédiat assaut de la misère qui les attend dans la rue. Durant leur séjour dans la maison de convalescence, une administration vraiment philantropique avisera à leur assurer quelques ressources d'existence; elle facilitera à l'ouvrier le retour aux ateliers, à l'étranger le retour dans sa patrie, un placement discret à la jeune fille coupable d'une faute que le monde, plus corrompu qu'elle, juge avec l'insolence des vertus qu'il n'a point, aux aliénés guéris un lieu de transition où restera enseveli le souvenir de leur maladie, autre source de difficultés sociales. Les migrations de la population malade des hôpitaux dans l'asile de la convalescence désencombreront les salles, permettront de les assainir annuellement, mettront un terme à l'abus des lits supplémentaires, faciliteront les différentes branches du service. C'est par le bénéfice d'une semblable institution que l'hôpital de Léopoldstadt, à Vienne, est devenu célèbre par le nombre de ses guérisons. La mortalité n'y dépasse point la proportion de 1 sur 15. C'est l'œuvre de Marie-Thérèse, inspirée par Van Swieten. Au reste, l'idée d'un établissement de convalescens remonte à une époque éloignée; le cardinal Mazarin a légué 70,000 liv. dans cette intention. Nous qui avons vu ériger l'obélisque du Louqsor sur un piedestal de trois milions de frais, nous qui avons vu dorer sans goût les colonnes lampadifères de la place de la Concorde, surgir des vaisseaux de carton sur les eaux de la Seine, etc., verrons-nous s'élever une maison de convalescence pour les hospices de Paris? Notre optimisme est assez robuste pour ne point repousser cet espoir.

Après avoir passé en revue les différens ressorts de la machine nosocomiale, la commission s'occupe des hommes qui sont appelés à les mettre en jeu: infirmiers, élèves externes, internes, médecins et chirurgiens, tels sont les échelons de la hiérarchie médicale des hôpitaux. Dans notre premier article, nous avons mentionné les griefs que font valoir les chefs du service médical, au sujet de leur propre situation. Il ne sera plus question ici que de leurs collaborateurs de degrés divers. Les moins haut placés, les plus nécessaires, les plus utiles, quand ils comprennent leur mission, ce sont les infirmiers. Sous cette dénomination sont comprises à Paris plusieurs classes de serviteurs des deux sexes. Les médecins se plaignent, et de leur insuffisance numérique, et de la nature de leurs soins. La surveillance générale est dévolue à une sœur; une novice, une fille de service, un garçon de pharmacie, un veilleur, trois infirmiers de jour, complètent le personnel inférieur à l'Hôtel-Dieu, pour une salle de 34 lits; un seul veilleur ne saurait suffire aux soins que réclament la nuit tant de malades. Malgré le placement de près d'un tiers de lits supplémentaires en hiver dans l'Hôtel-Dieu, la Charité, Bicêtre et la Salpêtrière, on n'augmente point le nombre des infirmiers. Mal payés, mal nourris, ces derniers proportionnent leur zèle à la rémunération; point de charité sentie, point d'émulation entre eux. Pris dans les rangs infimes de la société, c'est le manque de tout autre moyen d'existence qui leur fait entreprendre *le métier* d'infirmier. Comment remédier à cette absence d'esprit moral dans l'accomplissement de fonctions qui l'exigent en surabondance? La commission a glissé sur ce sujet; elle s'est bornée à signaler l'étendue du mal; elle rappelle bien une disposition de l'ancien réglement des hôpitaux militaires, laquelle décernait aux infirmiers des gratifications annuelles en rapport avec les services rendus par eux. Mais

Meckel serait arrivé, par les seules considérations anatomiques, à des résultats analogues. Fondé sur ce que la moelle allongée n'était que la continuation des cordons de la moelle spinale, et que tous les nerfs cérébraux naissent de la moelle allongée, il fut conduit à admettre une analogie de structure entre les nerfs spinaux et les nerfs encéphaliques. Il considère ces derniers comme des nerfs spinaux dont les racines ne se seraient pas réunies en un seul tronc et dont chacune de ces racines aurait constitué une paire de nerfs à part, ne jouissant que d'une des propriétés attribuées aux nerfs spinaux formés par la réunion des deux racines. Remarquant que quelques-uns des nerfs cérébraux naissent du cordon postérieur de la moelle allongée et présentent un ganglion peu après leur sortie du crâne; que d'autres naissent du cordon antérieur de la moelle et sont dépourvus de ganglions, Meckel considéra les premiers comme formant les racines postérieures et les autres les racines antérieures de paires nerveuses, qu'il assimila aux nerfs spinaux.

M. Amussat est parvenu, par une dissection attentive, à reconnaître que la racine antérieure des nerfs spinaux est toujours étrangère au ganglion que présentent ces nerfs à leur sortie du rachis; mais que les filets nerveux ne s'interrompent pas en ce ganglion, et qu'au-delà les nerfs sont formés de la réunion de deux racines, et contiennent dans leurs moindres divisions des filets des deux ordres; c'est-à-dire des filets moteurs et des filets sensitifs. Gall et Sœmmering avaient observé que les racines postérieures avaient en général un volume plus considérable que les racines antérieures. Béclard remarqua, après eux, que cette supériorité de volume des racines ganglionnaires sur les racines antérieures n'existait qu'à la région cervicale seulement; que la disposition inverse existait pour les régions lombaires et sacrées. M. Blandin a, depuis, vérifié ce fait, et a reconnu d'une manière précise que la différence du volume respectif des deux racines des nerfs spéciaux dans les diverses régions du corps est proportionnelle aux divers degrés de puissance sensitive ou motrice des organes qui en reçoivent les distributions. Il a constaté que les racines ganglionnaires des nerfs qui se rendent aux membres supérieurs, organes plus spécialement consacrés à la sensibilité qu'au mouvement, étaient aux racines antérieures, comme 3 à 1; que la proportion inverse a lieu pour les membres inférieurs, organes plus spécialement locomoteurs; enfin, que cette proportion existait non seulement chez le même individu, mais encore dans la série animale. C'est, du reste, à l'argumentation si claire et si précise de M. Blandin, que nous emprunterons le résumé des faits anatomiques invoqués en faveur de la doctrine de la spécialité fonctionnelle des nerfs.

L'anatomie démontre dans les nerfs cérébraux une distribution exclusive des uns aux muscles, des autres aux parties sensibles; dans les nerfs provenant de la moelle, et qui se distribuent à la fois à la peau et aux muscles, deux racines formant deux faisceaux de nerfs distincts, dont les uns peuvent être suivis jusque dans les muscles, les autres jusqu'à la peau et aux organes pourvus d'une sensibilité prononcée. Les uns et les autres présentent une structure et une organisation différentes; les racines postérieures des nerfs spinaux et les nerfs cérébraux qui se rendent aux parties douées de sensibilité, à l'exception des nerfs sensitifs spéciaux, sont pourvus d'un renflement ganglionnaire à leur origine, disposition que n'offrent point les racines antérieures et les nerfs cérébraux qui se répandent dans les muscles. Les premiers offrent une plus grande proportion de matière grisâtre que les autres. Les recherches microscopiques ont fait reconnaître également entre eux une différence de texture qui n'est point, d'ailleurs, suffisamment démontrée encore. La racine ganglionnaire des nerfs spinaux est plus volumineuse là où la moelle donne naissance aux nerfs thoraciques; elle est moindre là où naissent les nerfs des membres abdominaux; la proportion inverse existe pour les racines antérieures. La cinquième paire a, comme les nerfs spinaux, deux racines, l'une ganglionnaire, plus volumineuse, dont les filets vont exclusivement se répandre dans des organes sensibles; l'autre plus petite, passant sur le ganglion sans se confondre avec lui, et se distribuant à la fois à des parties sensibles et motrices, mais plus particulièrement à ces dernières. Le même rapport existe pour la différence de volume des deux racines, proportionnellement à la différence de sensibilité et de motilité dans les organes qui les reçoivent: volume énorme de la racine ganglionnaire, en raison directe de la sensibilité de la peau de la face, à laquelle elle se distribue presque exclusivement, à l'exception de quelques filets peu nombreux, se rendant aux glandes et aux muscles; racine non ganglionnaire d'un petit volume, se distribuant aux muscles seulement. Un filet musculaire paraît être fourni par le nerf dentaire inférieur du trifacial, le filet mylo-hyoïdien; il n'est point inhérent à cette branche, mais lui est accolé et peut être suivi jusqu'à la racine antérieure. Le filet buccal, regardé par les uns comme nerf sensitif, par les autres comme nerf moteur, a deux racines, dont l'une est fournie par la branche ganglionnaire de la cinquième paire; l'autre par la deuxième portion de la troisième paire. Celle-ci, qui distribue ses filets aux muscles de l'œil, naît des éminences pyramidales provenant des cordons antérieurs. La septième paire, née également des prolongemens antérieurs de la moelle, se distribue exclusivement aux muscles de la face; mais elle reçoit une anastomose considérable de la branche auriculo-temporale de la cinquième paire. Le nerf sous-occipital qui se distribue presque exclusivement à des muscles ne provient, dans beaucoup de cas, que d'une seule racine antérieure; le plus ordinairement il reçoit quelques filets très minimes de la racine postérieure d'un autre nerf.

Nous ne poursuivrons pas plus loin ces détails anatomiques, d'une grande valeur, d'ailleurs, dans la question. En considérant les différences organiques de ces deux portions d'un même système nerveux, leurs sources différentes, leur distribution exclusive à certaines parties jouissant de propriétés différentes, leurs connexions dans des conditions où le concours de leurs actions est nécessaire; et si l'on rapproche ces conditions anatomiques des faits de paralysies isolées du mouvement ou du sentiment; on ne serait pas éloigné d'accorder aux faits anatomiques une plus grande valeur inductive qu'aux seuls résultats des expériences. Toutefois, les résultats fournis par l'anatomie, quoique plus constans que ceux des expériences, ne sont pas, non plus que ces derniers, à l'abri des objections. On a vu quel parti les adversaires de la doctrine de Ch. Bell pouvaient tirer des résultats contradictoires de l'expérimentation. Les inductions tirées d'une analogie forcée entre les résultats obtenus sur des espèces différentes ont également fourni des argumens assez plausibles. Quelle valeur faut-il attacher, par exemple, aux résultats obtenus sur les grenouilles, dans une classe si inférieure de l'échelle animale, qu'on y trouve des animaux qui vivent plusieurs jours, plusieurs mois après avoir eu la tête coupée? Nous croyons cependant que ce fait n'est pas sans importance, et qu'il peut être utilement interprété en le rapprochant des effets analogues obtenus sur des animaux plus élevés dans l'échelle et des faits

---

nous qui avons servi dans les hôpitaux militaires à une époque où ce réglement était encore en vigueur, nous pouvons affirmer aux membres de la commission que les encouragemens pécuniaires n'atteignaient point leur but; l'argent, quoi qu'on fasse, ne crée point le dévouement, ne suscite pas la charité; l'argent ne fait pas plus un infirmier qu'un médecin; c'a été un acte de prévoyance et de sagesse non moins qu'une inspiration de piété, de sanctionner les fonctions d'infirmier par le caractère religieux; l'institution des congrégations destinées à soigner les malades est une pensée philosophique. Il ne faut rien moins, en effet, que l'exaltation calme et permanente du sentiment religieux, pour remplir dans tous ses détails, avec un zèle et une patience de tous les instans, ce ministère noble et dégoûtant. La morale du tien et du mien, les amplifications de la philantropie, les suggestions de l'intérêt personnel, amorcé par la promesse d'une récompense pécuniaire, tout cela ne vaut point la dévote abnégation que savait inspirer autrefois à des hommes obscurs le catholicisme, florissant encore dans la foi des peuples. Après la discipline religieuse, c'est la discipline militaire, avec les allures loyales et fermes qu'elle imprime aux esprits, qui me paraît offrir la meilleure garantie; les jeunes infirmiers militaires qui ont remplacé dans les hôpitaux de l'armée ceux pour qui l'on avait institué les gratifications annuelles, montrent en général du zèle, du dévouement, et même de la sensibilité. L'habit militaire a, comme l'habit religieux, son magnétisme et sa vertu. La rigueur des réglemens militaires complète au besoin ce que fournissent au bien-être des malades l'amour-propre excité par des distinctions toutes conventionnelles et la confraternité d'armes entre le militaire couché dans un lit et le militaire qui l'assiste à titre d'infirmier. Dans les hospices civils, rien de semblable. Aussi le mal subsistera, quoi qu'on tente pour le corriger; néanmoins, l'augmentation des gages est une mesure de justice. Citons ici, sans commentaire, quelques chiffres relatés par la commission : une somme de 140,000 f. seulement est absorbée par 800 sœurs, novices, surveillantes, sous-surveillantes, infirmiers et infirmières; tandis que 437,000 fr. sont répartis entre 280 employés de l'administration. Il faut avouer que si le but des institutions hospitalières est, non de créer une exorbitante complication de besogne administrative, mais des ressources et des soins pour les malades indigens, ce but est mal accusé par les répartitions budgétaires. Ajoutons, non sans quelque fierté pour notre profession, que 286 médecins, chirurgiens, pharmaciens, internes et élèves ne prélèvent par an sur le budget des hôpitaux que la somme de 212,000 fr.; c'est-à-dire moins de 800 fr. par tête.

Le service des élèves externes est de la plus grande importance. C'est sur eux que retombe le soin quotidien des pansemens, c'est par leur ministère que la prescription médicale reçoit sa pleine exécution. Or, le rapport nous apprend que les pansemens sont abandonnés aux infirmiers et aux infirmières; que malgré les admissions en masse qui ont lieu tous les ans après un simulacre de concours, les élèves font défaut aux visites des médecins traitans. La cause de cette désorganisation serait, d'après la commission, dans quelques arrêtés de l'administration; celle-ci a retiré aux élèves externes le logement et la faculté de se livrer aux dissections dans l'amphithéâtre de l'établissement auquel ils appartiennent. La suppression du logement paraît devoir s'étendre à un certain nombre d'internes. Nous ne nous rendons pas compte des motifs qui ont suscité cette mesure. La situation excentrique de beaucoup d'hôpitaux en rendra l'exécution difficile. Loin de nous d'admettre, avec un organe de la presse politique, qui s'est occupé du rapport de la commission médicale, que l'intention de

naturels observés chez l'homme. Il paraîtrait résulter en effet de ce rapprochement que l'isolement des facultés motrices ou sensitives, par la section des racines postérieures ou antérieures des nerfs spinaux, est d'autant plus tranché et constant, que l'on opère sur des animaux plus bas placés dans l'échelle, chez lesquels par conséquent le système nerveux est plus simple, et l'influence réciproque des centres nerveux moins évidente. Ces effets deviendraient au contraire plus obscurs et plus variables, à mesure qu'on remonterait aux espèces plus rapprochées de l'homme. Mais ne sait-on pas en effet que les systèmes nerveux s'isolent et se décentralisent à mesure qu'on descend dans l'échelle animale, ou plutôt qu'il se fait dans les différentes classes une sorte de transmutation des centres; que réduit au système ganglionnaire dans les animaux inférieurs, le système nerveux se centralise dans la moelle chez les animaux plus compliqués, que la vie se concentre en quelque sorte dans l'encéphale chez l'homme et les animaux supérieurs. Ainsi s'expliqueraient les résultats presque constans observés par M. Nonat chez les grenouilles, les résultats plus variables et moins tranchés chez les grands mammifères. Lorsque Ch. Bell décapitait ses animaux pour obtenir des résultats plus tranchés, pour éviter la confusion des mouvemens provoqués ou spontanés et réactifs, il ne faisait que mettre ces animaux dans la condition des batraciens, en isolant la moelle d'avec le cerveau, et paralysant l'influence de ce dernier dans la production du phénomène. M. Blandin ne nous paraît pas avoir envisagé cette circonstance sous son vrai jour, lorsqu'il a cité et considéré cette expérience comme la plus péremptoire, la plus décisive. Que tend-elle à prouver? Ce que prouvent les expériences de M. Nonat, ce que prouvent les différences graduelles observées dans les expériences faites sur des espèces animales différentes, ce qui est établi depuis longtemps en physiologie, savoir: que les propriétés inhérentes aux tissus ne leur appartiennent pas d'une manière si nécessaire, si invariable, que l'influence des grandes actions vitales n'en puisse modifier l'action, l'annuler même dans certaines circonstances; que la motilité et la sensibilité inhérentes aux deux racines des nerfs spinaux peuvent, sous la dépendance d'action des grands centres nerveux, ne point se manifester avec la même constance et la même invariabilité, qu'elles le font alors que le système spinal se trouve isolé. C'est ce que nous voyons en partie confirmé déjà par les contradictions mêmes des expériences, et ce que démontreront encore les faits pathologiques en apparence inconciliables.

Quant aux objections faites contre la valeur des faits anatomiques, elles se résument en général dans le défaut de similitude entre les origines des nerfs cérébraux et celles des nerfs de la moelle. M. Gerdy ne saurait admettre par exemple que les paires antérieures du cerveau puissent être considérées comme provenant des prolongemens de la moelle. On ne peut faire naître selon lui des cordons postérieurs les nerfs olfactifs, les nerfs optiques, qui proviennent les uns des divers points des lobes antérieurs du cerveau, les autres de la substance jaune rosée qui constitue la couche optique, sans analogue dans la moelle. La troisième paire qui naît en partie des cordons antérieurs, en partie d'un tissu jaune rosé de la protubérance qui n'existe pas dans la moelle; la quatrième qui vient de la valvule de Vieusseus ne pourraient davantage être assimilées aux racines antérieures ou postérieures des nerfs spinaux. La similitude du nerf de la cinquième paire avec un nerf spinal ne lui est pas mieux démontrée. Il reconnaît à ce nerf, dans lequel Gall, Meckel, M. H. Cloquet décrivent trois racines, des racines superficielles et des racines profondes, les premières très variables, les autres divisées en deux faisceaux distincts en s'enfonçant sous la substance grise du quatrième ventricule, etc. Au reste la difficulté d'assigner aux racines nerveuses leur vrai point d'origine et les divergences qui existent à cet égard entre la plupart des anatomistes, ôte toute valeur aux argumens comme aux objections qui s'appuient sur cette distinction. Il n'en est pas de même de la distribution exclusive des nerfs dans des parties sensibles ou des organes moteurs; l'analogie sur ce point entre les nerfs cérébraux et les nerfs de la moelle peut être soutenue avec plus de vraisemblance. Une des objections les plus puissantes de M. Gerdy, qui eût été d'un grand poids si l'on eût considéré ici les faits anatomiques isolément et abstraction faite de leur rapprochement avec les expériences et les faits pathologiques, c'était qu'en partant de ces faits on considère comme démontré ce qui ne l'est point, que telles propriétés sont inhérentes à tel tissu. Mais on l'a déjà dit, ce n'est point isolément qu'il faut envisager chacun de ces ordres de faits. On ne saurait méconnaître qu'en s'appuyant sur les faits anatomiques seuls on n'arrivât à des résultats souvent fautifs. C'est ainsi que Meckel qui paraît n'avoir procédé que par la voie anatomique, lorsqu'il a voulu démontrer l'analogie des nerfs de l'encéphale avec les nerfs spinaux, en groupant les premiers en paires équivalentes aux paires spinales, a rangé le nerf facial au nombre des racines postérieures, et au nombre des racines antérieures, le trijumeau et l'olfactif, ce que les expériences et les faits pathologiques contredisent également. C'est en combinant ces divers ordres de faits, en contrôlant les uns par les autres les résultats isolés qu'ils présentent, qu'on peut les éclairer et que l'on peut seulement en déduire un fait général, une vérité constatée. Si l'on rapproche ces considérations anatomiques des résultats des expériences, on trouvera déjà en effet que quelques-unes des contradictions apparentes des résultats de l'expérimentation trouvent leur explication naturelle dans les conditions anatomiques peu connues ou jusque-là mal appréciées. L'anastomose du nerf facial avec la branche auriculo-temporale du trifacial, par exemple, explique pourquoi ce nerf a été trouvé plus ou moins sensible dans quelques expériences, insensible dans d'autres, selon qu'il était excité près de son tronc ou de ses divisions, avant ou après le point où a lieu cette anastomose. Si le filet buccal a été trouvé tantôt un nerf sensitif, tantôt un nerf moteur ou moteur et sensitif à la fois, l'anatomie concilie ces faits contradictoires en apparence, en démontrant deux origines à ce nerf, une origine ganglionnaire et une origine motrice.

Passons aux faits pathologiques. Voyons ceux que peut invoquer en sa faveur la doctrine de Ch. Bell et ceux qu'elle ne saurait s'approprier. Les faits de paralysie partielle et isolée de la motilité ou de la sensibilité des membres sont trop communs pour en rapporter ici des histoires particulières. Il suffira de rappeler quelques-uns des plus saillans dans lesquels l'autopsie a vérifié le diagnostic. On trouve dans le journal de M. Magendie un cas de paraplégie du mouvement avec conservation de la sensibilité, dans lequel on constata à l'ouverture un ramollissement des cordons antérieurs de la moelle épinière au haut de la région dorsale. M. Blandin a trouvé chez un malade atteint du mal de Pott et qui avait une paralysie des membres inférieurs avec persistance du sentiment, un abcès situé à la partie antérieure du rachis. John Shaw a observé un cas de paralysie complète des muscles auxquels se distribuent les divisions du nerf facial avec lésion de ce nerf. M. Montault, au rapport de M. Bouillaud, aurait pu réunir 180 faits de lésions isolées de la cinquième ou de la septième

---

l'administration soit d'écarter des détails intérieurs du service la police tacite de quelques élèves qui représentent dans les hôpitaux, en l'absence des médecins traitans, les intérêts de l'humanité et de l'art. Mais l'administration doit s'épargner jusqu'aux reproches les moins fondés; elle ne peut ignorer d'ailleurs l'utilité qui résulte pour les malades de la présence continuelle des internes et des élèves dont ils reçoivent les soins; leurs affections sont mieux étudiées, les accidens de chaque jour plus aisément prévenus; l'observation clinique veut être suivie, et ne se borne point, pour l'élève chargé de la rédaction des faits, à l'exploration matinale. S'il n'est logé dans l'hospice, il s'y transporte difficilement à toute heure nécessaire. Quant aux dissections, les exigences de la salubrité publique doivent entrer en ligne de compte; néanmoins, n'en a-t-on pas exagéré les conditions, en proscrivant d'une manière absolue les exercices du scalpel? N'est-il point de par les rues de Paris vingt industries qui la compromettent plus que les travaux d'amphithéâtre? Les sources d'infection délétère abondent dans la capitale, et la police sanitaire ne fait semblant de les connaître. Des abus se sont commis dans les amphithéâtres des hôpitaux; les détruire était facile, sans supprimer à la fois l'usage et l'abus, le bien et le mal. Si vous voulez que les élèves externes passent les meilleures heures de leur journée dans les occupations automatiques qui leur sont assignées au lit des malades, il faut leur offrir, dans l'établissement même, des moyens d'instruction et de travail. Un principe doit guider en tout ceci l'administration: service et science le lui commandent; c'est d'identifier le plus possible l'élève avec l'hôpital; c'est de l'y incruster, s'il m'est permis de le dire ainsi; il n'y a rien à craindre de cette fusion de l'homme et de la chose; on peut en espérer beaucoup, et pour le bien-être du malade, et pour le développent des études pratiques; or, si ce double but ne domine pas les affaires nosocomiales, qu'en attendre, que chercher au fond de toute cette agitation de charité officielle?

Dans un dernier article, nous dirons un mot des considérations générales qui terminent le rapport, un mot aussi sur le rôle administratif des médecins. Mais nous ne voulons pas ajourner l'expression d'un regret: les intérêts de l'enseignement n'ont pas assez préoccupé les membres de la commission; elle comptait pourtant dans son sein trois professeurs de faculté. Ainsi la Maternité est soustraite à l'instruction des jeunes gens; elle n'est ouverte qu'aux trois médecins, à l'interne de service et aux sages-femmes. On favorise ainsi, au détriment des élèves, seule pépinière des véritables praticiens, une classe de femmes dont on s'exagère l'utilité, dont il faudrait peut-être combattre l'existence médicale. Que gagnent la capitale et les départemens à s'encombrer de ces sages-femmes, à peine imbues de quelques notions élémentaires, capables de faire beaucoup de mal et peu de bien? L'extension de l'institution des médecins cantonnaux, telle qu'elle est formulée dans notre fabuleux projet de loi, doit amener la fin du règne des sages-femmes aussi bien que des officiers de santé. Pourquoi donc frustrer nos étudians d'une source essentielle d'instruction pratique? Il est vrai qu'une clinique obstétricale existe à l'hôpital de la Faculté; mais elle ne se compose que de seize lits, et là encore, c'est une sage-femme qui est chargée de diriger les élèves. Cette situation doit cesser; la province a dépassé la capitale en ce genre de réforme: l'instruction obstétricale est largement établie à Strasbourg; est-ce que les raisons de moralité dont l'administration se prévaut à Paris n'en sont plus à 110 lieues de la capitale?

Y.

paire, dans lesquels la paralysie du mouvement aurait constamment coïncidé avec la lésion de la septième paire; la paralysie du mouvement et du sentiment à la fois avec la lésion simultanée des deux branches de la cinquième paire; enfin la paralysie isolée du sentiment ou du mouvement, suivant que la branche motrice seule était affectée, ou que c'était la branche ganglionnaire. M. Bouillaud dit avoir vu lui-même récemment un malade qui présentait une paralysie du mouvement à l'un des côtés de la face, et qui lui présenta à l'autopsie une lésion de l'oreille avec altération de structure du nerf facial. On peut rapprocher de ce fait l'histoire rapportée par M. Boulay dans une des séances de l'Académie de médecine, d'un cheval qui avait eu consécutivement à une contusion du nerf facial, au niveau de la parotide, une paralysie de tous les muscles du côté correspondant. Enfin, M. Ch. Bell rapporte un grand nombre de paralysies variées de la face isolées ou diversement combinées qu'il a toujours pu rattacher à des lésions de la cinquième ou de la septième paire. La chirurgie fournit aussi ses faits; on a vu des paralysies musculaires de la face déterminées par des épanchemens de sang, de pus ou d'autres liquides dans l'aqueduc de Fallope, ou par la compression de tumeurs développées sur le tronc du nerf facial. L'insensibilité des parties auxquelles se distribuent les filets ganglionnaires du trifacial a été la suite de la compression de la racine postérieure de ce nerf par une tumeur. La section des branches sous-orbitaires et mentonière dans certaines opérations a amené l'insensibilité d'une partie de la face. M. Blandin a constaté la perte du sentiment résultant de la compression du nerf sous-orbitaire par une tumeur cancéreuse développée sur le plancher de l'orbite. Toutefois il est vrai de dire que les paralysies partielles de la face ne présentent pas en général la même constance et la même régularité que les paralysies isolées des membres sous la dépendance de la lésion des nerfs spinaux. Une chose digne de remarque à ce sujet, c'est que les expériences de Ch. Bell et celles de M. Magendie sur le trifacial, dont les résultats ont offert des différences assez notables, comme on sait, ont été également appuyées par des faits pathologiques. L'un de ces faits les plus remarquables et qui présente une circonstance particulière est celui qui fut observé par M. Serres à l'époque même où M. Magendie faisait ses expériences sur les nerfs, expériences dont les premiers résultats n'étaient pas encore connus. M. Serres observa chez un homme, entre autres symptômes, la perte successive de la vue, de l'odorat, de l'ouïe et du goût d'un seul côté, et constata à la mort du sujet une altération organique profonde au tronc du nerf trifacial du même côté. Dans l'espace de quelques mois; ce cas peu commun fut suivi de deux cas semblables dans lesquels M. Serres fut assez heureux pour obtenir la guérison. M. Magendie à cette occasion lui fit observer les mêmes phénomènes artificiels chez des animaux, à la suite de la section du nerf trifacial. Shaw, qui secondait les recherches de Ch. Bell, signalait en même temps des observations de paralysies du mouvement et de la sensibilité de la face, simultanées, isolées et diversement combinées, selon que la lésion comprenait le tronc ou les diverses ramifications de la cinquième paire; observations qui tendaient à confirmer l'analogie parfaite que Ch. Bell prétendait établir entre ce nerf et les nerfs de la moelle. Du reste, quand des faits appoient des expériences contradictoires, ils demandent une grande réserve et un examen sévère; leur valeur n'est pas plus absolue que celle de ces expériences elles-mêmes.

Quoi qu'il en soit, il résulterait de ces observations un fait général, fait plus constant peut-être pour les nerfs spinaux, plus variable pour ceux de la face, et notamment le trifacial; savoir : que la production spontanée des lésions dans les nerfs provenant tant de la moelle que de l'encéphale, démontre que des propriétés différentes sont réparties entre les deux ordres de racines de la série spinale et entre les différens nerfs isolés du cerveau; que ces propriétés peuvent être ramenées à trois ordres, la propriété motrice, la propriété sensitive générale et sensitive spéciale. Or c'est à cela qu'avaient conduit déjà un grand nombre d'expériences et les considérations anatomiques sur la structure et la distribution de ces nerfs.

On peut cependant, à ces faits, opposer des faits contraires. Nous nous bornerons à rappeler ceux qu'a produits en assez grand nombre M. Gerdy, d'où il résulte que des paralysies ont eu lieu sans les lésions auxquelles on les attribue, que celles-ci n'ont pas toujours été suivies des mêmes symptômes; qu'on n'a, dans quelques cas, trouvé pour expliquer une paralysie universelle, qu'un ramollissement partiel d'un point de la moelle; que le mouvement ou la sensibilité ont pu être conservés avec des altérations étendues de toute une colonne correspondante de la moelle; que dans des paralysies des membres la lésion de la moelle s'est trouvée au-dessous du point d'où partent les nerfs des membres paralysés, etc. Ces observations sont en trop grand nombre, et appuyées par des noms trop respectables pour devoir être récusées; on ne saurait se refuser à en tenir compte et à les prendre en considération dans la question dont il s'agit. De sorte qu'ici, en face de faits contradictoires, si l'on voulait appliquer aux faits physiologiques la méthode d'induction avec toute la rigueur qu'exigent les sciences physiques, on retrouverait encore la même incertitude et la même obscurité où nous ont laissés les expériences. Mais, quelque authentiques que soient ces faits, quelque valeur qu'on leur accorde, peuvent-ils être considérés comme propres à infirmer le principe physiologique que l'on a déduit des faits contraires, plus nombreux dans la science et non moins avérés? On a souvent dit et répété qu'un seul fait négatif suffisait pour détruire un principe déduit d'un grand nombre d'observations, qu'une loi ne souffrait point d'exception. Il y a à cet égard des considérations de la plus haute importance à faire valoir contre une manière de raisonner aussi absolue en physiologie. Qu'on nous permette d'entrer ici dans quelques développemens, car c'est là un des points capitaux de la question. On fait souvent l'application à la physiologie des méthodes en usage dans les sciences physiques, et ces applications, légitimes dans de certaines limites, deviennent vicieuses et induisent en erreur dès qu'on veut les pousser jusqu'à leurs extrêmes conséquences; on ne saurait trop redire combien elles demandent de réserve. Quand on établit une loi en physique, cette loi est le résultat de l'observation de faits constans, toujours identiques, et d'expériences dont les résultats se sont montrés constamment les mêmes. Ici la liaison des causes aux effets est constante et nécessaire. Une seule exception infirmerait la règle; un seul fait qui viendrait à l'encontre des faits qui ont servi de base à la loi établie, dévoilerait une erreur dans l'observation de ces faits et frapperait la loi de nullité. Qu'est-ce qu'une loi, en un mot? C'est l'expression de phénomènes qui arrivent *toujours* dans des *circonstances semblables*. Existe-t-il des lois en physiologie? Qu'est-ce qu'une loi physiologique? Dans ce que l'on est convenu jusqu'à présent d'appeler loi en physiologie, rien n'est immuable, rien n'est produit d'une manière fixe, invariable et nécessaire. Il n'est point de loi physiologique la mieux établie, d'après les résultats de la méthode expérimentale, qui ne souffre des exceptions. Quelle loi zoonomique plus constante en apparence, par exemple, que celle qui rapporte aux muscles la propriété contractile; aux nerfs la propriété sensitive? Et cependant les zoophytes se meuvent et sentent, et ils n'ont ni muscles ni nerfs dont on ait pu du moins constater l'existence par aucun de nos moyens d'appréciation. On n'a pu constater jusqu'à présent non plus la présence des nerfs dans les tissus fibreux; et ces tissus acquièrent dans certaines circonstances la sensibilité la plus exquise qu'aucun autre organe le plus abondamment pourvu de rameaux nerveux puisse éprouver. Quel fait plus constant en anatomie que l'existence des organes les plus essentiels à la vie? Quelle loi physiologique moins contestable que l'usage de ces organes et leur spécialité d'action déterminée par l'expérience? Eh bien! il n'y a point une de ces lois fondamentales de la physiologie des organes à laquelle on ne pût opposer un ou plusieurs exemples d'absence de ces mêmes organes ou de lésions considérables qui en dussent paralyser l'action, avec la conservation pendant un temps plus ou moins long des fonctions qui leur sont attribuées. On trouve dans les divers traités sur les monstres plusieurs observations de fœtus formés, et ayant pris de l'accroissement, quoique n'ayant point de cœur. Mettra-on en doute un instant l'influence du cœur sur la vie, et sa nécessité pour la nutrition par l'impulsion qu'il donne à la circulation? Haller, Sœmmering, Huber, citent des exemples de fœtus développés sans moelle épinière ou sans cerveau. Contestera-t-on à ces organes leur action nécessaire sur les parties par l'inervation? Il existe des cas d'absence des reins, l'urine étant sécrétée par les seins; des cas d'absence du rectum où l'excrétion des matières fécales a pu être suspendue pendant des années entières. Abernety, Lawrence citent des vices de conformation où la veine-porte manquait, sans que la sécrétion biliaire en fût altérée.... On ne contestera pas non plus la spécialité fonctionnelle de ces organes. Que résulte-t-il de ces faits, si ce n'est que dans des circonstances rares, il est vrai; l'existence des organes n'est pas si indispensablement et si nécessairement liée à l'intégrité des fonctions qui leur sont attribuées, que la nature n'ait pu suppléer en quelque sorte à leur absence, pour un temps plus ou moins limité, par des moyens qui nous restent inconnus. Or, ce sont ces conditions qui nous échappent; et jusqu'à ce que toutes les conditions qui précèdent ou accompagnent la manifestation d'un phénomène puissent être connues et appréciées, jusqu'à ce qu'on puisse saisir le lien nécessaire qui rattache les effets que nous observons à leurs causes présumées; jusqu'à ce qu'on ait déterminé les *circonstances semblables* dans lesquelles les mêmes phénomènes doivent arriver *toujours*, on ne sera point admis à dire qu'il y a des lois en physiologie. Il n'y a que des faits généraux, et si on leur donne habituellement le nom de loi, c'est par analogie et non par une identité de conditions. Or, peut-on opposer des faits à un fait général? Qu'est-ce que des exceptions à un fait général? Ce sont tout simplement des faits d'un autre ordre, ayant des conditions différentes et inconnues, des faits qu'aucune analogie n'a pu faire grouper jusqu'à présent pour en constituer un fait général d'un ordre nouveau.

Mais on ne peut par de pareils faits infirmer un fait général établi par l'observation, fondé sur l'anatomie et les vivisections, lorsque ces trois méthodes d'investigation concordent sur les points principaux de ce fait. Si nous appliquons ces considérations à la question, nous serons amenés à conclure que la doctrine de la spécialisation des nerfs, doctrine qui compte pour elle des faits pathologiques bien constatés, des expériences dont les résultats, quoique variables, offrent un caractère commun assez constant, des faits d'anatomie humaine et comparative, imposans par l'antorité de Ch. Bell et de Meckel, si elle ne peut, dans l'état actuel, être admise sans restriction, ne saurait non plus être repoussée sans injustice. La nécessité de prendre en considération cette doctrine et le désir de lui voir donner une solution par de nouvelles recherches, seront d'antant mieux sentis, d'ailleurs, qu'elle est d'une grande importance dans l'exercice de la médecine et surtout dans la pratique chirurgicale. La circonstance de la paralysie complète ou partielle du mouvement ou du sentiment sur telle ou telle partie sera d'un grand secours dans le diagnostic, soit pour faire reconnaître la lésion d'un nerf moteur ou sensitif, à son origine, ou à son union avec un nerf de nature différente, ou après les diverses anastomoses qu'il peut présenter. La position et les rapports exacts d'une tumeur pourront être déterminés, ainsi que M. Blandin l'a fait avec bonheur, d'après les effets de la pression sur un tronc ou un filet nerveux. Enfin, on ne serait plus exposé à commettre des erreurs graves et souvent funestes en chirurgie, comme lorsque, dans l'intention d'annihiler la sensibilité d'une partie par la section du nerf qui s'y rend, on aurait détruit le mouvement dans une série de muscles synergiques, ce qui serait arrivé, par exemple, par la section du nerf facial dans le tic douloureux.

Mais quelle que puisse être la valeur de nouveaux faits observés et quelque précision que l'on mette aux expériences, on ne saurait jamais en déduire une conclusion plus rigoureuse, savoir : que la doctrine de la spécialité des nerfs peut être considérée comme l'expression d'un fait général que concourent à établir des faits pathologiques, l'anatomie et les expériences; mais que les fonctions qui leur sont attribuées, subordonnées aux modifications, que peuvent leur faire subir les lois spéciales et inconnues de l'économie, ne sont pas l'effet *constant* et *nécessaire* d'une loi invariable.

Quant à la valeur de l'expérimentation, par rapport à la détermination de ces faits, on peut établir, d'après tout ce qui précède, qu'elle n'eût pu suffire seule à en constater l'exactitude; que les faits pathologiques et les considérations anatomiques ont eu au moins une part égale à sa découverte.

Si nous voulions poursuivre plus loin l'appréciation des expériences comme méthode appliquée à la découverte des faits et des lois physiologiques, il suffirait de citer les résultats si disparates des expériences faites sur le cervelet, par exemple, pour faire ressortir son impuissance d'une manière plus évidente encore. En général, bornée à la découverte des propriétés dont les effets frappent promptement les sens, comme la détermination d'un mouvement, d'une sensation douloureuse, l'appréciation des effets des substances toxiques sur l'économie, l'observation des changemens introduits dans certaines fonctions par la gêne, la lésion ou le retranchement d'un organe, la méthode des vivisections reste impuissante pour la recherche des actions vitales, des grands rapports fonctionnels, la détermination des sympathies, etc. Si l'on compare les résultats de cette méthode, restés acquis à la science, avec ceux que nous ont fournis l'analyse des phénomènes naturels et l'observation des faits pathologiques, on verra que non seulement c'est à la méthode analytique que sont dus la plupart des principes physiologiques les moins sujets à controverse; mais que cette méthode nous force même à admettre des principes contradictoirement aux résultats de l'expérimentation.

En résumé, une conclusion déduite d'une expérience serait, en saine logique, ce que Bacon nomme une *anticipation*. Les expériences peuvent être considérées comme des moyens de conjecture ou de confirmation, mais elles ne peuvent seules légitimer une loi. S'il était permis en médecine de s'étayer de l'opinion d'un grand géomètre, nous dirions avec Lagrange : « C'est en observant l'homme malade que vous connaîtrez l'homme sain, et non point en tourmentant de pauvres petites bêtes, qui n'en peuvent mais. »

H. B.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA, D'OMODEI.

Les cahiers de février et mars renferment les mémoires originaux suivans : 1° *Histoire d'une grossesse extra-utérine*, par le docteur Menolti; 2° *Observations cliniques et anatomo-pathologiques sur un cas d'amaurose*; par M. Linoli; 3° *Considérations générales sur la nature et le traitement du staphylome pellucide de la cornée*; par le docteur Antonio Dall'Acqua.

HISTOIRE D'UNE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE DE L'OVAIRE GAUCHE, TERMINÉE PAR LA MORT; par le docteur G.-Ant. MENOLTI.

OBS. — Magdeleine Bambini, âgée de 34 ans, d'un tempérament nervo-sanguin, devint enceinte pour la première fois après dix-sept années de mariage. La grossesse fut pénible, s'accompagna d'accidens du côté du ventre; douleurs générales, mais fixées plus spécialement dans la région abdominale, au niveau de l'hypogastre, accompagnées d'une douleur mêlée d'engourdissement dans la cuisse gauche, qui forçait la malade à se tenir à moitié courbée dans son lit, ramassée sur elle-même.

Le docteur F. Piazzi, qui vit Mag. Bambini à cette époque, diagnostiqua une métro-péritonite de nature rhumatismale, associée à un rhumatisme universel, se fondant en cela sur la connaissance d'une rétrocession ancienne de la sueur. On prescrivit un traitement antiphlogistique, des bains. Il y eut une amélioration notable, à laquelle un écoulement de sang par la vulve parait avoir eu beaucoup de part. A la suite de fatigues et de quelques rapprochemens conjugaux, tous ces accidens reparurent; il y eut des lipothimies, puis des symptômes hystériques.

Le docteur Menolti pratiqua le toucher hypogastrique, explora l'état du col de l'utérus par le vagin. Le ventre était développé, surtout vers le pubis, en s'élevant vers l'ombilic, mais cependant dépressible et d'une sensibilité modérée; une pression un peu forte devenait insupportable; la tuméfaction du ventre était au reste uniformément répartie sans qu'on pût découvrir quelque point dur et circonscrit, malgré l'examen le plus attentif.

Le toucher vaginal apprit que l'utérus était légèrement abaissé, que sa paroi antérieure était un peu gonflée, et se présentait à l'extrémité interne du vagin à la place de l'ouverture du museau de tanche; ce dernier se trouvait dévié de sa position naturelle, dirigé à droite dans l'excavation sacro-coccygienne présentant un orifice arrondi et étroit.

Rapprochant ces signes locaux des phénomènes généraux communs à la grossesse et qui se rencontraient ici, on pensa qu'il y avait eu effet une grossesse; mais quelle était sa nature? Etait-elle vraie ou fausse, intra ou extra-utérine?

La mort survint inopinément au deuxième mois de la grossesse, précédée d'une longue syncope.

A L'AUTOPSIE on trouva une grande quantité de sang dans la cavité abdominale, six à sept livres environ. L'ovaire gauche était déchiré, dans un point aminci, et sans doute précédemment enflammé; ses parois étaient affaissées; il paraissait avoir renfermé une vésicole transparente, pleine d'eau, dans laquelle nageait un petit fœtus, et qui se trouvait elle-même au milieu du sang en partie liquide, et en partie coagulé, près de la trompe utérine du côté gauche. Le cordon ombilical était implanté sur l'ovaire malade qui servait à la fois de matrice et de placenta.

L'utérus examiné avec beaucoup de soin n'offrit aucune altération. La trompe de Fallope du côté droit était oblitérée à sa partie moyenne, ainsi qu'on s'en assura par l'introduction d'un stylet; la gauche au contraire était libre; son canal était du reste fort étroit. Les autres organes étaient sains.

M. Menolti rattache à ce fait des considérations intéressantes sur les phénomènes qui ont précédé la maladie proprement dite, et qu'il appelle-rait physiologico-pathologiques, sur ceux qui constituèrent la maladie elle-même, enfin sur les désordres qui ont amené et accompagné la mort; nous ne suivrons pas l'auteur dans cette discussion, d'autant moins que les détails anatomico-pathologiques laissent quelque chose à désirer sur la présence de vaisseaux déchirés, sur leur volume, etc., aussi bien que sur l'état du fœtus, l'existence et l'implantation du placenta. Sous le rapport du diagnostic ce fait est intéressant, car il y avait, en même temps que les signes d'une grossesse, ceux d'une métro-péritonite, et antécédemment d'une ovarite. Dans quel rapport ces phlegmasies étaient-elles avec la grossesse, c'est ce qu'on ne saurait préciser exactement; si on se rappelle cependant la marche ordinaire des grossesses extra-utérines, on verra que ce fait rentre dans la règle générale, relativement surtout à la terminaison funeste; c'est ordinairement du troisième au cinquième mois que les choses se passent ainsi, il n'est pas rare cependant de voir la grossesse morbide dépasser ce terme. Et alors, ou le fœtus, ne recevant point assez de matériaux nutritifs, a succombé de bonne heure, et reste indéfiniment dans un kyste où il se dessèche, ou bien il sort à travers une rupture qui donne naissance aux mêmes accidens que les ruptures utérines. Plus rarement, les accidens inflammatoires, péritonite, etc., causent la mort de la mère; le plus souvent, au contraire, une hémorragie abdominale toujours considérable amène un épuisement plus ou moins rapide. Ce n'est pas du reste seulement à cette époque que le diagnostic est fort difficile, puisque dans les cas exceptionnels où la grossesse a pu arriver à neuf mois, on a vu souvent se manifester un travail semblable à celui qui se déclare au terme d'une grossesse utérine ; ne sait-on pas qu'alors on a observé un commencement de dilatation, l'écoulement d'un fluide aqueux; de quelques mucosités, d'un peu de sang; et même au rapport de Baudelocque, la contraction du kyste,

OBSERVATION REMARQUABLE D'AMAUROSE; par le docteur O. LINOLI.

OBS. — Un jeune homme de 21 ans, d'une bonne constitution, mais adonné depuis longtemps à la masturbation, fut pris d'accidens cérébraux après avoir bu et mangé avec excès. La face était brûlante, les yeux fermés, le pouls fébrile, la respiration gênée; il y avait un sommeil comateux. La pupille était immobile sous l'influence de la plus vive lumière. De temps en temps le malade exécutait quelques mouvemens automatiques. (Saignée, lavemens purgatifs, sangsues au cou.)

Le troisième jour, il y avait un mieux marqué; cependant la tête était fort douloureuse. En même temps que P... accusait une vive douleur au côté droit de la poitrine, la fièvre persistait. (Saignée réitérée, purgatif, diète.)

Sous l'influence de ces moyens, des boissons adoucissantes, la fièvre disparut, aussi bien que le point de côté; mais quoique beaucoup diminuée la douleur de tête persistait.

La santé resta chancelante, en même temps que la douleur de tête n'avait pas cessé de se faire sentir et siégeait surtout à la partie antérieure du crâne; la vue devint faible des deux côtés, mais surtout à gauche. Il y eut en même temps une altération sensible de la voix.

Sur la fin de 1837, deux ans après le début de la maladie, la vue était complétement perdue du côté gauche, diminuait de jour en jour à droite, la douleur de tête persistait. On ne nota pas la moindre altération dans la motilité, ni dans la sensibilité. Le malade fut vu à cette époque par les professeurs Angiolo Nespoli et Regnoli; tous deux furent d'avis que l'amaurose était incurable, et qu'elle reconnaissait pour cause le développement d'une tumeur sur le chiasma des nerfs optiques. A cette époque, le malade quitta l'hôpital, on le perdit de vue jusqu'en 1838. Au mois d'août de cette année, l'œil droit était devenu complétement amaurotique.

A la fin de novembre, il y eut exacerbation des douleurs de tête, mais le pouls était si faible qu'on n'osa pas tirer de sang.

Le 29, après avoir vomi un purgatif qui lui avait été prescrit cinq jours avant, il tomba dans un sommeil comateux; la mort arriva peu d'heures après sans agonie.

A l'AUTOPSIE, on trouva une injection notable des membranes et de la substance cérébrale, un rammollissement de cette dernière dans plusieurs points, à la partie antérieure. Les deux hémisphères offraient dans ce sens une petite concrétion calleuse, entourée d'une membrane au milieu des poins ramollis (c'étaient sans doute deux tubercules). Les ventricules latéraux et moyens renfermaient une grande quantité de sérosité; enfin il existait une énorme tumeur enkystée à la partie moyenne du cerveau, paraissant sortir du ventricule moyen dont elle avait écarté et distendu les parois, sans les ramollir ni les enflammer. Une fois la masse cérébrale enlevée, on put voir que la tumeur recouvrait le protubérance annullaire, les pédoncules antérieurs et postérieurs, remplissait le grand sillon médian de la base du cerveau et s'étendait en avant jusqu'à la glande pituitaire. La commissure des nerfs optiques limitait en avant cette masse, à la formation de laquelle elle semblait même avoir participé. Les couches optiques étaient comprimées. Le nerf optique du côté gauche était considérablement induré, au point de ressembler à une corde de violon, tandis que le droit était ramolli.

Les nerfs de la troisième, de la cinquième et de la septième paire étaient intacts et semblaient naître de la base de la tumeur. Celle-ci avait le volume d'un œuf de poule; le kyste qui l'enveloppait était fibro cartilagineux, et dans quelques points incrusté de phosphate calcaire; il renfermait un liquide épais, couleur lie de vin, avec une matière plus dense, solide et blanche qui ressemblait à de la fibrine concrétée (l'analyse chimique démontra que c'était en effet de la fibrine).

Le cervelet était plus dense qu'à l'état normal. La moelle épinière ne put être examinée.

Cette observation remarquable se rapproche des trois faits cités par M. Cruveilhier dans son anatomie pathologique; de l'observation du célèbre Wollaston, chez lequel on trouva la couche optique droite convertie en une tumeur grosse comme un œuf de poule de moyenne grosseur, plus molle au centre qu'à la circonférence qui avait une consistance caséeuse, tandis que la partie moyenne d'une couleur brune était dans un état de dissolution. Le malade avait longtemps présenté des symptômes analogues à ceux du jeune homme dont il vient d'être question, mais il mourut paralytique.

Ce qu'il y a de remarquable dans l'observation de M. Linoli, c'est l'intégrité des mouvemens et du sentiment dont la lésion accompagne si souvent l'apparition de tumeurs beaucoup moins considérables. On peut sans doute attribuer cette différence de symptômes, d'une part au développement très lent de la tumeur et de l'autre à sa position médiane, en même temps qu'à l'intégrité des parties principales de l'appareil encéphalique.

Sous le rapport du diagnostic, il ne dut pas y avoir à hésiter, car les symptômes d'une lésion cérébrale étaient encore faciles à reconnaître, seulement il était facile aussi de se tromper sur la nature, le volume et le siége précis de la tumeur; ce dernier point cependant pouvait être prévu, en faisant attention à l'exacte circoncription du trouble dans les fonctions nerveuses, en même temps qu'au siége même de cette lésion.

Relativement au traitement, on ne pouvait faire qu'une chose, s'attacher à combattre les symptômes congestionnels dont la tumeur était le point de départ. On ne pouvait les maîtriser que temporairement, cela se conçoit, et à plus forte raison comprend-on l'impossibilité de guérir des amauroses de cette nature. Les cas de ce genre sont assez nombreux et tous se sont terminés d'une manière funeste. On ne saurait donc faire avec trop de soin le diagnostic de la cause dans les affections amaurotiques, et sous ce rapport les divisions établies par M. Sichel deviennent d'une grande importance. On ne saurait non plus mettre trop de réserve dans le pronostic, puisque c'est dans quelques cas une amblyopie fort légère et de courte durée, et dans d'autres circonstances le symptôme d'une lésion cérébrale si grave et si profonde.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DU STAPHYLÔME PELLUCIDE DE LA CORNÉE; par le docteur ANTONIO DALL'ACQUA.

Le staphylôme pellucide de la cornée serait, suivant cet ophtalmologiste, le résultat d'un ramollissement ou d'une diminution de cohésion, et d'un amincissement des lames centrales de la cornée, avec hypersécrétion et altération de qualité de l'humeur aqueuse, résultant d'une perversion de l'influx nerveux des nerfs ciliaires qui président à la nutrition de l'œil; sous l'influence de ce désordre dans l'action dynamique des nerfs, la force plastique et l'élaboration de la matière organique se trouvent altérées ou viciées. Parlant de cette explication systématique, M. Dall'Acqua se proposa, dans le traitement, d'agir d'une manière vitale sur l'altération de nutrition du tissu cornéen, et pour arriver à ce résultat, c'est-à-dire produire une action vasculaire momentanée et renfermée dans les limites d'une salutaire excitation, il fit choix du nitrate d'argent, en application locale, non point dans le but de produire une escarre, mais pour modifier la nutrition des parties malades. Ce ne fut pas, du reste, le seul moyen employé dans le cas qu'il rapporte; une compression méthodique, l'évacuation de l'humeur aqueuse, des collyres, indépendamment d'un traitement général approprié, furent concurremment mises en usage, de telle sorte que dans le fait unique, et trop brièvement rappelé par l'auteur, on ne sait auquel de ces moyens attribuer rationnellement la plus grande part du succès.

II. IL FILIATRE SEBESIO.

Les cahiers de février, mars et avril renferment les mémoires originaux suivans: 1° *Ligature de l'iliaque externe*, pratiquée par le professeur Pétrunti; 2° *Histoire de deux ligatures d'artères;* par le docteur P. Portal, de Palerme; 3° *Considérations sur l'abus du tartre stibié;* par le docteur A. Demitry; 4° *Statistique de l'hôpital de Lorette;* par le docteur de Renzi; 5° *De la médecine italienne au seizième siècle;* par le même; 6° *Observation de grossesse anormale;* par le professeur Pétrunti; 7° *Observations sur l'emploi des onctions mercurielles dans la métro-péritonite puerpérale;* par M. P. Portal, de Palerme (rien de neuf.)

LIGATURE DE L'ARTÈRE ILIAQUE EXTERNE SUIVIE DE SUCCÈS; par le professeur PÉTRUNTI; observation recueillie par M. SICILIANI.

OBS.—Aug. Acampo, portefaix, âgé de 26 ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution athlétique, s'aperçut, après un effort violent nécessité par l'exercice de sa profession, du développement d'une tumeur dans la région inguino-crurale. Elle était d'abord indolente, bien circonscrite, élastique, pulsatile dans toute son étendue, et paraissait évidemment due à un anévrisme de la fin de l'iliaque externe, et du commencement de l'artère crurale. Il entra à l'hôpital le 18 juillet, dans les salles du professeur Pétrunti.

Comme il n'y avait chez ce malade ni les signes d'une diathèse anévrismale, ni d'autres complications, on pensa pouvoir obtenir la guérison spontanée. Ce fut l'opinion de M. J. Cloquet et du docteur Giroux, qui se trouvaient alors à Naples. On appliqua sur la tumeur un mélange réfrigérant; on fit d'abondantes saignées, qui furent plusieurs fois répétées; le malade fut mis au régime de Valsalva; on donna la jusquiame, le nitre, avec la digitale, etc.; tout cela sans aucun avantage. Le coagulum était loin de se former, les pulsations devenaient plus fortes, le sac anévrismal était plus tuméfié et plus tendu, au point de faire craindre sa rupture et le passage de l'anévrisme à l'état diffus. On jugea l'opération promptement nécessaire; car, pour peu qu'on attendit, on avait à craindre que la maladie, en s'étendant par en haut, n'enlevât l'unique ressource qui restait encore, c'est-à-dire la ligature. Elle fut pratiquée le 18 octobre, d'après la méthode de Scarpa. On se servit d'une ligature composée de cinq fils de soie crue, et d'un bourdonnet entouré de peau, dont la longueur égalait trois fois environ la largeur du ruban de soie. Le professeur Pétrunti a l'habitude de peu serrer le fil pour ne pas couper trop tôt l'artère, c'est-à-dire avant que le caillot s'organise dans le bout supérieur, et pour éviter les hémorragies secondaires. On suivit ce procédé chez le malade, le fil ne tomba qu'au bout de dix-sept jours, et le reste se passa si bien qu'au bout d'un mois la guérison était parfaite.

Le professeur Pétrunti commença, dans ce cas, par essayer de la méthode de Valsalva, à laquelle cependant il n'accorde pas une grande confiance: car il est loin de répéter, avec d'autres chirurgiens italiens, l'axiôme « *anevrisma, ergo cura Valsaviana.* » D'après lui, si, d'un côté, ce mode de traitement affaiblissant ralentit la circulation sanguine, de l'au-

tre, il rend le sang moins coagulable, en lui ôtant une trop grande quantité de fibrine, et diminuant ainsi la force de résistance des parois du sac.

Cette observation nous montre encore l'emploi de la ligature plate et du cylindre de Scarpa; elle nous fait voir aussi que les préjugés relatifs aux causes d'hémorragies, au mode d'oblitération des artères, sont loin d'être détruits en Italie; l'influence du maître se fait encore sentir; les idées de John et des chirurgiens modernes n'ont pu la renverser.

HISTOIRE DE DEUX LIGATURES D'ARTÈRES, L'UNE DE LA FÉMORALE; L'AUTRE DE L'ILIAQUE EXTERNE; par le docteur PLACIDE PORTAL, professeur de chirurgie à l'Université de Palerme.

OBS. I. — Un homme, âgé de 29 ans, canonnier dans la marine royale, d'un tempérament lymphatique, médiocrement constitué, ayant eu à plusieurs reprises des symptômes de syphilis, entre le 27 juillet 1837 à l'hôpital de St-François, pour se faire guérir d'une tumeur qu'il portait depuis un mois dans le creux poplité du côté droit. On lui avait prescrit quelque temps auparavant un liniment composé d'huile d'amandes douces, de camphre et d'opium en application sur la tumeur, qui n'en avait pas éprouvé la moindre amélioration.

On essaya quelque temps la compression, l'application de linges imbibés de décoction d'écorce de chêne, et auparavant dans les salles de médecine on lui prescrivait l'usage de la pommade oxigénée, des boissons rafraichissantes, l'extrait de belladone, l'eau de laurier-cerise, etc. Loin de diminuer sous l'influence de ces moyens, la tumeur et les accidens paraissaient plutôt augmenter. Bientôt le sommeil devint agité, le membre très douloureux, l'inflammation s'emparait de la tumeur et menaçait déjà de passer à la gangrène; quelques points noirs, des ecchymoses nombreuses, le volume énorme de la tumeur, qui avait alors quarante-deux pouces de circonférence, tout faisait craindre une rupture prochaine du sac; on se décida à pratiquer la ligature de l'artère crurale. Cette opération fut exécutée à la partie supérieure de la cuisse dans le triangle inguino-crural. On étreignit l'artère au moyen d'une ligature composée de trois fils cirés; les battemens cessèrent à l'instant même dans la tumeur (on ne se servit pas du rouleau de Scarpa; pansement à plat; repos parfait; fomentations d'oxicrat froid; limonade à la glace; diète).

Mouvement de fièvre le premier jour; réaction intense, pouls dur, rougeur de la face; battemens énergiques dans l'artère, au-dessus de la ligature. (Saignée du bras de 8 onces; fomentations d'oxicrat froid.) Diminution rapide dans l'intensité de ces symptômes après la saignée; vers le soir le membre devint froid, on l'entoure de flanelle convenablement chauffée.

Les purgatifs furent administrés les jours suivans. (Huile de ricin et crême de tartre. On réitera la saignée.) Plus tard, infusion de digitale. Tout marcha bien dans la plaie, qui était bien cicatrisée le dixième jour. Cependant il y avait encore de la chaleur, de la dureté dans le pouls. (Nouvelle saignée.)

En changeant l'appareil qui recouvrait la tumeur, on s'aperçut qu'elle s'était spontanément ouverte; une grande quantité de grumeaux noirs fétides sortirent par cette ouverture.

Les jours suivans, symptômes d'inflammation dans les environs; du pus s'écoule; le membre est gonflé. (Pansement avec l'onguent styrax; cataplasmes antiseptiques; crême de tartre; bouillon de poulet.)

Chute de la ligature le quinzième jour. Il sortit de la tumeur à cette époque quatre livres de matière séreuse, couleur lie de vin, exhalant une odeur cadavérique. (Pansement continué; bandage de Scultet; le reste idem.)

Des ecchymoses qui étaient survenues au petit orteil du pied droit, à la partie supérieure, et vers la malléole externe du même côté, au tiers inférieur de la jambe gauche, prirent l'aspect gangréneux; il se prononça davantage; nouvelle escarre au talon. Le petit orteil se détache.

La plaie de l'opération était complètement cicatrisée vers le vingt-septième jour; celle qui résultait de l'ouverture de la tumeur se couvrait de bourgeons charnus. Mais les escarres de la jambe et du pied s'étaient étendues dans tous les sens; l'ulcération gagnait en profondeur, accompagnée de douleurs atroces dans les membres. On proposa l'amputation; elle fut différée, car l'état du malade s'améliora sensiblement du trente-deuxième au trente-quatrième jour. On cessa le pansement avec l'eau phagédénique et la liqueur de Van Swieten, les plaies s'étant enflammées. On pansa avec du cérat de Galien. Les plaies furent touchées avec le nitrate d'argent fondu; leur aspect devint vermeil; quelques points se cicatrisaient. Enfin, le 27 octobre, quarante jours après l'opération, toutes les plaies étaient cicatrisées, à l'exception de celle du talon, qui était entretenue par une carie du calcaneum. On la traita par le feu. Guérison complète.

Ce fait, remarquable à plus d'un titre, pourrait fournir matière à de longs commentaires; nous n'en tirerons que cette conclusion, à savoir: que l'opération d'Anel, quels que soient, du reste, ses avantages, et on ne saurait les mettre un instant en question, ne suffit pas toujours. Elle tarit bien la source qui alimente la tumeur anévrismale et les épanchemens diffus qui peuvent en être le résultat; mais elle ne fait pas que des masses énormes de caillots soient résorbées; elle n'empêche pas l'inflammation du sac et ses suites; donc, dans certaines circonstances, et celle-ci se trouvait du nombre, il ne faut pas se borner à lier les vaisseaux, mais il est indispensable de vider la tumeur. Si aux chances de la gangrène par arrêt de la circulation dans le tronc principal se joignent celles qui résultent de la compression des vaisseaux de second et troisième ordre, par une tumeur développée sur leur trajet, il sera difficile de lutter contre elles avec quelque avantage. Nous ajouterons en terminant que le cas dont il s'agit est une nouvelle preuve de l'inefficacité, je dirai peut-être du danger, du traitement médical dans la plupart des anévrismes. On vit dans une fausse sécurité ou dans une espérance trompeuse, et, pendant ce temps, la tumeur fait des progrès; des épanchemens diffus s'établissent, et bien souvent il est trop tard lorsqu'on vient à songer à l'opération.

OBS. — Un homme, âgé de 30 ans, domestique, eut, à plusieurs reprises, divers symptômes de maladie syphilitique. Des traitemens incomplets avaient laissé des douleurs articulaires, auxquelles vinrent se joindre les résultats d'une nouvelle infection. Un bubon se développa dans l'aine gauche, et, quelque temps après, une seconde tumeur apparut encore du côté droit. La suppuration s'en empara. (Ouverture avec le bistouri; pansement excitant; onguent digestif.) Plus tard, on eut recours à l'eau phagédénique, puis à la décoction de poudre de quina; l'opium, le camphre à l'intérieur. Le chirurgien interne, jugeant que les glandes de l'aine pouvaient bien être un obstacle à la cicatrisation, en pratiqua l'extirpation.

Le lendemain, après quelques mouvemens, le malade se sentit mouillé dans l'aine; bientôt il reconnut qu'il perdait du sang. Le chirurgien de garde arrêta l'hémorragie au moyen d'une forte compression avec de la charpie sèche et un bandage inguinal.

Ce cas parut fort grave; plusieurs chirurgiens réunis décidèrent qu'il fallait pratiquer la ligature de l'iliaque externe; et, pendant la consultation, une nouvelle hémorragie, qui survint inopinément, dut faire prendre une prompte décision. La ligature fut faite d'après le procédé de Bogros, en découvrant l'artère épigastrique et se guidant sur elle pour trouver l'iliaque externe. Celle-ci fut étreinte par la ligature, qu'on serra immédiatement.

Le malade présenta le jour et la nuit suivante un état particulier de stupeur et d'abattement. Le pouls était petit, la chaleur faible. (On donna quelques bouillons; flanelle chaude aux extrémités.)

Vers le troisième jour, l'appareil est teint de sang, qui provenait de la plaie du bubon. La circulation s'était rétablie, sans doute, dans l'artère crurale par l'épigastrique et la circonflexe iliaque. Comme l'état fongueux et gangréneux de la plaie s'opposait à ce qu'on arrêtât l'hémorragie, il fallut pratiquer la ligature en masse, après laquelle le malade se trouva mieux et plus calme pendant deux jours. C'était le calme avant-coureur de la gangrène; car toutes les parties molles superficielles de l'espace inguino-crural furent frappées de mortification. Le pouls devint petit et intermittent; aspect cadavéreux de la face, sueur glaciale. Mort dans la nuit du 27 décembre.

On vit à l'autopsie que la ligature avait été mise un pouce au-dessus de l'origine des deux collatérales de l'iliaque externe. Au niveau de la constriction, les parois artérielles avaient déjà contracté des adhérences; un caillot fibrineux existait au-dessus et oblitérait le calibre de l'artère.

Les viscères contenus dans la cavité abdominale offrirent les traces d'une violente inflammation, passée dans plusieurs points à l'état gangréneux. L'artère était à l'état normal depuis le lieu de la ligature jusqu'au cœur. Les organes thoraciques, l'encéphale, étaient sains.

Il est malheureux que les détails de l'autopsie n'apprennent rien sur l'état pathologique proprement dit du vaisseau. Quelle lésion était résultée de l'ablation des ganglions lymphatiques? C'est ce qu'on ne saurait établir *à priori*. Il n'est pas probable toutefois que ce soit l'artère crurale elle-même, l'hémorragie eût été instantanée et abondante, à moins qu'elle n'eût éprouvé une légère piqûre.

Les traces de péritonite n'ont rien qui doive étonner, malgré que la séreuse n'ait point été divisée dans l'opération; il n'est pas nécessaire de l'ouvrir ni de la couper, comme on le voit dans la taille périnéale, comme on l'observe dans les métropéritonites puerpérales; il suffit souvent d'inciser ou d'irriter le tissu cellulaire lâche qui la double, à plus forte raison lorsqu'une double opération a été faite si près de lui, l'ablation des glandes d'abord, et la recherche et les manœuvres pour la ligature de l'artère ensuite.

OBSERVATION D'UNE GROSSESSE ANORMALE; par le docteur PETRUNTI, professeur de clinique chirurgicale.

Un point difficile dans l'art des accouchemens a toujours été le diagnostic de la grossesse, car les signes qui l'indiquent peuvent manquer ou sont trompeurs. Les observations ne manquent pas où des erreurs ont été commises; on se rappelle l'histoire d'Averroës qui traita pendant plus de quatre mois sa propre fille dont il ne soupçonnait pas la grossesse. Riolan raconte l'erreur commise par les plus grands médecins de son temps, au sujet de cette femme condamnée à mort, qu'on trouva enceinte de cinq mois. Un fait semblable, et rapporté par Mauriceau, au sujet d'une autre femme condamnée à mort en 1666 à Paris, et qui se trouvait enceinte de quatre mois. Elle avait été vue par les médecins, les chirurgiens et les sages-femmes les plus célèbres de cette époque. Combien d'erreurs de cette nature commises par les anciens et les modernes, dit le professeur Petrunti! Il vient ajouter aux faits connus l'observation suivante, dans laquelle il commit lui-même une erreur qu'il avoue avec une bonne foi digne d'être imitée.

OBS. — Madame M. B., âgée de 30 ans, mère de six enfans, d'un tempérament bilioso sanguin, d'ailleurs saine et d'un embonpoint raisonnable, pré-

sentait les signes d'une affection grave de l'utérus. Tant qu'elle restait au lit les douleurs étaient nulles ou à peu près nulles; mais à peine était-elle levée, qu'un poids se faisait sentir dans le vagin, et qu'une tumeur volumineuse se montrait à l'extérieur, laissant écouler une abondante quantité de sérosité limpide et sans odeur. Cette tumeur n'était autre chose que l'utérus dont le col dépassait les grandes lèvres de la vulve, et qui rentrait par le moindre effort lorsque la malade se remettait au lit; et chose plus extraordinaire, le suintement séreux cessait immédiatement. Le coït avait pu s'exercer et n'était pas douloureux, mais il survenait souvent après lui des douleurs utérines qui se calmaient lorsque la malade avait rendu de la sérosité et un peu de sang. Cela ressemblait à l'écoulement menstruel qui à vrai dire n'avait pas complètement cessé. Le volume de la tumeur variait suivant l'abondance de la perte; la malade était obligée de se garnir de linge soit pour recevoir les liquides, soit pour soutenir l'utérus qui parfois semblait devoir complètement sortir. Il n'y avait pas de douleur à l'estomac, ni de gonflement des mamelles; non plus qu'un désir ou un dégoût de certains alimens; on ne sentait pas les mouvemens d'un fœtus; et le volume de l'utérus, loin d'aller en augmentant, n'était même pas constant; examiné au-dessus du pubis, il variait suivant l'abondance de l'écoulement aqueux, que la malade pouvait reproduire à volonté, en se tenant debout ou en marchant. Le professeur Pétrunti trouva que l'utérus était développé, mais entièrement caché dans l'excavation pelvienne (la malade était alors à son quatrième mois de souffrance). Le col utérin était bien marqué et volumineux; les lèvres du museau de tanche un peu gonflées et molles; il y avait de l'œdème aux parties extérieures de la génération. On voyait enfin sortir de l'eau à travers l'orifice de l'utérus.

Cent fois nous fûmes témoins de ce fait, dit le docteur Pétrunti, et cent fois nous fûmes tentés d'introduire furtivement un doigt pour faciliter l'issue du liquide.

Qui n'aurait pas diagnostiqué dans ce cas une hydropisie utérine? dit le professeur Pétrunti; aussi fut-on d'avis de donner les diurétiques, les altérans, en même temps que de combattre la phlegmasie chronique de l'utérus. On donna le nitre et la digitale, puis les purgatifs, drastiques, calomélas, etc., la tisane de gayac, l'assa-fœtida, les bains chauds. Enfin on administra le seigle ergoté (deux dragmes par jour). Survinrent des douleurs utérines très vives, suivies de l'issue d'une grande quantité d'eau et d'un peu de sang. On continua les purgatifs et les emménagogues pendant deux mois, mais les symptômes ne disparaissaient pas; ils persistèrent jusqu'au neuvième mois, époque à laquelle Madame M. B. accoucha d'une petite fille, bien portante, du poids de cinq livres, qui jouit encore actuellement d'une santé parfaite.

Bientôt après, la mère fut guérie de son hydropisie, et depuis cette époque elle est devenue grosse une huitième fois.

L'auteur émet à la suite de ce fait quelques considérations générales sur l'hydropisie utérine dont il place le siége à la face interne de l'utérus; suivant lui, la membrane muqueuse de cet organe a sécrété le fluide séreux, par une sorte de transposition de fonctions, dont il s'efforce de trouver des exemples dans le reste de l'économie. Ces remarques et d'autres empruntées à Haller, Cotugno, Mauriceau, ont trait aux erreurs de diagnostic qu'il est facile de commettre, et à l'influence des eaux accumulées sur la vie du fœtus, sa nutrition, les phénomènes de la grossesse, etc. Et comme le fœtus est dans ces cas ordinairement peu développé, si la sérosité n'est pas en grande quantité les parois de la matrice le serrent fortement; si les eaux sont abondantes ses membres ne peuvent toucher les parois utérines dans leurs mouvemens. Cela explique comment l'état morbide de l'utérus cache la grossesse, et comment cette dernière doit rester cachée à l'œil le plus clairvoyant.

Des remèdes considérés généralement comme abortifs ont été administrés dans ce cas à plusieurs reprises et à d'assez fortes doses; le seigle ergoté lui-même n'a pas éveillé les contractions utérines; que penser donc de l'action élective, spécifique de certains médicamens? Sans vouloir trop conclure d'un seul fait, M. Pétrunti pense avoir rempli le double but qu'il s'était proposé en le rapportant: 1° Montrer la difficulté qui accompagne constamment le diagnostic de la grossesse; 2° faire naître une juste défiance dans l'action des remèdes.

III. MEMORIALE DELLA MEDICINA CONTEMPORANEA.

Les numéros de décembre, janvier, février et mars renferment 1° *Un mémoire sur la pathognomonie, ou l'étude de la physionomie des malades*, par M. Palazzini; (bon résumé, mais rien de neuf); 2° *Note sur un nouveau lithotome pour exécuter avec sécurité la taille latérale*; par M. Branchessi; 3° *Histoire d'une gastro-hystérotomie*; par M. Postodella. La femme succomba vingt-huit heures après l'opération; l'enfant vécut. Le diamètre antéro-postérieur du bassin n'avait que deux pouces; la distance du fond de la cavité cotyloïde au promontoire était d'un pouce et demi à gauche et d'un pouce trois quarts à droite. Aucune lésion anatomique pour expliquer la mort (l'auteur est partisan de l'opération césarienne en principe: il repousse l'embryotomie); 4° *Observation de ligature de l'artère iliaque externe pour un anévrisme de l'artère fémorale commune*; par le docteur Médoro, de Padoue (l'opération fut faite en 1837 par la méthode d'Abernety. On ne se servit pas du cylindre de Scarpa; ligature immédiate. Au trentième jour, la plaie était presque cicatrisée, la tumeur anévrismale, réduite au tiers de son volume primitif, était devenue très dure. Cinq mois après, il ne restait plus de cette tumeur qu'un petit noyau solide, du volume d'une aveline. Le malade porte un bandage par précaution); 5° *Observations anatomo-pathologiques et cliniques sur l'ossification des artères (artero-lithiasis), considérée comme cause des anévrismes internes et externes*; par le docteur Aslon; 6° *De la phthisie par irritation et de son traitement*; par le docteur Lévi (il donne l'émétique à dose éméto-cathartique; pas de signes stéthoscopiques); 7° *Sur les propriétés thérapeutiques du quina*; par le docteur Mendini (les observations qu'il rapporte sont relatives à une foule de maladies diverses, ulcères, dysenterie, fièvre péripneumonique, fièvres intermittentes. Il donne le sulfate de quinine à la dose de 20, 30, 40, 50 grains par jour); 8° *De certains vices dans le traitement et l'hygiène des enfans, considérés comme causes communes de leur mortalité, suivi d'observations cliniques*; par le docteur Putelli. (L'auteur combat quelques préjugés relatifs à l'éducation des enfans; il insiste sur la nécessité de s'entourer de tous les documens nécessaires pour porter un diagnostic exact; d'examiner les petits malades avec soin et persévérance, etc. Il rapporte entre autres faits l'observation d'un enfant de neuf mois pris de fièvre intermittente pernicieuse. Trois grains de sulfate de quinine par la bouche, et trois autres en lavement prévinrent un nouvel accès.)

IV. L'OSSERVATORE MEDICO.

DU QUINQUINA ET DES FIÈVRES INTERMITTENTES; par le docteur BIAGIO G. MIROGLIA.

Le diagnostic des affections intermittentes proprement dites est un point capital en thérapeutique; car si l'on se trompe, si on s'en laisse imposer par la nature des symptômes qui paraissent, dans certains cas, liés à une diathèse inflammatoire, on poursuit avec les saignées, les sangsues, etc. des congestions toutes passives qui ne sont que le résultat de la maladie, et le fond de celle-ci, sa nature intime, essentiellement nerveuse, se trouvant oublié, le traitement est sans aucune efficacité. C'est dans ces cas que le quina et ses diverses préparations ont produit souvent des effets si remarquables; il agit contre la cause, contre le point de départ de toutes ces congestions analogues aux obstructions abdominales qui persistent à la suite des fièvres intermittentes longues et rebelles. Trop souvent l'observation a démontré que ces fièvres étaient de nature hyposthénique, et qu'elles ne cédèrent point à l'action des remèdes contro-stimulans. Dans le cours de l'été, plus de cent malades ont été atteints de fièvre d'accès à Strongoli, Ciro, sur les rives du Niéto; et il est remarquable que presque tous étaient faibles, que la maladie était plus intense chez eux que chez les individus doués d'une forte constitution, et que l'usage des acides et d'un traitement débilitant leur était funeste. Ils se trouvaient bien, au contraire, d'une méthode opposée.

Le docteur Miroglia rapporte deux observations, choisies parmi un grand nombre, et dans lesquelles l'efficacité du quina est parfaitement mise en évidence.

Obs. I.—Un prêtre, habitant Strongoli, fut pris, dans l'été de 1837, d'une fièvre d'accès, avec les symptômes suivans : le premier jour, froid extrême, vomissement de bile verte, déjections alvines de même nature, puis chaleur intense. Le pouls est dur et fort; délire. Sensation de gonflement et douleur aiguë à l'épigastre, simulant l'hépatite; ictère. Seize heures après, tout avait disparu; sans la faiblesse du pouls et la persistance de l'ictère, le malade aurait semblé guéri. On donne l'huile de ricin le deuxième jour. Retour de la fièvre, mais un peu moins forte; quelques vomituritions (antimoniaux).

Le troisième jour, la fièvre vint à la même heure, et aussi forte que le premier jour; il s'y était joint des douleurs de reins et des urines sanguinolentes. (Eau de menthe poivrée, laudanum liquide, éther sulfurique.) Les vomissemens cessent; les douleurs des reins et du foie diminuent d'intensité et disparaissent; sueur. On donne le sulfate de quinine, la fièvre ne revint pas.

Obs. II. — Dans le mois d'octobre 1837, un gentilhomme de Ciro avait éprouvé déjà quinze accès de fièvre, accompagnés de douleurs de tête assez vives pour faire croire à une cérébrite, au moment de la période de chaleur. On eut recours aux purgatifs, aux émissions sanguines, à la solution plusieurs fois répétée de tartre stibié. La guérison ne vint qu'après l'administration du sulfate de quinine et de quelques remèdes excitans.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 6 MAI.

CHALEUR DÉVELOPPÉE PAR L'ARUM MACULATUM AU MOMENT DE LA FLORAISON.

Plusieurs naturalistes ont observé la chaleur qui se manifeste au moment de la floraison, dans le spadice de quelques aroïdes. On connait, à cet égard, les observations de M. Adolphe Brongniart sur le *colocasiadora*. En dernier lieu, MM. Van Beck et Bergsma ont appliqué l'appareil thermo-électrique à la mesure de la chaleur développée dans le spadice de la même plante. C'est à l'aide de ce même instrument que M. Dutrochet a recherché si le spadice de l'*arum maculatum* offrait un phénomène semblable. Voici le résumé très sommaire des résultats obtenus par le savant académicien. Le sommet renflé en masse du spadice de l'*arum maculatum* commence à offrir une chaleur supérieure à celle de l'air ambiant, environ deux jours avant l'ouverture de la spathe. Cette chaleur s'accroit peu à peu, et elle arrive à son plus haut point au moment de l'ouverture de la spathe. Alors cette chaleur surpasse celle de l'air ambiant de 11° à 12° centésimaux; elle se maintient ainsi pendant environ deux heures; ensuite elle diminue graduellement et elle disparait tout à fait environ douze heures après pour ne plus reparaître. M. Dutrochet promet de publier plus tard de plus amples détails sur ce phénomène curieux.

OBSERVATIONS MÉTÉOROLOGIQUES FAITES AU CAIRE.

M. Destouches adresse, par M. Boudet, le résumé des observations qu'il a recueillies pendant quatre ans au Caire. Il a reconnu que le nombre des jours de pluie était de douze à treize environ; et que la quantité d'eau tombée annuellement montait environ à 3mm 9. Cette détermination était curieuse par l'influence que l'on avait cru pouvoir attribuer aux plantations exécutées par les ordres du pacha sur le nombre de jours de pluie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU 4 MAI.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES NERFS.

M. Virey lit un discours dans lequel il traite la question à un point de vue élevé de physiologie comparée. Il examine comparativement le système nerveux dans les différentes classes d'animaux. Chez les animaux inférieurs l'appareil nerveux est plus spécialement moteur; il devient sensitif à mesure qu'on s'élève en haut de l'échelle. En général l'appareil nervi-moteur peut devenir accidentellement sensitif. L'homme et les animaux supérieurs sont pourvus d'un double appareil; nervi-moteur qui se rend du cerveau dans les muscles; nervi-sensitif émanant de la périphérie tactile et des organes sensibles vers le centre. L'indépendance de ces deux système se fonde sur l'impossibilité qu'un même nerf soit simultanément traversé par un courant ascendant et un courant descendant. Le développement inverse de l'un des deux systèmes nerveux aux dépens de l'autre, par l'exercice exagéré soit de l'intelligence, soit du système musculaire, appuie également cette opinion. Les conclusions de ce discours viennent à l'appui de la doctrine de Ch. Bell.

M. Gerdy reproduit à peu près les argumens et les faits qu'il a déjà longuement fait valoir. Tout en concédant sur quelques points de la question et sur la valeur de faits d'abord contestés, il persiste à considérer le système comme ruiné par les faits qui lui sont contraires, se fondant en cela sur l'analogie des principes en usage dans les sciences physiques. Il met en opposition les partisans de la même doctrine, et les met enfin au défi de sanctionner leur système par l'épreuve clinique. Il déclare quant à lui si on lui demande quelle interprétation il donne à ces faits, quelle est sa manière de voir sur les fonctions du système nerveux, quelle théorie il oppose à la théorie qu'il combat; qu'il n'en a aucune; qu'il n'adopte aucun système. A ses adversaires de défendre le leur; à lui l'attaque.

M. Blandin : La discussion touche à son terme, et nos argumens, malgré l'attaque dont ils ont été l'objet, n'ont rien perdu de leur force, ils ont même ébranlé la conviction de nos adversaires. Vous venez, en effet, d'entendre M. Gerdy nous faire des concessions; il reconnalt déjà que le nerf facial est le nerf-moteur de la face, que le nerf de la cinquième paire est plus sensitif que moteur. Ainsi, comme nous l'avions espéré en commençant, notre lutte n'aura pas été vaine, si nous avons apporté la conviction dans quelques esprits, si nous avons amené nos adversaires à reconnaître, au moins en partie, la vérité de nos opinions.

Avant de reprendre l'argumentation de M. Gerdy, M. Blandin rectifie l'inexactitude d'un petit reproche qui lui a été adressé par M. Bouillaud dans la dernière séance, et qui a paru faire croire qu'il y avait dissidence entre eux. M. Blandin déclare qu'il n'a pas prétendu refuser au nerf facial l'action respiratoire que lui attribue Ch. Bell, ainsi qu'on le lui fait dire; il a dit seulement qu'il n'admettait pas avec Ch. Bell que les nerfs respiratoires forment une classe spéciale de nerfs naissant d'un point particulier de la moelle; mais que quant à l'action respiratoire et expressive de ce nerf, il en reconnaissait l'exactitude; qu'il ne se trouvait point, par conséquent, en dissidence sur ce point avec Ch. Bell ni avec M. Bouillaud.

Il revient à M. Gerdy. L'argument derrière lequel semble s'être retranché notre collègue, dit-il, toutes les fois que nous lui avons demandé comment il interprétait les faits avancés dans la question, par quels faits il appuyait lui-même sa propre manière de voir, consiste à dire qu'il n'en a aucune, qu'il n'a point comme nous de système à défendre. Mais M. Gerdy a un système comme nous avons le nôtre. Il n'y a de différence à cet égard entre lui et nous qu'en ce qu'il n'en veut point convenir, et que nous avouons le nôtre. Nous soutenons que certains nerfs sont uniquement affectés à conduire les impressions vers le cerveau, tandis que les autres transmettent ses déterminations aux organes. M. Gerdy croit sans doute que tous les nerfs sont également propres à remplir ces deux fonctions; mais il ne se croit pas obligé de le démontrer et se borne à combattre nos argumens.

M. Gerdy élève une singulière prétention dans le but de détruire notre argumentation : il a avancé qu'une seule observation contraire aux résultats de celles que nous invoquons en faveur de notre système suffit pour le renverser. Nous ne pouvons accorder et personne n'accordera, non plus que nous, à M. Gerdy qu'une observation incomplète ou mal faite, un fait dont les conditions n'ont sans doute pas été bien déterminées, puisse être de quelque valeur contre une masse d'observations que fournit tous les jours la pratique. Des faits comme ceux qu'a cités notre collègue constituent de rares exceptions et doivent à ce titre être déposés dans les archives de la science; mais ils sont sans valeur dans l'espèce.

M. Gerdy, revenant encore sur l'analogie de la cinquième paire avec les nerfs rachidiens, prétend infirmer cette analogie en soutenant que les racines de la cinquième paire s'enfoncent profondément dans la protubérance, tandis que celles des nerfs rachidiens sont superficielles; cette analogie est encore tout aussi exacte sur ce point que sur tous les autres. Les racines des nerfs rachidens sont loin d'être entièrement superficielles, comme le prétendrait M. Gerdy; elles s'enfoncent dans la moelle et envoient des filets jusqu'à la substance grise centrale de cet organe. D'autre part, la racine du nerf trifacial n'est point aussi profonde que le dit encore M. Gerdy, qui aurait été induit en erreur à cet égard-là, en assignant le point d'origine de ce nerf dans la protubérance, organe que les filets de ce nerf traversent, après être sortis du bulbe supérieur de la moelle à la hauteur de la protubérance.

Quant à l'influence de la cinquième paire sur la nutrition des parties auxquelles elle se distribue, M. Gerdy défie qu'on trouve rien de semblable dans les lésions des nerfs rachidiens à ce qui se passe lors de la section de la cinquième paire; cette assertion est encore erronée. La cessation de l'action nerveuse produit de part et d'autre les mêmes phénomènes morbides : altération de la nutrition, atrophie des parties privées de l'influx nerveux. S'il y a quelque différence à cet égard elle ne tient qu'à la structure spéciale des organes.

Il est une circonstance relative à la paralysie de la face que M. Gerdy a invoquée contre nous et qu'il nous sera facile de tourner contre lui-même; c'est l'intégrité du muscle orbiculaire des paupières lors de la paralysie de la face produite par la lésion du nerf facial qui fournit des filets à ce muscle. Il n'y a qu'un mot à répondre à cela, c'est que c'est une erreur. Les paupières restent constamment écartées l'une de l'autre dans le cas dont il s'agit, contrairement à ce qu'a avancé M. Gerdy.

Relativement à la différence de structure des nerfs sensitifs et moteurs entre lesquels M. Gerdy ne voit d'autre différence que dans la présence du ganglion; n'y en eût-il point, en effet, d'autre? Cette circonstance seule ne constitue-t-elle pas déjà une distinction importante? N'est-il pas évident que ce ganglion dans lequel les filets nerveux se divisent, se décomposent, puis se recomposent, doive apporter à l'action de ces filets des modifications importantes?

M. Gerdy, en terminant, reconnalt que notre théorie compte pour elle un certain nombre de faits qu'il ne conteste pas, qu'elle est spécieuse, séduisante même; mais il nous porte le défi d'en faire l'application au point de vue clinique. Ce défi, nous l'acceptons, comme nous avons accepté la discussion. Notre doctrine a, d'ailleurs, fait ses preuves sous ce rapport, ainsi que nous l'avons déjà fait voir. M. Blandin rappelle plusieurs faits dont quelques-uns ont déjà été cités, où le diagnostic a pu préciser avec exactitude la lésion d'un nerf par les diverses circonstances des paralysies observées.

Avant d'abandonner le terrain de la discussion, continue l'orateur, je formulerai les propositions suivantes, que je propose à l'examen de M. Gerdy.

1° Si les nerfs sont également sensitifs et moteurs, la sensibilité des parties doit être développée en raison directe du nombre de nerfs qui s'y rendent. Les muscles sont, de tous les organes, les plus pourvus de nerfs; on sait combien leur sensibilité est faible.

2° Si les nerfs sont également sensitifs et moteurs, pourquoi les uns sont-ils très sensibles à l'excitation mécanique, tandis que d'autres y sont très peu sensibles?

3° Si le nerf facial est sensible à sa sortie du trou stylo-mastoïdien, comme on l'a dit, pourquoi est-il moins sensible qu'un autre nerf, que le maxillaire supérieur, par exemple?

4° Pourquoi, sur un animal récemment abattu, l'irritation des racines postérieures ne donne-t-elle aucun résultat, tandis que celle des racines antérieures produit des contractions?

5° Pourquoi existe-t-il des paralysies isolées de la sensibilité et des mouvemens dans les membres?

6° Pourquoi les nerfs des membres thoraciques ont-ils chez l'homme une racine postérieure plus développée que l'antérieure; pourquoi le rapport inverse a-t-il lieu pour les membres inférieurs? La réponse est facile dans la doctrine que nous professons; elle nous parait impossible dans celle de nos adversaires.

SÉANCE DU 7 MAI.

La correspondance officielle comprend deux lettres ministérielles, dont l'une accompagne la relation d'une épidémie, l'autre est relative aux eaux minérales.

M. Donné adresse à l'Académie un mémoire manuscrit sur la sécrétion du lait pendant la grossesse. L'auteur s'est proposé, dans ce mémoire, d'éclaircir la question suivante : reconnaître si cette sécrétion possédera plus tard les

propriétés constitutives d'un lait nutritif. (Commissaires : MM. P. Dubois, Lecanu.)

M. Balthazar de St-Diziers (Haute Marne) envoie des instrumens propres à la vaccination, avec une note explicative.

M. A. Devergie adresse copie d'un rapport sur le suicide de Lesage, accompagné de recherches relatives à la présence des animalcules spermatiques dans le canal de l'urètre, comme signes de suspension pendant la vie. (Commissaires : MM. Pelletier, Bally, Marc, Rayer, Ollivier (d'Angers.)

L'ordre du jour appelle l'élection d'un nouveau membre de l'Académie de médecine pour la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie.

Les candidats présentés par la commission sont :

MM. Jobert.
Poiseuille.
Bouvier.
Mance.
Nonat.

La feuille de présence porte 130 membres. Le premier tour de scrutin, donnant 134 bulletins, est déclaré nul. On procède à l'appel nominal : 132 votans.

M. Jobert obticot .... 52 suffrages.
M. Poiseuille 43
M. Bouvier 35
M. Nonat 2

Au deuxième tour, 131 votans.

M. Jobert .... 54 suffrages.
M. Bouvier 52
M. Poiseuille 24

Troisième scrutin. Ballottage entre MM. Jobert et Bouvier.

M. Bouvier .... 67 suffrages.
M. Jobert 59

M. Bouvier est, en conséquence, proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation du roi.

Séance levée à 5 heures moins un quart.

L'Académie est convoquée pour samedi prochain, en séance extraordinaire, pour la continuation de la discussion sur les nerfs.

CONCOURS

POUR LA CHAIRE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIERE MÉDICALE.

(Suite. — Voir le numéro du 27 avril.)

DEUXIÈME ÉPREUVE. LEÇON ORALE, APRÈS 24 HEURES DE PRÉPARATION.

Le jury suit, dans la position des questions qui se succèdent, une marche tout-à-fait synthétique. Le cadre offert dans chaque épreuve aux candidats va se rétrécissant. Dans la première, il ne s'agissait de rien moins que de charpenter un plan d'enseignement pour les deux sciences connexes que représente la chaire vacante. C'était là un vaste sujet, où l'esprit pouvait se mouvoir à l'aise. La seconde épreuve, dont nous rendons compte aujourd'hui, a déroulé une série de questions, larges encore, mais exigeant à la fois détails et vues générales; enfin la troisième épreuve, déjà commencée au moment où nous écrivons ces lignes, pénètre au cœur même des faits particuliers dont se compose la thérapeutique, et s'adresse au savoir spécial des concurrens. Les questions qui vont se succéder dans ce compte-rendu sont toutes belles et fécondes : médications tonique, antivénérienne, contro-stimulante, antiphlogistique, vermifuge, etc., ce sont autant de sujets qui laissaient, dans la manière dont ils devaient être traités, une égale part à la mémoire et au jugement des candidats. Les onze médications, évoquées par le jury et soumises à l'exégèse théorique et pratique des concurrens, composent presque l'ensemble de la thérapeutique; il n'en est aucune qui ne prêtât à quelques vues neuves, qui n'exigeât le secours d'une sage critique; quelques-unes demandaient à être remaniées de fond en comble. Nous regrettons de le dire, le chaos que présente le domaine de la thérapeutique et de la matière médicale subsiste encore après les leçons, d'ailleurs intéressantes, dont vient de retentir l'enceinte de la Faculté. Après les avoir écoutées avec attention, nous ne savons pas davantage sur l'action des spécifiques ni sur la valeur des dénominations imposées aux différens groupes d'agens médicamenteux. Le jury, en les reproduisant dans ses formules de rédaction, n'entendait pas en approuver implicitement la signification littérale; il semble néanmoins que les candidats lui aient prêté cette intention, par leur fidélité au sens traditionnel des noms imposés aux médicamens. Ils ont accepté, avec l'énoncé de leurs questions respectives, la médication sudorifique, la médication altérante, etc. Ils ont exhibé des définitions, discuté des indications, énuméré des substances en nombre variable : mais ce qu'ils ont produit de plus positif, c'est l'énoncé même de leurs questions, c'est l'étiquette de leurs leçons; le doute en a imprégné les développemens de telle sorte qu'on a pu se dire : mais si les données sur lesquelles s'appuie cet enseignement sont aussi incertaines, aussi mélangées d'erreurs, qu'y a-t-il donc à enseigner en thérapeutique? Certes, ni le talent, ni le savoir n'ont fait défaut jusqu'à présent aux luttes de ce concours; mais c'est la science elle-même, ce sont les faits qui manquent, ou qui ne s'offrent que mutilés, incomplets, défigurés, exagérés. Dans nulle autre branche de la médecine ne se sont introduits plus de résultats inexacts, plus d'assertions hasardées, plus de matériaux de faux aloi : il y a beaucoup à déblayer, beaucoup à détruire. En attendant qu'ils puisent dans leur expérience des élémens de restauration pour la thérapeutique, les candidats ont devant eux une ample carrière de critique historique, et, s'il le faut dire, c'est cette qualité qu'ils n'ont pas déployée autant que que plusieurs autres. Comment se sont formées, comment, instituées dans la science et dans l'art, toutes ces médications décorées d'épithètes ambiguës, sur quels faits s'est fondé leur crédit traditionnel? Ce sont des points à élucider dans un concours, et de l'opposition des données historiques et des vérifications contemporaines, dont la majorité des médicamens importans a été l'objet, eût jailli la notion précise de leur valeur provisoire; car, en thérapeutique, presque tout est provisoire.

Nous ne voudrions point paraître exigeant envers les concurrens, mais ce que le public attend des épreuves auxquelles ils sont conviés, c'est moins l'exhibition exacte et faite avec une certaine aisance des détails connus d'une science qu'un certain mouvement de critique et d'innovation, de vues propres et d'ingénieuse hardiesse.

M. REQUIN.

DE LA MÉDICATION TONIQUE ET DE SES PRINCIPAUX AGENS.

Une première difficulté est de savoir ce que le jury a voulu entendre par la médication tonique. M. Requin suivra la méthode qui a présidé à ses cours. Il est évident pour lui que le jury a voulu mettre les agens dans la dépendance de la médication. Obligé de restreindre la question en d'étroites limites, il fait appel à l'indulgence des juges et de son auditoire. Il divise sa leçon en deux parties : dans la première, il fera ressortir la confusion qui règne dans la classification des agens toniques; dans la seconde, il donnera un aperçu sur les principaux d'entre ces agens.

I. Barbier réunit, sous le nom de toniques, des médicamens disparates, les toniques et les astringens, le quinquina, l'écorce de grenadier, les astringens minéraux et végétaux, etc., ce qui ne l'empêche point de reléguer, on ne sait pourquoi, l'acétate de plomb dans la classe des *incertæ sedis*. Mais les astringens ne sauraient se fondre dans les toniques; les toniques généraux se rapportent eux-mêmes à une médication particulière, la dynamique. La faute de Barbier a déjà été commise par Schwilgué, qui s'inspirait des vues de Bichat, ce solidiste, dont toutes les doctrines physiologiques vont au solidisme; aussi Schwilgué a-t-il admis la classe des toniques comme modificateurs des solides. Et en effet le sens étymologique de τονος, *tension*, de τεινω, *je tends*, et dont le mot tonique est une traduction inintelligente, peut très bien s'appliquer à cette modification des solides (1). Un autre traité de thérapeutique est tombé dans la même faute à propos des toniques; il a compris sous cette dénomination un trop grand nombre de médicamens, dont la tonicité n'est pas le seul mode d'agir. Quelle définition faut-il donc assigner à cette classe d'agens dont M. Requin doit s'occuper? il propose celle-ci : la médication tonique comprend les moyens dont l'emploi, suffisamment prolongé, est propre à produire la force de constitution. Ainsi entendue, il faudrait peut-être réhabiliter le nom de médication corroborante. En effet, le mot tonique suppose l'action de contractilité des solides, tandis que celui de corroborant ne préjuge rien. M. Requin s'étend ensuite sur la différence de ces dénominations et craint que ces détails ne paraissent minutieux; mais il importe de préciser le sens des mots; et, dans ces hautes sphères de la science, on peut dire, comme Mirabeau dans d'autres circonstances : « Les mots sont ici des choses. » Après avoir répété sa définition, le candidat se livre à des considérations judicieuses sur les effets toniques obtenus quelquefois par la saignée, les bains; dans d'autres cas les corroborans font office d'antispasmodiques; ainsi les accidens nerveux de la chlorose cèdent à l'usage des toniques. Inutile de différencier ici les corroborans des excitans; cette séparation est contenue dans la définition précitée. Les stimulans s'en distinguent par leur action instantanée, ils aiguillonnent les forces, les mettent en action passagère, mais ne les produisent point, ne les renouvellent point. Les corroborans, au contraire, ne se manifestent pas par leur influence immédiate; mais, à la longue, ils produisent la force par une addition quotidienne. Dans beaucoup de cas, ces deux médications se combinent avec succès, quand il faut combattre l'asthénie. Ainsi, d'une part, les alcools, le café, de l'autre, une bonne nourriture, présentent, combinés, le type de cette association que le praticien emploie fréquemment. Les ressources de la médication corroborante sont puisées dans l'hygiène et dans la pharmacologie : 1° air pur, nourriture, bains, voyages, etc.; 2° Ferrugineux, amers, antiscorbutiques. Les corroborans hygiéniques exercent une influence réelle, quelquefois plus marquée que les médicamenteux; jamais il ne faut les séparer; mais l'étude des premiers reflue dans l'hygiène. Entre ces deux ordres d'agens, dont l'action tend au même but, les bains de mer forment une sorte de transition; ces bains sont véritablement des eaux minérales, quoique pris le plus souvent par délassement et dans un simple but d'hygiène.

II. Il s'agit maintenant d'énumérer les principaux corroborans médicamens, les seuls dont le candidat ait à s'occuper. En première ligne, il place les ferrugineux, type le plus vrai, le plus incontestablement utile de cette médication. Ce groupe d'agens impressionne l'économie de quelle façon? on l'ignore; mais toutes les préparations qui le composent amènent un résultat identique : limaille, oxyde, carbonate, pilules de Bland, etc., n'importe, l'effet tonique ne

(1) Qu'il nous soit permis de critiquer la critique philologique de M. Requin. Le mot grec τονος, dérivé du parfait τετονα, serait mal rendu par *tension*; le dérivé direct *ton* me paraît plus exact. Les substantifs grecs, dérivés des temps passés des verbes, expriment l'action accomplie, le fait produit, le résultat, non l'action d'accomplir, non le fait se produisant actuellement. Chicane contre chicane.

varie point. Il faut qu'il y ait dans l'économie une action particulière encore inconnue qui assimile ces substances. Quoi qu'il en soit, ce sont des moyens précieux pour corroborer l'économie dans les cas d'anémie par hémorragie, d'anémie des mineurs, de faiblesse produite par le diabétès, les leucorrhées atoniques, dans la chlorose, soit incomplète avec forme hystérique, hypochondriaque, soit avec aménorrhée, ménorrhagie, etc. Cette action mystérieuse des toniques qui se manifeste par l'augmentation graduelle des forces dynamiques se produit encore dans les scrofules; est-ce une raison pour les ériger en spécifiques antiscorbutiques? Il faut être réservé dans l'admission des spécifiques. Quant à l'efficacité de l'or contre les scrofules, il est difficile de l'apprécier; son mode d'action est inconnu, et si on a vraiment constaté des guérisons, il faut rechercher si elles n'ont pas été amenées par le bénéfice du régime qui marche de pair avec l'emploi de l'or. Aussi le candidat passera-t-il sous silence d'autres antiscrofuleux encore; par respect pour l'un de ses maîtres, Dupuytren, il cite le muriate de baryte uni à la gentiane; mais son expérience personnelle lui défend toute conviction à l'égard des agens de cette catégorie. Le règne végétal fournit d'abord les amers simples; quant aux amers aromatiques, leur place est parmi les stimulans. Au premier rang se montre ici le quinquina; mais dans une classification philosophique, il doit être rejeté dans la classe des spécifiques; à sa propriété tonique on a voulu rattacher son influence fébrifuge, et de là cette opinion erronée qui rapproche, à titre d'antipyrétiques, les amers du quinquina, celui-ci étant lui-même un amer; l'expérience a fait justice de cette prétention, fondée sur une analogie de propriété physique. Comme tonique, le quinquina peut avoir des succédanées indigènes; comme spécifique, il n'en a point. On peut encore citer le *quassia*, le *simarouba*, le *colombo*. Il y a maintenant des amers indigènes que M. Requin admet comme de bons succédanées des exotiques : ce sont surtout la gentiane, le houblon, la centaurée; M. Requin emploie le houblon avec avantage contre les scrofules. Quoiqu'il n'ait à traiter que des principaux toniques, il continue cette énumération d'agens secondaires dont il énonce la synonymie latine. Il passe ensuite au groupe des antiscorbutiques qui sont, dit-il, de véritables corroborans, et il en note les préparations; les principales plantes crucifères qui rentrent dans la catégorie des antiscorbutiques sont le raifort sauvage, la graine de moutarde noire qui a guéri les scorbutiques du siége de la Rochelle sous Richelieu. Il mentionne quelques plantes appartenant à d'autres familles, et rattache l'action de tous ces végétaux à un principe volatil qu'on appelle improprement huile, vu qu'il se perd par la dessiccation, et qui paraît ne se développer que sous l'influence de certaines circonstances. Peu de médicamens toniques dans le règne animal; le fiel de bœuf peu usité; l'huile de morue qui a trouvé des prôneurs en Allemagne; en France, c'est surtout M. Bretonneau qui l'a vantée. On ne peut nier le fait de la guérison de scrofules; mais a-t-on fait la part du régime et des circonstances adjuvantes? M. Requin se renferme à cet égard dans un scepticisme qui nous paraît sagesse. En résumé, l'effet corroborant s'obtient par les ferrugineux, moins évidemment par les amers, moins encore par les antiscorbutiques; il est douteux dans les crucifères qu'il ne faut pas cependant proscrire de la pratique.

M. GUÉRARD.

DE LA MÉDICATION ANTISYPHILITIQUE ET DE SES PRINCIPAUX AGENS.

Question belle, mais controversée. Jourdan a dit avec raison qu'il n'est pas une méthode de traitement qui n'ait guéri la syphilis dans des conditions données. Cette variété d'opinions et de faits rend le sujet difficile; une rapide description de la syphilis aidera à le traiter avec plus d'ordre. La syphilis est une affection spécifique due à l'introduction d'agens spécifiques dans l'organisme et guérie par des agens spécifiques. M. Guérard cherchera à établir la spécificité, puis la succession des accidens, l'influence qu'en reçoivent l'économie tout entière, certaines fonctions en particulier, etc.; de cette étude découleront les indications.

La spécificité est constatée par l'inoculation. M. Ricord a répété les expériences de Hunter et obtenu les mêmes résultats (1). Le pus du chancre étant inoculé loin du lieu malade, on observe dans les jours suivans que la piqûre s'entoure d'une auréole; puis vient une vésicule, une pustule, une croûte qui à sa chute donne lieu au chancre avec tous ses caractères : bords taillés à pic, fond rougeâtre, etc., avec cette particularité que le pus provenant de cette nouvelle ulcération pourra être inoculé. Cette faculté de sécrétion du pus virulent ne dure qu'un certain temps, circonstance qui rend compte des opinions diverses émises à cet égard. Il y a pour le chancre une période d'accroissement, une période stationnaire durant lesquelles il secrète du pus virulent; en deçà et au-delà, la piqûre due à l'inoculation est simplement phlogistique. Le chancre seul produit l'inoculation (Ricord). Il y a donc un principe spécifique inoculable. La période stationnaire peut se prolonger de quelques jours à plusieurs mois (48). Le pus virulent peut se rapprocher jusqu'à un certain point du virus vaccin; conservé, il ne perd point ses propriété.

Donc, il existe un agent spécial qui, introduit dans l'organisme, peut donner naissance à des accidens spéciaux toujours les mêmes. Ce virus, une fois introduit, peut rester stationnaire, ne pas être résorbé et ne pas infecter l'économie; il peut se faire que le mal se localise à la plaie; mais cette circonscription est très rare. Le plus souvent l'infection générale suit l'infection locale. La maladie s'étend et bientôt les accidens consécutifs se manifestent vers la peau, vers les muqueuses, etc. Ces symptômes, ajoutés aux premiers, sont toujours secondaires. Mais le virus a infecté l'économie, et c'est à travers toute cette économie qu'il faut le poursuivre. Cette infection est aussi générale, aussi complète au début que plus tard; mais avec le temps le virus attaquera les organes les plus réfractaires, imprégnera les os, et alors il y aura à combattre, non seulement la maladie, mais les accidens qu'elle a produits. Alors se présente la syphilis constitutionnelle avec tous ses caractères, et le malade pourra succomber; ce qui précède fait sentir la nécessité de mettre les phases du traitement en rapport avec celles de la maladie.

Maladie locale. Prophylaxie; il faut arrêter la propagation du mal. Le traitement sera local; il s'appliquera à la fois ou séparément à la cause et aux effets. Ce traitement prophylactique a été recherché depuis longtemps; on s'en est préoccupé dès le seizième siècle, et récemment MM. Ratier et Ricord ont fixé leur attention vers ce but. M. Ricord a noté que le pus perd sa propriété virulente s'il est mélangé aux alcalis étendus. Delà le conseil que, à l'apparition de la vésicule, il faut se hâter de la détruire, de la cautériser; il sera même quelquefois à propos de ne pas attendre cette vésicule, mais aussitôt après un attouchement suspect, de lotionner avec des alcalis, pour que la vésicule ne se produise que dans des circonstances données. Le chancre étant développé, il est encore local, mais il y a menace de généralisation. On peut encore l'arrêter par le cautère. La méthode ectrotique pourra être appliquée dans les accidens primitifs et même consécutifs locaux. Si après quinze jours, un mois, il y a des accidens secondaires, la maladie est générale; il faut agir sur l'économie entière et détruire soit le principe, soit les accidens qu'elle détermine. C'est là qu'il faut appliquer le remède antisyphilitique; c'est la véritable période des mercuriaux et nous pourrions y joindre, comme on verra bientôt, d'autres métaux et l'iode. Le mercure employé prudemment est le meilleur moyen à opposer aux ravages de la maladie; nous disons prudemment, car les mercuriaux peuvent entraîner des accidens. Ces accidens sont-ils les mêmes que ceux de la syphilis? Depuis vingt ans M. Biett reçoit 5 à 600 ouvriers qui travaillent au mercure, et jamais il n'a vu se développer chez eux des accidens pseudo-syphilitiques. Le mercure est employé depuis longtemps; dès le seizième siècle, Beranger l'a administré. La préparation à choisir n'est pas absolue; toutes peuvent convenir selon les circonstances d'âge, de sexe, de constitution; selon les indications puisées dans ces circonstances, ce sera le mercure en métal, l'onguent, le chlorure, le sulfure, l'iodure. Il pourra être introduit par différentes voies : muqueuse gastrique, peau (méthode iatraleptique, endermique, sous les aisselles, etc.) ou par friction sur une muqueuse; quelquefois il est absorbé en solution par la peau comme dans les bains de sublimé; mais ce moyen, agissant sur une grande surface, peut être dangereux; on peut employer le mercure en fumigation (cinabre); enfin des voies indirectes sont quelquefois mises à profit; ainsi l'enfant le reçoit avec le lait de sa nourrice, et bien que la chimie n'ait encore rien constaté dans le lait, le succès couronne souvent ce traitement. Les doses varient suivant la substance employée, l'état du sujet, le degré de la maladie, etc.; un gros d'onguent par jour constitue une médication suffisante. Le sublimé ne peut se donner que par fractions de grains. Le calomel à la vapeur se donne aux enfans à la dose d'un grain. Les sels solubles par fraction de grain; les sels insolubles par grain au début.

EFFETS PRODUITS PAR L'USAGE DU MERCURE. Autrefois l'on tendait surtout à faire saliver le malade. L'emploi des onguens mercuriels amenait rapidement cette salivation souvent dangereuse. Avant cette médication, on préparait le malade par des saignées, des bains, des purgatifs, le tout sans égard pour la constitution, l'âge et le sexe. Le candidat s'élève contre ce mode de préparation, et veut que l'on tienne compte de toutes les circonstances. Le traitement par frictions paraît préférable à Cullerier pour les individus faibles, lymphatiques, atteints d'engorgemens ganglionnaires; dans les autres cas, il emploie la liqueur de Van-Swieten. Un interne a vu que les femmes grosses avortaient sous l'influence du mercure. M. Ricord nie ce fait. Les irritations gastro-intestinales contr'indiquent l'emploi du mercure, parfois même à l'extérieur; on a vu ces irritations viscérales produites par les frictions. Une contr'indication qui fournit en même temps la mesure de l'action mercurielle, c'est l'état de la bouche. Certaines personnes salivent promptement; M. G. cite une personne qui, purgée par le calomel, saliva en deux jours. Si la bouche est déjà un peu affectée, la salivation survient d'autant plus vite, même avec de petites doses de mercure; aussi ne faut-il recourir à ce traitement que lorsque la bouche est ferme, saine. L'administration du mercure doit-elle être continue ou intermittente? Cullerier veut qu'on l'interrompe, afin de n'avoir pas à élever la dose. Ce praticien recommande encore de changer plusieurs fois la préparation; il pense par là en favoriser l'action. Les signes qui annoncent que la médication est suffisante, quelquefois dépassée, sont un état général caractérisé et la stomatite. Alors il faut s'arrêter. Cette méthode diffère donc de l'ancienne qui veut la salivation. Autrefois on usait aussi d'une méthode dite par extinction, qui avait pour but de prévenir la salivation; elle consistait à allier les mercuriaux et les purgatifs : c'était cumuler la chance de la salivation avec celle des irritations gastro-intestinales; c'était double péril d'épuisement.

Quand faut-il cesser l'usage du mercure? Quelques praticiens continuent à le prescrire à dose minime, même après la cessation des accidens. Cette dernière époque varie suivant un grand nombre de circonstances; notamment, selon les préparations employées. Les climats exercent à cet égard une grande influence. Sous le tropique, le mercure est inutile. Dans les îles de la Société, la simple exposition au soleil guérit la maladie (Bougainville). L'âge influe sur les doses, sur le mode d'introduction, etc. Il est un autre moyen efficace, puissant, c'est le régime (*cura famis*). Cullerier assure que les pauvres guérissent mieux que les riches. Malgré ce traitement, on voit quelquefois la maladie prendre plus de développement, des accidens survenir vers les os, tels que périostose, carie, etc.; la cachexie syphilitique s'établit et peut entraîner le marasme et la mort. Alors, les sudorifiques sont indiqués; nuisibles dans le début de la maladie, ils sont héroïques contre les accidens tertiaires; ce sont le gayac, la salsepareille, la squine, etc. Les résultats de cette médication sont quelquefois surprenans; mais substituée aux mercuriaux, elle perd d'autant plus de son efficacité que l'on s'éloigne davantage de l'époque où les mercuriaux étaient administrés; aussi, dans les accidens secondaires, ces deux ordres de moyens

(1) Avant la publication de l'ouvrage de M. Ricord, notre ami, M. le docteur Maurice Ruef, de Strasbourg, avait consigné dans les Arch. méd. de cette ville, année 1836, des expériences d'inoculation faites dans le service de M. Riestelhuber.

doivent être combinés; mais dans les tertiaires, il faut les séparer. Les sudorifiques agissent en excitant l'économie et en lui imprimant une modification qui termine la cachexie. A ces modificateurs se rattachent le sous-carbonate d'ammoniaque, l'opium, etc; en 1829, M. G. a guéri par l'opium et les bains un individu dont tout le corps était couvert d'ulcérations. On associe également les purgatifs aux sudorifiques, plus ordinairement aux mercuriaux (pilules de Belloste). Si tous ces moyens échouent, on doit recourir à une médication empirique, qui réussit très souvent (tisane de Feltz, décoction de Zittmann). On emploie avec avantage le nitrate de mercure dans les ulcérations de la gorge, le calomel à dose purgative dans les iritis syphilitiques. L'or que le docteur Chrétien applique en frictions sur la langue a eu des résultats constatés par les uns, contestés par les autres. L'argent est préconisé par M. Ribes, mais ne paraît point mériter les éloges qu'il lui donne. L'iode peut être utile dans les complications scrofuleuses.

M. TROUSSEAU.

DE LA MÉDICATION CONTRO-STIMULANTE ET DE SES PRINCIPAUX AGENS.

M. Trousseau pense qu'il a surtout à s'occuper de la médication dite contro-stimulante au point de vue de l'école italienne. Il divise donc sa leçon de la manière suivante : 1° Exposition de la doctrine médicale italienne; appréciation de ce que Tommasini et les autres ont entendu par diathèse de stimulus; 2° Idée générale que l'on doit se former de la médication contro-stimulante; indication des agens qui s'y rapportent et de leur action commune; 3° Etude spéciale des principaux agens contro-stimulans, envisagés sous le point de vue physiologique, expérimental et doctrinal.

I. DOCTRINE MÉDICALE ITALIENNE. Le candidat jette d'abord un coup-d'œil rapide sur la doctrine de Brown, et montre comment, au commencement de ce siècle, elle fut réellement détrônée en Italie par Rasori, et surtout par Tomasini, qui la bouleversèrent plutôt sous le point de vue thérapeutique que sous celui de la doctrine; en France, par Broussais, qui fonda une école sur des bases essentiellement différentes. Suivant M. Trousseau, Rasori n'émit que quelques idées qu'il ne féconda point lui-même, et il eut le tort grave de constituer sa doctrine sur l'empirisme, en proclamant cette singulière proposition que la diathèse de stimulus se juge uniquement par l'action des médicamens, et non par les symptômes locaux ou généraux. Mais Tomasini, au contraire, fonda une doctrine qui, pour être une des branches du brownisme, n'en a pas moins une haute portée scientifique et pratique. Tomasini considère dans l'économie des organes ou des élémens organiques, des stimulus qui leur sont appliqués, et l'incitabilité, c'est-à-dire l'aptitude des organes à répondre à l'impression d'un stimulus. Celui ci détermine une phlogose locale qui, si elle reste circonscrite, constitue une phlegmasie locale proprement dite; mais qui, si des symptômes généraux se développent, amène la *diathèse de stimulus*. Tomasini suppose que l'action locale se généralise et devient *universellement locale*; c'est ce qu'il appelle la diffusion de l'inflammation. Il suppose donc que le stimulus, primitivement appliqué à une partie, s'est désormais généralisé, et cette généralisation de stimulus; il l'appellera diathèse de stimulus. Il admet aussi des affections qu'il appelle *consensuelles* ou *sympathiques*, qui diffèrent des précédentes, en ce que l'économie n'est pas atteinte *intermédiairement*. Bien plus philosophique que Rasori, il indique les moyens de reconnaître la diathèse de stimulus, d'abord à des symptômes qu'il appelle *nosologiques*, et que nous appellerions locaux; puis à des symptômes *diathésiques*, et que nous nommerions généraux.

En sa qualité de solidiste exclusif, il exclut les stimulus spéciaux et les phlegmasies spéciales, et, à ce sujet, M. Trousseau montre combien il est évident que chaque stimulus donne lieu en quelque sorte à une stimulation toute spéciale, et que cela s'observe non-seulement dans l'homme, mais dans tout le règne animal, et même chez les végétaux.

Après avoir signalé rapidement les différences qui séparent cette doctrine de celle de Broussais, et avoir fait sentir en quelques mots les vides ou les contradictions que présente la doctrine de Tomasini, M. Trousseau résume en cette formule l'idée générale que l'on doit se former de la médication contro-stimulante : « guérir la diathèse de stimulus par des agens spéciaux qui puissent diminuer l'incitabilité. »

II. INDICATION DES AGENS DE LA MÉDICATION CONTRO-STIMULANTE. Rasori n'avait d'abord admis parmi les contre-stimulans que l'émétique, la digitale et la saignée; et, en général, en France, on pense que le tartre stibié est le seul agent contre-stimulant que les Italiens mettent en usage. Mais Tomasini et ceux qui suivirent ses traces, Buffalini, Geromini, Strambio, Gandini, etc., étendirent la nomenclature des contre-stimulans, et aujourd'hui il n'est guère de médicament un peu utile qui n'ait été réclamé par les contre-stimulistes. En première ligne, il faut placer la saignée, les antimoniaux, les mercuriaux, les stupéfians, etc. M. Trousseau considère ces divers agens au point de vue de la doctrine italienne.

SAIGNÉES. Le sang est l'agent de la nutrition. Dans l'acte nutritif, l'organe reçoit en même temps que l'élément trophique les propriétés départies à chaque molécule vivante, savoir l'incitabilité. Celle-ci est conjointe, parallèle à l'évolution plastique. La nutrition venant à languir par la soustraction du sang, l'incitabilité connexe diminue dans la même proportion, et, partant, l'incitation qui en dérive, et finalement la diathèse de stimulus. Voilà comment les principaux docteurs de l'école italienne conçoivent les effets de la saignée. Cette application est repoussée par le candidat; il attribue à la saignée une double action : 1° celle qu'indique l'école italienne, à peu de chose près; et 2° la soustraction du stimulus morbifique qui inficie le sang. Il se déclare donc à la fois solidiste et humoriste, et il ne comprend pas que l'on nie les altérations du sang que l'on peut constater dans la palette du phlébotomiste, et même par des expériences chimiques ou microscopiques. Il étudie ensuite la saignée en tant que moyen contro-stimulant; c'est de tous le plus puissant, surtout dans les grandes phlegmasies viscérales et dans les inflammations des membranes séreuses et synoviales. Il blâme toutefois la pratique des Italiens qui, conséquents avec leur doctrine, saignent avec persévérance tant qu'il reste des symptômes nosologiques et diathésiques, tandis que ceux qui, chez nous, adoptent la saignée dans le sens le plus large, comprennent qu'il faut laisser le malade dans des conditions organiques telles, qu'il puisse assimiler ce qu'il reste de principes morbides, soit dans les parenchymes, soit dans les vaisseaux.

ANTIMONIAUX. M. Trousseau établit d'abord cliniquement l'influence des antimoniaux dans les phlegmasies. Il leur fait une part beaucoup moins belle qu'aux saignées, et nous tenons à prendre acte de cette déclaration; car M. Trousseau s'est montré jadis partisan peut-être exagéré de l'antimoine. Suivant les contro-stimulistes, les préparations stibiées agissent en diminuant l'incitabilité et par une sorte d'action toxique; c'est d'ailleurs l'opinion qu'adopte M. Trousseau; mais Tomasini reconnaît au tartre stibié, à tous les vomitifs, quels qu'ils soient, une action sédative, indépendante de leur composition, et tenant uniquement à leurs effets vomitifs. Il appelle cet état *émétisation*, et il constate que par le fait du vomissement, les malades sont jetés dans une sorte d'état syncopal, principal moyen de contre-stimulation. M. Trousseau cite à ce sujet trois faits empruntés à Wepfer et à M. Barbier, desquels il résulte qu'après des vomissemens répétés qui s'étaient accompagnés d'un état syncopal longtemps persistant, des malades avaient vu se sphacéler le nez, les oreilles, les pieds, etc. M. Trousseau examine ensuite l'opinion des médecins qui pensent que les antimoniaux agissent simplement à titre de révulsifs, spoliant le sang par des évacuations séreuses, etc. Il passe ensuite à la question de la *tolérance du tartre stibié*, et il proclame que la tolérance n'est pas toujours, comme l'a prétendu Rasori, en raison de la diathèse du stimulus. Quant à la *saturation antimoniale*, il avance que cette saturation n'est en définitive qu'une pustulation stibiée de la gorge et de la bouche, pustulation que l'on évite en faisant prendre moins souvent la potion stibiée et en faisant laver la bouche des malades, lorsqu'ils viennent d'avaler l'émétique. Ces deux points établis, il détermine les limites dans lesquelles les préparations stibiées doivent s'administrer.

MERCURIAUX. Le candidat commence par établir, à l'aide de faits cliniques, l'influence des mercuriaux dans les phlegmasies. Il cite les travaux de Chaussier, de Vandenzande, de M. Velpeau, sur la péritonite puerpérale, les travaux si nombreux des Anglais sur l'utilité du mercure dans les phlegmasies. Il montre comment, au point de vue contre-stimuliste, le mercure peut être sédatif; il rapporte les expériences de Gaspard, desquelles il résulte que des œufs ou des larves placés dans un atmosphère mercurielle ont perdu promptement toute aptitude d'évolution; que la moindre quantité de mercure empêche le développement des animaux infusoires, de la matière verte de Priestley, des filamens confervoïdes, etc. C'est que le mercure, dit M. Trousseau, exerce une influence toxique sur l'incitabilité des animaux embryonnaires ou sur les molécules organiques primordiales. Mais il refuse d'admettre avec les Italiens que le mercure agisse dans la syphilis; seulement, en diminuant l'incitabilité, il lui reconnaît, avec tout le monde, une action spécifique qu'il croit incontestable. Il signale ensuite l'action que le mercure exerce sur la composition intime du sang; action telle que ce liquide perd toute sa plasticité, et il rapporte le cas d'un malade chez lequel un grand nombre de piqûres de sangsues se r'ouvrirent huit jours après leur cicatrisation apparente, au moment où éclatait une salivation abondante, produite par des frictions mercurielles.

Il regarde donc le mercure comme succédanée de la saignée et comme mettant le sang dans des conditions physiques analogues à celles où le placent d'abondantes déplétions sanguines.

STUPÉFIANS. Interrompu par l'heure en cet endroit de sa leçon.

M. CASENAVE.

DE LA MÉDICATION VERMIFUGE ET SES PRINCIPAUX AGENS.

Le sujet échu par le sort à M. Casenave, c'est la médication vermifuge et ses principaux agens. A vrai dire, il n'existe point de médication vermifuge bien déterminée, ou bien il faudrait comprendre sous cette dénomination de nombreuses classes d'agens thérapeutiques, qui n'ont entre elles aucune liaison nécessaire. Il n'est pas un ordre de moyens auquel le médecin ait constamment recours dans les divers cas de maladie vermineuse et dont l'emploi procure une série d'effets constans. Les vermifuges sont tantôt purgatifs, tantôt vomitifs; d'autres fois les antiphlogistiques ou les antispasmodiques amèneront l'expulsion des vers contenus dans le tube digestif. La production de ces entozoaires reconnaît, en effet, des causes variables : ici leur existence se lie à des affections d'une nature évidemment phlegmasique; là elle s'observe au milieu de conditions opposées, telles que le tempérament lymphatique, l'usage d'une alimentation farineuse, l'habitation dans des lieux humides, etc. En un mot, au point de vue pratique, il faut renoncer à tracer à la médication vermifuge des limites précises; mais il ne s'agit point, dans cette leçon, d'étudier d'une manière générale les médications et leurs effets; le cadre doit en être restreint. Ce que le jury s'est proposé, c'est de solliciter une étude, non sur tous les médicamens qui peuvent amener l'expulsion des vers, mais sur quelques agens qui paraissent remplir plus spécialement cette indication, et dont la pratique a, pour ainsi dire, consacré la dénomination. La question doit être circonscrite encore par une autre face. Il ne s'agit ici ni des hydatides ni des acéphalocistes, ni du dragonneau, ni de tout entozoaire qui peut se rencontrer ailleurs, ou qui se rencontre exclusivement dans tout autre organe que dans le tube digestif, mais seulement des parasites qui séjournent sur un des points de cet appareil et que l'on y constate le plus communément.

Le candidat ne peut se dispenser de faire quelques emprunts à l'histoire naturelle et à la pathologie interne.

Deux classes d'entozoaires dans le tube digestif : 1° les cylindriques (nématodes de Rudolphi), comprenant l'ascaride lombricoïde, le tricocéphale et l'oxyure. Le tricocéphale, long d'un pouce et demi à deux pouces ; son extrémité antérieure est beaucoup plus mince que la postérieure, et se termine en une pointe fine, où est placée la bouche de cet entozoaire. Sa résidence est ordinairement vers la valvule iléo-cœcale et dans le cœcum; Rœderer et Wagler en

ont trouvé beaucoup dans le gros intestin. L'oxyure présente les sexes séparés: le mâle est long d'une ligne à une ligne et demie ; la femelle, de quatre à cinq lignes, suivant quelques auteurs; c'est presque exclusivement dans le rectum qu'il habite ; on l'y trouve quelquefois en très grand nombre ; il est très commun dans l'enfance. Quant à l'ascaride lombricoïde, il présente tégument, muscles, appareil digestif, organes génitaux ; on prétend même y avoir constaté des traces de système nerveux et circulatoire. M. Casenave entre dans quelques détails sur sa structure et insiste sur les caractères sexuels qui sont distincts, sur les lignes blanchâtres qui s'étendent l'une sur sa face abdominale, l'autre sur sa face dorsale, et que l'on a considérées comme des rudimens de système nerveux ; l'ascaride lombricoïde habite particulièrement l'intestin grêle ; plus rarement on le rencontre dans l'estomac et même dans l'œsophage et le pharynx. 2° Vers linéaires (cestoïdes de Rudolphi) : ils sont au nombre de deux pour le tube digestif : le botriocéphale et le tænia. Celui-ci atteint quelquefois en longueur une dimension fort considérable. Les auteurs (Vandevœren et Rosenstein) citent des cas où le tænia expulsé dépassait trois cents pieds. Son corps est aplati, composé d'une série d'articulations, dont chacune offre des pores latéraux ; sa tête est carrée, creusée de quatre petits suçoirs, entre lesquels apparait, plus ou moins manifestement, une bouche ou trompe entourée d'une couronne de crochets rétractiles. On a remarqué chez lui des mouvemens ondulatoires très prononcés. Le tænia réside dans l'intestin grêle ; quelques faits tendent à faire croire qu'il peut exister dans l'estomac. L'oxyure, le tricocéphale, l'ascaride lombricoïde, sont les entozoaires de l'enfance ; le tænia appartient plutôt à l'âge adulte. Les deux espèces de tænia qu'on trouve chez l'homme sont le tænia solium ou tænia armé et le botriocéphale ou le tænia lata, tænia non armé ; la tête de ce dernier n'est point munie de crochets ; plus large, il acquiert une longueur moindre.

L'indication domine la thérapeutique. Avant de s'adresser à la médication anthelmintique, constatez, mettez hors de doute l'existence des entozoaires. Ici le candidat retrace d'une manière sommaire l'ensemble des symptômes, que l'on considère comme l'expression de l'affection vermineuse. Il rappelle l'habitus extérieur que l'on assigne aux sujets qui en sont atteints, leur facies pâle, leur susceptibilité nerveuse, les irrégularités qui surviennent chez eux dans quelques fonctions, notamment dans celles de la digestion et de la circulation. On a prétendu que l'existence des ascarides lombricoïdes se dénote chez les enfans par quelques symptômes spéciaux, au premier rang desquels se place la démangeaison à l'anus, portée quelquefois jusqu'à la douleur. La présence des vers dans le tube digestif a donné lieu à des accès périodiques, simulant une fièvre intermittente. Cruveilhier a mentionné l'observation d'une femme de 70 ans, chez qui une masse d'ascarides, sortie de l'anus, s'était insinuée dans le vagin et avait déterminé, par l'excitation qui résultait de leur contact, tous les phénomènes de la nymphomanie. On sait que des symtômes d'apoplexie, d'épilepsie, d'hydrophobie, etc., ont été produits par l'affection vermineuse. Un auteur en a singulièrement exagéré l'influence dans l'étiologie du tétanos. Cette exagération de la valeur étiologique des vers est commune : le sophisme *post hoc ergo propter hoc* n'a reçu nulle part une plus facile application. Chez les enfans surtout, en toute maladie, les vers interviennent comme cause nécessaire. Le rapport de simultanéité n'est pas toujours un rapport de causalité. Il faut donc, après avoir vérifié l'existence des vers, établir le rôle et l'importance de ce fait relativement aux autres symptômes que présente un malade. C'est ici l'affaire du tact pratique. Combien de fois des vers ont été trouvés en grand nombre sur le cadavre, dont l'existence n'avait pas été soupçonnée pendant la vie ? Rudolphi, Alberti, Bremser, vont jusqu'à admettre une maladie vermineuse sans vers, comme les pathologistes ont créé la *variola sine variolis*, etc. Il serait peut-être plus juste de renverser cette proposition, en disant qu'il est nombre de maladies accompagnées de vers où ceux-ci n'ont qu'une importance secondaire et doivent être réputés un simple épiphénomène. M. Casenave est peu disposé, dans le cas de coexistence de phlegmasie gastro-intestinale, ou de perforation et de vers, à décerner à ces parasites le rôle de la cause productrice de ces accidens ; tout au contraire, la présence du tricocéphale a été notée dans une foule d'affections inflammatoires du tube digestif, sans qu'il ait ajouté à leur gravité. D'ailleurs la médication qui triomphe des vers se compose d'agens toniques, irritans, ou s'en approche ; or, quel avantage à les combattre, quand il faut surajouter à l'inflammation qui coexiste avec eux ?

Quelle est l'origine des vers intestinaux ? Le candidat, sans développer son opinion, admet leur formation dans l'intérieur des voies digestives; il ne pense pas qu'elle exige d'autres conditions que celles qui donnent lieu aux générations spontanées; il est possible jusqu'à un certain point de créer les conditions helminthogènes dans l'homme; le climat humide et froid (Hollande), l'alimentation muqueuse du premier âge, l'alimentation insuffisante et malsaine des pauvres, l'irrégularité des repas, etc., y prédisposent. Par le régime prolongé du pain bis et de l'eau, Cruveilhier a produit à volonté les vers chez les chiens; ils sont constans chez les idiots qui, quoi qu'on fasse, mangent leurs excrémens. De ces faits jaillit l'indication. Transformer les conditions où gît le vermineux vaut mieux que toutes les ressources de la médication anthelmintique. Deux faits dont la connaissance importe au praticien, c'est qu'en certaines saisons presque toutes les maladies se compliquent de vers, et qu'en certaines phlegmasies intestinales, ce sont toujours les mêmes entozoaires qui sont engendrés.

De même que la pathologie vermineuse se borne presque au tænia, ainsi la médication anti-vermineuse n'embrasse guère que la fougère mâle et l'écorce du grenadier. Ajoutons qu'ici comme en mainte autre maladie, toutes les médications ont été préconisées. Les agens qui s'y rattachent se répartissent en trois catégories : 1° Ceux qui expulsent et tuent les vers; 2° Ceux qui agissent directement sur eux, soit en les expulsant, soit en les tuant; 3° Les spécifiques. Dans la première catégorie, les purgatifs sucrés, tels que la manne, ne sont pas employés. Le calomel qu'il ne faut pas donner en biscuit est le médicament le plus employé, sans doute parce qu'on le manie facilement sous toutes les formes pour le premier âge. Après lui, le purgatif qui prévaut c'est l'huile de ricin. Les mucilagineux en grande quantité, les boissons glacées qui entraînent pour les entozoaires un changement de température auquel ils sont fort sensibles, l'alcool qui est très délétère au tænia sont les agens de la seconde catégorie. Il y faut joindre l'huile empyreumatique, base du médicament de Chabert, l'éther préconisé par Gonthier, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu, le mercure, l'arsenic, le fer, le soufre et les eaux sulfureuses, les médicamens âcres, volatiles, les résines, la valériane, la térébenthine, le quinquina et tous les amers. Enfin dans les moyens à vertu spécifique, on range la mousse de Corse dont M. Casenave conteste la propriété, inexpliquée qu'elle est par l'analyse chimique, le semen contra, la fougère mâle, l'écorce de grenadier; celle-ci forme presque toute la médication. On a proposé de faire précéder l'emploi de la fougère mâle par celui d'un purgatif.

Existe-t-il une médication spéciale pour chaque vers? Les mêmes moyens sont généralement usités contre l'oxyure, l'ascaride lombricoïde, le tænia; ce dernier sollicite un traitement plus actif; le tricocéphale n'est jamais qu'un épiphénomène sans indication. Contre l'oxyure on a vanté les frictions mercurielles à l'anus, lesquelles lui seraient promptement mortelles. Sur les portions émergentes du tænia, l'on a proposé de verser quelques gouttes d'acide hydrocianique; c'est infliger au malade un péril gratuit. L'écorce de grenadier fait aujourd'hui tous les frais de la médication antivermineuse, et si les résultats accusés diffèrent, il ne s'en faut prendre qu'aux divers modes d'administration de ce médicament.

Ici le candidat esquisse l'histoire naturelle du grenadier. Caton, Pline, Celse, Dioscoride en ont recommandé l'écorce contre les vers. 400 ans après, Marcus Empiricus répète ce conseil; et de cet auteur jusqu'au dix-neuvième siècle, elle reste oubliée. C'est à Gomez et à M. Mérat qu'est due sa réhabilitation. L'écorce de la plante cultivée est préférable à celle de la plante sauvage; elle doit être fraîche. Les uns la prescrivent à doses réfractées, les autres, et M. Biett agit ainsi à l'hôpital Saint-Louis, la prescrivent en décoction de deux jours l'un, et la donnent les jours intermédiaires en lavement. Cette méthode d'administration convient aux malades doués d'une certaine susceptibilité des organes digestifs. Hors de cette condition, voici ce que M. Casenave préfère : faire macérer vingt-quatre heures deux onces d'écorce dans trois livres d'eau, puis réduire le liquide à une livre par la décoction et le faire prendre en trois doses. On a conseillé de donner d'abord un purgatif au malade; M. Mérat y trouve des inconvéniens et ne veut même point édulcorer le décoctum ni accorder au sujet d'autre boisson, à moins d'une soif ardente. L'ingestion du médicament est suivie d'ardeur à l'épigastre, de coliques, de céphalalgie, de trouble des sens; la peau s'anime; il se déclare un tenesme douloureux, des spasmes, des vertiges, des hallucinations. Quelquefois le ver est rendu soit en totalité, soit par fragmens. Son expulsion n'est assurée que lorsqu'on a vu la tête du tænia. S'il n'est point éliminé, il faut insister sur cette médication, mais en se guidant d'après les individualités. Des femmes nerveuses ne sauraient toujours recommencer impunément ces orages thérapeutiques. Il est des malades qui n'y veulent plus revenir : à ceux-ci l'on donnera l'électuaire ou l'extrait hydro-alcoolique du docteur Deslandes ou des pilules, mais celles-ci agissent moins énergiquement. L'écorce en nature ou en décoction constitue la forme la plus avantageuse.

(*La suite au prochain numéro.*)

VARIÉTÉS.

— Le conseil général des hôpitaux vient de décider que les grandes ventouses de M. le docteur Junod seraient admises dans tous les hôpitaux de la capitale et employées toutes les fois que les médecins et chirurgiens jugeront leur application nécessaire.

— COURS DE MÉDECINE PRATIQUE. — M. Piorry, médecin de l'hôpital de la Pitié, etc., commencera ce cours, à la Pitié, à neuf heures du matin, le mercredi 15 mai, et le continuera les vendredi, lundi et mercredi à la même heure.

Ce trimestre sera consacré à l'histoire des maladies du sang et des vaisseaux capillaires.

La clinique se fera tous les jours, au lit du malade, à sept heures et demie.

Les élèves seront interrogés, prendront eux-mêmes les observations et seront exercés à la pratique de la plessimétrie et de l'auscultation.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 20. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 18 MAI 1839.

Gazette Médicale
DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

RECHERCHES DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE SUR L'EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX; par C. James, interne à l'Hôtel-Dieu.

Depuis l'observation que j'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie de médecine sur l'empoisonnement de Soufflard, j'ai essayé de déterminer par la voie expérimentale comment agit l'acide arsénieux introduit dans l'économie vivante. Cette question, si intéressante et si grave à la fois, s'est enrichie, sous le point de vue chimique, des récentes découvertes de M. Orfila; mais nos connaissances sont loin d'être aussi avancées quant à ce qui touche à son histoire physiologique. C'est cette dernière considération qui m'a engagé à faire quelques expériences dont j'ai résumé dans ce travail les principaux résultats.

Voici les questions que je me suis proposé de traiter:

1° Quelle est l'action de l'acide arsénieux sur la coagulabilité du sang?

2° Quels sont les organes sur lesquels l'acide arsénieux exerce le plus spécialement son action?

Je m'occuperai successivement de chacune de ces deux questions.

§ I. — QUELLE EST L'ACTION DE L'ACIDE ARSÉNIEUX SUR LA COAGULABILITÉ DU SANG?

L'action de l'acide arsénieux sur la coagulabilité du sang doit être étudiée suivant que le sang circule dans ses vaisseaux ou qu'il en est extrait. Il peut se faire en effet que cette action ne soit pas simplement chimique et que les choses se passent autrement dans l'appareil circulatoire que dans une éprouvette.

1° *Action de l'acide arsénieux sur le sang extrait de ses vaisseaux.* — Quand on mélange dans une éprouvette partie égale de sang au sortir de la veine, et d'une dissolution *saturée* d'acide arsénieux, voici ce qu'on observe au bout de quelques instans: le sang ne s'est pas séparé en deux parties; il n'y a point de coagulum proprement dit ni de sérum distinct. Le tout forme une masse dont la viscosité rappelle celle d'un sirop épais, et qui paraît être constituée par une multitude de petits grumeaux suspendus dans une liqueur semi-fluide. Si on abandonne le mélange à lui-même pendant plusieurs heures, on ne trouve pas que le caillot se soit isolé de la sérosité: il semble être resté intimement combiné avec elle. On ne peut donc pas dire que le sang ait conservé sa coagulabilité.

Déjà M. Magendie avait signalé l'absence de caillot dans le sang retiré de la veine et mêlé avec une solution d'acide arsénieux. Les mêmes effets sont obtenus avec le sang artériel.

J'ai fait ces mélanges dans des proportions différentes; je me suis assuré que la liquéfaction du sang est d'autant plus complète que la dissolution arsénicale est plus concentrée, et qu'au contraire un caillot se forme dès l'instant que la quantité d'eau prédomine; à tel point que quand il n'y a qu'une fraction de grain d'acide arsénieux dans un volume considérable d'eau, le tout se prend en masse.

Feuilleton.

SUR LE DERNIER COMITÉ SECRET DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le dernier comité secret qui s'est tenu rue de Poitiers a présenté un incident qui soulève une question importante en matière d'élection académique. Avant de le commenter, nous avons voulu attendre le terme de cette tourmente électorale; nos habitudes nous défendent toute intervention dans une lutte d'amour-propre et d'intérêt, dont le résultat est au fond du scrutin, et quoique l'opinion que nous allons développer dans ces lignes n'ait aucun lien de complicité avec les candidatures agitées l'autre jour dans l'urne académique, le lecteur comprendra le scrupule qui nous en a fait ajourner l'expression. Il ne suffit point qu'une vérité soit vraie, il faut encore qu'elle soit opportune. Peut-être aussi les académiciens dont nous avons à blâmer la conduite, débarrassés du rôle de fauteurs de telle ou telle candidature, reposés des orages et des soucis d'une élection, se prêteront-ils plus volontiers à l'examen impartial de ce qui s'est passé ou de ce qu'ils ont suscité dans le comité secret.

Si nous sommes bien informé, l'Académie ne se serait pas bornée à mettre dans la balance les titres et les travaux scientifiques des candidats inscrits sur la liste de présentation, elle aurait essayé une sorte d'enquête, ayant pour objet la vérification de leurs antécédens et de leurs qualités morales. A dire vrai, quelques membres seulement ont provoqué cette information. Qui dit enquête, dit personnalités; quand des noms propres sont heurtés, opposés sous prétexte d'appréciation morale, le scandale est imminent. On assure que dans la séance dont il s'agit, il n'est pas resté à l'état d'imminence. Le sanctuaire de la science a retenti d'accens hostiles, d'interpellations étranges; les tenanciers de chaque candidature et leurs adversaires ont déployé une telle chaleur de controverse dramatique, une telle énergie de poumons, que force a été au président de lever la séance au milieu de la confusion des attaques et des répliques. Si de pareilles scènes avaient éclaté pour la première fois dans notre sénat médical, il faudrait les déplorer, tout en espérant qu'elles ne se reproduiraient plus; nous-même nous ferions un devoir de les passer sous silence, convaincus de l'impossibilité de leur retour; mais elles ne sont qu'une répétition du passé; une autre élection a déjà révélé, sous les enseignes du comité secret, ce qu'il y a de violence et de passion dans les entrailles académiques; les explosions de ce genre menacent d'affecter une sorte de périodicité: il est temps d'en signaler les suites, d'en accuser la cause. La cause, nous l'avons énoncée; elle contient une question de principe dont la solution intéresse l'avenir de notre première institution publique et la dignité des hommes d'intelligence et de travail qui briguent l'honneur d'en faire partie.

On veut introduire dans l'Académie un droit nouveau, celui de scruter le passé des candidats, de critiquer les actes de leur vie sociale, les traits de leur caractère. Bornée naguère à l'examen de leurs productions et de leurs titres spéciaux, l'information qui précède chaque élection pénétrerait désormais dans les détails de la biographie, interrogerait l'opinion publique; bien entendu que chaque coterie décernera à la sienne cette imposante qualification.

Ce résultat avait lieu de me surprendre. On sait, depuis les expériences de M. Magendie, que les acides affaiblis rendent le sang non coagulable, et que concentrés ils le coagulent très promptement. Pourquoi donc l'acide arsénieux dérogerait-il à cette loi générale? Je crois avoir trouvé l'application de ce phénomène, en apparence exceptionnel, dans les considérations suivantes.

L'acide arsénieux est très peu soluble dans l'eau et jouit de très peu d'acidité. En effet, l'eau n'en dissout que 1/50 à peu près de son volume, et, ainsi saturée, elle rougit faiblement la teinture du tournesol. Lors donc qu'on agit avec une dissolution concentrée d'acide arsénieux, c'est comme si on agissait avec une dissolution très faible d'un autre acide, l'acide sulfurique, par exemple. Les effets de ces deux dissolutions sur le sang seront les mêmes.

Je viens de dire que quand la quantité d'eau est considérable et celle d'acide arsénieux très minime, si on mêle cette liqueur avec le sang, le tout se coagule en un seul caillot. Ce résultat paraît d'abord étrange. Comment! le sang deviendra plus plastique, parce qu'on aura augmenté ses principes aqueux! Pour faire comprendre la manière dont les choses se passent dans cette circonstance, il me suffira de rappeler un fait que M. Magendie a cosigné dans ses leçons: « Si vous mêlez, dit ce professeur, de l'eau avec du sang, ce sang deviendra de plus en plus coagulable, suivant que vous augmenterez la proportion d'eau. » N'est-il pas évident que telle est bien le cas qui nous occupe la cause de la formation du coagulum? L'arsenic dissous est en trop petite quantité pour que la solution soit suffisamment acide: celle-ci n'agit donc plus par son acidité, mais par l'eau qu'elle contient. Or, je le répète, l'eau coagule le sang.

Voyons maintenant quelle est l'action de l'acide arsénieux sur la coagulabilité du sang, alors que cet acide est passé dans la circulation. C'est surtout ce point qu'il m'importe d'éclaircir, car j'essaierai bientôt de prouver que l'état particulier du sang est intimement lié avec la production des symptômes dans l'empoisonnement par l'acide arsénieux.

2° *Action de l'acide arsénieux sur le sang circulant dans ses vaisseaux.* — Déjà j'avais signalé la liquidité du sang chez Sonfilard, dans la relation que j'ai publiée de son autopsie. Mais, afin de m'assurer si ce résultat était constant, j'ai fait les expériences suivantes:

J'empoisonne un chien vigoureux avec six grains d'acide arsénieux que je lui fais avaler. A l'ouverture du cadavre, je trouve le cœur et les gros vaisseaux remplis de sang fluide.

Même fluidité du sang chez un lapin que j'avais fait périr par l'introduction de trois grains d'acide arsénieux dans le tissu cellulaire de la cuisse.

Je constate pareillement l'absence de coagulum dans le sang d'un lapin que j'avais tué au moyen de trois grains d'acide arsénieux injectés dans la cavité péritonéale.

Enfin, je dirai d'une manière générale que l'effet *constant* de l'acide arsénieux passé dans le sang par voie d'absorption est d'ôter à ce liquide sa coagulabilité. Si je faisais une saignée à l'animal pendant qu'il vivait encore, le sang extrait de la veine restait fluide. Je ne trouvais pas davantage de caillots à l'autopsie; et en cela je suis parfaitement d'accord avec les expérimentateurs qui se sont occupés de ces questions. Ainsi, M. Rognetta dit être arrivé à des résultats pareils, et il rapporte les nombreux témoignages d'auteurs qui affirment que le sang était resté liquide chez les individus empoisonnés par l'acide arsénieux.

Ce fait de la non coagulabilité du sang est capital relativement à la question qui nous occupe. Je ne chercherai point à établir ce qu'il y a de chimique ou de vital dans sa production, voulant me renfermer dans les limites de l'observation physiologique. Ce que j'ai voulu prouver, et ce qui me paraît démontré jusqu'à la dernière évidence, c'est que l'acide arsénieux enlève au sang la propriété de former caillot. Je m'en tiens là, et j'arrive à l'examen des lésions fonctionnelles et organiques qui annoncent la présence de l'acide arsénieux au sein des tissus vivans.

§ II. — QUELS SONT LES ORGANES SUR LESQUELS L'ACIDE ARSÉNIEUX EXERCE LE PLUS SPÉCIALEMENT SON ACTION?

Il est bien difficile d'apprécier exactement ce qui appartient à chaque organe, alors que l'économie tout entière est sous le poids d'une perturbation profonde. Une fois l'acide arsénieux passé dans le sang, il circule avec ce fluide dans l'universalité de nos tissus. Comment comprendre que toutes nos fonctions ne soient pas simultanément affectées? Cependant s'il en est qui sont presque anéanties, il en est d'autres qui paraissent conserver toute leur intégrité.

Je passerai rapidement en revue chacun de nos grands appareils, afin de signaler leurs principales lésions.

APPAREIL DIGESTIF. L'acide arsénieux agit comme caustique sur les points du tube intestinal où il est appliqué. Introduit en quantité considérable dans l'estomac, il cautérise profondément la muqueuse comme j'ai eu occasion de le vérifier sur Sonfilard et dans mes expériences. L'action corrosive de cette substance est d'autant plus prononcée que l'estomac renferme moins de matières alimentaires au moment de l'ingestion du poison. Faites jeûner un animal, puis donnez-lui une dose quelconque d'acide arsénieux à avaler; vous trouverez à l'autopsie des altérations plus grandes que sur l'animal qui en aura pris la même dose après avoir mangé copieusement.

Il est probable que c'est à cet état de réplétion ou de vacuité de l'estomac qu'il faut rapporter les degrés différens de lésions qu'a présentés ce viscère dans les cas d'empoisonnement qui ont été signalés. Ces lésions varient encore suivant le séjour plus ou moins prolongé de l'acide arsénieux dans l'intestin. Elles seront moins graves si le vomissement se déclare de bonne heure; aussi est-il rationnel de le favoriser, souvent même de le provoquer.

Pour expliquer ces différences dans les effets immédiats de l'acide arsénieux sur l'estomac, quelques auteurs supposent dans les corps organisés une sorte de réaction vitale qui neutraliserait l'action chimique des agens délétères. J'avoue que j'ai peine à comprendre sur quoi repose une pareille assertion. Si cette influence tutélaire de la vitalité existe dans quelques cas, pourquoi n'existerait-elle pas dans tous? J'ajouterai que la structure si délicate de la muqueuse gastrique s'accorde difficilement avec le rôle qu'on lui attribue gratuitement. Il est une autre membrane beaucoup mieux disposée pour repousser l'action des substances corrosives, cette membrane est la peau. Pourquoi donc la peau se laisse-t-elle constamment cautériser par la pommade arsénicale qu'on applique à sa surface? Ce serait pourtant bien là le cas d'observer ces luttes entre les lois vitales et les lois physiques, car je ne sache pas qu'aucune autre surface de l'économie soit aussi heureusement pourvue de moyens de défense. Cependant il se forme toujours une escarre sur la peau, quand

---

Voilà ce qu'a tenté, ce que tentera encore l'esprit innovateur de quelques académiciens. Il ne s'agit de rien moins que d'établir dans les comités secrets le précédent de l'enquête morale à l'endroit des candidatures. Le réglement n'a statué que la discussion de leurs titres; mais à côté du réglement s'élève la jurisprudence des précédens; jurisprudence dangereuse qu'il faut contenir. Un principe ne saurait s'insinuer dans la discipline académique sous forme de précédent; et c'est un principe tout entier que l'enquête morale. Or nous la déclarons impraticable; de plus elle est inutile, mais non exempte de conséquences fâcheuses.

1° Elle est impraticable. Rien ne ressemble moins à une enquête que ce qui s'est passé jusqu'à présent dans le comité secret. Quand la discussion s'est attaquée à la moralité des compétiteurs, qu'a-t-on vu? un échange de sorties véhémentes et d'apologies animées en proportion, un misérable fracas d'imputations et d'invectives, parfois la traduction crédule, en pleine assemblée, des rumeurs du dehors et des inventions calomnieuses qui circulent sous la rubrique des nouvelles du jour. Ce n'est point là une enquête morale; elle est plutôt immorale, car elle fait à huis clos le procès aux absens et dresse une tribune à la diffamation. Pour qu'elle mérite le nom d'enquête, pour qu'elle en revête l'importance et l'efficacité, il faut commencer par l'entourer des garanties et des formalités qu'exige une si grave affaire. Pour que les résultats qu'elle fournit participent à l'autorité d'un jugement, elle doit offrir aux parties intéressées la sûreté et l'impartialité d'une procédure. L'Académie, tenant en main l'honneur des candidats, devra se faire de la vérité une loi souveraine, s'appliquer avec conscience au contrôle des faits allégués, citer à sa barre les hommes sur qui pèsent des soupçons ou que l'accusation attaque, solliciter et écouter leur défense. Le calme remplacera la turbulence passionnée dont elle assaisonne ses appréciations clandestines; la publicité ajoutera aux garanties de la défense comme à la solennité de l'arrêt; les haines personnelles, les intérêts émus, les vanités offensées, les patronages collatéraux n'abriteront plus leurs insinuations sous le manteau des comités secrets. A ces conditions, mais à ces conditions seulement, l'enquête pourrait être proposée; mais, même avec cet entourage de précautions, elle n'est point praticable. Conçoit-on une société scientifique transformée en tribunal, des savans en juges, des candidats en prévenus? Et puis les juges seront en même temps accusateurs ou défenseurs, selon qu'ils voudront repousser ou favoriser tel nom inscrit sur la liste de proposition. Et comment arriver à la constatation des faits allégués par les uns, niés par les autres? Et quelles limites assigner à la défense, quelle forme à l'accusation? Le lecteur nous dispense de développer les impossibilités, pour ne pas dire l'absurdité d'une telle institution. Il n'est pas un confrère, si puritain qu'il soit, qui veuille ainsi s'ériger en tribunal de moralité; il n'en est aucun qui pour s'asseoir dans les rangs d'une compagnie savante, consente à l'humiliation de cette épreuve étrange. Pour peu que les vacances se multiplient, que les élections se succèdent, plus de séances scientifiques; elles seront absorbées par les discussions judiciaires de l'enquête, appliquée à la foule des compétiteurs. Et pourtant, il faut le dire, l'enquête n'existe qu'à ce prix; sans l'appareil de ces formes salutaires, elle ne sert qu'à masquer le travail des préventions et le jeu des rivalités; l'alternative est exigeante : il faut que l'Académie renonce à l'appréciation morale des concurrens ou qu'elle imprime à cette mesure le caractère de gravité et de loyauté qui doit marquer tous les actes d'une telle assemblée, caractère qui ne saurait manquer surtout à des ju-

celle-ci a été touchée par l'acide arsénieux, malgré son enveloppe épidermique. Nul doute que les mêmes phénomènes ne se manifestassent sur l'estomac, si le contact du poison était toujours aussi immédiat. Ils seraient même plus marqués encore, puisque la muqueuse gastrique n'a pas d'épiderme comme la peau.

Le vomissement est un symptôme constant de l'empoisonnement par l'acide arsénieux : je l'ai vu survenir toutes les fois que je faisais avaler de cette substance à un animal. Il continue encore longtemps après que les matières contenues dans l'estomac ont été évacuées.

Ce n'est pas seulement dans le cas où l'acide arsénieux est introduit directement dans l'estomac que les animaux vomissent; ils vomissent aussi, mais beaucoup moins, quand le poison a pénétré par une autre voie d'absorption. Ces effets rapprochent l'action de l'acide arsénieux de celle du tartre stibié.

Quant aux autres portions du canal intestinal, elles n'offrent rien de particulier. Elles ne sont altérées que dans les points qu'a touchés l'acide arsénieux. Une chose assez curieuse, c'est que dans le cas même où l'œsophage a été lié, et par conséquent les vomissemens empêchés, une très petite quantité d'acide franchit le pylore; presque tout reste dans l'estomac, comme si ce viscère ne jouissait plus de son mouvement péristaltique, et ne pouvait qu'à peine se vider dans le duodénum.

Je n'ai jamais vu chez les animaux que j'avais ainsi empoisonnés l'intestin présenter une diminution notable de son diamètre. Le rétrécissement qui existait chez Soufflard me paraît donc plutôt une disposition congéniale qu'un effet spécial du poison.

Les selles, en général, sont peu abondantes et ne contiennent pas de sang.

APPAREIL CIRCULATOIRE. A peine l'acide arsénieux est passé dans le sang que la circulation se trouble. Ces troubles, je les attribue à deux causes, au défaut de coagulabilité du sang et à l'affaiblissement des contractions du cœur.

1° *Troubles dépendant du défaut de coagulabilité du sang.* Il est un fait capital que M. Magendie, le premier, a signalé, et qui trouve ici son application, c'est que « le sang devenu incoagulable est impropre à la circulation; il s'imbibe à travers les porosités de ses vaisseaux capillaires, s'épanche en dehors et ne peut par conséquent continuer son cours habituel. De là l'état de réplétion du système veineux général, et l'engorgement sanguin de tous les organes dont la structure est vasculaire. » Il suffit de se rappeler la manière dont l'acide arsénieux absorbé agit sur le sang pour se faire une idée exacte des troubles qu'il développera dans l'appareil circulatoire. Ce seront tous les phénomènes d'imbibition et d'extravasation qui appartiennent à la non coagulabilité du sang.

En effet, que trouve-t-on sur le cadavre des animaux empoisonnés par l'acide arsénieux? Le système veineux général, les sinus cérébraux et rachidiens gorgés d'un sang noir et liquide, tous les organes parenchymateux engoués comme dans l'asphyxie. Et qu'on ne croie pas que ce sont là des lésions consécutives à un véritable travail inflammatoire. Non; la preuve, c'est que, pendant la vie, la chaleur animale a été presque entièrement éteinte, le pouls ne battait plus ou presque plus; en un mot, toutes les fonctions vitales étaient plutôt anéanties qu'exaltées.

Ces diverses altérations organiques se rencontrent à des degrés différens chez les animaux dont le sang a perdu la coagulabilité, soit par la soustraction directe de sa fibrine, soit par l'injection dans les veines de substances qui la liquéfient et l'empêchent de pouvoir se prendre en masse.

Il est donc de toute évidence que l'acide arsénieux arrêtera la circulation, surtout dans le réseau capillaire, puisque le sang, qu'il a rendu incoagulable, s'épanche en dehors de ses vaisseaux en s'imbibant à travers de leurs parois.

2° *Troubles dépendans de l'affaiblissement des contractions du cœur.* Un des effets les plus constans de l'acide arsénieux sur l'économie vivante, c'est de diminuer la force contractile du cœur : ainsi le pouls devient immédiatement petit, misérable; puis il cesse de battre. L'oreille appliquée sur la région précordiale perçoit plutôt un frémissement qu'un choc distinct du cœur. Ces phénomènes de prostration étaient surtout prononcés chez Soufflard : je les ai de même développés dans mes expériences.

Mais ici se présente une première question. Est-ce par son action immédiate sur le cœur que l'acide arsénieux paralyse le jeu de cet organe? Est-ce, au contraire, en agissant d'abord sur l'encéphale, que cet acide réagit secondairement sur le cœur? Je crois avoir éclairé cette question par l'expérience suivante.

J'ai pris deux chiens de la même force et à peu près du même âge. Dans la jugulaire de l'un j'injecte un grain d'acide arsénieux : j'injecte dans la carotide de l'autre pareille dose de la même solution. Le premier de ces animaux meurt en cinq heures; le second ne succombe qu'au bout de vingt-huit.

Ce n'est donc pas le cerveau qui ressent le plus vivement l'impression délétère de l'acide arsénieux, c'est le cœur. Quant à expliquer cette différence de temps que les animaux ont mis à périr, dans l'expérience que je viens de citer, voici comment je m'en rends compte.

L'acide arsénieux introduit dans l'artère carotide n'est pas en totalité rapporté par les veines vers le cœur; une partie s'arrête et séjourne dans son trajet, par conséquent le cœur n'en reçoit pas le contact immédiat comme quand on l'injecte dans la jugulaire. La lenteur des accidens mortels dépend probablement du temps que l'acide arsénieux met à parvenir au cœur.

Il s'en suivrait donc que plus l'acide arsénieux aurait de parties à traverser et de difficultés de circulation à vaincre avant d'arriver au cœur, plus la mort serait lente. J'ai fait une expérience qui me semble confirmer cette interprétation.

J'ai injecté dans la jugulaire d'un jeune lapin un grain d'acide arsénieux : à l'instant les contractions du cœur se sont arrêtées. Cinq minutes ne s'étaient pas écoulées que déjà l'animal avait cessé de vivre.

La même injection a été poussée dans une veine mésentérique d'un autre lapin. Le cœur a continué à battre, mais très faiblement; l'animal a vécu près de six heures. Ainsi, voilà une différence considérable dans la rapidité d'action du poison, par cela seul que les voies d'introduction ont été différentes.

Je dirai du foie ce que j'ai dit de l'encéphale. Une portion de l'acide arsénieux a été retenue dans le tissu hépatique comme dans la substance cérébrale, et ce n'est que très lentement qu'elle est arrivée au cœur. Si la même quantité d'acide a développé sur un autre animal des accidens en quelque sorte foudroyans, c'est qu'elle a été apportée en masse et spontanément dans le ventricule droit dont la faculté contractile s'est trouvée paralysée à l'instant.

---

gemens dont dépend la réputation et l'avenir des candidats. Ce qu'elle a toléré récemment dans ses comités secrets est une atteinte aux plus rigoureuses convenances, un complet oubli des considérations d'équité.

2° L'enquête est inutile. Changera-t-elle les dispositions des membres, presque toujours fixés à l'avance sur le choix à faire? Il n'en sortira en dernière analyse que des résultats contradictoires; l'accusation ne fera point merci; la défense ne reculera point d'un pas. Il est d'ailleurs, pour l'Académie comme pour toutes les institutions, une sauvegarde permanente contre les surprises de l'élection, contre les erreurs du scrutin : c'est le sentiment de bienséance publique qui écarte du seuil académique les candidatures indignes, sans qu'il soit nécessaire de les flageller à coups d'injure, ou de les analyser par les procédés de l'enquête. Les assemblées ont, comme les individus, un instinct d'honneur et de dignité qui les protége beaucoup mieux que la susceptibilité flamboyante de certains champions; il est aussi une opinion juste, modérée, sensée, qui parle moins haut que l'*opinion publique* des coteries, et qui se fait entendre au jour d'une élection, si sa voix n'est point couverte per l'explosion des animosités personnelles, si le fausset des insinuations judaïques n'en altère l'écho. Qu'il y ait enquête ou non, chaque membre est libre de voter selon les suggestions de sa conscience et même selon ses prédilections, libre de se décider dans son for intérieur d'après la double considération de l'importance scientifique et de la valeur morale des compétiteurs. On peut dire que chaque suffrage qui tombe dans l'urne résume cette double appréciation. Comment se traduit-elle au cœur de chaque votant? Par une tendance sympathique ou répulsive, celle-ci fait la boule blanche ou noire. En définitive, l'enquête que l'on voudrait fonder a toujours eu lieu; mais silencieuse, intérieure; chaque votant l'entreprend pour son compte, la commence et l'achève dans sa conscience; il n'y a de nouveau que le scandale des attaques et la perfidie des insinuations, dont les comités secrets sont devenus l'occasion protectrice. Ces manifestations, également réprouvées par la décence et par l'impartialité, sont faites pour troubler les consciences et compromettre la saine évaluation des droits respectifs dont s'appuient les concurrens. A voir cette pruderie puritaine qui feint de s'alarmer pour la dignité de l'Académie, ne dirait-on pas que celle-ci est un collége de moralistes qui ont pris à tâche de s'entr'édifier, et qui ont fondé, dans l'intérêt de leur bonneur, une espèce d'assurance mutuelle? Loin de nous de combattre les justes préoccupations d'une assemblée qui procède au choix d'un nouveau membre; le triage sévère des élémens dont elle doit se composer est pour elle, non-seulement l'exercice d'un droit, mais encore l'accomplissement d'une condition vitale de ses destinées; mais plus le droit est constant, plus il faut, en l'appliquant, se garder d'exagération. Placer chaque candidature sous le microscope d'une jalouse susceptibilité, n'est plus sagesse et réserve; la solidarité d'honneur qui lie les membres d'une société savante n'exige point cette cruauté d'analyse; elle repose, non sur le détail biographique de chaque individualité, mais sur un fond commun de convenance et d'honnêteté; or, il ne s'agite aux portes d'une Académie aucune candidature qui ne puisse fournir son contingent à ce trésor commun.

Si les tentatives d'enquête soi-disant morale, répétées à huis clos, sont dépourvues d'utilité, elles ne laissent point que d'avoir des suites fâcheuses, et, sous ce rapport, elles peuvent, jusqu'à un certain point, remplir le but de leurs promoteurs. Elles nuisent à l'Académie qui les tolère, aux confrères contre lesquels elles sont dirigées. « Calomniez, calomniez toujours, dit Basile, il en restera

La petitesse du pouls dépend de l'affaiblissement des contractions du ventricule gauche, et de la faible quantité de sang qui a traversé le poumon pour arriver à ce ventricule.

Quant à l'état particulier du cœur chez les animaux qui meurent ainsi empoisonnés, il ne m'a rien offert de constant. Quelquefois il y a de la rougeur à l'intérieur des ventricules et sur les valvules : dans d'autres cas, je n'ai rien trouvé d'appréciable, ou bien c'étaient de simples ecchymoses par suite d'imbibition.

Appareil respiratoire. A l'autopsie des animaux que j'avais empoisonnés avec l'acide arsénieux, j'ai constamment trouvé les poumons gorgés de sang et offrant tous les caractères propres à l'engouement. En comparant ces lésions avec les phénomènes observés pendant la vie, il était évident pour moi que, comme chez Soufflard, la mort avait été produite par les progrès croissans de l'asphyxie. En effet, l'appareil respiratoire est un des premiers compromis. Il n'y a d'abord qu'un peu de gêne et de fréquence dans les mouvemens du thorax; puis la dyspnée se prononce davantage; enfin, les animaux meurent asphyxiés.

Entre ces engorgemens passifs du poumon et la pneumonie franchement inflammatoire existe un intervalle immense. C'est bien toujours l'absence de respiration, la perte d'élasticité, la transformation d'un tissu spongieux en un tissu compacte : mais on ne trouve pas là de désorganisation proprement dite du poumon. Prenez une tranche de ce viscère, ainsi que je l'ai fait sur Soufflard et sur des animaux empoisonnés par l'acide arsénieux, exprimez-en le sang avec précaution, et lavez-la à grande eau, vous rendrez au poumon sa texture à peu près normale. Il n'en serait pas de même s'il y avait eu inflammation préalable.

Nous avons vu déjà que les mêmes congestions sanguines s'observent dans tous les organes dont la structure est vasculaire; ainsi la rate et le foie sont volumineux ; quand on les coupe par morceaux, on les trouve gorgés d'un sang incoagulable. Cependant il s'en faut que ces altérations soient aussi marquées et aussi constantes que pour le poumon. En voici, je crois, la raison physiologique :

Le tissu pulmonaire l'emporte sur tous les autres tissus par son extrême vascularité. Les infiniment petits vaisseaux qui, par leur entrecroisement et leurs anastomoses, servent à le constituer, ont des parois tellement fines et tellement poreuses que l'air les traverse librement dans l'acte de la respiration, disposition qui facilite l'extravasation du sang. N'est-il pas tout naturel que le sang s'imbibe à travers ses vaisseaux en raison de la porosité et de la finesse de leurs parois ? Aussi est-ce surtout aux dernières ramifications capillaires que la circulation pulmonaire s'arrête. Nous trouverons encore une autre cause de l'arrêt du sang à l'intérieur du poumon dans la manière dont l'acide arsénieux agit sur les cavités droites du cœur.

Cet acide, une fois absorbé, arrive au ventricule droit avant d'arriver au gauche : c'est donc sur le ventricule droit que son action se porte d'abord, action que nous avons dit être débilitante. Il résulte de là un défaut d'harmonie entre la force qui fait mouvoir le sang dans le poumon et la résistance qu'oppose ce liquide. Je m'explique.

Dans l'état normal, le ventricule droit déploie à chaque contraction de ses fibres un degré de force proportionné à la résistance du sang du poumon. Que cette force diminue ou que cette résistance augmente, les effets en seront les mêmes ; la circulation pulmonaire devra nécessairement se troubler. Or, si je ne m'abuse, ces deux causes de désordres se trouvent réunies dans l'empoisonnement par l'acide arsénieux : il est facile de le prouver.

Puisque le sang s'extravase et obstrue ses vaisseaux, le cours de ce fluide à travers le poumon est gêné et finit par devenir physiquement impossible : donc la résistance a augmenté.

D'un autre côté, l'acide arsénieux affaiblit les contractions du cœur, et ce sont les cavités droites qui en ressentent la première influence : donc la force qui meut le sang dans le poumon a diminué. Comment la circulation pulmonaire eût-elle encore été possible?

Sur le cadavre on trouve l'artère pulmonaire et ses divisions remplies de sang liquide ; c'est une conséquence nécessaire de l'arrêt de la circulation dans le poumon. La même cause amène la dilatation des deux veines caves et de tout le système veineux général, ainsi que du système de la veine-porte.

Quand la mort arrive peu d'instans après l'ingestion du poison, les lésions pulmonaires sont légères : elles sont très graves, au contraire, quand la vie se prolonge quelque temps encore. C'est que, dans le premier cas, le cœur a été, en quelque sorte, tué par le poison, et le sang n'a pas eu le temps d'extravaser ; tandis que, dans le second, le cœur a continué de battre, et la mort a été plutôt produite par les progrès de l'asphyxie.

Système nerveux. L'état du système nerveux est très difficile à constater sur les animaux. Cependant les expériences que j'ai faites à ce sujet me font rejeter toute idée d'une action spéciale de l'acide arsénieux sur l'encéphale et la moelle épinière. On ne voit pas survenir des accidens plus graves alors que cet agent vénéneux arrive directement au cerveau. Un chien n'a-t-il pas pu vivre vingt-huit heures, bien que je lui eusse introduit la valeur d'un grain d'arsénic dans l'artère carotide, tandis que la même dose de poison injectée dans la veine jugulaire d'un autre chien l'a tué en cinq heures? Qu'il me suffise, d'ailleurs, de rappeler le cas si remarquable de Soufflard, qui a conservé jusqu'à la fin l'intégrité du mouvement, du sentiment et de l'intelligence.

Je sais bien qu'on trouve à l'ouverture des animaux empoisonnés par l'acide arsénieux, les sinus et les veines encéphaliques gorgés de sang; mais ce sont là des congestions toutes mécaniques, semblables à celles qui existent dans le système veineux général. Elles dépendent de l'extravasation du sang devenu incoagulable et de l'arrêt de la circulation capillaire.

Il faut aussi tenir compte pour l'explication de ces congestions vers le cerveau des efforts que l'animal a faits pour vomir. Aussi je me suis assuré que la substance nerveuse est d'autant plus injectée que les vomissemens ont été plus abondans. Il y a, sous ce rapport, des distinctions à établir entre l'animal à qui vous faites avaler de l'acide arsénieux et dont ensuite vous liez l'œsophage, et l'animal qui reçoit la même dose de poison en l'absorbant par une autre voie que l'estomac. Le cerveau de celui-ci sera à peine injecté, tandis que le cerveau de celui-là sera gorgé de sang. La différence des lésions cérébrales tient aux vomissemens qui ont existé dans un cas et manqué, ou à peu près, dans l'autre.

Sécrétions. Je n'ai rien remarqué de particulier vers les sécrétions, si ce n'est qu'elles étaient en général suspendues. Ceci n'a rien qui doive surprendre, puisque la circulation avait fini par s'arrêter pendant la vie. Les organes sécréteurs ne recevant plus de sang ou du moins n'en recevant que très peu, où auraient-ils puisé les matériaux de leurs sécrétions? Les phénomènes que je viens d'exposer et les considérations dans les-

---

quelque chose. » Les plus tristes maximes ont parfois leur vérité. Oui, il en reste quelque chose, si ce n'est l'injure, du moins la prévention; si ce n'est la haine, du moins l'indifférence. Si le système des insinuations et des accusations couvertes s'impatronise dans les comités secrets de la rue de Poitiers, les médecins qui aspirent aux honneurs académiques devront y regarder à deux fois avant de s'exposer à ce guet-apens; absens, ils risquent d'être jetés en proie à la verve agressive de certains orateurs de comité secret; la rumeur en coulera dans le public du dehors, et ils pourront végéter deux ans sous le poids d'une prévention d'autant plus tenace qu'ils dédaigneront de la combattre. Mais que l'Académie y prenne garde! le discrédit ne l'épargnera point; il sera le châtiment de son laisser-aller. Assiégée par le charlatanisme, faut-il encore qu'elle reçoive en champ clos, dans ses séances, les inimitiés, les jalousies, les intérêts rivaux? Elle ne doit pas oublier son caractère d'assemblée scientifique; elle ne doit posséder sur ses bancs que des savans, non des hommes mêlés aux affaires de la vie, aux préoccupations du dehors, exaspérés par les sollicitudes de l'égoïsme. La médecine n'est pas seulement un champ d'études, une arène ouverte aux luttes de l'intelligence; elle est encore une profession traversée par des intérêts divers, engrénée dans des relations multiples, exploitée par la cupidité. Quand on considère ce croisement d'efforts et de nécessités, cette agitation ambitieuse qui remue le sol de la carrière, on comprend le but des aménités investigatrices dont pourront retentir les séances secrètes de l'Académie; on comprend ce qu'un si large précédent, s'il vient à s'établir, lui promet d'éclat et de vitalité.

En vérité, Académie et candidats feront bien d'y songer. Y.

MILITAIRES BLESSÉS DU 12 MAI.

Les journaux quotidiens ont donné d'une manière inexacte le chiffre des blessés et des morts dans les hôpitaux. Voici, en ce qui concerne les militaires municipaux, ligne ou autres, des renseignemens dont nous garantissons l'exactitude.

Au Val-de-Grâce 10
dont 2 apportés morts; les 8 autres sont peu gravement blessés, à l'exception de 2, dont l'un a une plaie pénétrante de poitrine, et l'autre a été amputé du bras.

A l'Hôtel-Dieu 21
dont 6 sont morts; sur les 15 autres blessés, on en a perdu peut-être un tiers.

A St-Louis 10
dont 1 mort; sur les 9 autres, on compte une désarticulation de l'épaule.

Total 41

Les autres hôpitaux ne renferment aucun militaire; il n'y a donc eu que 41 blessés, dont 9 morts.

— M. Hyppolite Larrey, qui avait été détaché du Val-de-Grâce pour faire partie du service militaire de l'armée d'observation, vient de reprendre son service à cet hôpital.

quelles je suis entré tendent à établir que l'action de l'acide arsénieux sur l'organisme est une action débilitante. Il est cependant une remarque qu'il importe d'ajouter, c'est que dans les expériences qui m'ont servi à faire ce travail j'agissais avec des doses de poison assez fortes pour causer nécessairement la mort. J'ai voulu voir si, en employant des doses plus faibles les phénomènes d'intoxication seraient les mêmes. Je me suis assuré que, dans ce dernier cas, les symptômes, après avoir été momentanément ceux de l'asthénie, changeaient bientôt de caractère et annonçaient une violente réaction fébrile, comme si l'économie, revenue de sa stupeur, cherchait à se débarrasser des principes vénéneux déposés dans le sang.

Je répéterai ces expériences; mais je crois pouvoir déjà établir dans l'empoisonnement arsénical, comme dans le choléra, deux périodes, l'une de froid, l'autre de réaction. Je rangerai dans la première les accidens qu'a présentés Soufflard, dans la seconde ceux qui ont été observés par M. Coqueret sur son malade de la rue Richelieu.

Il est évident que le traitement de l'empoisonnement par l'acide arsénieux devra être modifié suivant ces indications spéciales; car, ainsi qu'on l'a remarqué dans le choléra, ce qui convient à la première période pourrait ne plus convenir à la seconde.

CHIRURGIE PRATIQUE.

CONSIDÉRATIONS SUR L'HYDROCÈLE ET SUR UN NOUVEAU MOYEN DE PRATIQUER L'INJECTION AVEC UN INSTRUMENT A POMPE, extraites des leçons cliniques de M. Lisfranc; par M. Baud, interne à l'hôpital de la Pitié.

Il semble que le dernier mot ait été dit sur le traitement de l'hydrocèle; cependant cette question a fourni à M. Lisfranc d'importantes considérations pratiques, que je ne crois pas inutile de reproduire.

Reconnaissons d'abord que l'on a donné à certains signes une valeur exagérée dans le diagnostic de l'hydrocèle. Il ne faut pas, par exemple, faire cas du poids de la tumeur, qui peut être très grand relativement au volume, sans qu'il y ait sarcocèle et *vice versâ*. Il est des hydrocèles qui ne sont pas pyriformes; on voit des sarcocèles pyriformes : la forme de la tumeur ne prouve donc rien. Les praticiens attachent une grande importance à la fluctuation; mais il ne faut pas s'en laisser imposer par celle qui résulte de la fonte du testicule. Le doute n'existe le plus souvent que pour une tumeur volumineuse; or, il est rare que le sarcocèle atteigne ce degré de développement sans s'accompagner de l'engorgement du cordon.

Pour peu qu'il reste de doute, on a recours à la ponction exploratrice, au moyen de l'aiguille des Indiens : la matière qui file au-dehors, le long de l'instrument, la sensation d'un espace plein de liquide ou d'un corps solide, que celui-ci donne à la main qui lui imprime des mouvemens, ont une signification presque absolue; je dis presque, car on a observé à l'hôpital de la Pitié un cas dans lequel le moyen explorateur dont nous nous occupons ayant été employé, on pouvait croire qu'on avait affaire à un liquide. La ponction fut faite; il ne sortit qu'une très petite quantité de sérosité rougeâtre. M. Lisfranc incisa et trouva la presque totalité du testicule réduit à l'état de bouillie. Dans un autre cas, où l'aiguille avait donné la même sensation, le trocart fut plongé dans la tumeur sans que rien sortît par la canule. L'incision fit découvrir le testicule engorgé au milieu d'une espèce de pulpe molle, résultant d'une hématocèle ancienne.

L'hydrocèle peut n'occuper qu'une partie de la cavité de la tunique vaginale, si des adhérences l'ont circonscrite. Ne prenez donc pas toujours pour une hydropisie enkystée du cordon celle qui existerait à la partie supérieure du testicule. Cette même hydropisie partielle de la tunique vaginale se confond facilement avec les ramollissemens ou les abcès circonscrits du testicule; mais les phénomènes inflammatoires dissipent ordinairement l'erreur.

Le cordon et le testicule se trouvent à la partie postérieure de la tumeur, et celui-ci est placé à la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen; mais il y a des exceptions. Scarpa, Dupuytren et d'autres chirurgiens ont trouvé ces organes antérieurement; il y a plus de variétés encore dans la hauteur à laquelle se trouve le testicule. Tillay a cité un cas d'aplatissement tel du testicule que cet organe tapissait les deux tiers inférieurs de la tunique vaginale. Un second fait du même genre s'est présenté à M. Lisfranc.

Une hernie compliquant une hydrocèle se glisse ordinairement à sa partie postérieure; mais il arrive quelquefois qu'elle use la tunique vaginale et plonge dans le liquide, qui distend celle-ci. Lecat, Dupuytren, M. Lisfranc lui-même en ont cité des exemples. Cette complication mérite une grande attention; car, si elle passait inaperçue, la ponction et l'injection du sac herniaire pourraient déterminer des accidens très graves. Souvent on a opéré d'anciens sacs herniaires hydropiques pour des hydrocèles, et la guérison n'en a pas moins été obtenue. Mouro en rapporte des exemples.

Existe-t-il des cas où l'hydrocèle peut être guérie sans recourir à une opération qui force le malade à interrompre, trente jours au moins, ses occupations, et peut, dans certains cas, entraîner des conséquences graves? Tant que l'hydrocèle est de date récente, les sangsues, les diurétiques réussissent quelquefois. Les préparations d'iode employées localement ont fait disparaître des hydrocèles récentes et quelques-unes anciennes déjà : c'est un moyen à tenter. Les vésicatoires donnent, sur cinquante fois, un bon résultat. M. Lisfranc les a vu employer par Béclard et a pu en étudier les effets : ils déterminent quelquefois une vive douleur avec réaction fébrile; il les rejette.

La ponction, suivie de l'injection, l'incision, l'incision unie à l'excision, sont les méthodes employées par le professeur, et voici comment il en pose les indications. La ponction est la règle, les deux autres méthodes sont l'exception; elles ne doivent être préférées *à priori* que dans les cas où la tumeur est trop volumineuse ou quand la tunique vaginale est dans un trop mauvais état pour que la première réussisse. Mais parlons d'abord de l'injection, en ne touchant toujours qu'aux points essentiels de la question.

Quand on se propose de faire la ponction et l'injection d'une hydrocèle, le premier soin est de s'assurer de la position du cordon et du testicule, que nous avons dit n'être pas constante. Le lien qu'occupe le testicule se reconnaît à une dureté plus grande, aux douleurs *sui generis*, que la pression y détermine, à son défaut de transparence contrastant avec la transparence du reste de la tumeur, quand elle existe. Au lieu de plonger le trocart antérieurement à la réunion du tiers moyen avec le tiers supérieur, comme on le fait dans les cas ordinaires, il faut le plonger beaucoup plus inférieurement, quand le cordon et le testicule occupent la partie supérieure, et choisir l'un des côtés quand ces organes sont placés antérieurement.

Si, malgré toutes ces précautions, le trocart atteignait l'organe sécréteur du sperme, il faudrait peu s'en inquiéter. M. Lisfranc ne connaît pas un seul fait où la piqûre du testicule ait été suivie d'accidens, quoiqu'il ait vu plusieurs fois Dupuytren la faire avec intention.

Lorsqu'une hydrocèle est très volumineuse, M. Lisfranc pratique une ponction à l'aide de laquelle il extrait les deux tiers environ de la sérosité; il attend cinq à six jours pour que la petite plaie soit cicatrisée, et ordinairement, pendant ce temps, les parties reviennent sur elles-mêmes, et l'hydrocèle est réduite à un bien moindre volume. Ainsi, quand on fera une seconde ponction, l'injection portera sur une surface beaucoup moins étendue. Les cas dans lesquels le liquide se reproduit, presqu'immédiatement après qu'il a été extrait, peuvent se rencontrer; alors il est impossible de jouir du bénéfice du moyen que nous venons d'indiquer. Qu'il nous soit permis de dire, ajoute le professeur, que, si nous voulions extirper une tumeur volumineuse, contenant un liquide, nous en pratiquerions préalablement la ponction sur le point le moins déclive, pour la vider en grande partie; la peau qu'elle se serait appropriée en la soulevant, à mesure qu'elle aurait pris du volume, cessant d'être distendue, s'affaissant, au contraire, l'abandonnerait pour venir reprendre à peu près sa place; de là nécessairement une dissection qui porterait sur une surface moins étendue; de là une plaie beaucoup moins grande. Il est bien entendu qu'ici on opérerait immédiatement après l'évacuation du liquide dont nous venons de parler.

Il est des malades qui souffrent beaucoup pendant l'injection, au point même de tomber dans des convulsions ou dans un état de demi-syncope : il ne faut pas s'en laisser imposer par cette apparence; songer que, pendant la durée de la demi-syncope, l'irritabilité des tissus est moindre, et tenir compte du temps perdu pour l'excitation pendant sa durée. Nous savons, par expérience, dit M. Lisfranc, que si on n'en fait pas moins les deux injections, comme à l'ordinaire, la guérison est très douteuse; et que ces douleurs sont presque toujours purement nerveuses, car les bourses de ces malades ne se tuméfient pas ordinairement plus que dans les cas ordinaires. D'autres sujets, au contraire, n'éprouvent pas ou presque pas de douleurs, quoiqu'on ajoute une grande proportion d'alcool au liquide de l'injection. On a eu tort de dire que ceux-ci ne peuvent guérir, et, avec trois injections, on réussit chez eux aussi souvent que chez les autres. Ceci est démontré par nombre d'observations faites à l'Hôtel-Dieu et à la Pitié. Lisez la thèse de M. Detours : le principe est d'exciter plutôt plus que moins; on peut modérer l'excitation en plus au moyen des cataplasmes, puis des sangsues, tandis qu'il est difficile, pour

ne pas dire impossible, d'y ajouter suffisamment quand elle est en moins.

Tout le monde sait que vingt-quatre heures après l'opération, la tumeur est revenue à peu près au volume qu'elle avait avant; mais M. Lisfranc a remarqué que la guérison est bien plus prompte quand cette augmentation de volume est due en grande partie au testicule, que lorsqu'elle dépend d'une abondante sécrétion à la surface interne de la tunique vaginale. La presence du liquide exudé en abondance retarderait donc la terminaison désirée? Cette présomption, mais surtout les heureux résultats que M. Magendie a retirés d'une seconde paracenthese; le lendemain ou le surlendemain d'une première, avec injection dans l'abdomen, ont conduit M. Lisfranc à penser que le terme de la guérison pourrait bien être hâté par une seconde ponction, destinée à évacuer la sérosité accumulée consécutivement, et il aurait tenté ce moyen, tiré de l'analogie, sur un malade couché en ce moment au n. 19 de la salle St-Louis, si on n'avait été obligé de combattre un surcroît d'inflammation par des cataplasmes et des sangsues, et si le gonflement du testicule n'avait pas composé la presque totalité de la tumeur. Avant de quitter ce malade, je remarquai que chez lui, et chez un autre opéré il y a trois mois, M. Lisfranc s'est servi, pour faire l'injection, d'une sorte de pompe aspirante et foulante, à jet continu, instrument mille fois plus commode que la seringue ordinaire, toujours très longue à charger, et qui, mal assurée entre les mains d'un aide auxquelles elle ne manque guère de communiquer une chaleur peu agréable, l'expose à imprimer à la canule du trocart des secousses, que ne peut pas toujours réprimer la main du chirurgien qui la maintient en place. On peut ainsi, sans désemparer, injecter la quantité de liquide nécessaire dans tous les cas. (Cet instrument se trouve chez M. Charrière.)

Trente, quarante, cinquante jours se sont écoulés depuis l'opération, et la guérison est encore à venir; faut-il recommencer? M. Lisfranc tire d'abord de cette possibilité la conséquence qu'il ne faut jamais promettre la guérison à époque fixe, puis il répond par des faits qui prouvent que souvent elle a lieu alors qu'on n'y comptait plus, après deux, trois mois par exemple. Ne peut-on concevoir que l'irritation se conserve trop forte pendant un certain temps, et finisse par descendre au degré nécessaire pour que la résorption ait lieu?

Ici se rapporte un fait bien singulier, qui n'a pas échappé à l'observation attentive de M. Lisfranc. Pendant les trois ou quatre premiers jours qui succèdent à l'opération, les choses ont suivi leur cours ordinaire; la marche décroissante s'arrête tout à coup, et l'état stationnaire persiste pendant quelques jours: on attend, et en moins de vingt-quatre heures la tumeur disparaît presque complètement; mais le lendemain, elle est revenue au même volume, pour disparaître encore le surlendemain, et ainsi successivement, jusqu'à une guérison définitive qu'il n'a pas encore vu manquer au terme ordinaire. Ce phénomène, peu commun, il est vrai, est le même qui s'observe dans certaines bosses sanguines: l'exudation et la résorption l'emportent alternativement en activité l'une sur l'autre, jusqu'à ce que la diminution de l'irritation rende enfin un avantage définitif à la résorption.

Quand on a pratiqué la ponction et l'injection d'une hydrocèle, il peut arriver que dans les jours qui suivent, l'ouverture faite par le trocart laisse écouler un liquide qui, d'abord sous l'apparence d'une sérosité ordinaire, devient lactescent, puis mêlé de fausses membranes de plus en plus organisées; il n'y a alors qu'à laisser marcher les choses. Mais si, au lieu de cela, c'est du pus qui s'écoule en abondance, si les bourses sont volumineuses, rouges et douloureuses, s'il y a réaction fébrile, si tous les symptômes se sont développés malgré l'emploi des antiphlogistiques, il ne faut plus hésiter à ouvrir largement la tumeur.

Si l'incision était petite, le testicule pourrait, en se tuméfiant, s'engager entre les lèvres de la plaie et faire hernie; si l'on ne se hâtait de débrider largement, on s'exposerait à voir cet organe se frapper de mort dans une plus ou moins grande étendue; mais la petite plaie laissée par le trocart peut s'être cicatrisée, une vésicule se forme sur la tumeur; elle renferme du pus, l'indication est de l'ouvrir; si l'on trouve une collection purulente dans l'intérieur des tuniques, l'on se conduit comme il a été dit; si elle siége simplement sous la peau, on s'en tient là.

Il peut arriver qu'une hydrocèle, prise pour une hernie, ait été repoussée en partie dans l'abdomen, et soit restée adhérente à l'anneau, dans ce cas tout exceptionnel, il faut se borner à la ponction palliative, dans la crainte que l'irritation, provoquée par l'injection ou par l'incision, ne s'étende sur le péritoine.

Quand une hydrocèle existe avec une hernie, faut-il pratiquer la ponction et l'injection, ou bien l'incision de l'hydrocèle? M. Lisfranc préfère cette dernière, et il pense, comme beaucoup de praticiens, qu'elle expose moins à l'inflammation du sac herniaire. Il y a deux ans, un malade affecté d'hydrocèle compliquée de hernie était couché dans la salle St-Antoine, au n. 11; les viscères déplacés pouvaient être parfaitement réduits et maintenus dans l'abdomen, le liquide épanché dans la tunique vaginale n'était pas en trop grande quantité; on pratique la ponction et l'injection suivie sur la tunique vaginale, d'une inflammation qui n'a rien d'extraordinaire, d'ailleurs. Une péritonite intense se développe, heureusement elle fut enlevée.

A la méthode par ponction et injection, l'on préfère l'incision, avec ou sans l'excision, quand la tumeur a des dimensions considérables et qu'on ne peut pas réduire, quand la tunique vaginale a une consistance cartilagineuse ou osseuse, quoique l'injection ait suffi, exceptionnellement peut être, à M. Lisfranc, dans un cas où elle était dure comme du cuir; quand l'injection a déjà échoué, encore cette raison ne doit-elle pas être seule à déterminer; car, au commencement de l'année, un malade est sorti de la salle St-Antoine guéri par l'injection, quoiqu'un autre chirurgien eût déjà tenté chez lui ce moyen sans succès.

Le trocart a été plongé dans la tumeur, et il ne sort rien par la canule; on y fait le vide par aspiration au moyen d'une seringue; on y introduit un stylet pour la désobstruer; on la meut dans tous les sens pour déchirer avec sa pointe les cloisons des kystes multiples qui pourraient exister; mais tous les efforts sont infructueux, ou s'il sort un liquide, au lieu de sérosité, c'est une sorte de bouillie, et l'on ne peut vider complètement la tumeur; l'indication est alors d'inciser. Un malade couché dans la salle St-Louis portait une hydrocèle d'un volume ordinaire. La transparence était parfaite. On pratique la ponction, il sort en petite quantité une matière qui se fige à proportion qu'elle se refroidit dans le bassin qui la reçoit; on est obligé d'opérer par incision, et l'on trouve des kystes à loges multiples, ne communiquant pas entre eux, et contenant le liquide dont nous venons de parler.

Quand on pratique l'incision, et qu'elle s'étend seulement jusqu'à la partie inférieure des bourses, les tissus reviennent bientôt sur eux-mêmes, d'autant plus que l'hydrocèle est plus volumineuse, de là un cul-de-sac où le pus s'accumule. M. Lisfranc fait remonter l'incision derrière la tumeur, à un pouce ou deux, pour éviter cet inconvénient. Si elle est très volumineuse, deux incisions semi-lunaires, réunies par leurs extrémités, circonscrivent sur toute la longueur de son plus grand diametre un lambeau de tissus qui doit être sacrifié. Les tuniques sont ensuite incisées couche par couche, pour éviter la lésion du testicule et du cordon qui pourraient adhérer en ce point, et la tunique vaginale est ouverte, comme le serait un sac herniaire.

Il est alors facile d'apprécier si une nouvelle quantité de tissus doivent être sacrifiés, et dans quelle étendue leur état peut exiger qu'on en retranche beaucoup avec la précaution de ménager et le cordon et le testicule.

Chez un malade des colonies, après avoir incisé une première poche et résèqué une assez grande quantité de tissus, M. Lisfranc trouva en arrière une tumeur dure et du volume du poing; il crut un instant que c'était le testicule; mais pendant qu'il l'examinait en tout sens, il jaillit du liquide par un très petit pertuis; jugeant qu'il avait affaire à un second kyste, communiquant avec le premier, il incisa; le testicule était en effet dans son état normal. La dureté de la tumeur tenait à l'état cartilagineux de la poche qui contenait de la sérosité; une nouvelle excision fut faite et la guérison eut lieu.

Chez un autre malade existait une hydrocèle très volumineuse, dont la consistance dans la plus grande partie de son étendue faisait reconnaître l'existence de larges plaques cartilagineuses. M. Lisfranc employa la méthode mixte par incision et par excision; il trouva encore ici en arrière une grosse tumeur excessivement dure: était-ce le testicule, ou bien une poche cartilagineuse contenant du liquide? impossible de le savoir. M. Lisfranc mit en usage le précepte qu'il suit depuis longtemps; il incisa les tissus lentement couche par couche dans une petite étendue, et il arriva dans une hydrocèle secondaire; s'il eût rencontré le testicule il se serait arrêté. Le malade guérit.

Après les opérations qui viennent de nous occuper, l'hydrosarcocèle, quand le testicule n'est pas trop dégénéré, guérit aussi bien que l'hydrocèle simple, à cela près qu'il reste presque toujours quelque induration de l'épididyme. M. Lisfranc avait enfoncé le trocart dans une hydrocèle; il ne sortit par la canule qu'une petite quantité d'un liquide épais, et le testicule était très dur, gros comme le poing; l'injection fut commencée néanmoins; mais comme le liquide ne sortit pas en aussi grande quantité qu'il était entré, l'incision fut faite; de nombreuses loges existaient dans la cavité de la tumeur; toutes leurs cloisons furent retranchées, et le testicule mis à nu. Quelques chirurgiens, présens à l'opération, pensaient que cet organe devait être amputé; M. Lisfranc espéra pouvoir le conserver et l'on fit un pansement simple. Pour modérer l'inflammation trop forte qu'avait déterminée l'opération, trente sangsues furent appliquée sur le trajet du cordon testiculaire au-dessus de la plaie; la diète, les boissons émollientes, les lavemens et les cataplasmes émolliens ramenèrent bientôt

l'inflammation au degré nécessaire pour la guérison, le testicule revint à son volume et à sa consistance ordinaires.

Ce fait ne peut surprendre que ceux qui ignorent quels heureux résultats on obtient souvent en greffant une inflammation aiguë sur une affection chronique. Je vais terminer par une seconde observation que M. Lisfranc a rapprochée fort ingénieusement de la première sous ce point de vue.

J'avais, dit-il, commencé l'extirpation d'une tumeur au sein; la malade très indocile ne voulait me laisser ni achever l'extirpation de sa tumeur, ni en faire la ligature avec le tourniquet, cabestan de Mayor de Lausanne, ce qui eût été très facile, car elle était en grande partie détachée. Je réappliquai les lambeaux dans la pensée que cette femme se déciderait plus tard, ou que la dégénérescence cancéreuse surviendrait. Quels ne furent pas mon étonnement et ma satisfaction, lorsqu'une violente inflammation qui survint ayant été combattue victorieusement par les antiphlogistiques, la tumeur diminua, et un mois après n'existait plus. Mais une opération d'hydrocèle pratiquée sur un sujet qui n'est pas avancé en âge et qui offre d'ailleurs tous les caractères d'une belle santé n'expose-t-elle jamais à un événement funeste? Le fait suivant suffit pour ne pas permettre de répondre par l'affirmative. Un homme jeune encore et très bien portant en apparence entra il y a deux ans à l'hôpital de la Pitié portant une hydrocèle ordinaire. On examine avec la plus scrupuleuse attention toutes les grandes cavités; toutes semblent saines; il n'existe aucune communication entre la tunique vaginale et le péritoine; il n'y a pas de hernie. On pratique l'opération par ponction et par injection. Il ne survient rien d'extraordinaire sur les bourses: une péritonite intense se développe; elle résiste à tous les moyens de l'art: le malade succombe le troisième jour, et l'autopsie montre une péritonite aiguë entée sur une péritonite chronique latente. On ne trouve des traces de cette dernière que sur un point très limité de la portion du péritoine situé au-dessus de la branche horizontale du pubis du côté de l'opération.

OBSERVATIONS D'ARTHRITE TERMINÉE PAR SUPPURATION; recueillies par M. Fournez, D. M. P., chef de clinique interne à l'hôpital de perfectionnement du Val-de-Grâce, service de M. Gasc, premier professeur.

Beaucoup de pathologistes mettent encore en doute la terminaison du rhumatisme articulaire aigu par la suppuration; il est donc important de porter à la connaissance des lecteurs tous les faits qui peuvent éclairer cette question. Les deux observations suivantes, recueillies dans le service de M. le professeur Gasc, s'y rattachent, la première d'une manière directe, la seconde indirectement. Nous sommes loin de classer celle-ci parmi les preuves à invoquer en faveur de la terminaison de l'arthrite par suppuration; une phlébite a précédé le développement des symptômes de l'arthritis, et dès lors l'origine du pus trouvé dans les articulations demeure douteuse. Il n'en est pas de même du premier fait qui prêtera difficilement aux critiques des partisans de l'opinion contraire à la nôtre.

Il nous a paru convenable de donner dans tous leurs détails ces deux observations; par la raison même qu'elles ont trait à un point litigieux de la science.

Obs. I. — Le nommé Bercot, fusilier au 28e de ligne, âgé de 24 ans, né à Saint-Vivien (Gironde), au service depuis deux ans et demi, en garnison à Paris depuis trois mois, caserné à Popincourt, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce (salle 11, n. 7, service de M. Gasc), le 15 janvier 1839. Cet homme était sorti de la même salle le 2 janvier, parfaitement guéri d'une bronchite, après un séjour peu prolongé. Du reste, sa constitution parait forte; il est habituellement bien portant; tempérament sanguin; il dit être malade depuis deux jours.

A son entrée, voici les symptômes qu'il présente:

Céphalalgie sus-orbitaire, toux assez fréquente, sans douleur, expectoration muqueuse, peu abondante, respiration facile; l'auscultation dénote une respiration vésiculaire normale, sans aucun bruit, sans aucun râle; la sonorité est bonne partout; le pouls est large, plein, fréquent; la peau chaude et sèche; la langue est rosée, humide; la soif peu prononcée; souplesse et insensibilité de l'abdomen; pas de diarrhée; le sommeil est bon. (E. gom.; p. gom.; saignée 12°.)

Le 16, à la visite du matin, légère couenne opaque, dense, résistante, sur le caillot; le sommeil a été bon; la céphalalgie a disparu; la toux a été moins fréquente cette nuit que celles précédentes; l'auscultation et la percussion n'apprennent rien; le pouls a conservé sa plénitude et sa fréquence; même état des voies digestives. (E. gom.; p. gom.; looch; 20 sangs. à l'épigastre.)

A la visite du soir, tuméfaction de l'articulation radio-carpienne gauche, avec douleur, mais sans changement de couleur à la peau; la chaleur est augmentée. (20 sangsues sont appliquées autour de l'articulation malade; catapl.)

Le 17, la nuit a été mauvaise, sans sommeil; la douleur du poignet gauche est vive, exacerbante. Ce matin, le malade a éprouvé un violent frisson; ses dents claquent; sa face est pâle; le pouls est très petit, mais très fréquent; la toux a cessé presque complètement; la langue est encore humide, rosée; la soif peu vive; rien du côté de l'abdomen. (E. gom.; p. gom.; émulsion opiacée le soir; catapl. opi. sur le poignet.)

Le 18, même gonflement et même douleur à l'articulation radio-carpienne gauche. Cette nuit le genou droit est devenu tout à coup le siége d'une douleur aussi vive, avec gonflement considérable sans rougeur; le pouls est plein, large et très fréquent; la peau est chaude, halitueuse; battemens du cœur fréquens, réguliers, accompagnés d'un léger bruit de souffle au second temps; toux peu fréquente, expectoration muqueuse; la langue est blanche, sèche; soif vive; pas de douleur à la pression de l'abdomen; un peu de diarrhée; rien de notable du côté de la tête. (E. gom.; p. gom.; émulsion anodine; 20 sangsues autour du genou droit; catapl. opiacé.)

Le 19, le malade a passé une nuit tranquille, sommeil calme; mais à son réveil il a accusé une violente douleur dans l'hypocondre droit; cette douleur l'empêche de respirer et de se retourner dans son lit; la pression ne peut être supportée; le ventre est tendu, ballonné; l'émission des urines n'a pas eu lieu depuis vingt-quatre heures; on ne sent pas le globe formé par la vessie distendue; pas de selle depuis hier; pas de vomissemens; la langue est rouge aux bords et à la pointe, recouverte à son centre d'un enduit blanc-sale; soif très vive; bouche amère; pouls très fréquent, mais peu développé, facile à déprimer; chaleur à la peau; l'auscultation et la percussion ne fournissent aucun renseignement; le genou droit est moins douloureux, mais le gonflement et la chaleur persistent; le poignet gauche est toujours dans le même état; la voix est affaiblie; le malade est découragé; sa physionomie porte l'empreinte de la tristesse; sa face est pâle et contractée. (E. gom.; p. gom.; émulsion anod.; 30 sangsues au niveau de l'hypocondre droit; foment. émoll.; cat. genou et poignet malades.)

Le 20, la douleur de l'abdomen persiste, aussi vive que la veille; pas de selle; le malade a uriné mais très difficilement à cause de la douleur occasionée par la contraction des muscles et du diaphragme; météorisme addominal vers la région épigastrique surtout; la toux a été fréquente cette nuit, avec expectoration de crachats muqueux, âcres, abondans; l'auscultation n'est pas pratiquée en arrière; en avant, la respiration et la résonnance sont bonnes partout; faiblesse et fréquence extrême du pouls; chaleur à la peau; même état des articulations malades; plaintes incessantes; découragement; facies altéré. (E. gom.; p. gom.; émulsion; saignée 12°; 6 ventouses scarifiées sur le thorax en avant; lavem. émoll.; foment. émoll. sur l'abdomen.)

Le 21, couenne épaisse, résistante sur le caillot qui est lui-même peu abondant; sérum limpide; pas de sommeil cette nuit. A l'heure de la visite, frissons, tremblement, claquement des dents, pâleur de la peau. Le genou gauche et l'articulation tibio-tarsienne gauche sont prisés à leur tour; même état des articulations primitivement malades; même état de l'abdomen; même difficulté à uriner; même état de la poitrine; même fréquence et faiblesse du pouls; la langue est rouge sur les bords et à la pointe, blanche au centre, sèche; soif vive; pas de selle. (E. gom.; p. gom.; émuls. opi.; catapl.; foment. émoll.)

Le 22, la nuit a été assez calme, le malade a dormi plusieurs heures. Ce matin, la face est rouge, animée; les yeux brillans; la peau est chaude et sudorale; le pouls est toujours très fréquent, mais il est plus développé, plus fort; les battemens du cœur sont forts, mais réguliers; pas de bruit anormal; pas de souffle; le ventre est toujours très douloureux, surtout vers l'hypocondre droit; météorisme moindre; pas de selle; même état de la poitrine; pas de changement dans l'état des articulations malades. (E. gom.; p. gom.; looch opi.; 1 gr. d'extr. gomm. d'opium; catapl. aux articulations malades; foment. émoll. sur l'abdomen.)

Le 23, bon sommeil cette nuit; l'émission des urines est plus facile, le ventre est moins ballonné, moins douloureux; pas de selle. Quant aux autres symptômes, pas de changement notable. (Même prescription.)

Le 24, la nuit a été calme. Ce matin le malade dit être beaucoup mieux; la face a perdu cette rougeur fébrile des jours précédens; le pouls a conservé sa fréquence, sa force est augmentée; le météorisme persiste; pas de selle; émission des urines facile; langue sèche; soif vive; toux moins fréquente; respiration et résonnance bonne partout en avant; même gonflement et même douleur aux articulations malades. (Même prescription.)

Le 25, un peu de mieux; le facies est meilleur; l'état moral du malade est satisfaisant; le ventre est plus souple, moins ballonné, peu douloureux; une selle cette nuit; même aspect de la langue; la douleur des articulations a perdu de son acuité; le gonflement est le même; la toux persiste avec crachats muqueux; l'auscultation et la percussion n'apprennent rien sur l'état des poumons et du cœur; le pouls est large, fort et fréquent; chaleur habituelle à la peau. (Un quart de bouillon coupé; eau gom.; p. g.; looch opi.; catapl. fom. émoll.)

Le 26, pendant la nuit, du délire survient; le malade veut se lever à plusieurs reprises; il veut s'en aller à la caserne, dit-il; à cette agitation succède de l'assoupissement; à la visite, la face est pâle, décomposée; les yeux sont hagards; le malheureux a toute sa connaissance, il sent sa mort prochaine, il se désespère; le pouls est très fréquent, tumultueux, irrégulier, très faible; tumeur saillante, molle, dépressible à la face postérieure du poignet gauche, sans changement de couleur à la peau; même état des autres articulations; la respiration s'embarrasse; râles muqueux très gros et très abondans; sonorité bonne, l'abdomen s'est de nouveau ballonné; plusieurs selles cette nuit; l'anxiété du malade est extrême.

Mort le 26 à onze heures du matin.

Autopsie 24 heures après la mort. Rigidité cadavérique. Température extérieure de 5° +.

Thorax. Pas de sérosité dans la plèvre; fausses membranes albumineuses, peu abondantes, tapissant la face supérieure du poumon droit et la face supérieure correspondante du diaphragme; la plèvre elle-même ne présente pas de rougeur; à gauche, aucun épanchement, aucune fausse membrane; les deux poumons sont engoués postérieurement; leur tissu n'est pas friable; la muqueuse

bronchique est un peu rouge vers les premières divisions; peu de sérosité dans le péricarde; quelques caillots fibrineux dans le cœur, non adhérens; pas de rougeur à l'endocarde; état normal des valvules.

ABDOMEN. Tous les organes sont parfaitement sains; le péritoine n'offre aucune trace de lésion; la vessie est saine.

Le cerveau n'a pas été examiné.

Toutes les articulations qui, pendant la vie, ont été malades, sont pleines d'un pus épais, de couleur jaune, sans odeur, ressemblant à du pus phlegmoneux; une ponction pratiquée à la tumeur du poignet gauche donne issue à la collection, et, en disséquant l'avant-bras, on trouve que le pus s'est également formé dans les gaines des tendons fléchisseurs, depuis le poignet jusqu'à la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen de l'avant-bras; les capsules synoviales des deux genoux principalement sont distendues par cette collection purulente; ces synoviales, lavées avec soin, présentent une surface comme grisâtre, sans rougeur apparente; les surfaces articulaires ne présentent rien d'anormal; en poursuivant plus loin la dissection, on trouve que du pus s'est formé dans les interstices des fibres du muscle triceps de la cuisse; ce pus est entièrement semblable, par ses qualités physiques, au liquide contenu dans les articulations; l'articulation du pied gauche en présente aussi, mais en moins grande quantité.

Nous croyons devoir insister sur l'état des surfaces articulaires qui se trouvaient en contact avec le pus; leur altération se bornait à la coloration grisâtre signalée plus haut; il nous paraît cependant incontestable que le pus s'est formé dans les articulations. Peut-être même est-il permis d'en rapporter la formation au 21 janvier; ce jour-là, à la visite du matin, le malade est pris subitement d'un frisson violent; le genou gauche et l'articulation tibio-tarsienne gauche se tuméfient et deviennent douloureuses; et, à partir de ce moment, la maladie n'a plus guère offert de chances favorables. Notons les traces de pleurite diaphragmatique circonscrite que l'autopsie a fait constater à droite; il y avait eu, le 19, une douleur à l'hypocondre droit, laquelle a nécessité une forte application de sangsues. Malgré son siége, cette pleurite ne s'est pas moins manifestée par d'autres symptômes que l'on rapporte aux inflammations de la plèvre diaphragmatique. Notons encore l'intégrité de la muqueuse gastrique, malgré l'état de la langue, qui était rouge sur ses bords et blanche au centre.

OBS. II. — Le nommé Brunet, soldat au 9e régiment de ligne, âgé de 22 ans, né à Saint-Valentin (Indre), au service depuis deux jours, caserné dans la rue Blanche, entre à l'hopital du Val-de-Grâce (salle 11, n° 63, service de M. Gasc) le 26 janvier 1839. Bonne santé antérieure, forte constitution, il ne se rappelle pas avoir été malade; tempérament sanguin. Depuis quatre jours, dit-il, il tousse sans cesse, il n'a pas souffert de la poitrine, mais il se plaint d'une violente céphalalgie; il n'employa aucun moyen pour se guérir à la caserne. A son entrée, voici les symptômes qu'il présente : toux fréquente, avec expectoration abondante de crachats épais, visqueux, adhérens au vase et entiers, de couleur de marmelade d'abricots; sans douleur de côté; la respiration est gênée, fréquente; matité à gauche, en arrière, depuis la partie supérieure jusqu'au dessous de l'angle du scapulum, et dans le creux sous-axillaire, résonnante, bonne en bas; à gauche, en avant ou à droite, partout la sonoréité est bonne; au niveau du point qui rend un son mat à la percussion, un beau souffle tubané avec bronchophonie sans râle crépitant; à gauche, en arrière et en bas, râle crépitant; en avant, à gauche, respiration puérile; le pouls est large, fort et fréquent; les bruits du cœur sont forts et réguliers, la peau chaude, halitueuse, face injectée, yeux brillans; céphalalgie, insomnie; langue rouge aux bords et à la pointe, blanche au centre; soif vive; souplesse et insensibilité de l'abdomen; constipation; fatigue générale; douleurs musculaires (le malade vient de faire une longue route pour rejoindre son corps). (Eau gom.; p. gom.; looch; saignée, 12°; 6 ventouses scarifiées sur le thorax, à gauche, en arrière.)

Le 27, couenne épaisse de deux lignes, dense, résistante, opaque, sur le caillot; celui-ci est peu abondant, serum limpide.

Le malade a passé une bonne nuit; après la saignée il s'est senti soulagé; la toux a été moins fréquente, la respiration est plus facile; du reste, les signes fournis par l'auscultation et la percussion sont les mêmes, mêmes crachats, le pouls a perdu de sa force, de sa plénitude, mais il a conservé sa fréquence; chaleur à la peau, sueurs abondantes cette nuit; pas de selle, pas de douleurs dans le ventre. (Orge miel.; p. gom.; looch; catapl. sur le thorax.)

Le 28, l'amélioration continue; le pouls est moins fréquent, la toux a diminué, les crachats ont perdu leur couleur jaune; le souffle tubané et la bronchophonie ont fait place à du râle crépitant, la matité est moindre, la respiration facile. (Un quart de bouillon; eau gom.; p. gom.; looch; catapl. sur le thorax.)

Le 29, mieux; râle crépitant moins abondant, mêlé de bruit d'expansion vésiculaire, plus de matité; la toux est moins fréquente, crachats muqueux, âcres ; peu de fréquence dans le pouls, la peau est fraîche ; le malade se plaint que la piqûre de la saignée lui fait mal; les lèvres de la petite plaie sont écartées, un peu boursouflées et rouges. (Bouillon et bouillie; eau gom.; p. gom.; catapl. sur le pli du bras.)

Le 30, le bruit d'expansion pulmonaire est aussi net à gauche, en arrière, que partout ailleurs; plus de matité, plus de toux ; le malade est très bien, sauf la plaie du bras qui est dans le même état. (Soupe et bouillie matin et soir; eau gom.; p. gom.; looch; catapl.)

Le 31, état général très satisfaisant; pas de changement notable dans la plaie du bras. (Soupe et vermicelle matin et soir; le reste, id., id.)

Le 1er février, la plaie est plus douloureuse ; les parties environnantes sont tuméfiées; la douleur se propage vers la partie interne du bras jusqu'à l'aisselle; du reste, la poitrine est dans le meilleur état.

Même prescription, plus un bain de bras.

Le 2, la tuméfaction du bras est plus considérable, la douleur est plus vive encore que la veille, elle a causé de l'insomnie, un peu d'engorgement des glandes axillaires. (Bouillon, bouillie; eau gom.; p. gom.; bain de bras; catapl. ensuite.)

Le 3, la fièvre s'allume, le pouls est fréquent et dur, la peau chaude et sèche, rougeur des bords de la langue, soif vive, perte de l'appétit qui renaissait; céphalalgie, sommeil agité; la toméfaction du bras s'est accrue encore, douleur vive, rougeur de la peau depuis le pli jusque vers le milieu du bras, glandes axillaires engorgées, douloureuses. (Bouillon; pour le reste, id., id.)

Pas de changement jusqu'au 9; le malade s'inquiète sur l'état de son bras, et le facies est altéré, réaction fébrile intense, le bras est très gonflé, dur, rénitent, pas de fluctuation. (Eau gom.; p. gom.; fom. émoll. en permanence sur le bras.)

Le 10, pendant la nuit, douleur vive, atroce, qui arrache des cris continuels au malade; au niveau de l'articulation scapulo-humérale gauche pas de rougeur, pas de toméfaction, mais la chaleur est augmentée; pas de sommeil, le pouls est très fréquent, mais faible, la peau est chaude et halitueuse; la langue blanche, sèche, la soif vive, pas de douleur dans l'abdomen, pas de diarrhée; céphalalgie, facies altéré, pâle, contracté; le bras droit est dans le même état. (Eau gom.; p. gom.; looch opi.; 15 sangsues à l'épaule gauche.)

Le 11, apparition d'une douleur aussi atroce que la première, à l'articulation femoro-tibiale gauche; le genou est tuméfié, pas de changement de couleur à la peau, mais chaleur beaucoup plus forte qu'au genou droit qui n'est pas malade; la douleur de l'épaule gauche n'a pas diminué; insomnie; plaintes continuelles, cris arrachés par la souffrance; le pouls est très fréquent, plein et vif; la peau chaude et halitueuse; sueurs abondantes la nuit; pas de frisson, pas de douleur dans la poitrine, pas de toux, respiration et résonnance bonne en avant; langue sèche, soif vive, pas de douleur à la pression de l'abdomen, céphalalgie, teinte ictérique répandue sur la face; le bras droit est moins rouge, moins tendu, moins tuméfié ; la douleur a presque entièrement disparu; érysipèle commençant sur l'épaule droite. (Eau gom.; p. gom.; looch; 15 sangsues au genou gauche; catapl. sur l'épaule gauche.)

Le 12, même état du genou, et de l'épaule gauche, faciès de plus en plus altéré, teinte ictérique, langue sèche, encroûtée, soif vive ; pas de diarrhée, une selle cette nuit ; l'érysypèle de l'épaule droite marche vers le thorax; même fréquence et plénitude du pouls. (Eau gom.; p. gom.; looch ; catapl. sur le genou et l'épaule gauche.)

Le 13, pendant que l'érysipèle continue sa marche horizontale vers la poitrine, il s'en développe un autre qui entoure circulairement le genou droit; cette zône circulaire a la largeur de trois pouces de haut en bas, et elle entoure toute l'articulation; pas de douleur, pas de tuméfaction de ce genou; le genou gauche et l'épaule gauche sont dans le même état; pas de changement notable dans l'état général du malade; le bras droit va beaucoup mieux; le gonflement est moindre, la rougeur a disparu complètement, plus de douleur. (Eau gom.; p. gom.; catapl. sur l'épaule gauche; 12 sangsues sur le genou droit.)

Le 14, pas de changement.

Même prescription, moins les sangsues.

Le 15, l'érysipèle du tronc a dépassé la ligne médiane du sternum, il tend à gagner l'épaule gauche, celui du genou droit est resté fixe, il a pâli beaucoup; la douleur est moins vive au genou gauche ainsi qu'à l'epaule, mais le volume de ce genou n'a pas diminué; même état d'affaissement, réaction fébrile aussi intense; un peu de diarrhée cette nuit. (Un quart bouillon, or. miel.; p. gom.; 10 sangsues sur le genou gauche; catapl.)

Le 16, pas de changement notable; la diarrhée augmente, quatre selles liquides cette nuit. (Eau de riz gom.; p. gom.; décoction blanche, 4 onces, looch opi.; catapl.)

Le 17, l'érysipèle du genou droit a disparu complètement; celui du tronc pâlit beaucoup et sa marche est bornée; le malade s'affaiblit considérablement; diarrhée abondante, sans douleur de l'abdomen, le pouls est toujours aussi fréquent, mais faible, facile à déprimer, la peau est chaude, la sueur abondante; même état du genou et de l'épaule gauche; le bras droit est revenu à son volume ordinaire, il ne reste qu'une place de la largeur d'une pièce de un franc au niveau de la saignée. (Un quart bouillon, eau gom.; décoction blanche; p. gom.; émuls. opiacée.)

Le 18, pas d'amélioration; la diarrhée continue, sueurs abondantes, affaiblissement extrême, même état des articulations. (Un demi bouillon; pour le reste, id., id., id.)

Le 19, la nuit a été bonne, le sommeil calme; le malade se trouve mieux, son facies est meilleur, cependant la diarrhée et les sueurs continuent. (Un quart de crême de riz; pour le reste, id., id., id.)

Le 20, même état, même prescription.

Le 21, le malade a passé une bonne nuit; sommeil paisible; ce matin bon facies; mais le pouls est toujours fréquent et petit; la peau chaude, la sueur abondante, la diarrhée ne cesse pas, le malade ne peut plus se lever, tant il est faible, pour aller à la chaise; même état du genou et de l'épaule gauches, sauf la douleur qui est nulle quand on n'imprime pas de mouvement aux articulations. (Bouillon; bouillie matin et soir; eau gom.; p. gom.; émuls.)

Le 22, la nuit a été très-agitée; le malade a déliré; ce matin, il est continuellement assoupi, la respiration est gênée, fréquente; l'auscultation dénote du râle muqueux, en avant, partout, avec conservation de la sonoréité; toux peu fréquente, expectoration de crachats épais, jaunâtres, sans douleurs dans la poitrine. Les fosses nasales sont obstruées par une matière épaisse, d'un brun sale, fétide, le malade est forcé d'ouvrir la bouche pour respirer; le pouls est très fréquent et petit; la langue est sèche, encroûtée, la soif vive; diarrhée abondante; même état des articulations. (Eau gom.; p. gom.; émuls.; fom. abdomen; catapl.)

Le 23, le délire s'est renouvelé cette nuit, et a cessé vers le matin pour

faire place à un assoupissement continuel; la respiration s'embarrasse de plus en plus; le pouls est extrêmement petit et fréquent, pas de changement dans l'état des articulations.

Mort à une heure après-midi.

Autopsie quarante heures après la mort.

Thorax. Pas de sérosité dans les plèvres, adhérence du poumon gauche, en arrière, facile à rompre; dans ce point, le tissu pulmonaire était plus dense que dans les autres points, non friable, sa couleur était rouge, mais d'un rouge peu foncé; les autres points de ce poumon et le poumon droit sont sains; peu de sérosité limpide dans le péricarde, cœur sain.

Abdomen. Tous les organes sont sains, sauf une légère rougeur vers les dernières circonvolutions de l'instestin grêle.

Crane. Le cerveau n'a pas été examiné.

L'articulation scapulo-humérale gauche est pleine d'un pus jaune, épais, bien lié, homogène, sans odeur; la synoviale ne présente aucune rougeur, les surfaces articulaires et les parties environnantes sont saines.

L'articulation femoro-tibiale gauche est également remplie d'un pus de même nature entièrement semblable; le lavage ne fait pas découvrir de trace d'inflammation, aucune rougeur; les cartilages et les ligamens sont sains.

Les muscles de la cuisse gauche sont envahis par la suppuration; entre le faisceau interne du triceps et le fémur, on trouve un foyer contenant au moins 6 onces d'un pus de bonne nature, semblable à celui de l'articulation; ce foyer s'étendait en hauteur depuis le condyle interne du fémur jusque vers le tiers supérieur de la cuisse; dans les interstices des fibres musculaires des trois faisceaux du triceps, des traînées de pus; le tissu musculaire lui-même, et surtout du faisceau interne, est de couleur livide et a perdu de sa consistance; il se rompt à la moindre traction.

Aucune des autres articulations ne présente d'altération.

Le bras droit ne présente rien de bien remarquable; la peau est un peu décollée vers le pli du bras, dans l'étendue de quatre à cinq lignes; le tissu cellulaire sous-cutané et inter-musculaire n'est pas détruit; pas de traces de suppuration; les veines ne présentent aucune trace de pus, aucune rougeur; leur canal est libre.

Pneumonie, phlébite, apparences d'arthrite sur-aiguë, voilà les trois groupes de symptômes qui se sont produits, croisés chez ce malade. A l'autopsie, malgré tous les symptômes qui pouvaient faire croire à l'existence d'une arthrite, nulle trace d'inflammation dans les tissus articulaires; mais, en revanche, dépôt de pus dans les poches synoviales, et qui semble comme isolé dans ces cavités dont il ne modifie point la surface par son contact. La résorption purulente explique-t-elle ce fait, même en l'absence de tout indice anatomique d'inflammation du système veineux et du cœur? Le pus s'est-il formé dans les articulations même et l'inflammation génératrice de ce fluide a-t-elle eu le temps de se dissiper avant la mort? Nous nous abstenons de conclure; un fait seulement veut être signalé en tout ceci : à savoir, que par phlogose locale, métastase ou toute autre cause, n'importe, du pus s'est abondamment rassemblé dans les cavités articulaires, et que la constatation de ce phénomène a été précédée par l'ensemble symptomatique du rhumatisme articulaire aigu.

ÉRYSIPÈLE DE LA FACE ET DU CUIR CHEVELU, SUIVI D'ABCÈS NOMBREUX DÉVELOPPÉS SUR TOUTE LA SURFACE DU CORPS; GUÉRISON; observation recueillie et communiquée par M. Landouzy, interne à l'hôpital des cliniques, etc. (1).

On voit assez fréquemment, pendant ou après l'érysipèle, des abcès survenir dans les parties enflammées, surtout si ces parties sont occupées par un tissu cellulaire lâche et abondant; mais les cas dans lesquels on a pu signaler l'existence d'abcès nombreux loin des parties envahies par l'inflammation sont, sans doute, très rares; car, après beaucoup de recherches, il m'a été impossible d'en rencontrer des exemples dans les auteurs.

Sans doute, ces abcès métastatiques, suite d'érysipèle, se rapprochent beaucoup de ceux qui surviennent après la variole et la scarlatine et même dans le cours d'autres affections; mais cette question des diathèses purulentes est loin encore d'être résolue en tout point, et elle a trop d'importance, d'ailleurs, pour qu'on ne cherche pas à l'éclairer par des observations exactes. J'ai cru devoir consigner dans la science le fait suivant, qui me paraît offrir, sous plusieurs rapports, un grand intérêt :

Obs. — Le nommé Budu (Alphonse), âgé de 25 ans, garçon boulanger, entra à l'Hôtel-Dieu le 31 octobre 1837, salle St-Landry, n° 66, service de M. Louis.

Cet homme, d'un tempérament sanguin, d'une constitution assez robuste, habituellement bien portant, s'était couché, le même jour, à cinq heures du matin, après avoir mangé de très bon appétit, dans une chambre située au-dessus du four, et dans laquelle il faisait une douce chaleur. A sept heures, en se levant, il éprouva une douleur violente au côté droit du cou et un engourdissement considérable au niveau de la glande sous-maxillaire. Il se vêtit chaudement et sortit pour aller déjeuner. En revenant à son travail, Budu éprouva des frissons, un malaise général et fut obligé de se coucher. Les frissons augmentèrent : on lui donna du vin sucré et on envoya chercher un médecin, qui ordonna une application de sangsues. La prescription ne fut pas exécutée et on amena sur le champ le malade à l'Hôtel-Dieu.

Le soir, à la visite, le malade est dans l'état suivant : physionomie abattue, face colorée, chaleur brûlante à la peau, faiblesse extrême, sentiment de brisure dans les bras, pouls très développé, régulier, très fréquent, respiration anxieuse, pure en avant et en arrière de la poitrine, douleur violente au cou et à la gorge pendant la déglutition et les mouvemens inspiratoires; rougeur légère au voile du palais; langue sèche, rouge, sans enduit; pas de nausées, pas de vomissemens; ventre bien conformé, indolore à la pression; pas de selles.

Prescription. Pédiluve sinapisé, tilleul édulcoré, julep avec addition d'une once de sirop diacode.

Le lendemain, 1er novembre, tous les symptômes observés la veille ont augmenté. La nuit cependant a été calme et le sommeil assez paisible. Les douleurs au cou, à la région sous-maxillaire et à la gorge sont plus vives; les facultés intellectuelles sont intactes, les réponses lentes, mais justes, la parole difficile et entrecoupée; quatre-vingt-douze pulsations larges et régulières, trente respirations par minute; un peu de toux; pas de crachats, pas de nausées, pas de selles.

Prescription. Violette édulcorée, potion gommeuse; sangsues aux parties latérales et supérieures du cou, vingt à droite, dix à gauche.

Le soir, le malade n'est pas soulagé par l'émission sanguine; le pouls est à 95; la chaleur est plus élevée que le matin.

2 novembre. Rougeur écarlate de la peau du nez, qui offre une résistance plus grande que les parties voisines; rougeur de la face avec tuméfaction légère, inégale et plus marquée à droite; un peu de toux, respiration toujours pénible; pouls 130, régulier, très développé; ventre bien conformé; pas de selles.

Prescription. Saignée de seize onces, cataplasmes au cou; gargarisme adoucissant; violette édulcorée, deux pots; potion gommeuse, diète.

Le 3, l'érysipèle a envahi toute la face; il est très prononcé, surtout aux paupières et aux oreilles; l'anxiété est moins grande, la langue moins sèche, les douleurs moins vives; le pouls est à 92, toujours plein et régulier; les symptômes généraux sont beaucoup moins intenses. Il y a eu six selles demi-liquides.

Prescription. Même tisane; huile de ricin, deux onces.

Le 4, l'érysipèle gagne le front et le cuir chevelu.

Le 5, délire intense toute la nuit; la rougeur de l'érysipèle paraît bornée à la naissance des cheveux; mais l'érysipèle a envahi néanmoins tout le cuir chevelu. La moindre pression y détermine une vive douleur, et l'on constate par le toucher le gonflement œdémateux, plus marqué surtout antérieurement. Saignée de dix onces; un verre d'eau de Sedlitz, le reste *ut supra*.

6 novembre. Le sang tiré la veille présente une couenne gélatiniforme, molle, peu consistante, adhérente au caillot, et offrant une demi-ligne d'épaisseur au milieu, un demi-pouce de sérosité citrine et limpide autour du caillot.

Le délire a augmenté en intensité et en durée; la physionomie est agitée, la langue sèche, l'haleine fétide, le pouls est à 104.

Le soir, le malade se lève, court dans la salle, et on est obligé de lui mettre la camisole de force.

Les jours suivans le délire diminue, la desquammation commence à la face; les paupières et la région parotidienne gauche sont fortement gonflées; l'érysipèle s'étend à la partie postérieure du cou, des épaules et des bras, mais la peau offre seulement de la rougeur sans dureté.

16 novembre. Depuis trois jours le délire a complètement cessé, mais l'agitation est toujours très grande pendant la journée; les nuits sont calmes et le sommeil paisible. La rougeur érysipélateuse s'est étendue jusqu'à la partie moyenne du dos, mais sans limites fixes, sans rénitence et sans dureté à la peau. L'exfoliation de l'épiderme est presque terminée à la face et au cuir chevelu; la toux persiste; pas de crachats; sonorité normale et égale de chaque côté du thorax. Du râle sous-crépitant humide existe depuis plusieurs jours à la partie inférieure des deux poumons. Quatre-vingt-quatre pulsations le matin, cent le soir. La langue est toujours sèche et couverte en arrière d'un enduit jaunâtre. Le malade a pris du bouillon qu'il a trouvé très bon. Plusieurs selles involontaires.

Le 18, la peau du menton est soulevée par du pus. On pratique une ponction de chaque côté, à l'angle de la mâchoire. La matière qui s'écoule est rougeâtre et paraît formée d'un mélange de pus et de sang. On remarque aux fesses et aux cuisses plusieurs phlegmons saillans, dont les plus gros ont le volume d'une noisette.

22 nov. Depuis quelques jours le délire a reparu pendant la nuit. Les dents sont toujours encroûtées; les lèvres fuligineuses; l'abdomen est souple et bien conformé. Pas de météorisme; pas de gonflement de la rate; pas de taches rosées; pas de selles; sudamina très nombreux et très gros, surtout à la région ombilicale.

23. Même état. Nouveaux abcès au menton et à l'angle inférieur de l'omoplate. Même prescription; bouillon.

25. Le malade est beaucoup mieux; il n'a plus de délire; la chaleur est douce et halitueuse. 72 pulsations le matin, 80 le soir. On ouvre de nouveaux abcès à l'oreille et au cuir chevelu. Prescription : 2 potages.

26. Nouveaux abcès derrière les oreilles et à la paupière supérieure droite, sur laquelle s'en est déjà formé un il y a quelques jours. Prescription : 1 bain; le quart.

Depuis le 27 novembre jusqu'au 22 décembre, il ne se passe pas de jour sans qu'il survienne de nouveaux abcès. Ceux-ci ne s'annoncent par de la douleur que lorsqu'on y perçoit déjà une fluctuation manifeste. Cette douleur paraît

---

(1) Cette observation nous a été adressée à l'occasion d'une discussion soulevée dernièrement à la société médicale d'émulation, au sujet d'un fait de diathèse purulente, rapporté par M. Nonat. (Voir Gaz. Méd., n° 41, p. 701; 1838.) Note du rédact.

n'être que le résultat de la pression; car plusieurs de ces abcès, qui ont leur siége sur les parties antérieures de la jambe, du fémur et de l'épaule, ont percé d'eux-même, et sans que le malade ait éprouvé la moindre souffrance.

Tous présentent les mêmes caractères aux parties du corps qui sont recouvertes par un tissu également épais; ainsi, aux épaules, au dos, aux fesses, aux cuisses, on n'observe aucun changement de couleur à la peau. A la face seulement, et derrière les oreilles, ces foyers présentent le caractère des phlegmons aigus. Dans tous, la matière qui s'écoule après l'incision est sanieuse; semble formée d'un mélange de pus et de sang, et ce n'est que quelque temps après que le pus devient homogène.

La plupart de ces foyers se sont fermés très promptement, et la cicatrice a été complète en général au bout de trois jours; quelques-uns cependant au dos et à la fesse ont suppuré huit jours, et la cicatrisation s'est fait attendre un mois pour l'abcès situé à la région parotidienne gauche. Voici, du reste, le nombre exact des abcès aux différentes parties du corps :

	Abcès.
Face; cuir chevelu; régions parotidiennes.	23
Bras gauche	2
Région dorsale	18
Région fessière	7
Cuisse droite	6
Cuisse gauche	4
Jambes	9
Total	69

Depuis le 27 novembre, et pendant tout le cours de cette diathèse purulente, le malade n'a éprouvé aucun accident; sa santé s'est améliorée de jour en jour.

Le 8 décembre, il mange les trois quarts, et le , il sort de l'hôpital parfaitement guéri.

Parmi les considérations si nombreuses auxquelles ce fait peut donner lien, je noterai d'abord l'apparition soudaine de prodrômes tellement intenses que, d'après la marche ordinaire des phénomènes pathologiques, on ne devait pas diagnostiquer l'invasion future d'un érysipèle de la face.

Ces symptômes, précurseurs si graves dans une affection où la lésion locale a été si légère au début, ne montrent-ils pas ce qui, du reste, est généralement admis aujourd'hui, mais ce qu'on ne saurait trop répéter; c'est-à-dire que l'inflammation de la peau n'est souvent dans les exanthèmes qu'un symptôme, et quelquefois même un symptôme secondaire.

Cependant, malgré ces phénomènes généraux, trop violens pour être attribués de prime-abord à un érysipèle, un symptôme se manifestait, qui semble annoncer toujours sûrement l'invasion future de cette maladie à la face; c'était le gonflement douloureux des ganglions cervicaux et sous-maxillaires, sans angine et sans autre affection qui pût expliquer le trouble général de l'économie. La plupart des pathologistes qui ont écrit sur l'érysipèle ont noté ce fait, et M. le professeur Chomel dit même n'avoir jamais vu ce diagnostic infirmé une seule fois par des faits.

Franck a surtout insisté sur cette constance de l'exanthème érysipélateux après les douleurs qui ont pour siége les principaux ganglions lymphatiques : « *Glandularum inguinarium, axillarium, jugularium rubores, dolores sæpe ad partes suas ex quibus lymphatica vasa suscipiunt erysipelas futurum indicant.* (FRANCK, *de cur.*, lib. III, DE EXANTHEM.)

Remarquons encore ici l'invasion de la rougeur sur les parties droites d'abord, circonstance qui, d'après M. Louis, se rencontre plus souvent qu'à gauche; enfin, la diminution marquée de tous les symptômes généraux, et en particulier des douleurs au cou, aussitôt que l'éruption exanthémateuse a pu se faire d'une manière complète.

Quant à la marche de l'affection, elle a été aussi irrégulière, sous le rapport des symptômes généraux qui l'ont accompagnée, qu'elle avait été insidieuse au début; ainsi : dents noires et encroûtées; lèvres constamment fuligineuses; sudamina; assoupissement profond; délire prolongé; prostration complète; enfin, la série presque entière des signes qui décèlent l'entérite typhoïde.

C'est là sans doute la forme à laquelle les auteurs anciens ont donné le nom d'érysipèle adynamique; mais ici comme dans la plupart des cas, il est évident qu'en analysant tous les phénomènes, ce type ne peut être donné comme caractéristique du fait dont nous avons tracé l'histoire; car s'il pouvait lui convenir un jour, il ne lui convenait pas la veille, et peut-être cessait-il de lui être applicable le lendemain. En effet, au début, réaction vive, pouls large, fréquent, régulier; ensemble de symptômes qui constituent pour les pathologistes l'érysipèle inflammatoire. Plus tard, trouble général du système nerveux, délire, côma, métastase qui, au lieu de se produire, comme dans d'autres cas, sur les organes intérieurs, se fait tout à l'extérieur : érysipèle malin ou ataxique des auteurs.

Ainsi, suivant l'époque à laquelle on examinera les symptômes, on pourrait attribuer à ce fait presque tous les caractères qui ont servi à former les types sous lesquels on a compris les différentes variétés d'érysipèle.

Sous le rapport du pronostic surtout, les difficultés étaient grandes. Pour les anciens, la complication des symptômes cérébraux, et en particulier du délire, étaient des signes graves; ils annonçaient l'extension de la maladie aux organes encéphaliques, et ces phénomènes cérébraux leur paraissaient beaucoup plus graves que l'affection principale : « *Ubi sopor, deliria, tendinum subsultus accedunt, encephalitidis erysipelaceæ, vel apoplexiæ pericula minantur.* (FRANCK.) Mais depuis que l'observation a montré que dans la plupart des cas on ne trouve aucune altération appréciable du cerveau et de ses membranes, le délire dans l'érysipèle de la face a beaucoup perdu de sa gravité sous le rapport du pronostic. Aussi, malgré la persistance et l'intensité du délire, le pronostic dans cette observation fut-il toujours regardé comme favorable.

Disons cependant que malgré les résultats auxquels est arrivé M. Louis après l'analyse de faits très nombreux, on ne peut qu'avec une extrême réserve se prononcer sur le pronostic, puisque plusieurs cas de mort ont été publiés à la suite d'érysipèle de la face sans complication. M. Chomel, entre autres, a rapporté trois cas d'érysipèle à la face observés à de courts intervalles « chez des sujets jeunes et parfaitement bien portans avant le développement de cette maladie, et qui se terminèrent par la mort avec des accidens cérébraux tellement intenses qu'on avait dû croire à l'existence d'une phlegmasie encéphalique. L'autopsie ne montra d'altération appréciable ni dans l'encéphale, ni dans aucun des autres viscères. » (DICT. EN 25). Ce sont là de ces faits qui, sans infirmer les résultats fournis par l'observation, montrent avec quelle prudence il est nécessaire de les interpréter.

Enfin, le phénomène le plus remarquable sans contredit que nous ait présenté ce cas, c'est la formation spontanée de cette multitude d'abcès qui ont couvert le corps du malade. Ces abcès, s'ils avaient leur siége dans les parties envahies par l'inflammation érysipélateuse, trouveraient leur explication naturelle dans la marche ordinaire des phlegmasies; mais ici nous les voyons survenir très loin du lieu occupé par l'érysipèle: aux fesses, aux parties antérieures et postérieures des cuisses, à la jambe, etc., et nous avons vu que la rougeur s'était arrêtée à la partie moyenne du dos.

Faut-il considérer ces phlegmons multiples comme des foyers d'inflammation secondaire produits par le dépôt de la matière purulente transportée du foyer principal à travers les aréoles du tissu cellulaire et par les canaux veineux? En d'autres termes, ces dépôts sont-ils le résultat d'une phlébite capillaire?

L'anatomie pathologique et les expériences ont suffisamment démontré que toute inflammation de quelque nature qu'elle soit est constituée par une altération spéciale des dernières ramifications des veines, c'est-à-dire par une phlébite capillaire; or le pus produit par cette inflammation et mélangé au sang sera, par des circonstances que nous ne pouvons apprécier, arrêté dans les divers départemens du système capillaire et déterminera simultanément des inflammations partielles, circonscrites, qui, parcourant plus ou moins promptement leurs périodes, donneront naissance à des abcès. L'existence seule de l'inflammation à la surface de la peau suffirait donc pour expliquer la formation des abcès métastatiques; mais cette explication devient plus facile encore si l'on se rappelle que d'après les dissections de MM. Ribes, Copland, Cruveilhier, etc., l'érysipèle a essentiellement son siége dans les veines capillaires, et que la phlogose s'étend même assez loin dans les veinules pour atteindre les rameaux susceptibles d'être disséqués.

Quant à l'existence du pus dans le système veineux à la suite d'érysipèle, c'est maintenant un fait hors de doute; on a trouvé la tunique interne des veinules enflammée et leur cavité remplie de pus.

Or une fois admise l'inflammation de la membrane interne des veines ou des veinules qui sillonnent la peau et le tissu cellulaire, on se rendra compte facilement de la multitude d'abcès que nous avons rencontrés chez ce malade.

Ici comme dans les foyers métastatiques des viscères nous voyons des abcès multiples, épars loin du lieu enflammé, se développant comme dans les viscères avec une rapidité vraiment effrayante. Remarquons du reste quelle ressemblance frappante ont présenté tous ces abcès avec ceux qui en même temps que les foyers intérieurs se développent, dans le cas de phlébite grave, dans les muscles, les articulations ou le tissu cellulaire: ainsi pas de chaleur, pas de rougeur, pas de douleur, aucun signe enfin avant que la collection purulente vienne faire saillie sous la peau; souvent même ces abcès percent spontanément avant que le malade ou le médecin en aient soupçonné l'existence.

Cette terminaison de l'érysipèle par une diathèse purulente est rare sans doute, car après de nombreuses recherches je n'en ai pas rencontré d'exemple; mais elle est assez fréquente (à un moindre degré [illegible]

cependant) à la suite de la variole et de la scarlatine. Dans ces deux affections comme dans l'érysipèle les causes et les effets s'expliquent facilement par l'inflammation des veines superficielles ou profondes suivant le siége des abcès métastatiques, et les anciens, quand ils attribuaient ces foyers éloignés au déplacement des humeurs, quoiqu'ils jugeassent en aveugles, exprimaient dans une théorie grossière l'idée juste d'un fait que l'anatomie pathologique a révélé et que la physiologie a suffisamment expliqué.

NOUVELLES OBSERVATIONS SUR LE VER MACAQUE; communiquées par le docteur GUYON, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique.

Je viens de recevoir sur le ver macaque, larve de l'œstre humain, de nouvelles observations, que vous accueillerez sans doute d'autant plus volontiers que les entomologistes, malgré l'autorité des Humboldt (1), des Lacondamine (2), et de quelques autres voyageurs, conservent toujours des doutes sur l'existence de cette larve.

M. le docteur Vanauld, médecin en chef de la Guadeloupe, nous écrit de cette colonie, sous la date du 12 avril 1838, avoir observé le ver macaque à Cayenne, où il était alors médecin en chef, sur un soldat qui ne put lui dire comment il lui était venu. « Ce ver, ajoute M. Vanauld, était situé à la partie antérieure et moyenne de l'avant-bras. »

M. le docteur Pongis, ancien chirurgien-major des troupes de Cayenne, nous écrit de la Guadeloupe, sous la même date, nous avoir adressé, il y a un an, un ver macaque, par un voyageur qui se rendait à Marseille, d'où il devait nous le faire passer en Afrique : « J'avais extrait ce ver, dit M. Pongis, de la joue d'un militaire arrivé depuis peu des grands bois où il avait été envoyé en détachement. Le malade ne vint réclamer mes soins que lorsque le prurit était devenu excessif. Il y avait deux mois qu'il portait la petite tumeur, qu'il avait toujours prise jusqu'alors pour un simple furoncle. Une très petite ouverture, située au centre de la tumeur, d'une part, et, de l'autre, un léger mouvement qu'on y remarquait, me démontrèrent de suite la présence d'un ver macaque, dont je fis, sans difficulté, l'extraction avec des pinces. J'avais préalablement aggrandi par une légère incision l'ouverture dont nous avons parlé, et où se trouvait engagée l'extrémité du ver. » Cette extrémité était celle par laquelle la larve respire, et qui, toujours plus ou moins apparente dans l'ouverture, ne permet jamais de se méprendre sur la nature de la tumeur. C'est cette même extrémité qui, dans la larve de l'œstre du cheval, par exemple, est toujours libre dans les cavités où elle est déposée; l'autre est plus ou moins enfoncée dans l'épaisseur des tissus (3).

La larve de l'œstre humain qui porte, à Cayenne, le nom de ver macaque, y est aussi connue sous le nom de ver singe, soit parce que le singe y est également sujet, soit parce qu'on lui aura trouvé quelque point de ressemblance avec cet animal. C'est le ver maringouin des colons français de la Trinidad, le *gusano del monte*, ver des montagnes, des Espagnols de la Nouvelle-Grenade, devenue province de Colombie; le *fluglacuru* ou *flugacuru* des Maynas, Indiens des bords de l'Amazone, au Pérou, etc., etc. L'insecte parfait, au rapport du père Joseph Gumilla (4), est très commun sur les bords des rivières d'Apure et d'Uru, à Téna, à Espiual, etc. Il le désigne sous le nom de mosquite vert, de *mosquite del gusano*, mosquite du ver, comme qui dirait mosquite provenant du ver.

« Ce mosquite de Gumilla suce le sang comme les autres (5), dont il diffère, dit Gumilla, en ce qu'il dépose dans la chair un petit œuf qui, animé de la chaleur naturelle, produit un gusano velu, de si mauvaise qualité qu'il enflamme l'endroit où il est, et occasione une fièvre aussi violente que si la tumeur était considérable. Le pire est que, comme il est logé dans la chair vive et que les poils dont il est couvert sont fort rudes, outre les douleurs violentes qu'il cause toutes les fois qu'il veut manger, il ne fait pas un mouvement que chacun de ses poils ne cause un picotement des plus cruels. Dans les endroits où l'insecte est très répandu, il fait périr les chiens, les chèvres et même le gros bétail, qui en sont entièrement pénétrés (1). » Le père Gumilla nous apprend encore que lui-même a été atteint de la larve que dépose le mosquite vert ou del gusano.

Un missionnaire, l'abbé Pérès, qui a parcouru les tribus sauvages d'une grande partie de l'Amérique équatoriale, me désignait ce diptère sous le nom de puyones, et me disait qu'il habitait particulièrement les lieux élevés et boisés; qu'on le voyait se reposer, en grand nombre, sur le feuillage des arbres, mais surtout sur celui du cacaotier, *theobroma sativa*, qu'il semble rechercher. Je tiens du même missionnaire que c'est surtout pendant le sommeil que l'homme est exposé à recevoir la larve du puyones, ce qui explique pourquoi la plupart des personnes qui en sont atteintes ne savent pas comment il leur est venu.

Nous renvoyons, pour plus de détails, au mémoire que nous avons publié sur le ver macaque (2), et où se trouve une observation recueillie par nous aux Antilles, en 1823, ainsi que deux autres qui se sont offertes à la Trinidad chez des Européens. J'y ai rappelé aussi l'observation dont le docteur Brich lui-même fut le sujet, comme il voyageait sur les bords du Chama, petit torrent qui va se perdre dans le lac de Maracaïbo, province de Cumana (3). La larve dont il était atteint fut envoyée par lui au professeur Gay, de Philadelphie, qui en a donné la description dans le Bulletin de la société des sciences, troisième année. Cette description nous l'avons rapportée aussi dans notre mémoire, afin qu'on pût la comparer avec celle que nous avons donnée de la larve qui fait le sujet de notre observation.

Agréez, etc.

OBSERVATION D'HÉMORRAGIE CONSÉCUTIVE; par le docteur CONVERS, de Vevey.

OBS. — Le 23 du mois d'octobre 1838, Vecadens, fermier, âgé de 32 ans, bien constitué en apparence, demeurant à demi-lieue de Vevey, fit une chute tenant une bouteille à la main. Ses bras étaient nus et la bouteille en se brisant le blessa à la partie postérieure de l'avant-bras gauche à un pouce du poignet. M. le docteur Larguier fut appelé le lendemain matin, et lorsqu'il arriva auprès du malade, il vit le sang filtrer en petite quantité; il existait autour de la plaie, qui était transversale et profonde, un gonflement assez considérable produit par des caillots répandus sous la peau; il appliqua immédiatement un appareil à compression, comme moyen curatif et pardessus il appliqua un tourniquet à demeure, après quoi il fit mouvoir le bras du malade en tous sens sans qu'il s'écoulât une goutte de sang.

Du 25 octobre jusqu'au 6 novembre, M. Larguier revit le malade trois ou quatre fois; le sang n'avait pas reparu et la plaie marchait à sa cicatrisation; mais au milieu de la nuit l'hémorragie recommença ; on appliqua au-dessus du coude, sur la brachiale, une constriction circulaire, et il se manifesta au bout de vingt-quatre heures une enflure telle que la plaque du compresseur était perdue dans la peau.

Dans la nuit du 8 octobre, je fus appelé pour venir au secours de Vecadens qui perdait tout son sang. J'y courus et je le vis baigné dans son lit, il en avait perdu près de deux livres. Le malade était pâle, émotionné et faible; j'enlevai les bandages inondés, et je vis la plaie remplie de caillots que j'enlevai soigneusement (j'ai pensé que l'artère interosseuse postérieure avait été rompue par le verre); j'introduisis dans cette cavité, qui offrait deux pouces de profondeur, une éponge sèche serrée convenablement par une bande, et ensuite un tourniquet sur le trajet de l'artère brachiale dont il fut difficile d'appercevoir les battemens, vu l'énormité du membre gonflé paraissant offrir une fluctuation purulente ou sanguine. Au bout de peu de jours les fomentations faites avec la solution d'arnica amenèrent une résolution complète de cette enflure, ainsi que le retour de l'état normal du membre.

Le lendemain, je retournai auprès du malade avec M. le docteur Guisan; après avoir réfléchi sur le cas présent, nous résolûmes de faire la ligature de l'artère brachiale, qui fut exécutée immédiatement, le vaisseau fut embrassé par une ligature en fil ciré aplati, et on laissa par précaution une ligature d'attente, placée au-dessus de l'autre, et pas nouée.

Huit jours après, je fus de nouveau appelé en grande hâte auprès du malade qui saignait beaucoup. Mon premier devoir fut de serrer la ligature d'attente dont j'avais séparé les bouts et retenus par le moyen d'un petit emplâtre. Vecadens jouit de nouveau, pendant huit à neuf jours, d'une sécurité apparente. J'étais auprès de lui après le pansement fait à ses plaies et j'allais le quitter quand survint tout à coup un violent jet de sang artériel qui inonda le lit où il reposait. Comprimant aussitôt l'artère axillaire dans le creux de l'aisselle, j'arrêtai l'hémorragie jusqu'à ce qu'on pût avoir du secours, car j'étais seul

(1) M. de Humboldt rapporte avoir vu dans l'Amérique méridionale « des Indiens dont l'abdomen était couvert de petites tumeurs produites, à ce qu'il présume, par les larves d'un œstre. » (DICT. CLASSIQUE D'HIST. NAT., art. OESTRIDES.)

(2) La Condamine, pendant son séjour à Cayenne, a fait dessiner une larve d'œstre qui avait été prise sur l'homme. (Vid. DICT. DE BOMARE, art. VER MACAQUE.)

(3) C'est ce que démontre fort bien un estomac de cheval déposé à la Faculté de médecine, et dont toute la cavité est tapissée d'un nombre infini de larves.

(4) HISTOIRE NATURELLE, CIVILE ET GÉOGRAPHIQUE DE L'ORÉNOQUE, traduite de l'espagnol. Avignon, 1758.

(5) Cette circonstance placerait l'insecte du ver macaque dans le genre cutérèbre, *cuterebra*, Clark, et confirmerait ainsi les idées du professeur Gay à cet égard.

(1) Il est probable qu'en Amérique, comme en Europe, chaque animal a une espèce d'œstre qui lui est propre, et qu'on ne rencontre pas sur un autre.

(2) *Mémoire pour servir à l'histoire naturelle et médicale du ver macaque*, etc., dans le BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES, ARTS ET BELLES-LETTRES DU DÉPARTEMENT DU VAR.

(3) Extrait du journal de Philadelphie dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. Décembre 1823.

auprès du malade; il arriva quelqu'un qui prit ma place, et je pus réappliquer le tourniquet, ce qui donna un moment de répit jusqu'à l'arrivée de M. Larguier; avec son aide, je pratiquai une nouvelle incision dans le creux du bras, et saisis profondément l'artère pour l'embrasser dans la ligature qui était laissée d'attente, j'en glissai de nouveau une entre un peu plus haut en cas de malheur. Sous ces auspices, on fut tranquille pendant dix jours, au bout desquels reparut une forte hémorrhagie qui fut arrêtée par la ligature non attachée, formée par un ruban de fil large d'une ligne et demie à deux lignes.

Une consultation eut lieu alors entre M. Mathey, chirurgien habile de Lausanne, MM. Larguier, Guisan et moi. Les avis furent à peu près unanimes, c'est-à-dire que le sujet malade avait une friabilité particulière du tissu artériel principalement de la première membrane dense et serrée, la membrane musculeuse y participait sans doute. Dans le cas dont il est fait mention, il ne s'opérait aucun travail plastique et adhésif, et il ne se formait aucun caillot assez consistant pour boucher l'orifice de l'artère séparée par la ligature.

Un des consultans proposa de pratiquer la désarticulation du bras, mais il fut observé que si la ligature devenait aussi nulle qu'elle l'avait été jusqu'ici, le malade serait mutilé inutilement; cette proposition fut donc rejetée et on délibéra que s'il y avait une récidive d'hémorrhagie, on opérerait la ligature de l'artère sous-clavière en dehors du scalène ou bien la ligature de l'axillaire devant la poitrine sous le tendon du petit pectoral.

Nous fûmes soudainement interrompus dans notre délibération par l'alarme donnée aux assistans, par le retour du sang qui s'échappait avec violence; l'un de nous comprima sur le champ le vaisseau ouvert, il parut cette fois que la ligature plus large avait glissé sur le bout de l'artère divisée par le fil précédent. Quoi qu'il en fût, et comme il faisait alors nuit, on tamponna méthodiquement au moyen de boulettes de charpies superposées, et de compresses graduées, avec une bande enveloppant entièrement le membre et finissant par un spica à l'épaule, le tout fut maintenu par le tourniquet, et le sang se trouva arrêté pour une nuit, car dès le lendemain matin, le malade ayant voulu soulever la tête de ses oreillers, ce léger mouvement fit que l'appareil fut aussitôt rempli de sang. J'étais présent, et je serrai plus fortement le constricteur.

Voyant qu'il n'y avait plus moyen de devenir maître de l'hémorrhagie, j'appelai de nouveau mes confrères, et je procédai à l'opération de la ligature de l'artère axillaire sous le tendon du petit pectoral. L'opération fut laborieuse; mais enfin, un fil ciré fut placé sous l'artère, fort volumineuse; il ne s'écoula plus de sang, et le malade dormit pendant la nuit. La plaie entra en suppuration du troisième au quatrième jour; il se déclara peu de fièvre, et tout faisait présager une heureuse issue après cette dernière opération.

Ainsi se passèrent dix-sept jours; au matin du dix-huitième, on vint me dire que l'appareil du pansement était teint de sang. N'ayant pu me rendre de suite auprès du malade, M. Larguier y alla et ne vit qu'une sérosité qu'il jugea n'être d'aucune conséquence. A minuit, on vint m'appeler précipitamment, et je trouvai Vecadens tout couvert et baigné de sang. Je jugeai et j'annonçai qu'il était perdu sans ressource. Cependant, j'introduisis aussi profondément que possible, dans la plaie, sur le trajet du vaisseau, un morceau d'amadou sèche conique, et ensuite plusieurs autres superposés en chapelet, en faisant tenir par un aide le doigt jour et nuit, et obtenir une compression permanente, mais provisoire. La journée et la moitié de la nuit suivante se passèrent en angoisses et en inquiétude. A deux heures, le malade se plaignit de gêne dans la respiration, et au même moment il s'élança un jet de sang épouvantable qui rendit infructueux tous les efforts qu'on fit pour l'arrêter.

Ainsi finit le pauvre Vecadens, qui, malgré les ressources de l'art et les peines infinies qu'on avait prises pour le sauver, ne put échapper aux suites de cet accident fâcheux.

Le lendemain, à trois heures après midi, je désarticulai le bras gauche, siége du mal; je suivis le trajet de l'artère brachiale depuis la première ligature, et je vis que le tissu artériel était interrompu aux ligatures; là où le fil demeurait encore, on voyait une couleur noirâtre comme un putrilage sanguin répandant une mauvaise odeur; le bout artériel était rempli d'un caillot mou, noirâtre et putréfié. Au-devant de la poitrine, à la dernière ligature, ce caillot était plus considérable et le fil ne tenait plus.

Je n'ai pas osé pousser plus loin mes recherches, la femme du défunt s'y étant opposée.

Il me semble 1° qu'on peut être autorisé à penser que chez le sujet il existait un principe acrimonieux *psora* dans le sang, qui empêchait la portion fibrineuse de ce liquide vital de se former en un bouchon durci, pour servir d'obturateur;

2° Que l'organisme, chez ce sujet, n'offrait pas les conditions nécessaires à l'inflammation adhésive du tissu mince, diaphane, rougeâtre nommé tissu interne artériel, ou troisième tissu.

3° Qu'il existait une idiosyncrasie qui rendait les tissus artériels d'une friabilité particulière, et d'une mollesse que j'ai pu apprécier en les déchirant.

4° Qu'il ne pouvait exister, en conséquence de ces anomalies, aucun équilibre entre la contraction produite par une ligature et la résistance opposée par des organes affaiblis.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 13 MAI.

CLIMAT D'ÉGYPTE.

M. Jomard lit une note sur le climat de l'Égypte; les observations ont été recueillies pendant l'expédition des Français; il en résulte que les jours de pluie ne sont ni plus ni moins fréquens aujourd'hui au Caire qu'ils l'étaient à l'époque dont nous parlons, et que les plantations ne paraissent pas avoir l'influence qui leur a été attribuée.

PHYSIOLOGIE VÉGÉTALE; CHALEUR DÉVELOPPÉE PAR L'ARUM MACULATUM.

M. Dutrochet adresse une lettre qui renferme la suite de ses curieuses recherches sur le développement de chaleur qu'on observe pendant la floraison de l'*arum maculatum*. La précédente communication du savant académicien avait trait à la chaleur qui se montre dans la partie supérieure du spadice; aujourd'hui il s'agit de celle des fleurs mâles et femelles placées, comme l'on sait, immédiatement au-dessous. La plus grande élévation de température du spadice se remarque quand l'épanouissement du spathe est complet; elle disparait dans la nuit suivante. Le développement de la chaleur des fleurs ne suit pas exactement la même marche: lors de l'épanouissement du spathe, elles offrent un premier maximum, qui subit pendant la nuit une notable diminution; mais le lendemain la température s'élève au-dessus de la limite observée la veille, en restant toujours inférieure à la chaleur du spadice; elle persiste à ce degré pendant la matinée, décroît ensuite peu à peu, pour disparaître sans retour dans la nuit suivante. La chaleur diminue donc du haut du spadice en bas; le renflement ou massue s'échauffe plus que les fleurs mâles, et celles-ci plus que les fleurs femelles: dans les unes comme dans les autres, il y a refroidissement nocturne et accroissement de température pendant le jour. Ce paroxisme remarquable avait déjà été observé dans le *colocasia odora* par M. Adolphe Brongniart, et, après lui, par MM. Van Beck et Bergsura.

HUILES VOLATILES ET CAMPHRES ARTIFICIELS.

MM. Soubeiran et Capitaine adressent les résultats qu'ils ont obtenus, en traitant les huiles essentielles de genièvre, de poivre cubèbe, etc., par l'acide chlorhydrique; et en formant ainsi des espèces de camphres artificiels, ils ont extrait de ces derniers des huiles volatiles distinctes, comme le prouve la perte du pouvoir rotatoire, qui existait dans les huiles primitivement employées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU 11 MAI.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES NERFS.

M. ROCHOUX : Pour répondre à M. Gerdy, il faut envisager comme il l'a fait la question sous deux points de vue différens; l'un relatif à la méthode expérimentale; l'autre aux nerfs moteurs et sensitifs.

La méthode expérimentale est l'ensemble de tous les moyens, quels qu'ils soient, aptes à faire découvrir la vérité. L'histoire, la discussion, des conjectures, l'observation des faits, les vivisections, sont autant de moyens que met en œuvre la méthode expérimentale; ils se ressemblent tous en ce sens, qu'ils sont également soumis au contrôle des sens, et qu'ils donnent tous des résultats confirmés par l'expérience. Les vivisections ne constituent donc qu'une partie et une partie très minime de la méthode expérimentale; c'est ce qu'il eût été très important d'établir dès le principe, afin de ne point rejeter sur la méthode expérimentale les reproches que l'on pouvait faire aux vivisections.

Quant à ce qui regarde la question des nerfs, je crois que dans les sciences un fait décisif tranche une question; c'est à ces faits surtout qu'il faut s'attacher. Dans les observations de M. Gerdy, on n'a point tenu compte des circonstances qui peuvent amener des résultats différens dans un même phénomène, telles que l'acuité ou la chronicité: Un grand nombre, d'ailleurs, de ces observations ne mérite aucune créance, on peut être au moins taxé d'exagération. C'est à des observations fausses et incomplètes comme celles-là que l'on doit tous les systèmes vicieux et erronés.

L'organisation et les fonctions marchent constamment d'accord; c'est là une règle qui ne souffre point d'exception. Là où il y a une différence dans les fonctions, il doit y en avoir une dans l'organisation. Si sentir et se mouvoir sont choses différentes, le système de Ch. Bell est vrai. Or, les divers ordres de faits que l'on peut alléguer en faveur de ce système sont tous d'une grande valeur; ils sont également décisifs. L'organisation différente du grand sympathique et des autres systèmes nerveux; la différence des résultats obtenus par la section du nerf de la cinquième paire ou du nerf de la septième; la paralysie du mouvement par la section des racines antérieures des nerfs de la moelle; la paralysie du sentiment par la section des racines postérieures; ce sont là autant de considérations qui jugent tout à fait la question.

M. Rochoux termine par quelques considérations générales qui tendent à subordonner cette question à la grande question de la localisation des fonctions, et à la philosophie naturelle qu'il professe.

M. DUPUY s'appuie sur les résultats d'un grand nombre d'expériences faites sur des animaux dans des vues différentes, pour justifier ce procédé d'investigation. Il cite plusieurs exemples d'erreurs de diagnostic et de méprises dans lesquelles on était souvent tombé, avant que les expériences eussent éclairé la question des fonctions spéciales des nerfs. Il rappelle, entre autres exemples, celui d'une épizootie dans laquelle s'étaient montrés divers phénomènes de paralysies du sentiment et d'altérations de nutrition, et où l'on trouva en ouvrant la colonne vertébrale la moelle ramollie, notamment à sa partie postérieure; ce fait ne fut considéré alors, dit-il, que comme un objet curieux par les médecins qui en furent témoins, et par M. Chaussier lui-même. Il rapporte plusieurs cas de tumeurs comprimant des nerfs sensitifs, pris pour des affections cérébrales, erreurs que les expériences ont rectifiées. Quant aux expériences que M. Dupuy a pratiquées lui-même en assez grand nombre sur des chevaux, il a vu, la moelle étant mise à nu au niveau du plexus lombaire, que s'il touchait les racines postérieures, il provoquait une vive douleur; si c'étaient les racines antérieures qu'il irritât, il observait des contractions. La section de la septième paire ne provoquait point de douleur et paralysait les

muscles de la face. Il enleva chez un cheval les ganglions gutturaux du grand sympathique, l'animal vécut un mois après cette opération, ne présentant que des symptômes étrangers à ceux que produit la section des nerfs de la moelle. La section du pneumo-gastrique ne donna lieu à aucune contraction, etc., etc., d'où M. Dupuy fut amené à reconnaître que les différens systèmes nerveux ont des attributions différentes.

Il conclut que les expériences faites avec exactitude et dans des conditions connues donnent des résultats constans; que quant aux faits cités contre les résultats des expériences, les conditions en sont sans doute mal définies.

M. Dubois (d'Amiens): J'ai reconnu dans une des précédentes séances la vérité de la distinction faite par M. Gerdy entre l'expérimentation et la méthode expérimentale; mais je ne partagerai plus le même avis que M. Gerdy, lorsqu'il dit qu'il faut assimiler la pathologie et la physiologie aux sciences physiques, et qu'il nous cite l'exemple du système de Newton renversé par un fait que ce système ne pouvait expliquer. Ce principe, vrai en physique, est faux lorsqu'il s'agit de médecine. Ici, d'ailleurs, il ne s'agit pas même d'un système, mais d'un certain ordre de faits.

En physiologie, les vérités acquises sont presque toutes empiriques; nous savons, par exemple, expérimentalement, quelles sont les fonctions d'un nerf; mais nous n'avons aucune notion sur la manière dont se fait la propagation de l'action nerveuse. Ce n'est point parce qu'un système ne peut expliquer des conditions accessoires que ce système devra être rejeté. Les motifs sur lesquels se base le système dont il s'agit ici peuvent se résumer en trois propositions générales.

Première proposition. L'interruption de la moelle épinière ou de la moelle allongée entraîne l'abolition des facultés motrices et sensitives, dans les parties situées au-dessous du lieu de l'interruption.

Deuxième proposition. L'interruption de la septième paire entraîne l'abolition des facultés motrices dans les muscles de la face, tandis que la destruction du trifacial entraîne l'abolition de la sensibilité dans la même région.

Troisième proposition. La lésion des racines antérieures de la moelle entraîne l'abolition des mouvemens, tandis que la lésion des racines postérieures entraîne l'abolition du sentiment.

Examinons la valeur de ces trois propositions.

La première est appuyée par un grand nombre d'observations et d'expériences qui concourent aux mêmes résultats; elle est sans réplique. Pourquoi cependant signale-t-on quelques contradictions, et reste-t-il des doutes à cet égard? Parce que ces effets s'établissent ordinairement d'une manière lente, lorsqu'ils sont produits spontanément, et que l'interruption brusque de ces fonctions, produite dans les expériences, peut quelquefois donner lieu à des effets différens. Et, d'ailleurs, on ne connaît point toutes les conditions du phénomène. La première proposition reste donc, non point comme loi absolue, mais comme fait général.

La deuxième proposition est une conséquence de la première. Il y a deux nerfs à la face : l'un, le facial, préside aux mouvemens; l'autre, la cinquième paire, préside à la sensibilité et aux impressions tactiles. La valeur et la généralité des faits qui appuient cette distinction sont suffisamment connues; il serait inutile de les rappeler. Mais peut-on conclure que dans tous les cas où la sensibilité est exagérée ou anormale, elle doit être rapportée toujours et exclusivement à la cinquième paire? Non. Sans doute, cela aura lieu le plus fréquemment; mais ces douleurs nerveuses si vives ont pu être observées également dans la septième paire. Les conditions de la sensibilité normale sont assez bien connues; la sensibilité anormale ne l'est pas, à beaucoup près, aussi bien.

La troisième proposition n'est point suffisamment prouvée. Le problème reste encore dans les mêmes termes où l'a laissé Galien. Galien avait fait faire un grand pas à la science en faisant savoir qu'il fallait remonter anatomiquement des fonctions aux organes. Ce principe a été largement fécondé depuis. Mais relativement à la question de la distinction des deux ordres de nerfs rachidiens, qu'il n'a fait qu'entrevoir, je le répète, le problème tel qu'il a été laissé par Galien nous est resté presque tout entier. Il reste encore beaucoup de choses contestables dans la loi que l'on voudrait établir à cet égard; la sanction clinique ne lui est pas encore suffisamment acquise.

Quant aux faits présentés comme contradictoires, il faut bien se garder d'annihiler les faits généraux par des exceptions. C'est un principe destructeur en physiologie.

M. Bouillaud : Il s'agit de savoir s'il y a des nerfs du sentiment et des nerfs du mouvement, et non point quels sont les nerfs moteurs, quels sont les nerfs sensitifs. Telle est la question qui a été posée à M. Gerdy.

M. Gerdy répond que la septième paire correspond en effet à des mouvemens; qu'elle est plus motrice que sensible; mais ce n'est que reculer la question. Cent quatre-vingts observations ont été citées à l'appui de cette distinction; sur ces 180 observations, 11 sont incomplètes; il reste donc 169 cas, qui tous prouvent que la sensibilité réside dans la cinquième paire, le mouvement dans la septième; voilà des faits. Quant au défi porté par M. Gerdy de diagnostiquer d'après une paralysie partielle et isolée, la lésion de tel ou tel nerf, c'est une chose qui se voit tous les jours. (Ici M. Bouillaud cite plusieurs exemples.) Je persiste donc à dire qu'on ne peut prouver par un seul fait le contraire, tandis qu'un grand nombre d'observations tendent à établir cette distinction. C'était à ces faits qu'il fallait répondre, ce que M. Gerdy n'a point fait. Je considère, quant à moi, la question comme résolue.

M. Castel : On a envisagé jusqu'ici cette question d'une manière isolée; on a fait abstraction des altérations générales du système nerveux. Deux faits principaux ont amené cette question : 1° C'est que souvent il y a alternativement perte du mouvement ou du sentiment; 2° Ch. Bell a dit : « Les nerfs rachidiens ont deux racines, une antérieure, une postérieure, la première donnant lieu à des mouvemens lorsqu'on l'irrite; la deuxième à des sensations. » Je ne sais point si l'on peut tirer des conclusions d'un fait peu répété. Ne pourrait-on pas d'ailleurs rendre raison de ce contraste d'une autre manière? Si, par exemple, les deux racines sont parfaitement égales, si elles naissent des mêmes parties, je leur suppose un autre but. Je serais plus porté à penser que la nature a voulu tirer une plus grande somme d'inervation, et; pour cela, qu'elle a distribué dans la moelle épinière plusieurs sources de sensibilité, en faisant naître des nerfs de deux racines.

Quelle confiance mérite le système de Ch. Bell? Il a prétendu que les erreurs des physiologistes sur le système nerveux venaient de ce qu'ils faisaient émaner ou dépendre tous les nerfs du cerveau. Mais n'est-ce point ainsi? Les propriétés des nerfs sont-elles inséparables de l'action du cerveau? Un autre sujet de méfiance contre les idées de Ch. Bell, c'est l'admission d'un troisième ordre de nerfs. Si, à chaque différence, à chaque mode ou degré de sensibilité ou de motilité, il fallait faire correspondre un ordre différent de nerfs, où conduirait cette variété dans les propriétés du système nerveux? Où s'arrêterait-on une fois lancé dans cette voie? La nature est une; la sensibilité est une aussi. Un de nos collègues n'attribue de propriété spéciale qu'aux nerfs des sens; je rejette également cette distinction. Tous les nerfs ont la même propriété, la différence est dans les organes qui les reçoivent. Dans cette discussion, on a considéré les nerfs d'une manière abstraite, c'est là la cause des erreurs dans lesquelles on est tombé. C'est dans les appareils d'organes que consiste la différence de sensibilité, encore une fois, et non point dans les nerfs. Il n'y a point deux causes différentes d'un même phénomène.

M. Gerdy a objecté, relativement aux fonctions attribuées à la cinquième paire, les phénomènes particuliers que l'on a observés à la suite de la section de ce nerf. M. Blandin a répondu à cette objection que ces phénomènes n'étaient eux-mêmes qu'un effet de la perte de la sensibilité. La véritable explication, ce me semble, c'est que le nerf de la cinquième paire étant coupé il n'y a plus de vie dans les parties où se rend ce nerf; or la sensibilité dépend de la vie.

M. Castel reproduit en partie ce qu'il a déjà dit dans une des premières séances de cette discussion relativement à la divisibilité apparente des phénomènes de l'intelligence, à cette espèce d'analyse naturelle des facultés intellectuelles, par laquelle la mémoire est abolie pour certains objets et conservée pour d'autres. Il rappelle à cet égard la différence qui existe entre les substantifs et des qualificatifs, la perte de mémoire ne portant ordinairement que sur les premiers. Ce n'est, dit-il, que le résultat de la diminution de la sensibilité par l'âge.

En définitive la division que l'on veut établir renverse un principe vrai, c'est que la motilité est subordonnée à la sensibilité.

M. Castel regrette, en terminant, que la discusssion sur un sujet aussi important ne soit pas poussée plus loin, et que l'indifférence de l'Académie paraisse obliger à y mettre un terme.

M. Gerdy : Une chose me frappe dans tout le cours de cette discussion, c'est que l'esprit de système jette dans l'erreur les hommes les plus capables. Cet esprit jette dans les sophismes, et c'est par des sophismes en effet qu'on a prétendu détruire tous nos argumens.

Je ne reviendrai pas sur le reproche que m'a fait M. Blandin d'être sorti de la question. La question remonte plus haut que ne le veut faire M. Blandin, elle remonte à la question de la valeur des expériences en physiologie, question soulevée par M. Bouillaud à l'occasion du tournis. Libre à M. Blandin de la circonscrire dans des limites plus étroites, je la prends dans toute son étendue.

J'ai dit que mes adversaires me combattaient par des sophismes : MM. Blandin, Bouillaud et Rochoux rejettent mes observations sous le prétexte qu'il ne s'agit pas de déterminer quelles sont les fonctions de la moelle, mais simplement qu'il y a des nerfs sensitifs et des nerfs moteurs. Il résulte des observations que j'ai citées qu'il y a des lésions sans rapport avec les symptômes; or dans le système ceci n'est pas explicable. Ils disent que ces faits ne prouvent rien; ils prouvent au contraire la fausseté du système. On ne s'est point donné la peine de discuter mes observations une à une, on les a rejetées en masse.

Mais voyez la manière sophistique de raisonner de ces messieurs. Ces faits ne les embarrassent point; les uns sont faux, les autres étrangers à la question, d'autres mal extraits, etc. Cette argumentation est facile. Ils demandent des faits, on leur en cite; ils les nient. M. Blandin quand il ne peut les rejeter s'efforce de les expliquer; mais vous allez voir comment il y parvient : des mouvemens ont-ils lieu par l'excitation des racines postérieures; c'est par réaction. Sont-ils produits par l'excitation des racines antérieures, c'est d'une manière directe. Et la preuve?

La cinquième paire semblable aux nerfs rachidiens, suivant M. Blandin, traverse la protubérance; mais n'est-ce point là une différence notable? Les ganglions différencient les nerfs sensitifs d'avec les nerfs moteurs; mais ce n'est qu'un point dans l'étendue des nerfs. Hors de là où est la différence?

M. Blandin s'est efforcé d'établir une analogie entre l'abolition des sens, la destruction de l'œil sous l'influence de la section de la cinquième paire, et la suspension de la nutrition dans les parties qui reçoivent des nerfs rachidiens, après la section de la racine postérieure de ces nerfs. La différence est sensible, elle est immense, on ne peut établir aucune analogie entre ces deux phénomènes.

J'ai un système. Autre sophisme. Qu'est-ce qu'un système? C'est un principe général qui explique tous les faits qui ont entre eux des ressemblances et des analogies; en un mot, c'est un fait général résultant du rapprochement d'un certain nombre de faits particuliers. Mais je n'ai rien dit qui pût faire supposer que j'aie cherché à expliquer les faits, que j'aie un système. M. Blandin dit que j'accepte le système ancien. Non. C'est une assertion hardie, téméraire.

Un fait exceptionnel, dit-on, ne détruit pas un système; je ne comprends pas. Quand on dit : la section des racines antérieures paralyse le mouvement, celle des racines postérieures paralyse la sensibilité; la colonne antérieure est l'organe de transmission des propriétés motrices; la colonne postérieure, l'organe de transmission de la sensibilité au cerveau, etc.; si je montre que telle colonne peut être détruite sans la destruction des effets qu'on lui attribue, ce fait seul détruit évidemment le système. On dit encore : un fait exceptionnel doit être mis de côté. Oui, si le système est naissant, lorsqu'une seule ou de rares exceptions se montrent, jusqu'à ce qu'on ait pu les classer ou vérifier le système.

Mais quand le système est depuis longtemps établi et que les exceptions sont nombreuses, je dis que ces exceptions le détruisent.

Les concessions qu'on m'attribue n'en sont réellement point. Ce qu'on regarde comme des concessions de ma part, je l'avais dit déjà bien longtemps avant que cette discussion prît naissance. J'ai approuvé en effet en partie les faits relatifs à la cinquième et à la septième paire; mais je n'avais jamais dit que le système était fondamentalement faux. Pour le trouver ingénieux, séduisant, il fallait bien qu'il contînt quelques vérités.

Quant aux quelques différences d'organisation entre les nerfs prétendus moteurs et les nerfs sensitifs, je répondrai que des tissus différens peuvent donner lieu à des phénomènes semblables. Il ne suffit donc point à la rigueur de différences d'organisation pour entraîner des différences de fonctions.

Relativement à la paralysie du nerf palpébral, on a dit que j'avais été dans l'erreur en disant que les paupières étaient écartées, après la section de la septième paire, et l'on a affirmé le contraire. C'est possible. Mais je persiste à dire que j'ai vu dans ce cas les paupières écartées. Il ne faut point dire jamais ni toujours dans de pareilles matières.

M. Bouillaud et M. Blandin ont déclaré être d'accord relativement aux fonctions du nerf facial. M. Bouillaud, qui n'alléguait dans la question que la cinquième et la septième paire, avait intérêt sans doute à se trouver d'accord avec M. Blandin.

Je soutiens donc que hors ce qui est relatif à la cinquième et à la septième paire où il y a vraisemblance, tout le reste est faux, et je cite en preuve les expériences contradictoires et le petit nombre de faits pathologiques cités à l'appui. Des preuves appuyées sur des expériences contradictoires, sur des expériences faites sur des animaux morts, ne sont point des preuves suffisantes. Où sont donc vos preuves péremptoires? Vous n'avez que l'analogie avec les cinquième et septième paires, mais point de preuves directes. Les vivisections sont sans valeur.

Vous dites : Mais expliquez ces faits. Je ne les explique pas; je le répète, je n'ai pas de système. Cependant pour ne point laisser votre demande sans réponse, je ferai seulement quelques réflexions.

Les organes comme tous les corps sont doués de certaines propriétés. Les propriétés des corps sont modifiées par des circonstances sans que ces corps en soient changés. Il en est de même des organes. Ceux-ci même n'ont pas rigoureusement les mêmes propriétés dans toutes leurs parties ou toute leur étendue. J'en citerai un exemple. La langue est sensible à sa pointe et ne l'est point à sa base. Les nerfs lorsqu'ils seraient tous chargés également à la fois du sentiment et du mouvement, pourraient dans certaines circonstances n'être altérés que dans l'une ou l'autre de ces propriétés; les facultés de sentir et de se mouvoir peuvent être altérées isolément l'une de l'autre; mais cet isolement accidentel n'implique point qu'il faille des organes spéciaux pour chacune de ces propriétés; elles se montrent au contraire toujours unies. Chez les animaux inférieurs, partout où on reconnaît la sensibilité, on la reconnaît par le mouvement.

Je ne répondrai point à M. Rochoux qui n'a point fait d'objection sérieuse, ni à M. Dupuy qui a parlé du grand sympathique et qui est sorti de la question. Je terminerai par un mot à M. Bouillaud. M. Bouillaud dit que je voudrais imposer ma pensée. Non, je discute; je fais valoir les motifs sur lesquels je fonde mon opinion, et je combats celle de mes adversaires, mais je n'ai nullement la prétention d'imposer mes convictions à personne.

Il est cinq heures et demie, la discussion est close et la séance est levée.

SÉANCE DU 14 MAI.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

Lettre ministérielle, accompagnée du tableau des vaccinations pour le département de l'Aveyron;

Idem, pour le département de la Loire-Inférieure;
Idem, idem. de la Meuse;
Idem, idem. des Basses-Alpes.

Autre lettre ministérielle, avec envoi d'un rapport sur les eaux minérales. (Renvoyée à la commission des eaux minérales.)

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. le docteur Besaucelle sur le croup et les opérations qu'il réclame.

Recherches sur les maladies endémiques du climat de Londres.

L'ordre du jour appelle la lecture des rapports officiels et de plusieurs rapports arriérés.

M. Blandin demande la parole à l'occasion de l'ordre du jour.

M. Blandin était inscrit pour parler le dernier dans la discussion sur les nerfs. La discussion ayant été close dans la dernière séance après l'heure habituelle de la clôture des séances et en son absence, il demande que le tour de parole auquel il n'a point volontairement renoncé lui soit rendu et que l'Académie lui accorde quelques instans pour terminer une discussion par lui soulevée.

Plusieurs membres appuient la demande de M. Blandin, d'autres réclament l'ordre du jour.

M. Delens propose une dernière séance extraordinaire pour entendre M. Blandin. Cette proposition est adoptée. L'Académie est convoquée en conséquence pour samedi pour la clôture de la discussion.

M. Guéneau de Mussy a la parole pour deux rapports demandés par le ministre du commerce.

ÉLIXIR POUR LES DENTS.

Premier rapport. MM. Sénat et Combaton soumettent à l'approbation de l'Académie un élixir pour les dents et réclament le bénéfice d'un brevet d'invention, en vertu de la loi du 21 germinal an XI. Cet élixir, qu'ils désignent sous le nom d'élixir Sénat-Combaton, est une préparation composée de colophane, d'aloès, de myrrhe, etc., comme la plupart des élixirs anti-odontalgiques, mais dans des proportions différentes. Le rapporteur, après avoir signalé l'inconvénient qu'il y aurait à appliquer la loi des brevets d'invention à des remèdes qui n'ont de nouveau que quelques changemens à des formules déjà connues, propose de répondre 1° qu'il n'y a point lieu à appliquer le brevet d'invention à ce remède, comme n'étant point nouveau; 2° que ce remède peut avoir des inconvéniens, dans un grand nombre de cas, par son action stimulante et donner lieu à des méprises fâcheuses par son usage.

M. Delens voudrait que l'on se bornât à la première partie de la réponse, dire qu'il n'y a point lieu d'accorder des brevets d'invention pour des remèdes secrets.

MM. Adelon et Lodibert appuient les conclusions du rapporteur; elles sont adoptées.

PHÉNOMÈNE EXTRAORDINAIRE.

Deuxième rapport. — M. Guéneau de Mussy a été chargé par le ministre de faire un rapport sur un article de pathologie qui lui a été adressé et qui est extrait d'un journal politique espagnol (Bulletin de Santander). Cet article, qui a pour titre *Phénomène extraordinaire*, rapporte l'histoire d'une femme née en 1775, mariée et ayant eu trois enfans, qui fut prise, en 1808, d'un état paralytique, qui l'a laissée, depuis, dans l'état suivant: elle est couchée immobile dans son lit, les cuisses fléchies et adhérentes avec l'abdomen et les mollets avec les cuisses. Ses sens sont abolis, à l'exception de l'ouïe et de l'odorat. Elle n'a plus pris pour tout aliment depuis cette époque que le pain eucharistique, qu'on lui donne une fois par mois; toute excrétion a cessé; de sorte que cette femme vivrait depuis trente ans avec l'absence du caractère le plus universel de la vie, la nutrition. Lorsqu'un fait dans les sciences naturelles est contraire à toutes les lois connues, ajoute M. le rapporteur, ce n'est pas encore un motif suffisant pour le faire rejeter, s'il réunit toutes les conditions d'un fait bien observé et constaté par les preuves les plus nombreuses et par le témoignage d'hommes suffisamment éclairés. Le fait dont il s'agit ici, publié dans une feuille politique, rapporté par des personnes étrangères à la science et dénué de preuves suffisantes qui en garantissent l'authenticité, ne mérite point qu'on s'y arrête davantage.

NOUVEL APPAREIL A EXTENSION PERMANENTE POUR LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU COL DU FÉMUR.

M. Larrey fait, en son nom et au nom de M. Velpeau, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Blanchet, chirurgien en chef de l'hôpital de Cherbourg, relatif à un nouvel appareil à extension permanente pour le traitement des fractures du col du fémur. Cet appareil, malgré les avantages qu'il peut offrir, ne peut être préféré à l'appareil simplement contentif. Le rapporteur conclut au renvoi du mémoire aux archives, à ce qu'on adresse des remercîmens à l'auteur et que son nom soit inscrit sur la liste des candidats pour les places vacantes de correspondans de l'Académie.

LA SCOLIOSE.

M. Londe : Vous nous avez chargés, M. Thillaye et moi, de vous rendre compte d'un travail de M. Alexandre Sanson sur la scoliose. L'auteur a eu en vue dans ce mémoire d'établir que les déviations de la colonne vertébrale ne reconnaissent pas pour cause unique le rachitisme. Entre autres causes étrangères aux affections du système osseux, il attribue à l'hypertrophie du foie les déviations dont la convexité est dirigée à gauche, et à l'hypertrophie de la rate les courbures dirigées à droite. L'auteur s'attribue à tort le mérite d'avoir le premier signalé d'autres causes des déviations osseuses que le rachitisme. Ce point d'étiologie a été depuis longtemps établi par Delpech, Dugès et bien d'autres chirurgiens et orthopédistes après eux. Quant à la théorie de M. Sanson sur la part que peuvent avoir les altérations du foie et de la rate sur les déviations du rachis, l'auteur présente trop peu de faits à l'appui pour qu'on puisse lui donner un examen sérieux. Ordonner le dépôt du mémoire aux archives et écrire à l'auteur pour l'engager à faire de nouvelles recherches.

APPAREIL POUR LES BAINS A VAPEUR.

M. Chevallier fait, en son nom et celui de M. Honoré, un rapport sur un appareil de M. Duval pour les bains à vapeur. Cet appareil, composé d'une lampe à esprit de vin, d'une petite bassine recouverte d'une sorte de ventouse qui reçoit la vapeur alcoolique et de conducteurs mobiles qui la dirigent sur les diverses parties du corps à volonté, réunit, d'après le rapporteur, à la modicité du prix de chaque bain et du prix de l'appareil lui-même, les avantages d'être simple, d'un très petit volume, et de remplir, en un mot, toutes les conditions qu'on se propose dans les établissemens de bains à vapeur et dans les hôpitaux. Le rapporteur conclut à ce que l'on adresse des remercîmens à l'auteur.

M. Honoré, comme membre de la commission, ajoute que des bains, pouvant être donnés dans le lit même du malade, sans aucun déplacement, seraient très avantageux dans les hôpitaux, où la cherté des appareils en usage et l'inconvénient du déplacement des malades, empêchent de prescrire les bains de vapeur dans un grand nombre de cas où ils pourraient être utilement employés.

MM. Londe, Nacquart, Lodibert, et quelques autres membres, contestent à cet appareil le mérite de la nouveauté et s'élèvent contre les conclusions du rapport.

M. Piorry dit que la commission des hôpitaux, dont il fait partie, a fait depuis longtemps des expériences avec les divers appareils qui lui sont présentés, et que jusqu'à présent la cherté du prix les a presque tous fait rejeter. Les hôpitaux n'ont point encore de bains à vapeur comme on le désirerait. L'administration fait des vœux pour améliorer cette partie du service. Peu importe donc la nouveauté; si l'appareil qui vous est présenté peut être utile et remplit les conditions voulues, il doit être approuvé par l'Académie. J'appuie le rapport.

M. Dubois veut qu'on se borne à constater les avantages de cet appareil, sans l'approuver d'une manière officielle. Il demande une nouvelle lecture des conclusions. Cette demande étant appuyée, M. Chevallier relit les conclusions suivantes :

1° Cet sppareil est ntile en ce qu'il remplit les conditions qn'on se propose dans les établissemens de bains à vapeur.

2° La modicité du prix permet de les employer d'nne manière plus générale, spécialement dans les hôpitanx.

3° L'emploi de l'alcool supplée an charbon on autres combustibles pour la production de la vapeur; rend l'appareil portatif, et n'oblige point les malades an déplacement.

4° Remerciemens à l'anteur.

Sur la propo-ition de qnelqnes membres, on vote sur chaque article séparément.

M. Lodibert propose l'amendement snivant an 1er article : « Cet appareil offrant une modification ntile des appareils connus, peut être utilement employé. » (L'amendement est adopté.)

Les autres articles sont rejetés.

Séance levée à cinq henres nn quart. L'Académie est convoquée pour samedi en séance extraordinaire pour la fin de la discussion sur les nerfs.

CONCOURS

POUR LA CHAIRE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIERE MÉDICALE.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

M. MARTIN SOLON.

DE LA MÉDICATION ANTI-SPASMODIQUE ET DE SES PRINCIPAUX AGENS.

Cette médication a ponr objet la connaissance de certains modificateurs qui régularisent les fonctions dn système nerveux et le ramènent à l'état dynamique normal en faisant cesser le spasme dont il est atteint. Qn'est ce que le spasme? L'orateur remonte aux opinions anciennes, mentionne le strictum et le laxnm de Thémisson, les idées d'Hoffmann et de Cullen, qui, dit-il, ont fait pour le spasme et les anti-spasmodiques ce qu'une doctrine moderne a fait pour l'irritation et les antiphlogistiques. Si le spasme n'est plns admis comme la cause de la plnpart des maladies, l'on ne saurait au moins contester sa fréquence, soit comme symptôme, soit comme état essentiel. Pour appuyer l'idée de cette essentialité, le candidat raconte avec d'inutiles détails l'observation d'une femme qu'il a récemment traitée et dont les spasmes, manifestement idiopathiqnes, cédaient par intervalle à l'usage de l'éther. Après avoir terminé cette longue narration cliniqne, il s'engage dans la pathologie du spasme, reprend sa division en symptomatique et en essentiel, *sine materia*; il fait remarquer que celui-ci peut être snivi dans les différentes branches dn système nerveux abdominal, thoracique, et même jusque dans les portions nerveuses de la vie relative. Il aborde ensuite l'étiologie dn spasme consécutif, dû tour à tour à des causes mécaniques (calculs vésicanx), à une disposition individuelle qui convertit tout en accident nervenx, à l'état pléthoriqne, à la grossesse, à des opérations chirurgicales; M. Martin Solon a vu plusieurs exemples de ce genre dans le service de Dupuytren et cite un cas de tétanos, résultat d'un conp de fouet sur le nerf cnbital; l'autopsie, faite par le candidat, montra la mèche du fouet implantée sur le nerf. Certaines constitntions atmosphériqnes sont marquées par la prédominance de l'élément nerveux; M. Récamier a noté des pneumonies qu'il appelle nerveuses et qui exigeaient d'abord l'emploi des antispasmodiqnes.

La médication antispasmodique prêterait difficilement à nne classification de ses agens, si l'on y faisait rentrer tous les moyens qui peuvent, dans des cas infiniment diversifiés, amener la cessation du spasme; elle comprendrait aussi les moyens moraux et intellectuels, ainsi que bon nombre de substances dénnées de toute propriété et qui agissent comme les moyens moraux. Barbier a dispersé les antispasmodiqnes parmi les excitans; M. Guersant les admet, et M. Martin Solon les maintient en les restreignant. Ils sont directs on indirects, comme les symptômes nerveux sont idiopathiqnes ou symptomatiques.

1° Agens directs. Avec MM. Mérat et Delens, il les partage en deux sections : A. Antispasmodiqnes directs chauds, comprenant les aromatiqnes, les labiées, le camphre, les gommes résines, les gommes fétides, certains produits azotés tels que musc, castoréum, succin, etc. B. Antispasmodiques directs froids; zinc, bismuth, bains tièdes, bains froids, boissons tempérantes. Les révulsifs marquent la transition entre les moyens directs et les moyens indirects. 2° Agens indirects. La saignée, les toniques, les amers, les analeptiques, les ferrugineux, comme dans les cas de débilité avec spasmes (chlorose, chorée); les narcotiques, les solanées vireuses dont l'nsage est si fréquent dans les spasmes de l'appareil respiratoire (asthme, coqueluche), les renonculacées, les anthelmintiques (tétanos verminenx).

Les antispasmodiques diffèrent-ils des diffusibles, des narcotiques? M. Martin Solon insiste sur la nécessité de les séparer de ces denx classes d'agens thérapentiqnes; les narcotiques surtout s'en éloignent par leur action; ils détruisent la faculté de percevoir et déterminent le collapsus; les antispasmodiques restitnent à l'encéphale la pnissance perceptive.

Qnelle est l'action des antispasmodiques sur l'économie? Pour la comprendre, il fandrait pouvoir se rendre compte de la nature du spasme. *Febris solvit spasma*, a dit Hippocrate; cet axiôme contiendrait-il le secret de leur *modus operandi?* Guérissent-ils le spasme par la réaction fébrile, par l'excitation générale qu'ils développent? Le candidat a pn guérir un cas de tétanos idiopathique en déterminant cette réaction par l'emploi simultané de tous les moyens qni la sollicitent; il résume ses idées snr leur mode d'action en cette formule : les antispasmodiques sont des altérans dynamiques du système nerveux. Cette formule nous paraît au-delà de l'observation.

Nous ne suivrons pas M. Martin Solon dans l'exposition des usages des antispasmodiqnes à titre d'agens thérapentiqnes; au lieu de préciser les indications qui convient le praticien à l'emploi de ces médicamens, il s'engage dans l' énnmération de tous les cas de spasme et en développe le traitement sur les bases de la thérapeutique générale, non en vue de l'nsage exclusif des antispasmodiques.

M. SANDRAS.

DE LA MÉDICATION SUDORIFIQUE ET DE SES PRINCIPAUX AGENS.

M. Sandras croit avoir à traiter une question de fait, non de doctrine. Les anciens se sont beaucoup occnpés des suenrs, non chimiquement, mais comme étant des sources d'indications thérapeutiques. On sait la valeur critique qu'ils lenr attribuaient; aussi les appelaient-ils les purgatifs du sang. Dans notre physiologie moderne, il faut se demander s'il existe des sudorifiques tels que les entendaient les anciens, c'est-à-dire agissant comme spécifiques sur les excrétions cutanées? M. Sandras répond négativement; mais, ajoute-t-il, on peut tonjours placer l'économie en des conditions telles que la sueur est produite. Après avoir proclamé la réalité de la médication sndorifique, M. Sandras en étudie *les effets*. Ils sont complexes; le premier phénomène qni s'observe, c'est l'excitation tégumentaire, marqnée par la rougeur, le gouflement, la chaleur; cette excitation précède, accompagne la médication sndorifiqne et se prolonge encore après la suspension de son emploi. Dans les organes intérienrs, la modification est presqne inverse, en verto de la loi de balancement physiologique entre le dedans et le debors. Le système circulatoire subit nne déplétion par une perte de liquide et quelquefois par l'expulsion de matériaux étrangers qui circolent dans le sang. Dans l'un et l'autre cas, la constitution du sang est modifiée. M. Sandras rappelle ici les expériences de M. Eichborn sur les pores sudorifères et la spoliation albnmineuse du sang. En même temps que l'action de la pean est augmentée, les antres exhalations sont diminuées. Les sueurs amènent un autre changement dont les anciens n'ont pas tenn compte, c'est le rétablissement d'une certaine température propre au snjet; elles semblent donc un moyen d'éqnilibration de la caloricité; M. Eichhorn considère le système cutané comme le régulateur de la température humaine et n'assigne pas aux sueurs d'antre bnt que d'aider à cette fonction; auraient-elles pour objet d'éliminer certains sels ou de diminuer la masse des liquides? mais la sécrétion urinaire remplit plus largement ce double office. Enfin un dernier effet de la médication sndorifique, c'est l'état de faiblesse, le collapsus qu'elle laisse après elle et qui suit toutes les grandes dépenses.

Agens de la médication sudorifique. M. Sandras les considère, ainsi qu'il l'a dit, non comme des spécifiques, mais comme des excitans plus ou moins généranx; encore ne méritent-ils le titre de sudorifique qu'à certaines conditions que voici : leur action doit être secondée par ce qu'il appelle le régime sndorifiqne, c'est-à-dire par l'élévation de la température ambiante; le sujet doit trouver soit en lui-même soit au dehors nne suffisante quantité de liquide nécessaire à l'évacuation par les pores sudorifères; il passe ensuite à l'énumération des différens agens : 1° les nns sont de légers stimulans diffusibles, les antres sont absorbés par l'estomac, dissous dans le sang et vont solliciter une voie d'excrétion, soit la pean (ammoniaque, soufre), soit la mnqueuse pulmonaire (camphre), etc.; 2° d'autres ont un principe aromatique ou un principe plus fixe, tonique uni à une certaine quantité de fécule (saponaire, serpentaire de Virginie, gayac, squine, salsepareille, musc, castoréum); la plnpart des agens de cette catégorie sont moins stimulans; M. Sandras a donné le gayac, la squine, la salsepareille à des doses énormes, sous les formes les plus variées, sans amener de sueurs, à moins d'y joindre le régime sndorifique; alors l'action de ces substances se prononce en ce que les sueurs sont plus continues, mieux supportées; 3° certains agens peuvent se ranger autant parmi les toniques que parmi les sndorifiques, tels sont l'orme, l'aunée, la cassia linaea, la racine de bardane, la tige de gratiole, etc. Ces agens créent, par leur action tonique, la *vis à tergo* qui est nécessaire à la production des suenrs; 4° les narcotiques, en certaines conditions, font aussi naître les suenrs; 5° enfin le même effet est obtenu par des médications variées (calomel, antimoniaux, vomitifs, purgatifs, délayans, etc.); bref, la matière médicale presque entière s'englouberait dans la médication sudorifique, si elle n'avait pour expression que cet état où la sueur est produite.

Applications de la médication sudorifique. Elle est employée contre presque toutes les maladies chroniqnes : les guérit-elle en excitant la fièvre, en les ramenant à l'acuité? Pour les maladies chroniques de la peau, on devait s'adresser à cette classe d'agens qui traversent nécessairement la peau, qui y déterminent un travail local, une sorte d'irritation aiguë. On a préconisé les sudorifiques pour activer la marche d'une fièvre exanthématique commençante, dans les fièvres intermittentes vers la fin de l'accès, dans la fièvre quarte avant l'emploi du quinquina, à la fin des inflammations qui ne se résolvent pas, sur le déclin des catarrbes, dans les infiltrations séreuses et daus les bydropisies, etc., etc. Il y a contre-indication à leur usage toutes les fois que l'organe tégumentaire est assez irrité soit localement soit généralement pour que l'excrétion de la sueur ne puisse avoir lieu.

M. COTTESEAU.

DE LA MÉDICATION FÉBRIFUGE ET DE SES PRINCIPAUX AGENS.

Cette médication ne peut comprendre que les agens spécialement dirigés contre les fièvres d'accès; si le mot fébrifuge désignait tous les médicamens employés contre la fièvre en général, comme celle-ci peut être le symptôme de toutes les maladies, toutes les médications rentreraient dans la fébrifuge. Il ne s'agit donc ici que des médicamens anti-périodiques, de ceux surtout qui servent à combattre les fièvres dues à l'émanation des marais. Le candidat définit la fièvre, l'apyrexie, décrit les stades qu'elle présente et dans lesquels il voit, avec M. Récamier : 1° une concentration de forces; 2° une réaction centrifuge; 3° une crise ou détente. Il distingue les fièvres régulières ou bénignes des pernicieuses ou fièvres à symptômes insolites; il indique les formes que revêtent ces dernières, et passe enfin au traitement qui s'applique, soit à l'apyrexie, soit à l'excès même. Ce dernier traitement se règle sur les symptômes dominans; c'est un précepte général que de favoriser toujours la prompte évolution des stades, de hâter toujours la période suivante. Durant le stade algide, bois-

sons diaphorétiques, légèrement aromatisées; bains chauds, bains de vapeur; M. Chomel cite un cas où ce dernier moyen a été employé avec avantage; M. Edwards le regarde comme le plus convenable. Dans la période de chaleur, il faut diminuer le nombre des couvertures, la température des boissons; l'élever, au contraire, quand les sueurs commencent, etc. Traitement de l'apyrexie : convient-il d'attendre une série d'accès avant d'administrer le fébrifuge? Depuis Hippocrate, ce conseil est donné; il a pour but de déterminer le type de la fièvre; quelquefois celle-ci s'épuise sans l'emploi des médicamens; mais dans les pernicieuses, tout retard serait chanceux. Quelquefois une fièvre continue, c'est-à-dire une phlegmasie, débute sous forme d'accès; ceux-ci vont s'aggravant, s'ils masquent une inflammation locale, et s'atténuant, s'ils constituent une fièvre périodique. Le candidat traite ensuite des moyens suivans : 1° la saignée; elle n'est pas utile; la fièvre intermittente produit de l'impaludation, porte en elle un cachet asthénique; 2° les boissons amères, généralement employées; 3° l'émétique, dont l'usage précédait presque généralement, il y a trente ans, celui du fébrifuge; les expériences de M. Bretonneau démontrent qu'après l'emploi préalable d'un émétique ou d'un cathartique, la guérison de la fièvre est plus rapide, la convalescence mieux assurée; 4° les fébrifuges; au premier rang le quinquina. Le candidat en trace l'histoire naturelle, en note les sortes commerciales, assigne à chaque variété ses caractères, reconnait la nullité d'un de ces caractères, qui consiste dans des productions lichenoïdes qui recouvrent l'écorce, etc. Il signale les faux quinquinas, esquisse l'historique de l'introduction du quinquina en Europe, etc. Parmi les travaux dont il a été l'objet, il mentionne ceux de Morton, Lancisi, Sydenham, M. Bretonneau; parmi les adversaires de cette substance, Ramazzini et Baglivi; parmi les chimistes qui s'en sont occupés, Fourcroy, Duncan, Gomez, Vauquelin, Caventou et Pelletier. Ces deux derniers en ont fait connaître les principes actifs; d'après eux, la cinchonine existe seule dans le quinquina gris, la quinine seule dans le quinquina jaune, la quinine et la cinchonine dans le rouge; depuis, on a découvert l'existence de ces deux alcaloïdes dans les deux premières espèces, mais en moindre proportion. Effets produits par son ingestion dans l'estomac; chaleur épigastrique, borborygmes, évacuations alvines, etc. L'absorption de ses principes actifs, charriés avec le sang, peut donner lieu à des symptômes cérébraux, tels que surdité, sensation de compression aux régions temporales, hallucinations de l'ouïe qui perçoit des bruits lointains, etc. Le candidat rapporte, d'après M. Trousseau, l'observation d'une jeune religieuse qu'une dose de 24 grains de quinine jeta dans un état de folie. Parfois l'administration prolongée de ce moyen détermine des douleurs gastralgiques qui persistent longtemps. A quelle dose faut-il prescrire le quinquina dans une fièvre intermittente franche? Torti veut que ce soit immédiatement avant l'accès; Sydenham immédiatement après; M. Cottereau se prononce pour ce dernier mode, se fondant sur ce que son action n'est pas instantanée. Beaucoup de praticiens le donnent à doses réfractées; M. Bretonneau en une seule dose; ce que fait aussi M. Cottereau. L'emploi du médicament doit être prolongé pour les fièvres ordinaires, durant dix jours après la guérison. Tout ce qui précède s'applique au sulfate de quinine comme au quinquina. Dans les fièvres pernicieuses, Torti en prescrit l'administration au commencement de la rémission; Bretonneau au milieu de l'accès, cette dose ne commençant à opérer que vers la fin de l'accès; à ce moment, il faut, selon lui, donner la seconde dose. Les voies d'introduction sont multiples. Le candidat préconise l'administration du fébrifuge par voie d'injection intestinale; il en a lui-même éprouvé d'excellens effets. La méthode endermique présente ici quelques inconvéniens : l'application du sulfate de quinine sur la peau dénudée détermine parfois de vives douleurs; M. Trousseau en a vu résulter une escarre. Les formes pharmaceutiques ont été variées avec plus ou moins de succès; M. Antonini, médecin en chef de l'armée d'Afrique, a employé le sulfate de quinine en pommade, M. Alibert a donné des bains de quinquina. On cite encore ses cataplasmes et ses sachets de quinquina, qui ne peuvent agir que par l'action de la sueur. MM. Mérat et Delens rapportent un cas de guérison de fièvre intermittente, due à l'émanation d'un magasin qui contenait du quinquina. Enfin, M. Rosenstein a guéri la fièvre intermittente d'un enfant, en administrant le sulfate de quinine à la nourrice.

M. BOUCHARDAT.

DE LA MÉDICATION ALTÉRANTE ET DE SES PRINCIPAUX AGENS.

Schwilgué n'admet point les altérans. M. Bouchardat les définit : médicamens absorbés et réagissant d'une manière spéciale, et à la longue sur l'économie tout entière, sans être éliminés par aucune voie particulière. Il les distingue en hygiéniques et en thérapeutiques; ces derniers comprennent l'iode, l'arsenic, le mercure, l'or, l'antimoine, le bismuth; M. Bouchardat y joint le fer, le nitrate de potasse et les alcalis. Quelques-uns d'entre eux (mercuriaux, antimoniaux) agissent aussi comme contro-stimulans. Les principaux altérans se réduisent aux mercuriaux, l'iode, l'arsenic et l'or.

Historique. En 1703, Stahl a publié une dissertation sur les altérans. C'est Paracelse qui en a introduit la plupart dans la pratique. Le candidat essaie une sorte de réhabilitation de ce prince des alchimistes. *Action physiologique.* Les fonctions digestives sont augmentées par l'iode et l'or, diminuées par le mercure; les deux premiers agens constipent; l'arsenic détermine la diarrhée, ainsi que le mercure. La circulation est activée par la plupart de ces agens; absorbés, ils modifient la constitution du sang; les iodures et les mercuriaux, auxquels il faut ajouter l'arsenic à haute dose, en augmentent la liquidité. Le système nerveux est rapidement influencé par l'or, l'arsenic, lentement par le mercure; on connaît l'ivresse *iodique*, les effets du mercure sur les ouvriers qui le manient. On attribue à l'arsenic une influence excitatrice des organes génétaux; tous ces agens produisent la salivation, etc. Les iodures sont rapidement éliminés de l'économie, mais n'ont pas de voie expultrice élective; on en retrouve les traces et dans les larmes, et dans les sueurs, et dans l'urine, etc. Le mercure séjourne plus longtemps dans le corps; on a expérimenté le lait d'ânesses mercurialisées; mais ces tentatives n'ont fourni rien de précis. *Usage thérapeutique.* Les altérans sont employés dans les maladies chroniques, surtout dans celles dites *totius materiæ* (syphilis, scrofules), dans les cas d'infection générale de l'économie; quelques-uns à titre de contro-stimulans. *Théorie de leur action.* Mystère. Agissent-ils en neutralisant la matière morbifique, en modifiant les propriétés vitales? Sont-ils des spécifiques? Mais ceci n'est qu'un mot. Quoiqu'il n'admette pas dans sa rigueur l'axiôme *similia similibus curantur*, M. Bouchardat penche néanmoins à rendre compte de l'efficacité des altérans par une sorte d'action substitutive, homéopathique; l'agent médicamenteux se substitue à l'agent morbifique. Du reste, l'axiôme fondamental de l'homéopathie émane, non d'Hahnemann, mais de Paracelse. M. Bouchardat rappelle la sortie de Paracelse contre les humoristes et pense que beaucoup de vérités sont cachées sous le manteau astrologique dont Paracelse couvre l'explication des maladies. Il passe ensuite à l'étude spéciale des principaux altérans, rangés en quatre groupes, à savoir, les préparations iodurées, arsénicales, aurifères, mercurielles, rappelle les principaux travaux dont ces agens ont été l'objet, essaie d'établir les indications de leur emploi en médecine. Ce dernier point n'est pour lui, comme pour les autres concurrens pharmaciens, qu'une affaire de citation; l'appréciation pratique manque à cette partie de sa leçon.

M. BAUDRIMONT.

DE LA MÉDICATION ANTIPHLOGISTIQUE ET DE SES PRICIPAUX AGENS.

Inflammation, phlegmasie, sont des mots fort anciens dans la science, mais qui désignaient une classe de maladies mal circonscrites, ainsi que le prouve l'article Inflammation du Dictionnaire des sciences médicales. Depuis, un homme d'un génie immense s'est emparé de ce sujet et a fait rentrer dans les limites de l'inflammation la plupart des maladies. Mais est-elle admissible à titre de cause première de toutes les maladies? Le candidat s'engage dans la discussion de cette thèse; il se demande si nos organes, d'une structure si diverse, s'enflamment d'une manière identique? S'il se peut qu'à chaque organe ne soit dévolu qu'un seul mode pathologique? Non, la vitalité est diminuée, augmentée; de plus, elle peut être pervertie. A l'appui de ces principes, il cite les épanchemens séreux, l'angine plastique. Vient ici une digression sur les élémens anatomiques de la peau; de leur diversité, il déduit celle des affections propres à cette enveloppe. En émettant ces idées, le candidat n'entend pas attaquer Broussais, dont la doctrine est nationale, universelle : « Il est glorieux pour nous, s'écrie M. Baudrimont, que ce grand homme, que ses idées soient nées chez nous! »

Le candidat se félicite de la question qui lui est échue, car elle lui permettra de compléter l'exposition du plan qu'il croit devoir appliquer à l'enseignement de la thérapeutique. Au point de vue physiologique et pathologique, les organes peuvent se diviser en deux groupes : 1° ceux qui sont répandus partout, tissu nerveux et tissu vasculaire; 2° ceux qui sont circonscrits, tissus muqueux, séreux, etc. Il rappelle une proposition qu'il a déjà émise, à savoir, que les modificateurs sont à la fois thérapeutiques et pathogéniques et cherche à la vérifier par des séries disparates de faits empruntés à la pathologie et à la thérapeutique des organes qu'il a partagés en deux groupes. Nous regrettons de ne pouvoir donner de cette partie de la leçon de M. Baudrimont qu'une idée confuse; mais ce n'est point notre faute.

Passant à la médication antiphlogistique, il la divise en générale et en locale, parallèlement à l'inflammation des tissus généraux et des tissus circonscrits.

1° Médication générale. Il range au nombre de ses moyens la saignée, les narcotiques, l'eau, les sudorifiques, les antispasmodiques, la diète, le repos. Les détails qu'il donne sur ces différens moyens sont très laconiques; il note dans la saignée la soustraction de l'excitant normal le plus puissant de l'économie, et quand le sang est enflammé, la soustraction, pour ainsi dire, de l'inflammation elle-même. Au sujet du cataplasme appliqué sur un point du corps, il admet une action d'exosmose et d'endosmose; le liquide le moins dense, c'est-à-dire la sérosité du sang, se porte par transsudation vers le liquide le plus dense, c'est-à-dire, le cataplasme; de là la sueur et la production de l'acide acétique à la surface du topique. Cette explication nous a paru curieuse.

2° Médication locale. Le principal agent de cette catégorie est la sangsue. Il insiste sur l'erreur des praticiens qui croient opérer une déplétion locale en appliquant, dans le cas de gastro-entérite, des sangsues sur le ventre; elle n'est que révulsive, car la déplétion s'opère par un trajet très indirect. Il indique comme moyens antiphlogistiques locaux les vomitifs et les purgatifs dans les cas d'embarras saburral; il parle des petites saignées révulsives faites loin du siége du mal, des ventouses, des vésicatoires. Le meilleur antiphlogistique dans les cas de présence de corps étrangers, c'est l'extraction de ces corps; dans les cas d'inflammation par refroidissement, l'application de la vapeur d'eau chaude; dans les inflammations internes par délitescence, il faut rappeler l'éruption, etc., etc. Il examine ensuite les indications fournies par les conditions d'âge, de sexe, de tempérament, par le siége de la maladie, par l'époque de son invasion, etc.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 21. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 25 MAI 1839.

Gazette Médicale
DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé et Clinique des hôpitaux réunies*) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE SPÉCIALE.

MÉMOIRE SUR LES DIFFÉRENTES VARIÉTÉS DU PIED-BOT CONGÉNITAL, DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA RÉTRACTION MUSCULAIRE CONVULSIVE; présenté à l'Académie des sciences, le 18 mars 1839, par M. le docteur Jules Guérin.

J'ai cherché à établir dans mon mémoire sur l'étiologie générale des pieds-bots congénitaux que cette difformité est le résultat de la rétraction musculaire convulsive. J'ai posé comme conséquence de ce principe, que les différentes variétés anatomiques du pied-bot sont le résultat et l'expression de la rétraction musculaire, siégeant dans tels ou tels muscles, et par conséquent des manifestations variées de cette seule et même cause. C'est au développement et à la démonstration de cette proposition que sera consacré ce mémoire.

On connaît jusqu'ici dans la science quatre variétés anatomiques du pied-bot congénital : le pied-bot *équin*, le *varus*, le *valgus* et le *talus*. Ces quatre formes primitives sont en outre susceptibles de se combiner entre elles, et de produire par leur combinaison des variétés secondaires ou d'association. Si la doctrine étiologique de la rétraction musculaire est vraie, elle doit rendre compte de la formation, non-seulement de chacune de ces variétés du pied-bot, considérées en général, mais encore des divers élémens dont chacune d'elles se compose, et des caractères qui lui sont propres. De plus, elle doit mettre en lumière les autres particularités et accidens de forme qui n'avaient pas été reconnus précédemment, et les faire ressortir comme d'eux-mêmes, d'une étiologie rigoureusement fondée, s'exerçant au-delà du domaine de l'observation empirique. Les formes morbides sont en effet mieux déterminées par la connaissance plus intime des causes, et celles-ci mieux établies par la détermination plus rigoureuse des formes.

Feuilleton.

NOTE A CONSULTER SUR LA STATISTIQUE MÉDICALE DE STRASBOURG, PAR M. FORGET, PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE CETTE VILLE (1).

Si la pathologie n'est que l'assemblage systématique des faits individuels et pour ainsi dire la somme des unités morbides, l'hygiène publique se déduit des conditions que présentent les groupes de la population d'un pays, les circonscriptions territoriales elles-mêmes. Chaque cité, entourée d'un archipel de localités subalternes, telles que villages et bourgs, fournit à l'hygiène publique des indications qui, combinées avec celles des autres villes, conduisent à des lois générales. L'étude médicale des grandes localités n'est pas encore comprise dans toutes; on a tracé nombre de topographies médicales, et l'on a cru avoir tout fait en décrivant l'habitus général des villes, en comptant les rivières et ruisseaux qui les traversent, en esquissant avec des traits empruntés de toutes parts leurs conditions géologiques, atmosphériques, architecturales. Il est un autre travail dont la science peut espérer davantage et que peu de praticiens, dispersés dans nos provinces, ont souci d'entreprendre et surtout de poursuivre avec l'intelligente opiniâtreté qu'il réclame. Il consiste à suivre à travers une longue série d'années les phases pathologiques d'une population circonscrite dans une même enceinte, subordonnée à l'action persévérante des mêmes agens extérieurs; à noter les oscillations de la santé publique avec la même fidélité que le physicien mesure les dépressions du tube à mercure; à décomposer par une analyse souvent répétée les élémens de l'hérédité morbide dont l'expression se modifie dans chaque province; à étudier les transformations des maladies à travers les saisons et les périodes cliniques; à marquer sur chaque échelon de la société le mode et le niveau du travail pathogénique; à compter avec la mort pour faire sortir des chiffres funéraires les plus impérieux enseignemens de l'hygiène et de l'humanité : voilà une noble tâche offerte au zèle des praticiens hospitaliers de la province, et qui n'a pas encore tenté un assez grand nombre de ces ambitions exilées qui se lamentent loin du grand foyer de l'activité parisienne, accusant l'insuffisance de leur position et les fatalités de la centralisation. Que l'on imagine cent, deux cents médecins se livrant, durant une période de dix ans, sur tous les points de la France, à ce vaste et fécond travail; qu'ils soient animés d'une pieuse ferveur de vérité; et que l'on se représente l'ample moisson de faits et d'indications qui sortira par l'analyse de leurs matériaux classés, comparés, discutés, commentés!... Que l'on suppose cette œuvre de vérité locale se répétant de dix en dix ans, durant le laps d'un siècle, et que l'on nous dise si la médecine n'aura pas gagné autant à cette organisation du travail médical qu'à cette besogne de détails et d'exiguités qui bourdonne autour de nous. Je ne sais si la science peut se promettre

(1) Lue à la séance publique annuelle de la société des sciences et agriculture du Bas-Rhin.

§ I. — DU PIED-BOT ÉQUIN.

La forme caractéristique du pied-bot équin consiste dans un certain degré d'extension permanente du pied sur la jambe, sans renversement et sans adduction, ni abduction anormale, le sujet s'appuyant sur la partie extrême de l'avant-pied. L'analyse physiologique des mouvemens du pied, l'examen de cette variété du pied-bot dans ses élémens, dans sa marche, ses différens degrés, ses diverses transformations, dans ses caractères anatomiques propres, montre également qu'elle est le résultat de la rétraction musculaire. Du reste, je dois dire immédiatement que la même méthode de vérification sera appliquée à toutes les variétés du pied-bot; leur commune origine ressortira de l'analyse physiologique des mouvemens du pied, dont elles ne sont que des formes permanentes; de l'examen de chacune d'elles dans ses élémens constitutifs, aux différentes phases, aux différens degrés de son développement, et de la considération des caractères immédiats des muscles rétractés.

Que se passe-t-il dans la forme la plus simple du pied-bot équin? L'extension du pied sur la jambe; c'est-à-dire la forme permanente du mouvement dans lequel les muscles du mollet se contractent, se raccourcissent et élèvent le calcanéum qu'ils rapprochent ainsi de leur point d'insertion supérieure. C'est là évidemment l'expression d'un mouvement physiologique, déterminé par le raccourcissement permanent des muscles qui produisent temporairement la même forme par leur raccourcissement ou contraction temporaire. Voilà un premier fait acquis. Mais le pied équin n'est que rarement simple, c'est-à-dire borné au seul fait de l'extension du pied sur la jambe. Il est presque toujours composé (1); c'est-à-dire renfermant d'autres élémens qui lui sont communs avec la plupart des variétés de la même difformité, et dont l'ensemble doit être éclairé par la même étiologie. Ainsi j'ai signalé, parmi les caractères généraux du pied-bot, le raccourcissement, l'élargissement, la voussure du pied : ces caractères ne sont nulle part aussi bien accusés que dans le pied équin composé, à tel point que dans certains cas ils existent même alors que la rétraction est à peine prononcée dans les muscles du mollet. J'ai rapporté des cas de double pied-bot dans lesquels ce premier et principal élément de l'équinisme manquait d'un côté, quoique le raccourcissement et l'élargissement du pied, la voussure du tarse et le rebroussement ou l'écartement des orteils fussent aussi marqués que sur l'autre pied, qui offrait, outre la réunion de ces caractères, une très forte élévation du talon. Suivons ces divers élémens du pied équin dans les différentes phases, dans les différens degrés de son développement.

Au premier degré du pied équin composé, il n'y a d'abord qu'un léger défaut de longueur des muscles formant le tendon d'Achille. Au repos, le pied forme encore l'angle droit avec la jambe, et le talon touche le sol. Mais la flexion du pied sur la jambe ne peut aller au-delà. L'impossibilité de cette flexion rend la marche gênée, difficile; le sujet ne peut tourner

(1) J'ai admis pour chaque variété du pied-bot la même distinction en *simple* et *composé*, suivant que la forme caractéristique de la variété existe seule, ou suivant qu'elle est associée aux formes multiples qui sont communes à toutes les variétés du pied-bot. J'ai établi un *équin simple* et un *équin composé*; un *varus simple* et un *varus composé*; un *valgus simple* et un *valgus composé*, etc.

sur le talon sans perdre l'équilibre et tomber en arrière. Déjà, à ce degré, il est impossible de méconnaître la rétraction des muscles jumeaux et soléaires; car ils sont tendus et ne permettent, quelque effort que l'on fasse, aucun mouvement de flexion au-delà de l'angle droit. On ne peut attribuer ce premier degré de la difformité à une position du fœtus dans la matrice, puisque le pied est articulé à angle droit avec la jambe, c'est-à-dire qu'il offre le rapport normal. La tension des muscles du mollet et l'obstacle qu'ils opposent à tout mouvement de flexion du pied sur la jambe accusent donc déjà la véritable cause de la difformité. A ce degré aussi le pied équin est généralement plus court; il est voûté, et, pour peu que le sujet soit avancé en âge, on peut voir à la surface plantaire deux fortes callosités répondant, l'une au talon, l'autre à la partie moyenne de l'avant-pied, résultant toutes deux de la pression habituelle de ces points trop en saillie contre le sol. Or, d'où naissent ces différens élémens? Premièrement, pour l'élévation, ou du moins pour la fixité du talon, d'un certain degré de rétraction des muscles formant le tendon d'Achille; secondement, d'une somme quelconque de rétraction des muscles qui se rendent à l'extrémité du pied par sa face plantaire, tels que les long et court fléchisseurs communs des orteils, le fléchisseur du gros orteil, peut-être encore quelques-uns des muscles accessoires; voilà pour la voussure. Pour le raccourcissement : les muscles dorsaux du pied, les extenseurs communs des orteils, l'extenseur propre du gros orteil. L'axe longitudinal du pied, retenu entre ces deux puissances des muscles dorsaux et plantaires, dont il est la résultante, ne peut s'allonger; de là la voussure et le raccourcissement. L'examen attentif du pied sur le vivant, et les dissections établissent matériellement ce fait. Sur le vivant, on observe dans le plus grand nombre des cas, que les orteils sont tout à la fois étendus et fléchis sur le métatarse; élevés d'abord sur les métatarsiens, puis fléchis de manière à ce que leurs extrémités libres dépassent à peine le métatarse qui rebondit en avant et se trouve presque dans le même plan vertical que ces dernières. Je possède des exemples dans lesquels le métatarse dépassait même l'extrémité libre des orteils. La cause de cette disposition est mieux appréciée encore quand on cherche à allonger les orteils : on voit aussitôt les tendons des extenseurs saillir sous la peau. Cette disposition ne peut être attribuée à l'exercice de la marche sur l'extrémité du pied; car on l'observe sur des fœtus et sur des sujets qui peuvent encore maintenir le pied à angle droit sur la jambe, et par conséquent appliquer sa face plantaire contre le sol. Il arrive, d'ailleurs, comme je l'ai déjà dit, que la rétraction ne s'étend pas uniformément à tous les muscles; que les uns sont plus rétractés, les autres moins : que d'autres de la même catégorie ne le sont pas du tout; cette variété dans les degrés et dans les résultats de l'action de la cause n'en fait que mieux ressortir le caractère essentiel. Il faut le dire encore, par cela même que la rétraction peut occuper inégalement, simultanément ou séparément tous les muscles du pied, il s'ensuit qu'il y aura autant de modifications, sinon de variétés de la difformité qu'il y aura de combinaisons dans les applications de sa cause. En me bornant à faire l'histoire des variétés admises du pied-bot, je ne renonce pas à signaler les divers accidens de forme qui composent l'entourage du caractère principal de la variété. Ainsi, sous ce rapport, il y a, comme je l'ai déjà dit, des pieds-bots équins avec rétraction des muscles du mollet seulement, d'autres avec rétraction des fléchisseurs et des extenseurs; d'autres encore avec rétraction de tous les muscles du pied; mais à des degrés tels que la forme dominante et carac-

---

autant d'avantages de cette coalition laborieuse des esprits, que l'industrie en a trouvé dans l'association des forces mécaniques; mais, ce qui nous frappe, c'est la stérilité des efforts isolés que mille intelligences, gravitant chacune dans son orbite, répètent sur tous les points de la médecine. Une puérile tradition, qui n'est que l'entraînement de notre instinct imitateur, nous retient dans une voie monotone de descriptions individuelles, de rhapsodies cliniques, de redites banales; il nous advient de tous les coins du globe des observations en bonne et due forme, avec un merveilleux luxe de menus détails; mais qu'en reste-t-il, et leur principal mérite ne se borne-t-il point à défrayer les exigences de la publicité périodique? La division du travail en médecine, le fractionnement de l'observation, la circonscription étroite des recherches, et par suite l'infirmité des conclusions, ce sont là, à notre sens, de graves obstacles au progrès. L'ère de l'individualisme médical nous paraît toucher à son terme. Il ne s'agit pas d'atteler les esprits au véhicule d'une utopie; mais il faut inaugurer une méthode plus large, établir des jalons, tracer une route où, lancés chacun selon sa propre force de projection, ils concourent au même but, nonobstant les les détours, les écarts des uns, les lenteurs des autres. S'attacher au sol médical où l'on pratique est une première condition, et l'association des esprits se trouve ainsi déterminée par les hasards mêmes de leur dissémination à travers les départemens. Une certaine étendue de la terre nationale, avec sa masse d'air, ses courans d'eau, ses accidens de configuration, son revêtement végétal et ses productions que résume en elle la population elle-même, voilà le patrimoine des cliniques locales. L'observation en exprimera les nuances, creusera les causes spéciales qui sévissent dans cette limite, suivra en un mot la marche que nous avons indiquée. Ne semble-t-il point que la médecine ait subi l'influence du mouvement unitaire et centralisateur qui a caractérisé la politique rénovatrice de la France de 89? Les institutions provinciales, les formes multiples que revêtait le pouvoir sur les différens points du pays, ont disparu sous le niveau du système administratif que la révolution a implanté sur toute l'étendue du sol et qui a fondé cette puissante et magnifique unité, source et garantie tout à la fois de notre prépondérance. Et de même s'est nivelé le travail médical; l'idée qui naît à Paris ment les intelligences jetées sur la frontière extrême du pays; même forme encadre leurs conceptions, même langage les énonce. La France médicale présente la même unité que la France politique; la science, reine à Paris, a ses préfets dans les départemens, et les savans qui y vivent dispersés ne ressemblent pas mal au peuple de fonctionnaires qui attendent de la capitale le signal de leurs mouvemens quotidiens.

C'est donc avec une sorte d'espérance que nous enregistrons dans nos colonnes bibliographiques une production éclose à Strasbourg, et qui dénote une tendance conforme à nos vues sur l'avenir de la médecine. Ce sont quelques pages seulement, mais en vérité nous leur consacrons volontiers un article, comme s'il y avait tome et volume; il nous arrivera parfois, dans nos comptes-rendus, de convertir une brochure en livre, et de réduire le gros livre en brochure : métamorphose équitable dont le labeur retombe sur le critique, quand l'auteur n'a pas eu le courage ou l'esprit de se l'imposer.

M. Forget a résumé en quelques pages les résultats obtenus à la clinique de la Faculté de Strasbourg, depuis que cet enseignement est confié à son talent; après un exercice de trois ans révolus sur ce théâtre officiel, il a voulu dresser l'inventaire des succès et des échecs qui en ont marqué les phases; il s'est ap-

téristique de l'équinisme, l'élévation du talon, continue à être le fait le plus apparent de la difformité, au milieu des différentes combinaisons de relief et de dépressions accessoires répondant aux différens muscles et tendons envahis par la rétraction musculaire.

A mesure que cette variété du pied-bot se développe, les mêmes élémens suivent parallèlement la même marche. D'un côté, c'est le raccourcissement des muscles du mollet, qui augmente incessamment sous l'influence de l'arrêt de développement consécutif, et élève de plus en plus le talon; de l'autre, ce sont les muscles extenseurs et fléchisseurs des orteils qui retiennent de plus en plus les orteils et augmentent l'excavation de la face plantaire, au point quelquefois de replier le pied sur lui-même en attirant l'avant-pied sous le talon. C'est ce qui arrive au degré extrême du pied équin. Quelques personnes ont voulu faire de ce degré une nouvelle variété du pied-bot, parce qu'elles ne connaissaient pas la liaison qui existe entre ces deux phases du même fait pathologique; et parce qu'elles ignoraient que l'arrêt de développement consécutif des muscles rétractés ajoute incessamment ses résultats aux premiers effets de la rétraction immédiate. Le retrait de l'avant-pied sous le talon, le sujet marchant sur la face dorsale du tarse, est le produit de ces deux élémens successifs de la même cause, et de l'exagération de leur action sur les extenseurs du pied et les fléchisseurs des orteils. C'est, en un mot, le degré extrême du raccourcissement des muscles, qui, à un degré d'action moindre, déterminent la voussure du pied; et le retrait de l'avant-pied l'exagération de cette voussure, c'est-à-dire d'un caractère primitif du pied équin. Cette succession de degrés de la même variété est constante : les sujets qui m'ont offert des pieds-bots postérieurs avaient d'abord présenté le pied équin ordinaire; et j'ai pu suivre dans certains cas le passage imminent du pied équin extrême au pied-bot postérieur. Cette transformation ne peut d'ailleurs être mise sur le compte de la marche et du poids du corps, quoique à vrai dire son développement, dans certains cas, puisse être hâté par ces influences; la cause efficace, suffisante du pied-bot postérieur est la rétraction des muscles longs et courts fléchisseurs des orteils : j'ai pu en acquérir la preuve directe en l'observant d'emblée sur un nouveau-né.

Le raccourcissement et l'élargissement du pied n'augmentent pas toujours dans la même proportion. Ces caractères résultent en effet d'un travail moins sensible, moins extérieur, moins actif, quoiqu'il soit évidemment lié aux mêmes influences. Disons encore que les muscles dont la rétraction entrave le développement du pied en longueur sont eux-mêmes susceptibles d'éprouver toutes les nuances, tous les modes, tous les degrés de la rétraction, depuis le simple raccourcissement immédiat, sans arrêt de développement ni paralysie manifestes, jusqu'au raccourcissement extrême, avec arrêt de développement ou paralysie proportionnels. Est-il nécessaire de montrer comment l'élargissement du pied est une conséquence naturelle de son raccourcissement et de sa voussure? Les parties qui sont gênées dans leur développement longitudinal et comme bridées par les obstacles musculaires donnent au diamètre transversal les élémens qui n'ont pu s'ajouter au longitudinal. C'est là un fait de balancement soumis à une loi qui régit des faits bien plus importans, bien plus généraux, et dont il est à peine nécessaire de rappeler l'existence.

L'inspection des muscles de la jambe et du pied aux différens degrés du pied équin ajoute de nouveaux élémens à la détermination qui précède: Dès le premier degré, le mollet est plus petit, plus court, placé plus haut que dans l'état normal. Ces particularités sont surtout sensibles lorsque le sujet n'est atteint de pied-bot que d'un seul côté. A cette même époque, ou sent déjà les bords des muscles jumeaux et soléaire, tendus comme des arêtes dures, résistantes, qui révèlent le passage du muscle à l'état fibreux. Ces caractères sont bien plus manifestes à mesure qu'on les observe à des degrés plus avancés de la difformité, où le talon ne touche plus le sol, jusqu'au moment où le pied est entièrement confondu dans l'axe de la jambe. Alors il devient impossible de ramener le pied à angle droit sur la jambe; le mollet se montre de plus en plus réduit, aplati, de plus en plus dur, de plus en plus élevé, quand tout relief charnu n'a pas entièrement disparu. La dureté fibreuse de ses bords et même de sa totalité dans certains cas dénote l'existence de la transformation fibreuse presque complète, liée comme je l'ai établi, à une tension ancienne et continue. Ce fait de la déformation, du raccourcissement, de la transformation fibreuse du mollet, sur lequel j'avais déjà insisté dans mon précédent mémoire, est trop significatif pour avoir besoin de commentaires. Il suffit de faire remarquer que dans la rétraction c'est la partie charnue qui se raccourcit, tandis que la portion tendineuse ne participe qu'au raccourcissement consécutif de l'arrêt de développement; or, la rétraction du mollet, son exhaussement, sa courtesse, sa dureté, ne sont-ils pas à toutes les époques et à tous les degrés du pied-bot des témoignages permanens de la rétraction musculaire primitive? Cette induction, qui ressort si évidemment de la simple inspection des formes extérieures sur le vivant, est bien plus légitimée encore par l'état des tissus après la mort. Je rapporterai dans un autre travail un grand nombre d'observations anatomiques faites sur des monstres, des fœtus et des adultes, portant des pieds-bots à différens degrés; il résulte de ces observations que toujours, dans le fœtus, même âgé de quatre à cinq mois seulement, les muscles qui sont le siége de rétractions prononcées offrent plus ou moins les caractères de la transformation fibreuse. J'ai parlé spécialement des muscles du mollet parce qu'eux seuls sont bien appréciables sur le vivant, et parce qu'ils sont les plus exposés aux tractions fortes résultant du poids du corps sur le pied, et par conséquent plus soumis aux conditions de la transformation fibreuse. Toutefois j'ai vu, dans les cas extrêmes, cette transformation manifestée dans la généralité des muscles qui prennent part aux différens élémens du pied équin.

En présence de cette analyse de chaque élément, de chaque phase, de chaque degré du pied équin, est-il possible de méconnaître les résultats de la rétraction et de l'arrêt de développement consécutif des muscles? Continuons la même application aux autres variétés du pied-bot.

§ II.—DU PIED-BOT VARUS.

Le caractère essentiel du pied-bot varus est le renversement du pied sur sa face externe. Ajoutons immédiatement que cette variété n'est presque jamais simple, et qu'elle s'allie, dans la grande majorité des cas, à un certain degré d'équinisme. De cette alliance résultent deux sous-variétés: l'*équin varus* et le *varus équin*, suivant que la forme équin ou varus prédomine.

J'ai donc à examiner trois formes principales du pied-bot varus: le *varus* proprement dit, l'*équin varus* et le *varus équin*.

A. VARUS SIMPLE. Le varus proprement dit est rare : sur plus de 400 pieds-bots, je ne l'ai observé que sept fois; il consiste dans le renverse-

---

pliqué lui-même, avec candeur et franchise, la sévère épreuve de la statistique. Mais, hâtons-nous de l'ajouter, M. Forget n'a point le fanatisme des chiffres; il ne se contente point de cette arithmétique étroite qui entasse les nombres, additionne, multiplie, divise et condense ses feuilles d'observations en un registre de comptabilité; il remonte aux causes des résultats qu'il énumère, il les trouve dans les nuances organiques de la population qu'il manie, dans les conditions du climat de l'Alsace, dans celles qui sont propres à la ville de Strasbourg, dans les imperfections du système hospitalier qui y domine; sous ce dernier rapport, le mémoire de M. Forget porte un caractère d'opportunité; il vient s'ajouter aux documens importans publiés par la commission médicale de Paris, pour accuser les vices de l'institution nosocomiale en France. C'est une étrange lacune dans notre économie sociale que l'absence d'une législation uniforme sur les établissemens destinés au traitement des indigens malades; plus on y réfléchit, moins on comprend l'incurie du pouvoir central; nous savons bien que la plupart des hôpitaux se soutiennent par des ressources qui leur sont propres, et s'ils ne constituent des fondations spéciales, rentrent dans le cercle du municipe; mais cette espèce d'indépendance de ces fondations a servi jusqu'aujourd'hui d'égide protectrice aux abus de toute nature; l'hôpital de Strasbourg, enrichi par des legs nombreux et possédant son administration particulière, est un de ceux qui sont restés le plus engagés dans les routines du passé; mais avant de signaler dans ses imperfections l'une des causes les plus flagrantes de la mortalité qui y règne, présentons au lecteur les résultats de la pratique de M. Forget; il divise son opuscule en deux parties; la première est consacrée à la statistique des maladies, la seconde à celle de la mortalité.

Le service de M. Forget se compose de deux salles contenant ensemble cinquante lits destinés par nombre égal aux malades des deux sexes. Ces deux salles ont reçu, dans l'espace de trois ans, 1,325 malades; sur 781 dont le sexe est noté, se trouvent 384 hommes et 359 femmes; M. Forget classe ensuite les 1,325 maladies qu'il a traitées, selon les appareils auxquels elles se rattachent; cette base d'analyse clinique nous paraît peu satisfaisante; la considération qui importe le plus à la médecine pratique, c'est moins celle du siége que de la nature même des affections. Sans doute il est utile de vérifier par le calcul dans quelle mesure de fréquence sont affectés les principaux organes de l'économie, surtout si l'on rapproche de cette donnée celles qui sont fournies par l'âge, la saison, etc. Mais c'est surtout par la nature des maladies, par leur modalité que se prononce l'influence sommaire du climat et des conditions locales. Il est des formes symptomatiques qui sont plus familières dans une province que dans une autre; le groupement anatomique des faits observés ne contribue guère à les mettre en lumière; les endémies se caractérisent bien plus par l'ensemble des phénomènes morbides qu'elles manifestent, que par les organes dont relèvent ces symptômes. Quoi qu'il en soit, voici l'ordre de fréquence d'après lequel les maladies observées par M. Forget se sont réparties entre les principaux appareils : sur les 1,325 cas, il y a eu 386 affections de poitrine, à savoir :

89 pneumonies;
129 bronchites (rhumes) aiguës ou chroniques, compliquées ou non de tubercules, etc.
128 phthisies pulmonaires confirmées.

ment du pied sur sa face externe, la face plantaire devenant plus ou moins verticale et regardant plus ou moins en dedans. Cette forme simple est évidemment encore la représentation permanente d'un mouvement normal du pied, et le résultat de la rétraction des muscles qui exécutent ce mouvement à l'état physiologique. Ces muscles sont en premier lieu le jambier antérieur et le jambier postérieur; secondairement, les muscles jumeaux et fléchisseurs des orteils. On peut s'assurer de la justesse de ces indications, en appliquant le doigt sur le trajet des muscles jambiers antérieur et postérieur, et sur le tendon d'Achille, pendant qu'ils effectuent le renversement du pied sur sa face externe. Cette observation pourrait suffire à la rigueur, mais le point de physiologie qui lui sert de base et qui doit fournir de nombreuses applications aux différentes variétés du varus n'ayant pas été suffisamment éclairé jusqu'ici, je crois devoir m'y arrêter un instant.

Je dis que le renversement du pied sur sa face externe résulte de la contraction du jambier antérieur, du jambier postérieur, des muscles du mollet et des fléchisseurs des orteils. Ce fait est établi à la fois par les dispositions et la direction des surfaces articulaires, par l'insertion des muscles et le sens de leur action pendant le mouvement dont il s'agit.

Relativement aux surfaces articulaires, il convient de noter séparément les rapports de l'avant-pied avec l'astragale, au moyen du scaphoïde, avec le calcanéum, au moyen du cuboïde, et ceux du pied postérieur ou du calcanéum avec l'astragale.

Scarpa a démontré, d'après Wentzel (1), que dans le renversement du pied sur sa face externe produit par le pied-bot, l'astragale ne participe point à l'inclinaison du pied, et reste complètement dans sa position normale, par rapport aux malléoles. La réalité de ce fait, dans un grand nombre de cas, méconnu jusque-là, a fait tomber cet illustre anatomiste et tous ceux qui ont décrit le pied-bot d'après lui dans une autre erreur. Ainsi, il n'est pas exact de dire que l'astragale n'éprouve aucun déplacement : indépendamment du renversement véritable qu'il éprouve quelquefois, contrairement à ce qu'ont dit Scarpa et tous ceux qui l'ont copié, l'astragale subit encore un autre déplacement fort remarquable, et qui consiste dans un mouvement de rotation sur son axe vertical, en vertu duquel sa face interne tend à regarder en avant, et sa face externe en arrière. Comme il est maintenu, enclavé entre les deux malléoles, il les entraîne avec lui et leur fait subir le même déplacement, en sorte que la malléole interne tend à devenir antérieure, et l'externe postérieure. Scarpa avait entrevu ce déplacement des malléoles, mais il l'avait noté comme une apparence résultant seulement de la flexion de l'avant-pied en dedans. Or, ce déplacement est bien une réalité dont l'existence sera facilement établie, et ce qui l'a fait méconnaître, c'est qu'en même temps que l'astragale obéit au mouvement de rotation dont il s'agit, le scaphoïde en éprouve un autre en sens inverse. Quoi qu'il en soit, je ne veux noter pour le moment que les rapports et les directions des surfaces articulaires employées au renversement de l'avant-pied avec la circonstance de la rotation de l'astragale dont je viens de parler.

(1) La plupart des auteurs ont attribué cette observation à Scarpa; mais qu'il rapporte lui même le passage de Wentzel, où il en est question pour la première fois. Scarpa n'a fait que la confirmer et la développer. (MÉMOIRES DE PHYSIOLOGIE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES; traduction de LÉVEILLÉ. In-8o, p. 122.)

On sait que la face postérieure du scaphoïde est excavée circulairement pour recevoir la tête de l'astragale : ces deux os peuvent donc se mouvoir l'un sur l'autre avec une grande facilité. Mais l'avant-pied est encore uni au calcanéum au moyen du cuboïde, et les surfaces articulaires cuboïdo-calcanéennes n'offrent plus les conditions d'une tête reçue dans une cavité, mais de deux surfaces presque planes présentant dans toute leur étendue et dedans en dehors une saillie et une dépression alternatives correspondantes, de manière à permettre des mouvemens de glissement de haut en bas et un peu obliquement de dehors en dedans; c'est-à-dire suivant la circonférence du cercle décrit par la rotation du scaphoïde sur la tête de l'astragale. On peut s'assurer de l'exactitude de cette observation par la facilité avec laquelle les mouvemens de l'avant-pied sont produits dans cette direction sur le cadavre.

Pour ce qui est des surfaces articulaires à l'aide desquelles l'astragale et le calcanéum se meuvent l'un sur l'autre, elles offrent des conditions d'autant plus importantes à noter qu'elles paraissent avoir été peu remarquées jusqu'ici.

Et d'abord les surfaces articulaires du calcanéum ne sont ni antérieures ni postérieures, ni internes ni externes l'une par rapport à l'autre, comme on l'a dit, mais dans une direction intermédiaire, obliques d'arrière en avant et de dehors en dedans. La facette postéro-externe offre une surface convexe de dehors en dedans et d'avant en arrière, et la facette antéro-interne une surface concave dans la même direction. Ces deux facettes sont séparées, comme on sait, par une large rainure donnant attache aux faisceaux ligamenteux et aux capsules articulaires. Les facettes correspondantes de l'astragale sont alternativement concaves et convexes dans la même direction. Les mouvemens que peuvent exécuter ces facettes l'une sur l'autre ne sont donc pas et ne peuvent donc pas être des mouvemens de glissement d'avant en arrière ou latéralement, comme l'ont répété plusieurs anatomistes, d'après Camper. Les mouvemens de l'astragale sur le calcanéum et réciproquement du calcanéum sur l'astragale, sont des mouvemens merveilleusement complexes et qui s'effectuent dans les directions obliques que commandent celles de leurs surfaces. Le mouvement le plus étendu est celui dans lequel la portion externe et postérieure de l'astragale glisse d'avant en arrière et de dehors en dedans sur la surface correspondante du calcanéum, en même temps que la portion antérieure et interne de l'astragale glisse de dedans en dehors et d'avant en arrière sur la surface antéro-interne du calcanéum et réciproquement. Le centre commun de ces deux mouvemens simultanés est à peu près dans l'axe de la jambe; et par conséquent son résultat, un certain degré de rotation de l'astragale sur son axe vertical qui porte sa tête un peu en dehors et détermine le mouvement subordonné des deux malléoles. Un résultat analogue, mais qu'il ne faut pas confondre avec celui-ci, peut être produit encore, quand l'astragale et le calcanéum fixés l'un sur l'autre sont entraînés dans un commun mouvement par la déviation en dedans de la grosse tubérosité du calcanéum sous l'influence de la rétraction de certains muscles qui fléchissent directement le pied suivant son bord interne. Dans ce cas l'astragale a encore subi un léger mouvement de rotation de dedans en dehors, mais seulement par suite du déplacement simultané du calcanéum. La tête de l'astragale fait comme dans le cas de rotation essentielle une légère saillie au côté externe du pied. Scarpa n'avait donc pas reconnu ces deux espèces de rotation de l'astragale, l'une essentielle, l'autre subordonnée à la rotations primitive du cal-

On voit que M. Forget relègue parmi les bronchites les cas de tuberculation sans doute commençante, où les symptômes d'irritation de la muqueuse bronchique ont prédominé; s'est-il abstenu des procédés investigateurs qui auraient permis à d'autres confrères de diagnostiquer les commencemens de la phthisie? Nous ne saurions émettre ce doute, nous qui avons été témoins du soin scrupuleux et des recherches multipliées par lesquel M. Forget prélude à l'énonciation du diagnostic. Pourtant c'est dans ses salles même que M. Hirsch prétend avoir surpris la tuberculisation pulmonaire, dans ses premiers rudimens, au moyen des signes qu'il a fait connaître. Ainsi les maladies de poitrine forment à peu près le tiers du chiffre total du mouvement triennal; celles des organes digestifs, au nombre de 328, en atteignent environ le quart; dans ce nombre, la fièvre typhoïde figure pour 129. Le cancer des organes digestifs s'est offert dix fois. Cette multiplicité des affections gastro-intestinales doit ébranler l'opinion assez répandue parmi les praticiens de l'Alsace sur la rareté de ces maladies parmi leurs concitoyens; c'est par suite de cette opinion que les médicamens toniques et purgatifs entrent pour une ample part dans la thérapeutique usuelle des habitans. Le régime irritant qu'ils suivent en général semble attester néanmoins que l'action d'une atmosphère humide, froide et brumeuse peut contrebalancer jusqu'à un certain point la susceptibilité des organes digestifs.—98 cas se rapportent aux maladies du système nerveux; ce chiffre est encore un démenti jeté par la statistique aux opinions vagues et pourtant consacrées par une sorte de tradition. On refuse aux habitans des plaines humides et brumeuses de la Basse-Alsace une vive activité du système nerveux; on considère le mol embonpoint de leurs femmes et l'on s'imagine que moins de vie circule dans leur fibre nerveuse noyée dans la lymphe et le tissu cellulaire; et voilà que l'hystérie se présente trente-cinq fois dans la petite division de malades qui constitue la clinique interne de Strasbourg; les maux de nerfs sont attribués, comme un apanage intéressant, comme une distinction pathologique, à cette portion du sexe que travaillent les passions et les ennuis de l'oisive opulence, et ce sont des femmes pauvres, inintelligentes qui les ont offerts; ce fait est frappant; mais nous n'y voyons pas, avec M. Forget, un problème complexe de philosophie médicale; il s'explique par une circonstance d'organisation que les physiologistes n'ont pas envisagée, quand ils ont composé le factice idéal du tempérament nerveux; c'est que très souvent une irritabilité nerveuse très prononcée se rencontre dans les individus dits lymphatiques; cette association d'élémens organiques d'apparence disparate s'observe chez la majorité des femmes en Alsace; dans notre pratique spéciale; nous avons été frappés du développement rapide des phénomènes nerveux chez les jeunes militaires des départemens du Nord et de l'Alsace, atteints de fièvre typhoïde. Les lésions de l'organe central de la circulation et des gros vaisseaux ont été comptées quatre-vingt-trois fois, soit qu'elles fussent primitives, soit que leur développement se rattachât à l'existence antérieure d'une phlegmasie pulmonaire ou rhumatismale. Le climat humide et froid est éminemment favorable à la production de cette dernière maladie; aussi s'est-elle montrée dans 84 cas. La chlorose, que M. Forget paraît considérer comme le produit d'une altération du fluide circulatoire a été vue vingt-deux fois. 160 cas de fièvre intermittente sont passés à la clinique; ce n'est pas trop quand on se rappelle les conditions topographiques de Strasbourg, qui l'y rendent endémique; la plupart des cas d'hydropisie qui ont été observés à la clinique étaient symptomatiques de lésions déjà signalées; la variété d'hydropisie qui se

canénm, parce qu'il ne sonpçonnait pas la diversité des canses qui provoquent ces déplacemens, ce qui lni a fait penser que la saillie externe de la tête de l'astragale était toujours l'effet de son décoiffement par suite dn glissement en dedans du scaphoïde (1). En prenve de la réalité des faits que j'oppose à une autorité aussi grande que celle de Scarpa, et sans préjudice des autres faits qui se reproduiront d'eux-mêmes dans le cours de ce mémoire, je citerai les altérations matérielles qu'on observe dans les surfaces articulaires de l'astragale et du calcanéum des sujets atteints depuis longtemps de pieds-bots varus ou varus équin. La portion postérieure dn bord interne de l'astragale a tellement été poussée contre la petite apophyse du calcanéum que cette dernière est déformée, déprimée et reponssée en avant, et quelquefois presque complètement effacée. De son côté, la partie postérieure de l'astragale, ayant été longtemps appliquée et comme écrasée sur l'arête formée par le rebord saillant qui abontit à la petite apophyse du calcanéum, est amincie et quelquefois à moitié détachée du reste de l'os. Je possède des pièces où cette altération est très prononcée.

En outre de ce mouvement de rotation de l'astragale, et de la rotation simultanée de l'astragale et du calcanéum, accompagnant le renversement du pied sur sa face externe, les surfaces correspondantes de l'astragale et du calcanéum permettent encore à ce dernier un certain degré de rotation sur son axe longitudinal, par suite de son glissement oblique d'avant en arrière et de dehors en dedans sur les facettes inférienres de l'astragale. La détermination de ces mouvemens, déduite seulement des dispositions et des rapports des surfaces articulaires, est bien mieux établie à mesure qu'on l'éclaire des résultats fournis par l'examen des insertions, de la direction et du mode d'action des puissances musculaires.

Le jambier antérieur part de l'extrémité supérieure et externe du tibia, croise la jambe et se rend à la face inférieure du premier cunéiforme. En vertu de cette direction, il agit de deux manières : il fait tourner sur la tête de l'astragale le scaphoïde au-devant duquel il est fixé : de plus, en tirant obliquement d'avant en arrière et de dedans en dehors, il agit sur l'extrémité antérienre de l'astragale suivant une force oblique dont la composante perpendiculaire a pour effet de pousser la tête de l'astragale de dedans en dehors, c'est-à-dire de provoquer sa rotation sur son axe vertical.

Le jambier postérienr dont l'une des insertions inférieures se fait à la tubérosité du scaphoïde, et l'autre aux cunéiformes, concourt encore à ce double mouvement, soit directement, en attirant la tubérosité du scaphoïde en haut et en dedans; soit indirectement, en favorisant l'action du jambier antérieur pour prodnire la déviation de la tête de l'astragale, soit enfin en déterminant l'adduction de l'avant-pied, ce qui augmente l'intensité d'action du jambier antérieur par un plus grand écartement de ses points d'insertion.

De son côté, le calcanéum, entraîné à décrire avec l'astragale un léger monvement de rotation sur son axe vertical, tend aussi à s'incliner en vertu des dispositions des facettes articulaires astragalo-calcanéennes et de sa subordinatian aux monvemens de l'avant-pied par l'intermédiaire du cuboïde. Il en résulte que l'axe longitudinal des muscles du mollet cessant d'être parallèle à celui de la jambe et décrivant avec ce dernier un angle aign, est placé dès-lors dans une direction favorable à un renversement plus complet de tout le pied. C'est ainsi que le sens de l'action des muscles dn mollet, modifié par le premier degré de renversement du pied, augmente et complète ce renversement.

Ajoutons que les fléchisseurs communs des orteils et propres du gros orteil deviennent eux-mêmes, sous l'influence de ce déplacement, des agens secondaires du renversement du pied, soit en agissant comme adducteurs, soit en agissant comme rotateurs en dehors. Eh bien ! dans la formation du pied-bot varus, la même chose se passe, mais d'une manière permanente et sonvent à des degrés plus prononcés.

On pent d'abord s'assurer qu'il en est ainsi en déprimant les muscles dont il s'agit pendant qu'on cherche à ramener le pied à sa forme normale. Les tendons des jambiers antérieur et postérieur sont dnrs, tendus, résistans et s'opposent directement au redressement du pied. La tension du tendon d'Achille est peu prononcée dans le varus simple; elle peut même n'être que le résultat de la rétraction passive des jumeaux dont les points d'insertion ont été maintenus rapprochés; mais cette tension augmente à mesnre qu'on tonche de plus près aux formes varus équins ou équins varus. Pour ce qui est du jambier antérieur, son retrait est généralement assez facile à apprécier par le relief de son tendon sous la peau. Toutefois quand on fait des efforts de redressement pour rendre ce relief plus sensible, il arrive que le tendon s'applique immédiatement sur les parties sous-jacentes, principalement chez les jeunes sujets, et ne peut plus être distingué de ces parties. Dans ces cas, la difformité est ordinairement plus prononcée, mais les mouvemens spontanés de l'enfant l'augmentent temporairement sous l'influence de la contraction des muscles déjà rétractés. Alors on peut suivre avec l'accroissement de la saillie du tendon du jambier antérieur sous la peau, l'accroissement proportionnel du renversement du pied.

Mais ce renversement du pied sur sa face externe n'est qu'un des élémens du varus même dans son état de simplicité la plus complète; il offre presque toujours deux autres élémens de déformation, savoir, l'adduction permanente, et la courbure suivant son bord interne. De ces deux élémens, le premier est le résultat de la rétraction du jambier postérieur, à l'action duquel il faut ajouter secondairement celle des muscles fléchisseurs des orteils, devenus adducteurs par la déviation de l'avant-pied en dedans. La courbure du pied suivant son bord interne, au degré que l'on rencontre dans le varus simple, dépend d'abord du glissement du scaphoïde sur la tête de l'astragale, et de la rotation de ce dernier sur son axe vertical, rotation qui, comme je l'ai dit, fait dévier son extrémité antérieure en dehors; de là, courbure suivant le bord interne du pied. Mais à cette courbure concourt encore très puissamment, surtout quand elle est prononcée, la rétraction de l'adducteur et des fléchisseurs du gros orteil. On peut répéter à l'égard de ces muscles et des élémens de déformation qu'ils prodnisent, l'analyse physiologique et pathologique appliquée à l'élément du renversement dans le varus.

L'expérience directe m'a montré que l'adduction physiologique est principalement le résultat de l'action dn jambier postérieur; pendant ce mouvement, on peut sentir à travers la peau, et l'on voit même derrière la malléole interne le tendon du jambier postérieur en relief, dur, tendu, résistant, comme on sent dans les efforts de redressement du varus, que c'est bien au rac-

(1) « Cette proéminence, dit Scarpa, ne dépend point d'une mauvaise position de la surface articulaire de l'astragale, mais de la torsion vicieuse de l'os naviculaire qui laisse à découvert l'articulation de l'astragale. » (Ouv. cité, p. 122.)

---

lie à une altération particulière des reins paraît assez fréquente à Strasbourg; nos lecteurs se rappellent qu'elle a fourni à M. Forget le sujet d'un mémoire publié dans ce journal. Sur 52 cas de maladie cutanée, on a noté 18 cas de variole dont la plupart sur des sujets vaccinés. M. Forget se tient au sujet de la miliaire dans une réserve que nous regrettons; elle est, dit-on, très répandue en Alsace où la majorité des médecins lui attribuent une valeur idiopathique.

Après avoir mentionné les faits capitaux qui résultent de ces trois années d'étude clinique, l'auteur passe à la statistique de la mortalité; elle contient quelques résultats d'un intérêt général que nous mettons sous les yeux du lecteur. Disons d'abord les chances de la pratique de M. Forget; établies sur une période de trois ans, elles ont un caractère définitif et péremptoire. Sur 1525 malades, il en a perdu 270 = 1 décès sur 6 1/2 malades. Quoique ces chiffres expriment une lamentable proportion de mortalité, elle est encore inférieure à celle qu'ont obtenue deux médecins de la localité, qui ont précédé M. Forget à la clinique en qualité d'intérimaires; ceux-ci ont perdu 1 sur moins de 6. Nous n'avons point en main de documens complets qui nous permettent de calculer la mortalité de la clinique sous la direction de feu Lobstein; mais nos souvenirs, qui embrassent une période de près de quatre ans, sont assez précis pour que nous puissions affirmer qu'il n'obtenait point une plus forte moyenne de guérisons. A Paris, la mortalité est en général de 1 sur 9. Voilà donc une différence considérable en faveur de la capitale, où les conditions hygiéniques ne sont pas meilleures, où l'ouvrier travaille plus et se nourrit moins bien, où la dépravation ajoute ses ravages à ceux de la misère; mais les causes de cette différence n'échappent point à l'analyse, quoique M. Forget ne les ait point toutes signalées. Et d'abord, avec lui, fixons notre attention sur le fléau le plus meurtrier de Strasbourg, la phthisie : elle absorbe plus du tiers de la mortalité générale; sur 270 décès, 95 sont dus à cette maladie. Plus d'un tiers de la population pauvre de Strasbourg y succombe : horrible tribut qu'elle ne prélève aussi largement sur aucune des quatre capitales suivantes : Paris, Londres, Vienne, Berlin ! Sur 90 phthisiques dont le sexe a été noté se trouvent 52 hommes et 38 femmes; mais ce résultat perd sa valeur par l'émigration plus fréquente des femmes phthisiques qui redoutent de mourir à l'hôpital et désertent les salles, dans la prévision d'une fin prochaine. Quant aux âges, voici trois catégories établies avec un total de 42 cas où cette circonstance a été notée :

De 16 à 30 ans...........	20 cas.
De 30 à 50 ans...........	16
De 50 à 70 ans...........	6
	42

Les calculs de M. Forget portent à taxer d'exagération l'influence attribuée aux saisons sur la mortalité de la phthisie. Ce que l'on a dit à ce sujet de la *chûte des feuilles* est plus poétique qu'exact. Les relevés du professeur de Strasbourg concordent avec ceux dressés par d'autres statisticiens pour démontrer que l'automne n'exerce point l'action fatale qu'on lui impute. Les 91 décès se repartissent entre les quatre trimestres comme il suit :

courcissement de ce même muscle en particulier qu'est due la déviation en dedans de l'avant-pied. La même inspection à l'égard des muscles fléchisseur et adducteur du gros orteil donne un résultat analogue : leurs tendons font saillie sous la peau et accusent bien par le rapport rigoureux qui existe entre la direction de leur action et le sens de l'élément de déformation auquel ils président, c'est-à-dire la courbure du pied suivant son bord interne, ils accusent bien, dis-je, l'influence qu'ils exercent sur le développement de cet élément du varus.

Avant d'aller plus loin, j'éprouve le besoin de préciser la valeur du fait du raccourcissement des muscles dans la direction des déformations du squelette. J'ai souvent invoqué dans ce mémoire et j'aurai encore l'occasion d'invoquer plus tard la tension des muscles et le relief de leurs tendons sous la peau, comme preuve, après beaucoup d'autres, de leur rétraction primitive. Depuis que j'ai établi que le rapprochement longtemps continué des insertions opposées des muscles donne lieu à un retrait ou raccourcissement passif de leurs fibres, proportionnel à la somme de la réduction de leur trajet (1), j'ai fourni moi-même un nouvel argument à ceux qui soutiennent encore la doctrine du raccourcissement secondaire des muscles dans le pied-bot. Mais en y regardant de près, on voit que cet argument n'est que spécieux. Et d'abord sans avoir besoin de rappeler les preuves directes que j'ai fournies dans mon précédent mémoire, pour établir le fait de la rétraction musculaire primitive, il me suffira de faire observer que si le raccourcissement des muscles était venu après la déformation du squelette, il serait impossible de comprendre pourquoi les muscles passivement raccourcis, qui devraient être relâchés, sont au contraire tendus et saillans sous la peau. Ils n'auraient dû l'être tout au plus que comme leurs antagonistes, surtout chez les enfans qui n'ont pas marché. Or, le contraire a toujours lieu, c'est-à-dire qu'indépendamment du raccourcissement, il y a tension, il y a saillie prononcée sous la peau, il y a dureté et résistance des tendons, tandis que du côté opposé où les muscles auraient dû être plus tendus, plus résistans à cause de l'éloignement de leurs points d'insertion, ils sont en général comme à l'état normal. Ce fait est surtout sensible dans le torticolis ancien : j'ai montré en effet que très souvent le sterno-mastoïdien (portion sternale des anteurs) est seul primitivement rétracté, alors que le cléido-mastoïdien (portion claviculaire) ne l'est que secondairement ou passivement. Dans ce double spécimen des deux espèces de retrait, la saillie et la dureté de l'un des muscles, et la dépression et la mollesse de l'autre expriment bien la nature et l'origine différente de leur raccourcissement.

B. Équin varus. — L'équin varus est la sous-variété du pied-bot dans laquelle le talon est élevé et la portion la plus antérieure de l'avant-pied plus ou moins renversée, mais dans une proportion moindre que l'élévation du talon.

Au premier degré de l'équin varus, le talon est élevé, formant avec le sol un angle de 45 à 50 degrés. Le pied n'est point encore renversé sur sa face externe. L'adduction de l'avant-pied accompagne seule l'élévation du talon. Le sujet s'appuie sur la partie antérieure de la face plantaire, du métatarse et des orteils, mais sur sa moitié externe principalement. La dépression de ces parties va en diminuant, du petit orteil au gros, et ce dernier ne touche pas le sol, ou ne le touche que par quelques points de sa surface externe. Une ligne verticale, passant par la jambe et l'articulation tibio-tarsienne, tombe au niveau du petit orteil, en sorte que la direction de la pesanteur représentée par cette ligne agit sous un angle favorable à l'accroissement de l'adduction de l'avant-pied, et, par conséquent, favorable à son renversement sur sa face externe. Quelquefois l'un des orteils, surtout le gros, est fléchi, mais exceptionnellement. Cette particularité n'est bien appréciable que chez les enfans qui n'ont pas encore marché. Voilà les formes les plus simples du premier degré de l'équin varus. Ces formes paraissent être exclusivement déterminées par la rétraction des muscles du mollet et du jambier postérieur, auxquels il faut ajouter, pour certains cas, l'action exceptionnelle de l'un des tendons fléchisseurs.

Au second degré de l'équin varus, les formes du degré précédent se développent davantage et se compliquent des suivantes. A l'élévation du talon et à l'adduction de l'avant-pied s'ajoute l'excavation de la face plantaire et du bord interne du pied. Chez les jeunes sujets qui n'ont pas marché, cette face est traversée par un ou deux sillons, le premier coupant transversalement la plante du pied au niveau de l'articulation de la première avec la seconde rangée des os du tarse ; le second, en forme d'arc, se dirige obliquement du bord interne du pied à la base du second orteil et précise ainsi le siége de la rétraction des fléchisseurs communs des orteils, existant simultanément avec celle du fléchisseur propre du gros orteil, mais séparée, mais distincte de cette dernière. Sur le sujet qui a marché, les orteils, à l'exception du gros, sont subluxés en avant sur les métatarsiens ; le gros orteil est ordinairement porté un peu en avant, mais surtout incliné en dedans ; quelquefois cependant il participe à la subluxation des autres orteils, quoiqu'il soit, dans tous les cas, moins déprimé contre le sol que les autres orteils, à cause de l'adduction de l'avant-pied. Dans ces différens cas, l'excavation de la voûte plantaire et du bord interne du pied est traversée obliquement par un relief charnu partant du talon et se rendant à la base du gros orteil, mais seulement chez les sujets qui ont marché. Quelquefois, au même degré, les trois ou quatre derniers orteils sont repliés sous la voûte plantaire et le sujet commence à marcher sur le quart ou le cinquième antérieur de la face externe du pied. Toutefois il est des cas où le contraire a lieu, c'est-à-dire que le sujet marche sur le quart ou le cinquième antérieur de la portion externe du pied, mais sur la face plantaire des derniers métatarsiens et des derniers orteils : dans ce cas, les orteils correspondans sont complètement subluxés en avant sur les têtes des métatarsiens. Dans tous les cas, les formes caractéristiques de ce second degré de l'équin varus sont la participation de la rétraction des fléchisseurs et des extenseurs des orteils à celle des muscles du mollet et du jambier postérieur. L'excavation de la face plantaire et du bord interne du pied chez les sujets qui ont marché et les sillons qui traversent cette face chez les jeunes enfans ne peuvent avoir d'autre origine. Ajoutons que, même chez les très jeunes sujets, l'excavation plantaire peut remplacer les sillons : c'est qu'alors la rétraction occupe en même temps tous les extenseurs et les fléchisseurs. Quant au relief charnu qui traverse obliquement la face plantaire du talon au gros orteil, il est tantôt le résultat de la rétraction de l'adducteur et du fléchisseur propre du gros orteil, tantôt de la rétraction simultanée de l'aponévrose plantaire, qui se ramasse en ce point en un faisceau et se confond avec les muscles précédemment indiqués.

Au troisième degré, les mêmes formes ont acquis leur *summum* de

(1) Rapport sur le concours pour le grand prix de chirurgie, p. 10.

Janvier, février, mars........	29 morts.
Avril, mai, juin..............	31
Juillet, août, septembre......	15
Octobre, novembre, décembre..	16
	91

C'est donc le printemps qui tue le plus grand nombre de tuberculeux.

Sur 338 affections des organes digestifs, 49 ont été mortelles ; 129 typhoïdes n'ont donné que 22 décès, 1 sur 6 ; c'est la moyenne obtenue par M. Chomel par le traitement chloruré, dans la première année d'expérimentation.

Le sexe a été noté chez 113 typhoïdes : 61 hommes, 52 femmes. La moyenne de l'âge sur lequel elle a le plus souvent sévi c'est 25 ans. La prééminence relative des saisons ne peut être établie que par des relevés considérables ; qu'aucune d'entre elles n'est exempte des ravages de l'affection typhoïde, c'est ce que démontre le relevé suivant :

Janvier, février, mars........	35 cas.
Avril, mai, juin..............	25
Juillet, août, septembre......	31
Octobre, novembre, décembre...	38
	129

Nous ne suivrons pas M. Forget dans le dénombrement des décès qu'ont fournis les autres affections ; il a jeté çà et là entre les chiffres des réflexions sur les causes spéciales qui influent sur la mortalité à Strasbourg et la font pencher vers tel ou tel groupe de maladies. Il insiste notamment sur l'action funeste du froid, auquel sont exposés beaucoup d'indigens durant la saison rigoureuse, sur l'intempérance des classes inférieures, sur la difficulté de les assujettir, pendant le cours des maladies aiguës, aux exigences de la diététique. Qu'il nous soit permis de placer ici une remarque souvent faite, et dont M. Forget ne paraît point tenir un compte suffisant : c'est qu'il est d'observation que la diète ne saurait, sans inconvénient, s'imposer aussi sévère ni aussi prolongée aux malades alsaciens qu'à ceux de Paris, par exemple.

Mais quatre ordres de causes influent en première ligne sur la mortalité de la clinique de Strasbourg :

1° La constitution des malades, dont un grand nombre portent le cachet du vice scrofuleux ; dont les autres, sans être stigmatisés par cette altération générale et profonde, présentent une médiocre force de résistance, en raison de la prédominance du système lymphatique et de la mollesse de leur fibre ; beaucoup enfin sont détériorés par les labeurs de leur profession pénible, par les souffrances et les privations, par les chagrins et par les excès.

2° La topographie et le climat : entouré de marais, jeté dans une vallée sillonnée par les nombreuses branches du Rhin, cerné à l'horizon par les montagnes des Vosges et de la Forêt-Noire, Strasbourg, avec son ciel pluvieux et grisâtre, avec ses rues sinueuses et étroites, ses ruisseaux et ses cloaques, ses maisons mal bâties, est une des cités les plus insalubres de France, et doit surtout à cette funeste prééminence à l'humidité permanente de l'atmosphère et du sol.

développement. Chez l'enfant qui n'a point marché, la partie externe et antérieure de l'avant-pied est fortement attirée sous la face plantaire; les orteils sont ordinairement très fléchis ou fléchis et étendus à la fois, très écartés, inégalement disposés, comme dans le troisième degré du varus équin. Ce qui distingue, en effet, ces deux mêmes degrés des deux sous-variétés différentes, c'est que dans l'équin varus le talon continue à être très élevé et jamais rapproché du gros orteil, le sujet ne s'appuyant que secondairement sur la face externe du pied, au niveau des articulations des deux rangées tarsiennes, tandis que dans le varus équin l'élévation du talon est médiocre, son rapprochement du gros orteil extrême, et le renversement du pied sur sa face externe et même dorsale constant. Mais, au même degré de l'une et de l'autre sous-variété, l'excavation de la face plantaire est extrême; les orteils sont à la fois étendus et fléchis; l'avant-pied a été ramené sous le pied postérieur et la jambe forme en avant un point de sa réunion avec le pied une saillie extrême régulièrement circulaire, résultant de la subluxation de l'astragale en avant, par suite du contact immédiat opéré entre le bord postérieur de la surface articulaire du tibia et de la face supérieure du calcanéum. Le troisième degré de l'équin varus ne diffère, en effet, du troisième degré de l'équin que par l'addition de l'adduction extrême de l'avant-pied. Dans ce cas, la rétraction du jambier postérieur continue à être portée à son plus haut degré et balance, avec l'action des fléchisseurs et des extenseurs du pied, devenus adducteurs par le changement de direction de leurs insertions inférieures, balance, dis-je la rétraction des muscles du mollet. Il est inutile de répéter qu'avec ces deux chefs d'action, qui décident des principales formes de cette sous-variété du pied-bot, concourent, on peuvent concourir, d'une manière plus ou moins variable, les influences accessoires des petits muscles des régions plantaire et dorsale du pied. Quand la rétraction est générale et portée à son plus haut point, mais à des degrés différens, dans tous les muscles de la jambe et du pied, les formes caractéristiques de chaque variété du pied-bot s'accompagnent presque toujours d'une foule d'autres élémens de déformation accessoire. Il ne faut pas perdre de vue cette circonstance, parce qu'elle donne à chaque pas la clé des combinaisons secondaires, espèces de permutations qui se multiplient à l'infini, autour des expressions plus fixes, plus décisives et plus marquées de la rétraction musculaire, occupant les muscles les plus forts et les plus importans de la jambe et du pied.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES DE MÉDECINE.

Les cahiers de mars et avril 1839 renferment les articles originaux suivans : 1° *Mémoire sur l'emploi des douches et des affusions d'eau froide dans le traitement de l'aliénation mentale*; par M. Leuret; 2° *Histoire des tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques* (suite et fin); par M. Grisolles (travail trop étendu pour être analysé dans une revue de journaux); 3° *Mémoire sur une forme d'encéphalité encore peu connue*; par M. Max. Durand-Fardel; 4° *Mémoire sur une altération spéciale de la vessie dans certains cas d'affection calculeuse*; par M. Bonchacourt, D. M. P.; 5° *De l'influence des émissions sanguines et des vésicatoires dans la pneumonie simple et compliquée des enfans*; par M. Becquerel; 6° *Observation d'extirpation d'une tumeur volumineuse du cou, et réflexions sur la nature de cette tumeur et sur l'opération*; par M. F. Rufz (il s'agit d'une tumeur entourée d'un kyste formé de tissu cellulaire lamelleux qui l'isolait entièrement des parties voisines; c'était une variété de cancer encéphaloïde ou peut-être une masse tuberculeuse qui siégeait au côté gauche et supérieur du cou, s'étendant jusqu'au-devant de l'oreille en haut et vers le cartilage cricoïde en bas; elle pesait près de deux livres; on la quatre à cinq artères; on enleva une portion du muscle sterno-mastoïdien; guérison); 7° *Observation d'un hypospadias artificiel accompagné d'une anomalie remarquable avec réflexions sur ce vice de conformation et sur l'opération qu'il a nécessitée*; par M. Toulmonche, de Rennes.

MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DES DOUCHES ET DES AFFUSIONS FROIDES DANS LE TRAITEMENT DE L'ALIÉNATION MENTALE; par le docteur LEURET.

Ce mémoire contient quelques renseignemens sur la manière d'administrer les douches et sur les effets physiques et moraux qu'elles produisent. Quant aux effets physiologiques, il en est à peine question, et quoique l'auteur admette qu'elles doivent produire un ébranlement dans toute l'économie et, par suite, une modification de l'état pathologique dans lequel se trouvent les aliénés, il pense cependant que le résultat moral est beaucoup plus important et doit être mis en première ligne. C'est donc plutôt comme moyen de répression, ou pour obtenir des concessions, ou fixer l'attention, qui est lésée chez la plupart des fous, que M. Leuret recommande la douche dans le traitement de l'aliénation mentale, que comme moyen thérapeutique proprement dit. Cette assertion est vraie, si elle n'est pas prise avec trop de rigueur; car, tout en reconnaissant la puissance de la douche pour obtenir d'un aliéné ce qu'il n'accorderait dans aucune autre condition, nous n'en persistons pas moins à regarder les douches comme un des moyens thérapeutiques les plus énergiques que l'art ait fourni pour le traitement de l'aliénation mentale.

Les effets de la douche varient suivant qu'elle est plus ou moins forte, ou qu'elle dure plus ou moins longtemps. Le diamètre de l'ouverture qui donne passage à l'eau varie depuis un demi-pouce jusqu'à six pouces; sa durée, depuis un quart de seconde jusqu'à une demi-minute. La douche de plusieurs pouces doit toujours cesser promptement; celle d'un demi-pouce, ou d'un pouce, a quelquefois été continuée jusqu'à dix et douze minutes. M. Leuret, dans sa pratique, ne l'a pas donnée pendant plus de deux minutes, et a même été assez rarement au-delà de trente secondes.

La douche forte ne peut être supportée impunément par aucun malade; il n'en est pas de même de la douche faible, pour laquelle quelques-uns se montrent presque indifférens. Les malades qui la supportent le mieux sont ceux qui respirent à de longs intervalles, qui ont la poitrine large et forte, et qui n'ont aucune affection des poumons ni du cœur.

Dans quels cas doit-on les administrer? C'est là la grande difficulté;

3° La plupart des malades que reçoit la clinique sont dans un état fort grave. L'institution alsacienne des médecins cantonaux permet aux pauvres de se faire traiter à domicile, et ce n'est qu'après avoir perdu l'espoir de se rétablir chez eux qu'ils se résignent à franchir le seuil de l'hôpital. Souvent ils y arrivent dans un état désespéré, alors que leur famille ne songe plus qu'à s'épargner les frais d'une prochaine inhumation, et, comme le dit éloquemment M. Forget, ils viennent demander un linceul à l'hôpital.

4° Enfin, les mauvaises conditions hygiéniques qu'y trouvent les malades militent contre les efforts de l'art et l'héroïsme de la charité médicale : « Il m'est pénible de dire que l'unique hôpital de cette ville, sous le rapport matériel, du régime et de la discipline, est peu digne de notre époque de progrès, peu digne d'une noble cité qui manifeste de légitimes prétentions aux lumières et à la philantropie. » Ce langage, M. Forget n'est pas le seul, n'est pas le premier qui le tienne; Lobstein, réduit à enseigner la clinique interne dans des salles basses et mal aérées, situées dans l'angle d'une cour, au-dessus du rez-de chaussée occupé par des fous, l'a précédé dans cette carrière de doléances; mais M. Forget a le mérite d'une fière et courageuse persévérance, qui a manqué à ses devanciers et qui lutte, isolée, contre la force d'inertie de l'administration.

Ainsi, dans la province comme à Paris, les abus sont tenaces, les routines victorieuses, l'administration somnolente, les médecins seuls en haleine et provocateurs généreux d'une indispensable réforme. Là, comme ailleurs, il y a conflit entre deux puissances, la comptabilité et l'humanité, noblement représentée par la science, entre l'arithmétique et le dévouement, entre la matière et l'esprit, vieux duel qui ne touche point au dénouement, mais qui doit se clore à l'amiable : ni victoire d'un côté, ni défaite de l'autre; c'est une transaction à poursuivre, à régler. En matière d'établissemens hospitaliers, les chiffres ont leur importance, l'administration ses droits, les usages leur crédit; en matière de vie humaine, et de souffrances et de périls, la médecine a son irrésistible autorité, le médecin sa compétence, le malade ses privilèges saints. En aucune chose, abus ni routine ne sont nécessité.

M. L.

— Nous recevons une lettre de M. Marochetti, de Saint-Pétersbourg, dans laquelle ce médecin s'élève contre le rapport fait sur son mémoire relatif à la phthisie pulmonaire, par M. Louis, à l'Académie de médecine, et contre la mention qui a été faite de ce rapport dans la GAZETTE MÉDICALE. Nous regrettons que M. Marochetti n'ait pas préféré nous adresser des remarques scientifiques que de nous exprimer ses mécontentemens en termes assez peu mesurés : nous eussions accueilli sa lettre avec empressement, tandis que nous ne pouvons que lui conseiller de demander raison à l'Académie du jugement irrévérencieux qu'elle s'est permis de porter sur la méthode hydropneumatique de l'auteur. Nous mentionnerons toutefois que M. Marochetti annonce avoir guéri, par sa méthode, 1,561 malades sur 1,565; cela mérite considération et confirmation.

et bien que l'auteur rapporte plusieurs observations intéressantes où il les a employées avec succès, cependant on ne peut tirer de ces faits ni des commentaires dont il les a accompagnés aucune indication générale.

MÉMOIRE SUR UNE FORME D'ENCÉPHALITE ENCORE PEU CONNUE; par M. DURAND-FARDEL, interne à la Salpêtrière.

L'état pathologique dont M. Durand-Fardel donne la description dans ce mémoire est caractérisé anatomiquement par la rougeur et la tuméfaction des circonvolutions cérébrales dans une grande étendue, avec ramollissement superficiel de la substance grise et adhérence des méninges; pathologiquement, par des symptômes pathologiques graves, tout à fait semblables à ceux d'une hémorragie cérébrale, et, en particulier, d'une hémorragie ventriculaire. Cette maladie ne paraît à l'auteur être autre chose qu'un premier degré d'encéphalite. Voici l'ordre dans lequel se développent les phénomènes anatomiques qui constituent la maladie: « La lésion primitive, celle qu'on peut regarder comme la plus constante, la plus générale et même comme essentielle, c'est la congestion de la partie superficielle des circonvolutions cérébrales. Si la congestion disparaît, les symptômes cérébraux disparaissent également; si, au contraire, la congestion persiste, le tissu cérébral ne tarde pas à se ramollir, et plus tard, enfin, des adhérences s'établissent entre les méninges; mais ces altérations, qui ne sont que consécutives à la congestion, manquent quelquefois, sont toujours peu prononcées, et n'occupent ordinairement qu'une partie des points congestionnés. Si, pendant le cours de la maladie, il ne se développe pas de symptômes inflammatoires, c'est que la compression du cerveau, suite de la tuméfaction des circonvolutions, s'oppose à leur développement; ce qui le prouve, dit M. Durand-Fardel, c'est que dans des cas où l'on a trouvé une altération toute semblable, mais peu étendue, et, par conséquent, se produisant par une compression générale, on a presque toujours observé des symptômes de méningo-céphalite, qui ne laissaient aucun doute sur la nature de la maladie. »

Nous ne suivrons pas l'auteur dans le développement qu'il donne aux propositions précédentes, que nous venons d'énoncer d'une manière tout à fait sommaire; encore moins pourrions-nous analyser les observations qu'il rapporte à cette occasion et où les symptômes et les lésions anatomiques répondent parfaitement à la courte description que nous venons d'en donner. Ce qui importe dans les recherches sur les affections cérébrales, c'est moins le nombre des faits que la constante corrélation des mêmes symptômes et des mêmes lésions dans des circonstances analogues. Nous en avons dit assez, nous pour porter dans l'esprit du lecteur une conviction profonde, mais pour appeler son attention sur l'intéressant travail de M. Durand-Fardel.

MÉMOIRE SUR UNE ALTÉRATION SPÉCIALE DE LA VESSIE DANS CERTAINS CAS D'AFFECTION CALCULEUSE; par M. A. E. BOUCHACOURT.

L'auteur s'est proposé de décrire dans ce travail une altération spéciale de la vessie, que plusieurs chirurgiens avaient étudiée déjà isolément, mais dont l'importance et surtout la gravité n'avaient pas été convenablement appréciées. M. Bouchacourt, d'après M. Amussat, donne aux calculs logés dans des vessies ainsi altérées le nom de *pierres encaissées*. Ce qui caractérise anatomiquement cette disposition c'est la présence constante d'une dépression plus ou moins large, mais toujours profonde, vers le bas-fond vésical et derrière la prostate; dépression ordinairement plus évasée à son fond qu'à sa partie supérieure qui offre presque toujours un rétrécissement apparent même à l'extérieur. Dans les cas où ce rétrécissement est bien marqué la muqueuse vésicale est profondément érodée et détruite. Toutefois le contraire n'a pas toujours lieu, et l'ulcération existe sans ce resserrement; tout au moins n'est-il pas noté dans les observations convenablement détaillées. Constamment la prostate était hypertrophiée, si ce n'est dans un cas exceptionnel (obs. 1) où cette glande était notablement atrophiée. Elle se trouvait, dans cette circonstance, en quelque sorte disséquée à sa partie inférieure, refoulée de bas en haut par la pression du calcul, et avec d'autant plus d'efficacité que le volume de la pierre était considérable. Il est à noter que presque constamment la pierre était fort grosse; le plus souvent il n'en existait qu'une seule; cependant on en trouva trois et un plus grand nombre dans quelques cas. La plupart des faits rapportés par M. Bouchacourt sont empruntés à divers auteurs; aussi regrette-il que des détails plus circonstanciés relativement au degré d'altération des parois vésicales ne se trouvent pas dans les résultats d'autopsie; souvent le début de la maladie, la forme des symptômes n'avaient pas été indiqués; on comprend que tout cela serait à consulter pour apprécier sur le vivant cette disposition de la pierre et la diagnostiquer avant de rien entreprendre.

M. Bouchacourt attache une grande importance à l'exploration par le rectum dans les cas dont il s'agit. On peut en effet de cette manière, en dirigeant le doigt indicateur en avant et aussi haut que possible, le malade étant debout, de manière à ce que la vessie tende à se porter en bas, presser sur le calcul, apprécier le degré d'hypertrophie prostatique et la présence du pus que des pressions modérées pourront faire sourdre par le canal de l'urètre, en même temps que le degré de douleur qui résultera de ces pressions pourra éclairer sur la gravité de la lésion. Le cathétérisme ne doit point être négligé dans ces cas; mais il doit être pratiqué avec une sonde fortement recourbée, qui sera retournée après son introduction, de manière à ce que le bec regarde en bas et la convexité en haut. De cette manière on reconnaîtra des calculs qu'il eût été impossible de sentir en procédant de tout autre manière.

L'auteur passe successivement en revue les diverses circonstances qui peuvent favoriser le développement de cette altération de la vessie; l'ancienneté de l'affection calculeuse, l'âge avancé du sujet, le sexe masculin lui semblent tout autant de prédispositions, ce que prouvent du reste les observations au nombre de dix rapportées dans le cours du mémoire.

Cet état constitue une complication grave des calculs vésicaux, et d'autant plus grave qu'on aura plus longtemps attendu avant de songer à une opération; alors la cavité se creuse davantage, les saillies antérieure et postérieure se prononcent, puis l'inflammation arrive, et après elle, la suppuration, l'ulcération, les végétations fongueuses; le reste du système urinaire ce prend, et quoi qu'on fasse les malades succombent. Dans tous les cas rapportés par M. Bouchacourt, à l'exception d'un seul (obs. de Ledran), la mort est survenue: trois fois sans qu'on ait fait la moindre tentative d'opération (obs. 1, 4, 8); trois fois après la taille périnéale (obs. 3, 6, 8); une fois après la taille hypogastrique (obs. 5); deux fois après les tentatives de lithotritie. Chez les malades qui ont succombé aux suites de la taille, on a constamment trouvé une cystite avec ou sans suppuration ou une cysto-péritonite. Aussi un pareil résultat doit-il faire rejeter toute idée d'opérer dans des cas analogues; il faut alors renoncer tout aussi bien à la taille qu'à la lithotritie, et peut-être plus encore à la lithotritie qu'à la taille, à la condition toutefois que cette dernière sera pratiquée par le rectum; cette méthode lui semble dans l'espèce offrir le moins d'inconvénient et peut-être quelques avantages. Car, suivant l'auteur, peut-être un peu prévenu en faveur de cette méthode, on attaque directement par elle le fond de la poche, on arrive sans peine sur le calcul, on saisit ce dernier au-dessous du rétrécissement vésical, et non au-dessus, comme on serait forcé de le faire par la taille hypogastrique. Une fois l'incision faite, le pus, les débris de membrane doivent prendre une route facile, rien ne stagne dans cette arrière-cavité qu'on ne pourrait jamais vider en pénétrant pardessus le pubis. Enfin, l'ouverture faite avec le bistouri ou le litbotome, ne se cicatrisant à la longue qu'après une suppuration plus ou moins abondante, devra par ce mode de cicatrisation même rétrécir considérablement, peut-être même effacer ce cul-de-sac, qu'il serait difficile de faire disparaître autrement. L'organisation du tissu fibreux médullaire serait aussi utile par les tractions qu'il déterminerait dans son retour incessant sur lui-même, qu'il est puissant peut-être dans l'état morbide pour amener cet état de resserrement vésical; et ainsi que le dit l'auteur: Les épanchements plastiques s'organisant au milieu des parois vésicales et au-dessus du calcul doivent nécessairement, lorsque leur développement est complet, déterminer une réaction circulaire comme l'organe qui en est le siége, et au-dessus de la pierre, puisque le volume de celle-ci s'oppose au retrait des parties en contact avec elle, de même que ses aspérités ou sa seule présence déterminent l'inflammation et l'ulcération des surfaces qui lui correspondent.

DE L'INFLUENCE DES ÉMISSIONS SANGUINES ET DES VÉSICATOIRES APPLIQUÉS SUR LA POITRINE DANS LA PNEUMONIE SIMPLE OU COMPLIQUÉE DES ENFANS; par M. A. BECQUEREL.

Nous retrouvons dans ce travail à peu près les mêmes données que nous signalions dernièrement dans celui de MM. Rilliet et Barthez (Gaz. Méd., n° 18, 1839), mais exprimées peut-être d'une manière moins dubitative, ainsi que l'exigeait la nature spéciale du travail de M. Becquerel. Peut-être cependant aurait-il pu présenter ses conclusions avec plus de force encore; mais il a craint qu'on ne trouvât pas le nombre des faits sur lesquels elles reposent assez considérable, comme si les faits n'avaient de valeur que par leur nombre. Quoiqu'il en soit, M. Becquerel nous prouve par ce travail qu'il n'en est point ainsi, et, sans le secours de ces interminables séries de chiffres, sans lesquelles on nous disait qu'il n'y avait pas d'avenir pour la médecine, il nous paraît avoir à peu près mis hors de doute les faits suivans, qui, au reste, avaient déjà été signalés par plusieurs écrivains, et surtout par Constant et de La Berge;

1° La pneumonie survient rarement chez les enfans dans un état de santé parfaite ;

2° Elle se produit le plus souvent chez ceux qui sont affaiblis par des maladies antérieures ou qui se trouvent sous l'influence des maladies spécifiques ou tendant à l'adynamie ;

3° L'état général de l'économie chez ces derniers, ou la nature des maladies qui se compliquent de pneumonie, ne permet pas d'attendre un heureux résultat de leur emploi; et les faits sont venus confirmer cette donnée importante. Les pneumonies compliquant la rougeole sont le plus souvent mortelles. Sur 21 cas observés par l'auteur, 20 se sont terminés par la mort. Il en est de même dans les autres maladies que vient compliquer la pneumonie ;

4° Les émissions sanguines générales ou locales pratiquées chez les enfans affectés de pneumonie ont eu pour résultat de débiliter l'organisme et d'accélérer la terminaison fatale de la maladie.

OBSERVATION D'UN HYPOSPADIAS ARTIFICIEL ACCOMPAGNÉ D'UNE ANOMALIE REMARQUABLE ; par M. A. TOULMOUCHE.

OBS. — Un détenu, âgé de 23 ans, offrit le vice de conformation suivant : la verge est aussi volumineuse que chez les autres hommes de son âge; mais le gland est partagé en deux, transversalement à sa longueur, à peu près à la réunion d'un peu plus du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs, et dans la plus grande partie de son épaisseur; en sorte que la continuité n'a lieu qu'à la partie supérieure, où s'aperçoit même une légère trace de cicatrice, tandis que l'inférieure offre une profonde dépression derrière laquelle on découvre un orifice insolite, qui est celui du canal de l'urètre. Il s'offre là sous la forme d'une fente, demi-épileptique, transversale, à bord inférieur mince, appliqué sur la surface muqueuse d'un rouge vif, légèrement déprimé, qui remplace la lèvre supérieure manquante, et formant de la sorte un véritable hypospadias. L'orifice externe de l'urètre était rétréci; cependant on put y introduire une petite sonde et acquérir la certitude qu'il se terminait en cul-de-sac, à six à huit lignes de profondeur, en se dirigeant obliquement vers la partie postérieure et inférieure de la longue appendice prépuțiale : on vit plus tard que le même instrument enfoncé un peu plus avant et avec plus de force sortit aisément à travers la cicatrice superficielle imparfaite qu'on apercevait à la partie postérieure de l'extrémité supérieure ou adhérente de la même appendice. En écartant son extrémité supérieure de la face inférieure de la portion du gland à laquelle elle tient par de la peau et du tissu cellulaire, on aperçoit l'orifice assez étroit d'un canal qui la parcourt dans toute sa longueur, et qui se termine à peu près vers la partie moyenne de son bout inférieur. Elle rappelle tout-à fait l'aspect d'un prépuce long et œdémateux, tel, mais plus exagéré, qu'on l'observe dans le phimosis congénital. Cette appendice pouvait avoir 14 à 15 lignes de longueur. Une sonde introduite par son orifice supérieur parcourut aisément son canal central et ressortit par une ouverture inférieure analogue, aboutissant au centre de l'extrémité inférieure, et cachée par les plis circulaires de la peau. A la face postérieure de l'extrémité supérieure de la même portion de prépuce, on aperçoit, lorsqu'on la porte en avant, une cicatrice analogue à celle que produirait l'occlusion de l'orifice urétral. Le repli du prépuce manque derrière le bourrelet de la portion postérieure ou la plus considérable du gland. La peau y est amincie, adhérente circulairement, un peu plus blanchâtre que dans le reste de la verge; c'est évidemment le résultat d'une cicatrice. Les deux testicules existent dans les bourses, peut-être un peu moins volumineux que ne le comportent l'âge et la force du sujet.

Le pénis entre facilement en érection; alors le bout du gland reste flasque, de même que l'espèce de fourreau qui y est annexé.

Un tel désordre résultait de l'action d'un lien circolaire et fortement serré qui avait été appliqué autour de l'extrémité de la verge. Le prépuce aura été frappé de gangrène à sa face supérieure de même qu'à l'inférieure, et le canal de l'urètre coupé totalement dans ce point. Le gland, ou tout au moins son extrmité antérieure, aura passé à travers l'ouverture supérieure artificielle du prépuce qui, de la sorte, se sera trouvé pendre au dessous de celui-ci, à la partie inférieure duquel il sera resté adhérent par la portion du frein et du tissu cellulaire qui y établit continuité. Le dégorgement de ce dernier et la cicatrisation de ses partica coupées se seront faits peu à peu, et l'appareil génito-urinaire aura pris la disposition décrite.

On se décida à enlever avec de forts ciseaux toute la portion antérieure du gland et l'appendice prépuțiale qui y tenait. La section fut faite en un seul temps, à l'endroit le plus rapproché et en même temps le plus rétréci, de manière à ménager le plus de gland possible. Le tissu, dans un point, était comme fibreux. A peine était-il resté au centre quelquca portions du tissu caverneux, par lesquelles il s'écoula peu de sang, la simple immersion de l'eau froide ayant suffi pour l'arrêter. Guérison au bout d'un mois.

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros de février et mars contiennent les articles originaux suivans : 1° *Mélanges cliniques*, par M. le docteur Payan (observations de restauration des lèvres; traitement de la gangrène sénile par l'opium; lithotritie et taille; du seigle ergoté dans les paralégies; quelques mots sur le traitement arabique contre la syphilis; 2° *Recherches et expériences*, par MM. d'Arcet et Petit, sur les qualités chimiques du lait dans leurs rapports avec la santé des enfans et le choix des nourrices; 3° *Variole confluente mortelle, survenue six semaines après la guérison d'une variole discrète*, par le docteur Renonard.

MÉLANGES CLINIQUES; par le docteur PAYAN.

Nous signalerons dans cet article deux séries de faits seulement qui offrent de l'intérêt sous le rapport thérapeutique.

DU SEIGLE ERGOTÉ DANS LA PARAPLÉGIE. Si les observations de M. Payan ont toute la valeur qu'il leur accorde, l'action excitante du seigle ergoté ne se bornerait point, comme on a semblé disposé à l'adopter, à l'utérus, mais s'étendrait à tout le système nerveux rachidien et aux organes auxquels il se distribue.

PARAPLÉGIE CHRONIQUE SANS LÉSION ORGANIQUE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE; EMPLOI DU SEIGLE ERGOTÉ; GUÉRISON.

OBS. — Silvestre, âgé de 73 ans, à la colonne vertébrale très infléchie en avant, est reçu le 1er août 1836, à l'Hôtel-Dieu d'Aix. Il se plaint d'une faiblesse très prononcée des membres inférieurs. Il est d'abord soumis, mais sans résultat, à l'usage de linimens excitans sur le rachis et sur les membres inférieurs; la paraplégie, au contraire, faisait des progrès continuels. Le malade ayant passé dans les salles de M. Payan, ce dernier reconnut que les deux extrémités inférieures étaient tout à fait privées de mouvement, et ne conservaient plus qu'une sensibilité très obtuse. L'excrétion des matières fécales et des urines s'opérait naturellement; les membres supérieurs étaient libres; il y avait absence de fièvre, appétit bon, digestions faciles.

Prenez : Seigle ergoté concassé.......... 45 gr.
Faites infuser dans eau bouillante. 5 onces.
Coulez et faites prendre en une fois le matin à jeun.

Cinq jours après, on augmente de cinq grains la dose de l'ergot. Déjà le malade éprouvait une amélioration manifeste; les membres inférieurs avaient recouvré une partie de leur sensibilité, et il pouvait déjà les mouvoir. Dans la soirée, ayant été mis hors de son lit, il put, en s'appuyant les mains sur le lit, en faire le tour à deux reprises.

Le 25 septembre (huitième jour du traitement), le malade est mieux encore; il peut, à l'aide d'un bâton dont il se servait longtemps avant sa maladie, aller plusieurs fois seul d'un bout de la salle à l'autre.

Le 29 septembre. Depuis deux jours le malade prend 25 grains de seigle ergoté; il peut descendre à la cour des malades et remonter à la salle. Dès ce moment, la guérison de sa paraplégie est considérée comme complète, le seigle ergoté fut néanmoins continué encore pendant quelques jours.

Quelques nausées, quelques vomituritions même, mais rares, un peu de malaise vers l'épigastre, se faisaient ordinairement sentir chez ce malade, pendant l'heure qui suivait l'ingestion du remède. Tout rentrait ensuite dans l'état normal. L'appétit se conservait bon, le malade mangeait la demi-portion ou le quart.

Une sensation de fourmillement, quelques mouvemens involontaires des muscles des membres inférieurs étaient souvent perçus par le malade pendant l'usage de l'ergot.

M. Payan rapporte trois autres observations où l'efficacité du seigle ergoté dans des circonstances à peu près analogues paraît avoir été évidente. Dans la première, la paraplégie existait chez un soldat du génie qui, en tombant sur un navire, s'était frappé violemment la région lombaire sur un corps saillant. Dans les premiers temps, la paraplégie fut accompagnée de douleurs très vives et d'accidens inflammatoires très aigus qui nécessitèrent l'emploi d'un traitement antiphlogistique actif. Les douleurs disparurent, mais non la paralysie, qui éprouva une diminution notable par l'usage du seigle ergoté, comme dans l'observation précédente, et dans l'espace de six jours. Mais alors le malade ayant passé dans un autre service, ce traitement fut discontinué et remplacé par l'application de deux moxas sur la région contusionnée. Au bout de trois mois, M. Payan ayant repris son service et trouvant le malade dans le même état qu'au moment où il l'avait quitté, le remit à l'usage du seigle ergoté, à la dose de 15 grains, qui, au bout de douze jours, s'élevait à 60 grains par jour. Déjà aussi la guérison était parfaite, et le médicament fut aussitôt discontinué.

La troisième observation est l'histoire d'un jeune homme qui, à la suite d'une ostéite vertébrale, avait conservé une grande faiblesse dans les extrémités inférieures. Au bout de douze jours de l'usage du seigle ergoté, il put quitter l'hôpital et aller s'occuper d'agriculture.

La quatrième observation est celle d'un individu qui était atteint depuis deux mois d'une hémiplégie rebelle, survenue à la suite d'une chute sur la région des lombes; il prit pendant quinze jours le seigle ergoté et pouvait déjà se promener autour de sa maison.

La seconde série de faits importans que contient cet article est relative au traitement de la gangrène spontanée par l'opium à haute dose; l'auteur rapporte l'histoire de deux sujets qui, après avoir été inutilement traités de leurs affections gangréneuses par les moyens vulgairement employés, n'ont dû leur guérison radicale et rapide qu'à l'usage de l'opium à doses

croissantes. Dans les deux cas, la dose de l'opium fut élevée graduellement jusqu'à 7 grains.

Ces faits sont certainement à nos yeux de quelque importance; mais nous devons dire, sans cependant vouloir nuire à l'intérêt qu'ils inspirent, que les conclusions qu'a tirées l'auteur auraient plus de valeur à nos yeux si les faits contradictoires étaient rapportés, ou si, au moins, on indiquait le nombre des cas où ce traitement n'a pas réussi.

III. L'EXPÉRIENCE.

Les mois de mars et avril renferment les articles originaux suivans: 1° *Mémoire sur le traitement de la dysenterie par l'albumine donnée en boissons et en lavemens*; par J.-T. Mondière; 2° *Recherches sur le sang des scrofuleux*; par M. le docteur Dubois (d'Amiens); 3° *Recherches sur les ruptures du cœur*; par M. Dézeimeris; 4° *Note sur la courbure accidentelle des os longs chez les jeunes sujets*; par M. Mondière; 5° *De la rupture spontanée de la matrice aux diverses époques de la grossesse*; par M. Dézeimeris; 6° *Observation de hernie de la trompe de Fallope, avec hydropisie du sac herniaire, etc.*; par M. A. Bérard; *suivi de remarques*, par M. Dézeimeris.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DE LA DYSENTERIE PAR L'ALBUMINE DONNÉE EN BOISSONS ET EN LAVEMENS; par J. T. MONDIÈRE.

Si la dysenterie enlève au sang les principes albumineux ne peut-on pas espérer de la guérir en redonnant au sang les mêmes principes qui s'en séparent en si grande abondance, de même qu'on guérit la chlorose, maladie dans laquelle le sang est privé de ses principes ferrugineux, par les préparations martiales? Telle fut la question que se posa l'auteur de ce mémoire et par laquelle il fut amené à faire l'essai de la médication dont il est question dans son travail. Dans un premier cas, cette médication réussit parfaitement, puis dans un second et dans un troisième. Voici la formule sous laquelle elle est administrée.

Prenez: Eau simple.................. 2 livres.
Six blancs d'œufs bien frais. 6 bl.
Battez avec soin et passez.
Ajoutez: Sirop de sucre............. 3 onces.
Eau de fleurs d'oranger.... 1 gouttе.

Les malades prennent dans les vingt-quatre heures trois ou quatre bouteilles de saccharum, qu'il y ait soif ou non et par tasses rapprochées; s'ils sont altérés ils dépassent facilement cette quantité, ce qui est un avantage. Dans le cas contraire, ils peuvent, sans la moindre répugnance, boire les trois bouteilles prescrites. Les enfans même en consomment bien une bouteille et demie et deux bouteilles dans le même espace de temps.

En même temps les malades prennent trois fois par jour un demi-lavement composé d'eau simple dans laquelle on bat trois blancs d'œufs, de sorte que vingt-sept ou trente blancs d'œufs sont ingérés dans les vingt-quatre heures, ou environ deux livres d'albumine.

L'auteur dit avoir vu des dysenteries fort graves céder à ce traitement dans l'espace de douze à vingt-quatre heures, sans laisser aucune trace de leur existence, non seulement alors qu'il était mis en usage dès le début de la maladie, mais encore lorsqu'elle existait depuis huit jours et plus. Une autre circonstance propre à cette médication, c'est qu'il n'y a pour ainsi dire pas de convalescence, et que, aussitôt que le flux dysentérique est arrêté, les malades peuvent boire et manger comme auparavant et bientôt vaquer à leurs affaires.

Le premier effet de ce traitement est de calmer les coliques, de diminuer le ténesme, et, au bout de quelques heures, les selles commencent à changer de nature et à diminuer de nombre et avec une rapidité très grande. Quant au régime, M. Mondière fait ordinairement garder la diète pendant vingt-quatre ou trente-six heures. Quelques malades cependant ont continué de prendre des bouillons et même de la soupe.

M. Mondière paraît disposé à attribuer à une action spécifique de l'albumine son efficacité contre la dysenterie; cependant il attache, et avec raison, peu d'importance à cette question; il lui suffit d'avoir constaté cette efficacité.

Déjà avant les essais de M. Mondière, M. Bradier, médecin à la Charité-sur-Loir, avait apprécié l'action heureuse de l'albumine dans la dysenterie, et les blancs d'œufs étaient employés dans la médecine vétérinaire; mais le travail de M. Mondière n'en est ni moins neuf ni moins important, car il paraît avoir employé cette médication dans un grand nombre de cas dont dix-neuf sont rapportés dans son mémoire. Le suivant nous fera connaître la manière dont le traitement est administré et la rapidité avec laquelle il agit.

OBS. — Protin, âgé de 25 ans, d'une constitution presque athlétique, avait eu quelques accès d'une fièvre intermittente quand il fut pris de coliques, de selles bilieuses et de vomissemens de même nature. Malgré un grain d'émétique en lavage, les selles devinrent tellement nombreuses qu'on n'a à peine le temps de vider le pot. Trente évacuations au moins en six heures, et ressemblant, suivant l'expression d'une femme, à de la lavure de tripes.

A sept heures du soir, M. Mondière était auprès du malade qu'il trouva dans l'état suivant:

Pouls dur, vibrant, 90 pulsations; peau chaude; un peu de céphalalgie; langue blanche, et légèrement rosée à la pointe; peu de soif; bouche pâteuse; ventre douloureux dans toute son étendue, mais surtout dans les régions des colons transverse et descendant; ténesme; coliques sourdes; de six à huit selles par heure, et pendant sa visite une évacuation de sang pur, deux verres environ; quelque temps après, une autre selle de même nature, mais moins abondante. Il fit administrer immédiatement un demi-lavement avec trois blancs d'œufs, et pour boissons de l'eau albumineuse, ne pouvant à cause de l'éloignement de la ville se procurer du saccharum.

Le lendemain, à une heure après midi, il voit le malade qui a eu quelques heures de sommeil et une seule évacuation depuis son départ; les deux premiers lavemens ont été retenus, mais le troisième rendu quelques heures après son injection a entraîné un peu de matière rougeâtre. Pas de fièvre; peau un peu humide, sans chaleur; langue humectée sans rougeur; plus de ténesme ni de coliques; quelques légers gargouillemens. Le malade demande à manger et veut quitter le lit.

Le troisième jour, le maître de Protin vient apprendre à M. Mondière qu'il est complètement guéri; que depuis le moment où il l'avait quitté la veille il n'avait eu que deux selles presque naturelles; qu'il avait dormi toute la nuit; qu'il avait pu, sans inconvénient, outrepasser la prescription pour les alimens, et que le lendemain il comptait reprendre ses travaux d'agriculture.

RECHERCHES SUR LE SANG DES SCROFULEUX; par M. le docteur DUBOIS (d'Amiens).

Les faits microscopiques signalés dans cet article viennent confirmer des faits d'une observation moins minutieuse qui avaient déjà été appréciés auparavant et notamment par M. Dubois lui-même; savoir une différence remarquable dans le sang des scrofuleux et une diminution notable de sa coagulabilité. Dans la plupart des cas, en effet, il a trouvé la matière colorante disposée de telle sorte qu'elle semblait en partie étrangère à la constitution des globules. Ce n'était pas le bord seulement des gouttelettes qui restait incolore, comme il arrive lorsque la matière colorante se retire entraînée par l'albumine soluble qui l'épaissit, ainsi que l'avait observé M. Raspail. Dans les cas signalés par M. Dubois, la nappe de matière colorante, étendue par zones diversement limitées, teignait ici des agglomérations de globules, tandis que plus loin, où se trouvaient des agglomérations non moins considérables, tout était incolore, véhicule et globules. L'auteur s'appuie sur ce fait pour discuter la question des rapports de la matière colorante avec les globules; question qui, on le sait, est encore controversée: quelques micrographes pensant avec M. Raspail que la matière colorante est étrangère à la constitution des globules sanguins; les autres regardant chaque globule comme formé d'un noyau central incolore et d'une enveloppe de matière colorante; nous ne le suivrons pas dans cette discussion, et nous nous bornerons à signaler une altération propre aux globules constatée par M. Dubois (d'Amiens) dans le sang dont nous parlons. Cette altération affectait uniquement les globules lenticulaires dont la dépression ou tache centrale était portée au-delà des limites normales; ce n'était plus seulement un point ombré sur chacune de leur face, mais un cercle obscur avec un point central transparent, de sorte qu'on les aurait crus véritablement troués. Beaucoup d'autres globules étaient en outre déformés, présentant des échancrures plus ou moins profondes ou d'autres déviations de leur forme régulière.

NOTE SUR LA COURBURE ACCIDENTELLE DES OS LONGS CHEZ LES JEUNES SUJETS; par le docteur S. L. MONDIÈRE, de Loudun (Vienne).

L'auteur décrit sous ce titre un état pathologique dans lequel les os longs d'un sujet jeune encore sont courbés subitement par une violence extérieure qui a agi en même temps sur leurs deux extrémités, et qui au lieu de rompre leurs fibres, comme cela arrive en pareil cas chez les personnes d'un certain âge, les ont fait se courber en arc de cercle plus ou moins étendu.

La plupart des auteurs de chirurgie, sans nier la possibilité de cet accident, ne rapportent pas d'observation qui en retrace les caractères; cependant le professeur Jurine de Genève avait adressé aux rédacteurs du JOURNAL DE MÉD., CHIRUR. ET PHARM. (1810, t. XX, p. 499) une note dans laquelle il dit: « La courbure accidentelle des os de l'avant-bras n'est pas très rare; pendant le cours d'une pratique d'environ quarante ans, j'en ai traité une vingtaine de cas, et j'ai vu cet accident se répéter deux fois chez le même individu et à la même place. Elle a lieu plus fréquemment chez les jeunes gens que chez les personnes d'un âge mûr.

Dans une thèse soutenue six ans auparavant à la faculté de Paris par Thierry (Pierre), il est fait mention de courbures primitives et accidentelles des os de l'avant-bras, d'après la propre observation de l'auteur, la pratique du professeur Dubois et les expériences de Haller qui a pu courber des os sur plusieurs animaux. »

Chez l'enfant, âgé de 10 ans, dont M. Mondière rapporte l'histoire, et qui avait reçu un coup violent sur le coude, pendant que la main était appuyée sur le jambage d'une porte, il constata : que l'avant-bras avait conservé son diamètre latéral, mais qu'il était courbé sur sa face antérieure, à son tiers-inférieur, d'où résultait un raccourcissement de cinq à six lignes. En arrière existait une saillie parfaitement arrondie et sans inégalité. On ne put apprécier la moindre crépitation, considérant alors que le diamètre transversal n'avait rien perdu de son étendue; que le petit malade pouvait imprimer des mouvemens de balancement au poignet sans augmenter la douleur ni la difformité, que la circonférence du membre ne présentait aucune inégalité, M. Mondière fut conduit à reconnaître l'existence non pas d'une fracture, mais seulement d'une courbure accidentelle des deux os.

Il suffit pour obtenir la réduction d'exercer des pressions antéro-postérieures, avec les quatre doigts de chaque main placés sur la face antérieure du membre, et les deux pouces en arrière; on n'entendit ni secousse ni crépitation au moment où le membre reprit sa conformation naturelle. On plaça en avant et en arrière des palettes de bois minces, maintenues par un appareil peu serré. L'avant-bras fut mis dans une écharpe, et le malade soumis à un régime doux. Dès le quatrième jour, les parens enlevèrent l'appareil, et bien que le malade se soit servi de suite de son membre, aucun accident n'est survenu jusqu'à ce jour.

M. Mondière rapproche de cette observation deux autres faits analogues qui depuis longtemps sont dans le domaine de la science. Le premier a été consigné par Martin, de Bordeaux, dans l'ancien journal de médecine (1767, t. XXVI, p. 274). La courbure eut lieu dans les deux os de l'avant-bras, chez un enfant de neuf ans; on réduisit facilement cette espèce de déplacement, on le maintint sans peine.

Le second fait, recueilli par M. Chevalier, chirurgien à La Ferté-Millon, se trouve dans le journal publié par Corvisart, Leroux et Boyer (1810, t. XX, p. 278). Il est relatif à une petite fille âgée de cinq ans, qui se courba l'avant-bras gauche à sa partie moyenne dans une chute sur le sable. Réduction facile; guérison.

D'autres faits sommairement indiqués semblent prouver que cette courbure accidentelle peut s'observer sur tous les os longs. Le professeur Jurine (loc. cit. 500) a rencontré une fois l'humérus courbé en devant et un peu en dedans chez un enfant de sept ans; et, chez un autre enfant du même âge, il a vu le tiers inférieur de la jambe affecté d'une semblable courbure. Dupuytren, dans un mémoire inséré dans les bulletins de la Faculté de médecine (1812, t. II, p. 161), rapporte une observation fort intéressante qui pourrait, selon M. Mondière, être considérée comme un cas de courbure accidentelle de l'os de la cuisse, chez un enfant âgé seulement de huit mois.

L'auteur termine en faisant des vœux pour qu'un homme laborieux s'occupe de ce point de pathologie qui compléterait l'histoire des fractures, et pourra jeter quelque jour sur certains cas de claudication due à un raccourcissement, et que n'explique aucune lésion apparente des articulations (1).

OBSERVATION DE HERNIE DE LA TROMPE DE FALLOPE; HYDROPISIE DU SAC HERNIAIRE; PONCTION; PÉRITONITE; MORT; par M. BÉRARD.

OBS. — Madame B...., âgée de 45 ans, éprouvait depuis plusieurs années quelques fatigues dans la région des reins, des douleurs passagères dans la partie inférieure du ventre. Deux accouchemens précédens n'ont rien offert d'extraordinaire. Il y a deux ans, une tumeur apparut dans l'aine droite, disparaissant par la pression. On prescrivit un bandage qui ne fut pas porté; la tumeur fit des progrès assez lents, conservant toujours sa réductibilité. Vers la fin de 1837, l'accroissement en fut plus rapide, et les douleurs du ventre devinrent plus vives qu'à l'ordinaire. On s'aperçut bientôt que la tumeur de l'aine était irréductible. M. Bérard fut appelé. Il constata dans l'aine une tumeur volumineuse, à base large, à surface égale, excepté dans un point en dedans et en haut où il y a une saillie en mamelon de la largeur du bout du doigt. Cette tumeur, qui dépasse le volume d'un œuf de poule, s'étend un peu vers le ventre et la grande lèvre droite. La peau qui la recouvre a conservé sa couleur et son épaisseur naturelle, si ce n'est au niveau du mamelon où elle est très amincie et présente une teinte légèrement bleuâtre. Pression indolente non douloureuse et n'amenant pas de réduction, quoique longtemps continuée; la percussion indique l'absence de gaz. Fluctuation manifeste. Le liquide examiné à la lumière apparaît transparent; enfin, on ne peut passer les doigts sous la base de la tumeur et la détacher des parois abdominales; il semble même qu'il en parte un prolongement qui traverse l'épaisseur de ces parois dans le sein du canal inguinal et se perd dans le ventre. En palpant le ventre, on sentit un corps gros, rond et dur qui proéminait au-dessus du pubis; le toucher fit reconnaître que cette masse était développée dans le corps de l'utérus; elle égalait le volume d'un gros œuf de dinde, la malade n'en soupçonnait pas l'existence. On s'arrêta à l'idée que c'était un ou plusieurs corps fibreux de l'utérus. On éloigna toute idée de hernie étranglée et la tumeur parut être, soit un kyste séreux accidentellement développé dans cette région, soit un ancien sac herniaire oblitéré au collet et atteint d'hydropisie. Une ponction fut faite avec un petit trois-quarts, afin d'évacuer le liquide et de mieux examiner la tumeur quand elle serait vide. Cette ponction fut immédiatement pratiquée sur la partie la plus saillante de la poche, il s'écoula par la canule du trois-quarts six à huit onces de sérosité, légèrement citrine, mousseuse, et qui se prit en gelée sur le feu. La poche ainsi évacuée, il fut facile de reconnaître à sa base un corps arrondi, du volume d'une petite noisette, occupant l'anneau crural et disparaissant profondément derrière l'arcade crurale. Ce corps demeura irréductible. Dans le but d'enflammer la poche et d'obtenir l'adhésion de ses parois, on applique des compresses imbibées de vin aromatique sur la tumeur. Vers le soir, frisson prolongé, douleurs dans la hernie. Du deuxième au septième jour, la tumeur s'enflamme, se remplit de nouveau; le ventre devient douloureux, vomissemens, érysipèle autour de la tumeur; suppuration dans sa cavité, les symptômes de péritonite se prononcent. Mort le septième jour dans la soirée. (Sangsues en grand nombre sur la tumeur et le ventre; vésicatoires aux cuisses, onctions mercurielles.)

A l'autopsie, on trouva un épanchement séro-purulent dans la cavité abdominale; fausses membranes sur les circonvolutions intestinales; rougeur du tissu cellulaire sous-péritonéal.

L'intérieur de la poche est recouvert d'une exudation albumineuse, et communique librement avec la cavité péritonéale, derrière le ligament de Fallope, c'est évidemment le collet d'un sac herniaire non oblitéré. Cette ouverture a deux ou trois lignes de diamètre; elle répond à l'anneau crural. Le sac herniaire renferme la trompe de Fallope seule, considérablement hypertrophiée. Nulle adhérence n'existe entre la trompe et l'intérieur du sac; mais le conduit de la trompe est intimement uni à la partie antérieure de la circonférence du collet du sac. C'est entre la partie postérieure de ce conduit, et le reste de la circonférence du collet du sac que se trouve l'ouverture qui établit une communication parfaitement libre entre la cavité péritonéale et l'intérieur de la poche qui renfermait la sérosité. L'ovaire du côté droit occupe sa place ordinaire à l'intérieur du bassin. Aucun autre viscère n'est soutenu dans le sac herniaire. Le tissu de l'utérus, d'ailleurs sain, est distendu par un énorme corps fibreux.

Dans les réflexions qui suivent cette observation intéressante, M. Bérard fait remarquer que le col herniaire était perméable, et que nonobstant cette perméabilité, les pressions les plus exactes n'ont pu réduire la tumeur. M. Cloquet a noté semblable chose dans son travail sur les hernies, à l'occasion de la hernie inguinale congénitale. Il a vu que dans ces cas le testicule, était le premier repoussé vers l'anneau qu'il remplissait en entier; en sorte que le liquide ne pouvait s'échapper de la poche qui le renfermait. Il est bien probable, dit M. Bérard que chez notre malade l'irréductibilité de la tumeur tenait à une cause analogue, et que la trompe de Fallope, repoussée par le liquide comprimé formait de suite un bouchon au niveau du collet du sac, et s'opposait à la rentrée de la sérosité dans le ventre. Le simple poids du liquide pouvait favoriser son passage à travers l'anneau pendant la nuit, et amener ainsi la disparition presque complète de la tumeur, tandis qu'un taxis, même modéré, agissant avec plus d'énergie et transmettant à la trompe, comme à une soupape, une certaine pression par l'intermédiaire du liquide, entraînait l'occlusion de l'ouverture et l'impossibilité de la réduction. Ceci fait comprendre comment on peut concilier les assertions de la malade, qui affirmait que la tumeur diminuait par le séjour au lit, et le défaut de succès des tentatives de réduction.

M. Bérard se demande si l'on devrait préférer, pour obtenir la cure radicale dans un cas semblable, l'incision du sac dans toute sa longueur, à la ponction aidée ou non d'injection et de topiques irritans; il penche pour une large incision qui, en ouvrant aux liquides une large issue à l'extérieur, préviendrait sûrement le reflux des matières sécrétées par le sac enflammé dans la cavité abdominale.

Sans doute une large incision préviendrait ce reflux des liquides sécrétés dans le sac, en donnant aux parois de celui-ci une inflammation suffisante pour les faire adhérer et en déterminer l'oblitération; mais si l'on compare ces avantages au danger d'une vaste inflammation avec le contact de l'air, et de son extension au péritoine, on peuchera, je crois, vers la ponction simple d'abord, suivie ou non de l'injection. Quant à cette dernière, elle ne devra plus se faire avec le vin chaud, ni tout autre liquide analogue, introduit en grande quantité; mais il faudra choisir un liquide suffisamment irritant, sous un petit volume, ce serait le cas de mettre en usage l'injection iodée, telle que l'emploie M. Velpeau. Plusieurs fois il a suivi cette méthode pour des cas d'hydrocèle dans de vieux sacs herniaires, il s'en est toujours bien trouvé (1).

(1) Les détails que M. Guérin a bien voulu nous communiquer nous permettent d'assurer que sous ce rapport les vœux de M. Mondière seront complètement remplis.

(1) BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, avril 1839. *Remarques sur l'hydrocèle compliquant les hernies.*

Du reste, si le cas de hernie simple de la trompe utérine observée par M. A. Bérard n'est pas unique en son genre, c'est du moins un fait excessivement rare. M. Dezeimeris, dans les remarques ajoutées à cette observation (L'Expér., 1839, p. 218 et suiv.), parle d'un fait analogue, publié en 1787, dans le Journal fur die Geburtshelfer, et qui se trouve dans l'anatomie pathologique de Conrari et dans celle de Voigtel. Toutefois les circonstances ne sont pas complètement identiques, car ce n'était pas une hernie crurale, mais une hernie qui s'était faite à travers une fissure du vagin.

Dans une autre observation, que M. Dezeimeris emprunte au docteur Voigt (In Hofeland, Journal der practischen Heilkunde, n° 3, p. 139, 1809), la nature de la maladie n'est pas aussi bien précisée : il serait disposé à admettre une hernie de l'appendice cœcale plutôt qu'une hernie tubaire, par la seule raison que cette dernière était trop rare. Mais si d'autres faits du même genre que celui de M. Bérard viennent à se présenter, on ne devrait faire aucune difficulté de regarder celui de Voigt comme identique. Voici, du reste, quels étaient les caractères de l'organe hernié; car après des accidens inflammatoires assez intenses, il fut frappé de mortification et se détacha : « Il était putréfié et d'une odeur insupportable, sa longueur de quatre pouces, son volume à peu près celui d'une plume à écrire, son tissu dense, une de ses extrémités était frangée, et il avait un canal par lequel on pouvait faire passer un fil d'archal fin. D'après toutes les circonstances du cas, et selon toute probabilité, *ce corps était une trompe de Fallope*. Au bout de quinze jours, la plaie était cicatrisée, la femme en parfaite santé, et aujourd'hui, après six mois écoulés, elle se porte parfaitement bien. »

IV. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les cahiers de mars et avril contiennent les articles originaux suivans: 1° *Mémoire sur les déchirures du périnée chez la femme et sur celles de la cloison recto-vaginale; d'après les leçons de M. Roux;* par M. Mercier; 2° *Observation de tétanos spontané;* par M. Soucelyer (la guérison a été obtenue par l'emploi combiné de la saignée, des bains tièdes, de l'opium, du musc, des vermifuges); 3° *Tétanos traumatique guéri par les mêmes moyens, moins les anthelmintiques;* par M. Torhé, D. M.; 4° *De l'emploi de l'émulsion de cire opiacée pour combattre les différentes espèces de diarrhée;* par M. Ch. Steinbrenner; 5° *Plusieurs observations de plaies des tendons extenseurs de la main; traitées par le nitrate; guérison* (deux de ces cas sont rapportés par M. E. Valentin; un troisième par M. Ch. Robert); 6° *Influence des émotions vives sur la production et la guérison de certaines maladies;* par M. Ch. Robert, D. M. P.; 7° *Histoire d'une occlusion du col utérin dans un cas d'accouchement;* 8° *De l'emploi des insufflations de poudre mercurielle dans le traitement des excoriations du col de l'utérus;* par M. Troussean; 9° *Mémoire sur la stomatite gangréneuse;* par M. Ch. Tanpin; 10° *Du traitement de la fièvre typhoïde ou dothinentérie par les purgatifs;* par M. Féron; 11° *Histoire d'une fracture comminutive du coronal; abcès consécutif dans le lobe antérieur de l'hémisphère cérébral droit; guérison après deux mois;* par M. de Rivière; 12° *Fracture du crâne;* 13° *Traitement des luxations anciennes du fémur en haut et en dehors;* par M. H. Joffre; 14° *Observation d'empoisonnement par l'arsenic;* par M. A. Coqueret.

Mémoire sur les déchirures du périnée chez la femme, et sur celles de la cloison recto-vaginale, rédigé d'après les leçons de M. Roux; par M. Mercier.

L'auteur a exposé dans ce travail les principales idées du professeur de l'Hôtel-Dieu, et les résultats qu'il a obtenus. Déjà M. Roux les avait consignés dans un mémoire lu à l'Académie des sciences le 6 janvier 1834. M. Mercier y a joint quelques remarques sur les déchirures de la cloison recto-vaginale, de manière à présenter un ensemble assez complet sur la matière.

La déchirure du périnée, qui survient presque toujours lors d'une première parturition, se trouve souvent favorisée par une position de la vulve telle, que cet orifice est fortement tourné en avant, le périnée se trouvant alors plus large qu'il ne devrait être. Indépendamment de cette disposition vicieuse, des cicatrices résultant de plaie ou de brûlure, la rigidité des parties, et par conséquent un âge déjà avancé, l'étroitesse et le peu de longueur du vagin, le volume de la tête de l'enfant, son passage trop brusque, l'application du forceps, peuvent déterminer cet accident, qui survient brusquement sans gangrène, très rarement du moins, différant en cela des fistules vésico-vaginales. Mais, à ces causes il faut joindre la gangrène spontanée, le cancer, la syphilis, etc. M. Mercier mentionne à ce propos l'histoire d'une femme chez laquelle de nombreuses ulcérations vénériennes avaient transformé le rectum et le vagin en un véritable cloaque. Elle ne tarda pas à succomber à l'abondance de la suppuration dont ces parties étaient le siége. Des accidens, tels que des chutes où le périnée porterait sur des corps anguleux, peuvent également donner lieu à sa destruction.

On ne connaît pas d'exemple que cette infirmité ait jamais été congénitale, tandis qu'on voit si souvent des enfans naître avec des divisions existant sur la ligne médiane soit du voile du palais ou de la voûte palatine elle-même, soit de la poitrine, de l'abdomen, de la face antérieure de la vessie, de l'urètre, etc., on n'a jamais entendu dire qu'une jeune fille soit née avec une division du périnée.

Il est rare que la déchirure partielle antérieure du périnée se cicatrise par les seuls efforts de la nature; les bords de la plaie suppurent et se recouvrent de tissu inodulaire, sans contracter d'adhérences. Si le sphincter de l'anus est intact et qu'il conserve son intégrité et son ressort, une infirmité assez grave pour nécessiter les secours de la chirurgie n'est pas à craindre. La déchirure centrale du périnée, qu'on ne saurait plus révoquer en doute, est peut-être moins à craindre; mais il n'en est plus de même quand le périnée est détruit dans toute son étendue, la nature est tout à fait impuissante. Il ne reste plus de deux ouvertures parfaitement distinctes qu'une large fente à bords droits ou irrégulièrement ondulés; seulement, lorsqu'on écarte ceux-ci, on voit ceue fente partagée en deux par une cloison transversale, déchirée elle-même plus on moins haut : c'est la cloison recto-vaginale.

Parler maintenant des inconvéniens d'une pareille infirmité serait insister sur des faits suffisamment connus; et cela n'est point nécessaire pour justifier le grand nombre d'essais qui, depuis Guillemeau jusqu'à nos jours, ont été tentés pour obtenir sa guérison. On sait que la suture entrecoupée fut employée avec succès par Guillemeau; conseillée par Manricean, Lamotte et Smellie, qui l'indiquent sans dire s'ils ont tenté cette opération et quels résultats ils ont obtenus. Les faits de Noël (de Reims), de Sancerotte (de Lunéville), qui mirent en usage la méthode entortillée, et réussirent chacun dans un cas, sont cités partout. Conseillée par Boyer dans les cas seulement où elle serait réclamée avec instance par les malades (Traité des mal. chir., t. x, p. 460), employée une fois sans résultat par M. Dubois père, et une autre fois par M. P. Dubois, avec aussi peu de succès, cette opération aurait réussi à Dupuytren en 1805 (Thèse de M. Vidal, de Poitiers, du 28 août 1832), et à M. le docteur Montain (de Lyon), qui a publié son observation dans la Revue médicale.

Après avoir éprouvé diverses modifications de Marsinna, de Mentzel, d'Osiander, et plus spécialement de la part de M. Dieffenbach, la suture du périnée, faite en 1822, pour la première fois, par M. Roux, lui suggéra l'idée de la suture enchevillée, car il entrevit de bonne heure que, dans cette opération, la difficulté principale venait de ce que, même avec la suture entortillée, le fond de la plaie n'est pas rapproché assez fortement, et communique avec deux cavités lubréfiées par des liquides d'autant plus abondans qu'elles participent elles-mêmes à l'inflammation du périnée.

Le manuel opératoire, les soins préliminaires qu'il nécessite, et qui consistent surtout dans l'évacuation du rectum, les soins consécutifs, les ménagemens à garder dans les mouvemens, etc., sont indiqués avec soin par M. Mercier : nous ne nous y arrêterons pas.

Voici les résultats des opérations pratiquées par M. Roux jusqu'à ce jour :

Sur onze femmes, sept ont guéri par la première opération. Chez une autre, l'opération, inutile la première fois, eut un succès complet la seconde; et il ne s'agit pas de celle chez qui fut pratiquée la suture entortillée. Deux malades sont mortes, l'une à la suite de phlébite ou de résorption purulente; l'autre, dont la déchirure périnéale était compliquée d'un renversement du rectum et du vagin, a succombé à la recrudescence d'une entérite chronique, dont elle était affectée depuis longtemps. Enfin, chez une dame, opérée dernièrement par M. Roux, tout se passa parfaitement bien jusqu'au quatorzième jour, époque où, le besoin de la défécation s'étant fait sentir tout d'un coup, l'adhésion se rompit. « Cependant, ajoute M. Mercier, cette lueur de succès ne fut pas inutile; la malade est pleine de courage et a, ainsi que le chirurgien, la ferme espérance qu'une seconde tentative sera plus heureuse. »

Dans les réflexions qui suivent, M. Mercier, rappelant quelques faits déjà connus, et relatifs aux déchirures de la cloison recto-vaginale, pense que, si une déchirure de la cloison est récente, on devra attendre quelque temps ce qui résultera des efforts de la nature; on attendra également si la fistule, quoique ancienne, est de peu d'étendue, parce qu'il est presque certain qu'elle se fermera soit spontanément, soit sous l'influence de quelques cautérisations. Si la cautérisation est ancienne et très étendue, on emploiera la cautérisation de ses angles à la manière de M. Cloquet; si, en même temps, le périnée est déchiré, le sphincter seul restant intact, on coupera celui-ci, et on restaurera le périnée suivant le procédé de M. Roux.

Enfin, ce n'est que quand on n'aura pas d'autre ressource qu'on aura recours à la suture et à l'autoplastie.

Il est important, dans tous les cas, de favoriser par dessus tout la liberté du ventre. Quand on a fait la suture du périnée, il est bon, il est nécessaire même d'empêcher les matières stercorales de passer trop tôt par l'anus ; et puisqu'on ne peut s'opposer à leur abord dans le rectum après les opérations pratiquées sur la cloison, il faudra au moins prévenir la distension de cette partie, l'écartement des bords de sa division en facilitant, autant qu'il est possible, l'écoulement des matières qui y arrivent.

M. Dieffenbach a porté plus loin que M. Roux le précepte de pratiquer la suture dans les déchirures du périnée. Non seulement il l'applique aux déchirures étendues et complètes, mais aux déchirures étroites et partielles. Sa doctrine relativement au temps qui doit être choisi pour pratiquer l'opération n'est pas la même que celle du chirurgien français : il insiste sur la nécessité d'opérer de bonne heure ; plus tard le traitement devient bien plus difficile. Du reste, suivant lui, dans les cas récens, l'état puerpéral et l'écoulement des lochies présentent moins d'obstacle qu'on ne serait tenté de le croire. Les faits rapportés par le chirurgien allemand pourraient être rapprochés de ceux de M. Roux, mais l'analogie n'est pas complète, puisque, dans plusieurs cas, la déchirure était partielle et fort peu étendue (1).

Quant aux incisions latérales, destinées à diminuer la tension du périnée, M. Roux les rejette toujours. Il est bon de remarquer à ce propos que M. Dieffenbach ne les adopte pas d'une manière constante et exclusive ; elles ne sont nécessaires, d'après lui, que dans les cas anciens où les parties se trouvent rétractées et chez des malades indociles et remuantes. Chez les femmes maigres et dont le tissu cutané est lâche, on peut s'en dispenser tout à fait. (Loc. cit.)

Le précepte d'opérer en deux temps, dans les déchirures complètes, lorsque le rectum se trouve compris dans la division en même temps que le vagin, doit présenter des avantages dans plusieurs circonstances, lorsqu'il faut, par exemple, trop d'effort pour obtenir et maintenir le rapprochement.

Aux observations de M. Roux, à celles de M. Dieffenbach, on pourra joindre le fait intéressant rapporté par M. Convers fils, médecin à Vevey (2). Dans ce cas, la déchirure était complète : on pratiqua la suture enchevillée ; il y eut une première fois rupture des adhérences ; après une nouvelle tentative, dans laquelle on eut soin de prendre une plus grande quantité de tégumens, au risque d'avoir un bourrelet défectueux au raphé, la guérison fut complète.

Dans cette suture, plus que dans toute autre, il paraît donc important d'embrasser avec les fils une grande épaisseur de tégumens ; il en résulte, d'une part, plus de solidité dans la réunion, et, de l'autre, moins de danger de voir les bords de la plaie se gangréner.

DE L'EMPLOI DE L'ÉMULSION DE CIRE OPIACÉE POUR COMBATTRE LES DIFFÉRENTES ESPÈCES DE DIARRHÉES ; par M. STEINBRENNER.

La thérapeutique possède déjà un grand nombre de moyens à opposer à la diarrhée ; mais il arrive si souvent que les moyens qui ordinairement ont le plus d'efficacité restent sans effet, qu'on ne peut trop en multiplier le nombre. C'est à ce titre que nous allons donner quelques documens sur l'émulsion de cire, dont l'usage n'est pas nouveau, et sur la manière de l'employer. Voici la formule adoptée par l'auteur :

Prenez :	Cire blanche	2 dragmes.
	Mucilage de gomme arabique préparé avec une partie de gomme sur deux parties d'eau	9 dragmes.
	Véhicule quelconque	sq.
	Sirop diacode	demi-once.

Introduisez la cire avec le mucilage dans une fiole et chauffez légèrement pour faire fondre la cire ; agitez alors continuellement et ajoutez peu à peu le vésicule légèrement chauffé, jusqu'à ce que le mélange soit parfaitement refroidi.

L'observation suivante fera comprendre maintenant la manière dont l'auteur emploie cette médication.

Obs. — J. Kalm, âgé de 11 ans, tempérament lymphatique, peu robuste, avait eu la dysenterie qui, négligée, avait laissé à sa suite une entérite chronique avec un flux intestinal séreux très abondant. Cet état durait depuis six semaines, et avait amené le malade à une telle faiblesse qu'il parut à l'auteur à la dernière extrémité. Les opiacés et les astringens avaient été employés par un autre médecin sans succès. On prescrivit la potion précédente avec une demi-once de sirop diacode au lieu de sirop simple, plusieurs lavemens d'amidon, de l'eau de riz pour boisson, et des cataplasmes sur le ventre. Dès le lendemain, le nombre des selles fut réduit de 15 à 6 ; les douleurs et le ténesme étaient considérablement diminués, et, au bout de huit jours du même traitement, la diarrhée avait cessé complètement, l'appétit était revenu, les alimens étaient bien digérés. La convalescence fut prompte et de courte durée.

Six autres observations analogues viennent à l'appui de l'opinion de l'auteur sur l'efficacité de l'émulsion de cire.

HISTOIRE D'UNE OCCLUSION DU COL UTÉRIN DANS UN CAS D'ACCOUCHEMENT ; par M. FÉLIX HATIN.

Obs. — Une femme de 36 ans, primipare, ressentit les premières douleurs de la parturition le 12 juillet 1837. Le soir même les eaux s'écoulent par fractions, à chaque douleur, et non d'un seul flot. Au toucher il est impossible de distinguer l'orifice. Les douleurs deviennent plus fréquentes, la tête descend dans l'excavation ; mais au lieu de s'engager à travers le col utérin effacé, elle se coiffe des parois de la matrice ; l'examen le plus attentif ne put faire reconnaître aucun rebord qui pût être pris pour les lèvres du col utérin, appliquées sur le fœtus. On pensa qu'il y avait absence d'orifice et qu'il fallait pratiquer l'opération césarienne vaginale.

Avant de se décider, M. Hatin fit de nouvelles recherches pour arriver sur le pertuis, par lequel la conception d'abord, et plus récemment l'écoulement des eaux avait pu se faire. Un point parut un peu moins résistant que les autres ; on y porta une sonde de femme en la guidant du doigt. En pressant légèrement, elle pénétra et fut remplacée aussitôt par le doigt qui lui avait servi de conducteur. On sentit alors une membrane mince qui se rompait et dont la sensation fut comparée à celle que produit la déchirure des membranes fœtales, quand, après les avoir percées à l'aide d'un instrument, on introduit le doigt dans l'ouverture pour l'agrandir. Aussitôt la dilatation du col de l'utérus se fit. Le fœtus était en première position du vertex ; une demi-heure après, l'accouchement se termina naturellement.

L'obstacle à la parturition dont il est question ici a été signalé pour la première fois par P. Portal. Plesenck a parlé de cette agglutination et recommande de la détruire avec l'instrument tranchant, ce que tant d'auteurs ont répété avec lui. Madame Lachapelle a beaucoup mieux apprécié la nature de l'occlusion ; après elle cependant on a répété le conseil de se servir dans tous les cas du bistouri (Ziegler). M. le professeur Naegelé a bien étudié dans ces dernières années cette variété de dystokie qu'il rapporte à l'inflammation adhésive du col utérin trop irritable (Archiv. de Méd., 1835). Il est remarquable combien une agglutination si faible en apparence offre de résistance aux contractions utérines, à ce point même qu'il est à craindre, dit M. Naegelé, lorsque le travail se prolonge, de voir l'utérus se rompre dans un autre point que celui qui correspond au col. Dans tous les cas cités par M. Naegelé, le traitement n'a présenté aucune difficulté ; le plus souvent il a suffi du doigt ou d'une sonde de femme pour rompre l'adhérence ; l'incision qu'on a tant recommandée lui paraît inutile dans presque tous les cas et souvent dangereuse. Ce précepte doit être limité bien entendu au cas spécial dont il s'agit et ne doit pas s'étendre à l'occlusion complète du col utérin qui en est essentiellement différente ; alors au contraire l'incision est nécessairement indiquée. Cela doit faire sentir l'importance d'établir un diagnostic précis dès le début du travail.

STOMATITE GANGRÉNEUSE, SA NATURE, SES CAUSES, SON TRAITEMENT ; par le docteur TAUPIN.

L'auteur écarte de son sujet la stomatite érythémateuse ou aphteuse, la stomatite qu'il appelle exanthémateuse et le muguet, et comprend sous le nom de stomatite gangréneuse le charbon des joues et les stomatites couenneuse et ulcéreuse des auteurs, qui lui paraissent n'être que des variétés d'une même maladie, la gangrène, et, qu'on avait séparées jusqu'à ce jour.

La stomatite gangréneuse est une maladie qu'on observe presqu'exclusivement chez les enfans, chez lesquels elle est très commune. Elle atteint au moins un vingtième de ceux qui sont à l'hôpital et un grand nombre de ceux qui viennent à la consultation, et frappe presqu'uniquement les enfans des classes inférieures.

Age. La stomatite s'offre de dix-huit mois à quinze ans, mais surtout de cinq ans à dix.

Sexe. Plus fréquente chez les garçons que chez les filles, ce qui peut dépendre de ce qu'ils sont ordinairement plus négligés de leurs parens.

Santé générale. Quelquefois elle se développe spontanément, mais le plus souvent on la voit chez des enfans affaiblis par des maladies graves, qui ont nécessité des évacuations sanguines abondantes, une diète prolongée ; ainsi, à la suite de quelques pneumonies intenses, de la fièvre typhoïde, et plus souvent des fièvres éruptives ; très rare après la variole, elle se voit plus souvent après la rougeole et la scarlatine et ne se développe qu'à une époque avancée de leur convalescence. L'auteur pense que, si on ne l'observe pas à la suite des affections cérébrales aiguës, c'est que ces dernières se terminent rapidement par la mort, tandis que la stomatite

(1) Gaz. de Berlin. Extrait de la Gaz. Méd. 1838, p. 170.
(2) Gaz. Méd. 1835, p. 44.

gangréneuse ne se termine qu'à une époque avancée des convalescences difficiles et chez les sujets affaiblis par de longues diarrhées, etc. Elle ne s'observe que rarement dans la phthisie; mais elle complique souvent les affections dartreuses et les ophthalmies scrofuleuse et catarrhale.

M. Taupin entre dans des considérations intéressantes sur les conditions hygiéniques de quelques divisions de l'hôpital des enfans de Paris et ne permet pas de douter que ces mauvaises conditions ne soient en partie cause de la fréquence des cas de stomatite qu'on y observe.

Saisons. La stomatite se développe de préférence dans le printemps et l'automne, quelquefois en hiver; on ne la voit guère en été, à moins que cette saison ne soit froide et humide.

Division. Cette maladie est sporadique, épidémique et contagieuse; il paraît que c'est surtout par le liquide sécrété qu'elle se communique.

Le diagnostic de la stomatite est généralement facile, non seulement pour la maladie elle-même, mais aussi pour ses différentes formes. Cependant M. Taupin attache beaucoup moins d'importance que ne le fait M. Guersant au gonflement des ganglions sous-maxillaires, car il dit ne l'avoir pas trouvé plus de quatorze fois sur 71 cas de stomatite couenneuse et ulcéreuse, et quatre fois sur 36 cas de charbon.

Traitement. Ici une médication bien entendue peut être toute puissante, ce qui diffère beaucoup de ce qu'on observe dans la plupart des autres maladies des enfans. Voici ce que M. Taupin conseille, et avec raison : faire disparaître les causes quand elles sont appréciables et les conditions hygiéniques sous l'influence desquelles la stomatite s'est développée; rétablir la constitution affaiblie au moyen de toniques; séparer les enfans de ceux qui sont atteints de la maladie; les tenir habituellement dans un lieu sec, bien aéré; les nourrir et les vêtir sainement. On arrachera les dents cariées si elles paraissent être la cause de la stomatite; on frictionnera les dents et l'intérieur de la bouche avec des solutions chlorurées, une décoction de quinquina ou des alcoolates de menthe, de gaïac, de pyrètre, etc.

Si enfin ces moyens ont échoué ou paraissent ne pas devoir suffire, il faut attaquer énergiquement la maladie en suivant la méthode de M. Bonneau, qui consiste à toucher plusieurs fois par jour les gencives malades avec des substances détersives, ou légèrement caustiques, du chlorure de chaux, par exemple. Pour empêcher que la maladie ne s'étende aux parties voisines, il faut placer entre les gencives et la joue un corps imperméable, comme une plaque mince d'ivoire, de bois léger, etc., et on emploiera tous les moyens propres à enlever ou à faciliter l'écoulement des liquides sécrétés par les parties malades. Voici la manière dont M. Bonneau emploie le chlorure sec de chaux, qui paraît avoir plus de succès et moins d'inconvéniens que tous les autres moyens : on trempe le doigt légèrement humecté dans un flacon de chlorure bien sec et en poudre très fine, et on frictionne assez rudement les parties affectées; après des lotions répétées, le chlorure, le liquide putride et les concrétions membraniformes sont rejetés; puis on recommence la même opération. Quand l'affection prend décidément le caractère charbonneux, on doit alors cautériser avec l'acide hydrochlorique pur et suivre les règles prescrites pour les cas de cette nature.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 20 MAI.

SUR LES PROCÉDÉS ÉLECTRO-CHIMIQUES ET LEURS PRODUITS.

Depuis longtemps M. Becquerel a imaginé divers procédés électro-chimiques, au moyen desquels il a obtenu des cristaux de sulfure de cuivre, d'argent, de fer, de plomb, etc., tels qu'on en trouve dans la nature. Aujourd'hui ce physicien annonce qu'il s'est de nouveau occupé de la question, en voyant plusieurs pièces d'argent qui avaient été entièrement changées en cristaux de sulfure, par suite de leur séjour dans une fosse d'aisance. Or, selon l'auteur, cette transformation se serait nécessairement effectuée par voie de cémentation, puisque les pièces n'ont point perdu leurs formes.

D'après le résultat précédent, M. Becquerel a essayé d'imiter une semblable transformation au moyen des actions électro-chimiques. C'est pourquoi il a fait subir à ses procédés des modifications qui l'ont conduit à des phénomènes nouveaux et utiles. L'appareil imaginé par l'auteur se compose d'un certain nombre de petits tubes fixes recourbés en forme de U, renfermant intérieurement de l'argile humectée et surmontée d'un tampon, afin d'empêcher le mélange avec l'argile des produits formés. Dans l'une des branches est versée une solution de proto-sulfure de potassium, où l'on fait plonger une lame d'argent; dans l'autre, une dissolution de nitrate de cuivre, où plonge ensuite une lame de même métal. Ces dispositions faites, on réunit un certain nombre d'élémens, pour en composer une pile, en établissant une communication entre le cuivre du premier avec l'argent du second, et ainsi de suite. De cette manière, on obtient une véritable pile électro-chimique, puisqu'elle fonctionne comme pile, tout en opérant des réactions chimiques dans l'intérieur des tubes : de plus, ces piles peuvent être d'une grande énergie, et leurs effets immédiatement sensibles, si l'argile est humectée dans chaque branche par le liquide qu'elle renferme. Au reste, cinq ou six heures après se manifestent de petits cristaux de cuivre métallique sur les lames de cuivre, signe caractéristique de l'existence des actions chimiques. Quelques heures plus tard, les lames d'argent se recouvrent de cristaux de sulfure de ce métal : l'action a continué, sans interruption, pendant plus de quinze jours, après quoi les lames, sans avoir perdu leurs formes, furent changées en sulfures, dont l'aspect était le même que celui des pièces d'argent qui avaient séjourné pendant un certain nombre d'années dans les fosses d'aisance.

Maintenant, résumons l'explication que donne M. Becquerel relativement aux effets produits : l'argent, dans chaque tube, étant attaqué par le sulfure, prend l'électricité positive qu'il transmet; d'un autre côté, le sulfure de potassium, dans sa réaction sur le nitrate, s'empare de l'électricité négative qu'il communique à l'argent, et par suite au cuivre; d'où il résulte que ce dernier métal serait doublement négatif, comme l'argent serait doublement positif. Le nitrate de cuivre est décomposé par la lame de même métal qui est négative; l'oxigène et l'acide azotique sont transportés sur l'argent dans le proto-sulfure de potassium : l'oxigène oxide le potassium, et l'acide azotique se combine avec la potasse formée, tandis que le soufre se porte sur l'argent, s'unit à lui, constitue du sulfure qui cristallise en raison des actions lentes; une fois la surface de l'argent recouverte d'une couche de sulfure, le soufre se glisse entre les interstices des petits cristaux formés et donne naissance à une seconde couche de cristaux microscopiques de sulfure; enfin, l'opération se continue ainsi jusqu'au centre de la lame, et la réunion de tous ces dépôts forme une masse complète ayant une texture cristalline. Voilà donc une véritable cémentation; bien plus, M. Becquerel croit que celles qui ont lieu dans la nature sont produites par un mode d'action semblable.

L'auteur arrive à l'explication de la formation des sulfures de cuivre et de plomb; comme les réflexions à cet égard sont analogues à celles que nous venons d'exposer, nous passerons outre pour donner des conclusions générales.

Il résulte des faits exposés, que les appareils électro-chimiques simples peuvent être réunis en piles, dont l'action décomposante, dans chaque appareil, dépend du nombre des élémens, et qui sont capables de produire un grand nombre de composés analogues aux substances minérales naturelles.

NERFS SENSITIFS ET MOTEURS.

M. Magendie communique à l'Académie le résultat de quelques expériences sur le système nerveux. En voici le résumé :

Les racines sensitives et les racines motrices des nerfs rachidiens sont également sensibles, quand elles sont intactes les unes et les autres. Si l'on coupe les nerfs sensitifs, les nerfs moteurs perdent immédiatement leur sensibilité; lorsqu'on coupe, par le milieu, les nerfs moteurs, le bout qui reste attaché à la moelle épinière est tout à fait insensible; tandis que le bout opposé conserve une grande sensibilité; enfin, quand on coupe les nerfs sensitifs à leur partie moyenne, le bout qui tient à la moelle est très sensible; celui qui se continue avec le ganglion perd au contraire toute sa sensibilité.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU 18 MAI.

FIN DE LA DISCUSSION SUR LES NERFS.

M. Londe prend la parole pour répondre à quelques attaques dirigées contre la phrénologie par M. Dubois (d'Amiens). Il ne pense pas qu'on doive appuyer le système de Gall sur les vivisections; de toutes les preuves, ce sont celles qui ont le moins de valeur à ses yeux; l'observation directe, l'étude de l'anatomie comparée, et surtout la considération des monomanies ou folies partielles lui semblent établir d'une manière irréfragable la localisation des facultés intellectuelles.

M. Blandin : Avant de répondre aux objections de M. Gerdy, je crois devoir soumettre à votre observation une pièce d'anatomie pathologique dont l'étude pourra jeter quelque lumière sur la discussion actuelle. Cette pièce provient d'une femme blessée dans la journée du 12 mai par un coup de feu qui traversa la colonne vertébrale de droite à gauche au niveau de la dixième vertèbre dorsale. La malade vécut vingt-quatre heures, et présenta, entre autres symptômes, l'abolition complète du mouvement dans les extrémités inférieures, et une simple diminution de la sensibilité, car les pincemens déterminaient de la douleur. Je diagnostiquai une lésion de la moelle à sa partie inférieure plus en avant qu'en arrière, ce qu'on put vérifier à l'autopsie. Le ligament vertébral antérieur soulevé comprimait la partie correspondante de la moelle, qui est du reste fort peu altérée. Si à l'heure qu'il est on y retrouve quelque chose qui indiquerait un ramollissement, cela doit être attribué plutôt aux malaxations qu'on lui a fait subir qu'à une altération pathologique. Aussi je pense qu'il y a eu simplement commotion de la moelle. Ce fait diffère singulièrement des cas exceptionnels rapportés par M. Gerdy, et dans lesquels une destruction complète de la moelle n'avait pas anéanti les fonctions des portions situées au-dessous des points malades.

Je ne pense pas qu'il soit nécessaire de revenir maintenant sur les argumens que j'ai apportés en faveur de l'opinion que je défends; libre à M. Gerdy de les taxer de sophismes comme il l'a fait, cela veut dire que nous ne sommes pas de son avis et ne prouve rien de plus; resterait à discuter maintenant la valeur de ce reproche. Dira-t-on que les observations exceptionnelles qu'il fait valoir contre les faits si nombreux que nous avons en notre faveur puissent être regardées comme suffisantes pour fonder une doctrine? On ne saurait douter du contraire. Je ne veux parler ici que de ce qui touche aux nerfs proprement dits, sans m'arrêter à ce qui a trait à la moelle, je crois que sous ce rapport M. Gerdy est sorti de la question; c'est un reproche qui doit lui être adressé, avec d'autant plus de fondement que les choses se compliquent singulièrement, et que le problème devient trop difficile lorsqu'on vient en multiplier les données.

M. Blandin rappelle ensuite l'explication qu'il a donnée des mouvemens déterminés par l'irritation des racines postérieures, mouvemens dont l'existence est très variable, et dont la cause devait être signalée afin de prémunir contre de nouvelles erreurs dans les expériences. Il fait voir relativement à l'analogie qu'il a cherché à établir entre la cinquième paire et les nerfs rachidiens que ses rapports à son origine avec le pont de Varole, sur lesquels M. Gerdy a insisté, n'ont qu'une importance fort secondaire; qu'elle naît bien certainement de la moelle, ce dont on ne saurait douter chez les oiseaux, par exemple, où le pont de Varole manquant les filets du trifacial proviennent directement de la moelle épinière. Si les fibres du pont de Varole embrassent cette origine nerveuse, ce rapport est fort simple et diffère essentiellement d'une véritable implantation. Je maintiens l'analogie du ganglion de la grosse racine avec les ganglions vertébraux; on ne saurait ne pas l'admettre *quel que soit le point de vue* sous lequel on l'examine. Quant aux phénomènes consécutifs à la section des racines postérieures des nerfs vertébraux, et de la branche sensible de la cinquième paire, qui se révèlent surtout par un trouble dans la nutrition, ce qui se passe dans le premier cas est moins évident que ce qui a lieu dans l'œil, mais n'en diffère pas essentiellement.

M. Blandin ne croit pas qu'on ait suffisamment combattu les preuves tirées du développement proportionnel des racines antérieures et postérieures des nerfs en rapport avec le degré d'énergie du mouvement et du sentiment; le fait relatif au nerf sous-occipital qui lui paraît d'une grande portée est resté aussi sans réponse. Du reste, M. Gerdy qui a été si exclusif au commencement arrive à faire des concessions; son opinion se rapproche déjà beaucoup de la nôtre; cependant il voudrait que les preuves fournies pour un des nerfs vertébraux, le fussent également pour tous; mais s'il y a identité de structure, pourquoi ne pas admettre une identité de fonctions? Les faits de Bellingeri invoqués par M. Gerdy ne parlent pas dans le même sens que ceux de M. Magendie, qu'importe? est-ce une raison pour rejeter ces derniers? Quant à l'opinion du physiologiste français, elle est plus exclusive, plus tranchée que jamais; si au début de ces expériences sur le système nerveux les résultats avaient quelque chose de douteux et d'obscur, il n'en est plus de même actuellement; la distinction que nous soutenons s'y trouve établie d'une manière évidente; nous sommes donc bien loin en avant de Galien qui n'avait fait qu'entrevoir cette vérité, sans l'appuyer sur des preuves suffisantes; et l'anatomie normale et l'anatomie comparée, l'observation clinique, les vivisections, etc., tout se réunit pour nous faire regarder maintenant la question comme jugée.

M. Bouillaud : A propos des expériences qui ont été faites sur la cinquième paire, je dois dire ici qu'il ne me semble pas qu'on ait suffisamment apprécié toutes les conditions qui expliquent les altérations de l'œil, à la suite de la section de ce nerf. Depuis longtemps, je suis disposé à admettre qu'une des causes principales de la phlegmasie oculaire est l'abolition du mouvement de clignement, qui a son point de départ dans la paralysie du sentiment de la muqueuse palpébrale; les larmes dès-lors ne sont plus convenablement étendues sur l'œil; il se dessèche et d'autant plus que leur sécrétion éprouve elle-même des modifications, ainsi que l'a démontré M. Longet; son inflammation et sa destruction consécutive trouvent donc dans ce fait une explication toute naturelle, et l'influence de la cinquième paire sur la nutrition de l'œil ne serait donc que tout à fait secondaire.

M. Gerdy, dans sa réplique à M. Blandin, reproduit en grande partie les idées qu'il avait précédemment exposées; il regarde comme toute naturelle, inévitable même l'extension qu'a prise la question, qui ne devait pas rester bornée aux racines des nerfs, mais comprendre leurs origines et les cordons de la moelle; il répète qu'il n'a pas de système, quoi qu'on en puisse dire; qu'il tient compte de tous les faits, et comme il s'en trouve de contradictoires, on ne doit pas forcer un rapprochement impossible pour satisfaire aux exigences d'une opinion préconçue. Son opinion demeure la même : il ne croit pas du tout qu'on puisse assigner d'une manière positive des fonctions sensitives à un ordre de nerfs, et des fonctions motrices à un autre; cela ne saurait être admis surtout pour les nerfs vertébraux. Je suis donc bien éloigné, dit-il, d'avoir fait des concessions, comme on vient de le dire; ma conviction n'a pas changé.

M. Castel ne pense pas que le volume proportionnel des racines antérieures et postérieures soit subordonné à l'énergie relative de la puissance motrice ou sensible des parties auxquelles ils se distribuent; il le regarde comme proportionné au degré d'innervation nécessaire aux organes, indépendamment de toute spécialité de fonctions, mais corrélativement à l'énergie de celle-ci. Du reste, dit-il, je ne veux pas combattre plus longtemps une opinion que je regarde comme surannée, ni relever cette question de l'abîme dans lequel la discussion l'a plongée; je me borne à l'énoncé de cette proposition générale.

Plusieurs orateurs inscrits s'abstenant de prendre la parole, la discussion est terminée.

M. Dalmas met sous les yeux de l'Académie une altération remarquable de la veine-porte, existant chez un malade mort de cancer de l'estomac; plusieurs vaisseaux partant des points malades renferment de la matière cancéreuse demi-liquide. Le tronc de la veine-porte est rempli d'une matière rougeâtre, concrète, plus molle en quelques points, et paraissant de nature cancéreuse. Le malade n'a pas été affecté d'ascite.

Il est cinq heures et quart, la séance est levée.

SÉANCE DU 21 MAI.

M. Henry fait un rapport sur diverses sources d'eaux minérales (de St-Galmier, de l'Algérie, etc., etc.).

M. Lodibert, au nom de la commission des remèdes secrets, rend compte de l'examen de diverses préparations présentées à l'Académie.

DU CROUP ET DE LA TRACHÉOTOMIE.

M. Bricheteau fait un rapport sur un travail de M. Gendron ayant pour titre : Nouvelles observations sur l'angine couenneuse laryngée et sur la trachéotomie.

Un certain nombre d'épidémies de croup, survenues depuis quelques années dans les départemens qui composent l'ancienne Touraine, ont donné lieu à un médecin distingué de ce pays, M. Bretonneau, de faire sur cette affection de nouvelles recherches et de pratiquer un certain nombre de fois la trachéotomie. M. Gendron, qui a eu plusieurs fois l'occasion d'observer la maladie et de l'étudier convenablement, rapporte dans le mémoire dont il s'agit une observation de trachéotomie exécutée chez un enfant de trois ans. La nature de l'affection n'était pas douteuse, la suffocation était imminente : l'administration du tartre stibié, la cautérisation avec le nitrate d'argent, tout avait été inutile. L'enfant était plongé dans un assoupissement continuel, interrompu seulement par une toux croupale. On fait la trachéotomie : le petit malade respire plus facilement; il exécute quelques mouvemens. Après ce mieux inespéré, il succomba le onzième jour. On se servit d'une canule bivalve pour maintenir l'ouverture béante, en ayant soin de la nettoyer de temps à autre à l'aide d'une légère injection d'eau tiède, qui chassa à plusieurs reprises des lambeaux de fausses membranes; on injecta ensuite une solution légère de nitrate d'argent. Cet enfant se remettait à peine d'une maladie grave lorsqu'il fut atteint du croup; son père était mort phthisique, de sorte que la terminaison malheureuse n'a rien qui doive surprendre. L'autopsie a été faite avec soin : M. Gendron en a donné les détails d'une manière complète.

M. le rapporteur passe en revue les diverses phases qu'a dû traverser la trachéotomie avant de prendre décidément place dans le domaine de la science. Il montre que, si beaucoup d'auteurs en ont parlé dans les cas d'angine grave, c'est à Stoll qu'appartient la gloire d'en avoir formulé l'indication pour certaines angines non gangréneuses, en ayant soin de faire remarquer toutefois qu'il fallait, dans ces cas, porter un pronostic fâcheux (Aphorisme, 108). Malgré les discussions qui se soulevèrent plus tard, malgré la proscription qui l'avait, en quelque sorte, frappée au commencement de ce siècle, M. Bretonneau osa la pratiquer, et malheureusement deux fois de suite sans succès. Bientôt il réussit chez un troisième malade, et maintenant il compte quatre succès sur quatorze opérations. Plusieurs chirurgiens furent aussi heureux en Angleterre, et MM. Velpeau, Gerdy, Blandin, comptent en France un certain nombre de succès. D'après les faits qui sont maintenant publiés, on peut regarder la trachéotomie comme devant être heureuse presque une fois sur trois (18 sur 60). On ne saurait non plus douter qu'elle n'ait été souvent faite trop tard, et que de telles lenteurs n'aient fort souvent compromis un succès qu'on avait tout lieu d'espérer. L'inflammation croupale s'étend du larynx à la trachée, de la trachée aux bronches; les poumons se prennent. Que peut faire la trachéotomie contre cette production de fausses membranes, qui tapissent tout le conduit aérien? Bien plus, lorsqu'il y a pneumonie confirmée, et dans les cas où les poumons seraient tuberculeux, l'opération, loin d'être avantageuse, devient promptement funeste. M. Bricheteau cite un fait qui viendrait à l'appui de cette idée.

Le mémoire de M. Gendron renferme d'autres observations qui démontrent l'efficacité de la cautérisation dans l'angine couenneuse; on sait que ce praticien est un de ceux qui ont le plus contribué à propager cette utile médication dont l'efficacité se vérifie chaque jour. L'acide hydrochlorique mêlé avec le miel dans certaines proportions est le collectoire auquel il donne la préférence.

M. Bricheteau propose d'insérer par extrait dans les bulletins de l'Académie le mémoire de M. Gendron, et d'inscrire son nom sur la liste des candidats pour le titre de membre correspondant.

M. Gerdy : J'adopte complétement l'opinion de M. Gendron sur l'utilité de la trachéotomie; les résultats favorables qu'elle m'a fournis parlent bien haut en sa faveur; il en est de même des succès de M. Guersant et du grand nombre de guérisons obtenues par M. Trousseau qui a réussi une fois sur quatre dans plus de quatre-vingts opérations. Je n'en ai fait que six, et je compte quatre succès; le dernier enfant que j'ai opéré en est au douzième jour; quoiqu'après l'incision de la trachée un tube énorme formé par une fausse membrane qui s'étendait jusqu'aux premières ramifications bronchiques indiquât une phlegmasie très étendue, cependant il ne s'est pas formé de fausses membranes depuis plus de huit jours, et tout porte à croire que ce succès ne se démentira pas.

Mais le plus ordinairement cette inflammation est beaucoup plus limitée, la sécrétion pseudo-membraneuse peut se borner au larynx, à l'arrière-gorge, à tel point qu'on a nié plusieurs fois l'existence du croup, par cela seul qu'il ne se rencontrait pas une grande quantité de fausses membranes; ce serait donc se méprendre étrangement que de proscrire l'opération en se fondant sur la vaste surface occupée par l'inflammation plastique.

Je ferai remarquer à propos du manuel opératoire, qu'un point fort essentiel et longtemps méconnu consiste dans l'ouverture tardive du conduit aérien : après que le sang a été convenablement étanché, on coupe lentement, puis quand le sang ne coule plus, on profite du moment où le malade fait une inspiration pour ouvrir largement la trachée; de cette manière on évite l'introduction du sang, qui ne se fait jamais sans déterminer de la toux, un accès de suffocation; tout se termine sans orage. C'est ce qui eut lieu chez la malade que j'ai récemment opérée; les choses se passèrent aussi bien, il y a cinq mois, chez une petite fille qui me fut amenée par M. Nélaton, et qui guérit parfaitement. Afin d'éviter toute dificulté dans l'introduction de la canule, j'y place ordinairement une grosse sonde de gomme élastique qui fait à son extrémité une saillie conique, et pénètre facilement dans l'ouverture trachéale; je glisse alors la canule sur la sonde, qu'on retire une fois que la première est placée.

M. Rochoux pense que dans beaucoup de résultats heureux attribués à la trachéotomie, la nature bénigne de l'affection pour laquelle on l'avait pratiquée était la cause principale du succès, sans qu'on puisse en attribuer le mérite à l'opération elle-même. Dans les cas de croup borné au larynx, la trachéotomie remédie aux désordres locaux, et comme ils s'arrêtent dans ce point, les accidens en restent là. Lors au contraire que l'inflammation s'étend à la trachée et aux bronches et gagne le poumon, l'opération devient d'une utilité fort secondaire, rien de plus douteux que ses avantages. Les guérisons qu'on cite

sont fort nombreuses; elles le sont trop pour qu'on puisse y ajouter complètement foi, et ne pas croire qu'on a pratiqué la trachéotomie dans des cas qui auraient pu s'en passer entièrement.

M. Amussat : Je suis loin, Messieurs, d'avoir obtenu d'aussi beaux résultats que M. Gerdy; six fois j'ai pratiqué la trachéotomie chez de jeunes sujets atteints du croup, et six fois j'ai eu la douleur de voir les malades succomber. Je ne néglige pas du reste les précautions sur lesquelles notre collègue insiste avec raison; j'arrête avec soin le sang en tordant les vaisseaux à mesure que je les divise, ou en laissant simplement des pinces fixes, serrées sur les divisions vasculaires qui fournissent du sang; j'écarte de la même manière les bords de la solution de continuité faite à la trachée, c'est-à-dire en saisissant chaque lèvre de la plaie avec une pince à torsion qu'un aide peut éloigner à volonté. Ce procédé m'a rendu de grands services toutes les fois que chez les enfans ou les adultes j'ai eu la trachéotomie à pratiquer.

M. Velpeau : Il est une précaution importante à prendre, et dont on ne doit jamais se départir, malgré qu'on ne lui ait pas assigné toute la valeur qu'elle mérite, c'est de faire à la trachée une ouverture suffisamment large, et d'y laisser une canule d'un diamètre proportionné; cette canule doit avoir une ouverture bien plus grande que celle dont on se servait autrefois. On en sentira la nécessité en faisant sur soi-même une expérience fort simple : si l'on ferme la bouche en se pinçant le nez et en respirant par un tuyau de plume qui traverse l'une ou l'autre narine, on éprouvera bientôt une gêne considérable, qu'on ne fera cesser qu'en respirant par une voie plus large.

Quoique les résultats par moi obtenus dans les cas de trachéotomie pratiquée pour le croup sur de jeunes sujets ne soient pas plus heureux que ceux de M. Amussat, puisque comme lui j'ai perdu six malades sur six opérés, je n'en regarde pas moins cette opération comme bonne en elle-même. Elle remplit parfaitement le but que se propose le chirurgien; c'est-à-dire qu'elle rétablit d'abord la respiration devenue impossible ou presque impossible, puis elle permet d'agir sur les parties malades; mais elle ne guérit pas le croup par elle-même, il faut bien le savoir et en convenir. A plus forte raison ne peut-elle rien contre lui lorsqu'il s'étend fort loin, lorsque la trachée et les bronches sont prises; alors on n'a que fort peu de chance de succès. Je répondrai à M. Rochoux, qui vous a dit que cette opération a été faite dans des cas où elle était tout à fait inutile; ici, il est bon de s'entendre, et pour cela il convient de faire deux catégories des sujets chez lesquels l'opération peut être pratiquée. Dans une première série, les fausses membranes descendront au-dessous de la trachée, et alors, quoi qu'on fasse, la mort surviendra. Dans une seconde série, le larynx seul sera malade; le plus souvent les enfans succombent, quel que soit le traitement médical employé; la trachéotomie, au contraire, donne alors, ou peut donner un plein succès; peut-être guérirait-on toujours le croup si on incisait la trachée dans tous les cas, et si on le faisait constamment de bonne heure. Il ne faut pas s'exagérer les dangers de l'opération, qui n'est point grave par elle-même, ni les manœuvres opératoires, ni les suites, rien ne paraît à craindre, en prenant les précautions indiquées, en faisant attention surtout à la nécessité de se servir d'une large canule. Tout ceci mérite d'être apprécié, afin de décider les chirurgiens à pratiquer la trachéotomie avec confiance en temps opportun.

M. Baudelocque : Depuis trois ans, quinze malades ont subi, à l'hôpital des Enfans, l'opération de la trachéotomie; aucun n'a guéri sur ce nombre; tous sont morts dans les trente-six premières heures qui suivirent l'opération; un seul alla jusqu'au dixième jour, il succomba également.

M. Blandin soutient en théorie l'utilité de la trachéotomie, quoique entre ses mains elle n'ait pas été suivie de succès dans les cinq cas où il a eu occasion de la pratiquer chez de jeunes sujets affectés de croup. Ceci ne ressemble pas aux résultats obtenus dans les cas d'obstruction du larynx par des corps étrangers, puisqu'alors la trachéotomie est presque constamment heureuse. Du reste, M. Blandin adopte complètement les idées de MM. Velpeau et Gerdy sur les précautions à prendre avant d'ouvrir la trachée, et sur la nécessité de laisser à l'air un passage suffisamment libre. Dans les cas où il faut promptement faire respirer le malade, et où par conséquent on ne saurait user de la lenteur nécessaire, il faut se conduire comme M. Amussat, pincer et tordre les vaisseaux; ceci donne autant de sûreté et prend beaucoup moins de temps.

M. Roux a pratiqué quatre fois la trachéotomie dans le croup; il a eu tout au ant d'insuccès. S'il a réussi, c'est dans des cas d'œdème de la glotte, et encore lorsqu'il n'avait pas attendu trop longtemps; suivant lui, le retard dans l'opération est une cause d'insuccès très puissante. Depuis longtemps j'ai signalé, dit-il, avec tous les chirurgiens, les dangers de l'introduction du sang dans les voies aériennes; et s'il était nécessaire je rappellerai pour indiquer la conduite à tenir, l'observation de cette femme chez laquelle j'eus l'idée d'exercer la succion, pour aspirer le sang qui s'était épanché dans les voies respiratoires et arrêter ainsi une suffocation commençante.

On ne saurait trop se prémunir, contre le danger de cet écoulement sanguin; à mesure que la respiration se rétablit, le cœur reprend ses fonctions et lance avec plus de force le sang rouge aux organes; il faut donc s'attendre à voir l'écoulement de ce liquide reparaître alors qu'on croyait l'avoir complétement arrêté; c'est ce qui m'est arrivé presque dans toutes les opérations de trachéotomie que j'ai pratiquées.

M. Collineau insiste sur ce point, que le croup n'est pas une angine ordinaire; qu'il commence bien souvent par les divisions bronchiques, pour s'étendre de là vers le larynx; qu'on opère ou non dans ces cas, les malades succombent; et comment en serait-il autrement? Quoi qu'on ait fait alors, la mort est survenue. Ne doit-on pas redouter souvent de rencontrer des circonstances analogues, et par conséquent de pratiquer une opération au moins en pure perte? Et dans ces cas, l'avouerai-je ici? je crains bien moins les opérations que le jugement des opérateurs.

M. Rochoux fait remarquer que le défaut d'oxigénation du sang dans la période extrême du croup, rend ce liquide non seulement impropre à la nutrition, mais encore délétère pour la plupart des organes; on a donc une double raison pour opérer de bonne heure; si l'on ne réussit pas en s'y décidant trop tard, ce n'est donc pas à l'opération qu'il faut imputer l'insuccès.

M. Amussat : Je n'ai pas eu l'occasion d'observer dans les trachéotomies que j'ai faites sur l'homme ou sur les animaux cette hémorragie dont parle M. Roux, et je crois attribuer cet arrêt facile de l'écoulement sanguin à l'emploi des pinces fixes sur lequel j'ai déjà insisté. Dans un cas récent, je suivis ce procédé, et je n'eus point d'hémorragie. La malade que j'opérai en dernier lieu avait une affection chronique du larynx (phthisie laryngée) qui nécessita, de l'avis de plusieurs consultans, la laryngotomie, à la faveur de laquelle les surfaces malades, souvent cautérisées, se modifièrent et finirent par guérir. La malade vécut plus d'un mois après l'opération, mais elle succomba aux ravages d'une phthisie pulmonaire latente. Je vérifiai chez elle l'utilité du pincement des artères, et des bords de la plaie du larynx, à l'aide des pinces à torsion par le procédé que j'ai déjà rappelé.

M. Gerdy n'est pas d'avis de cautériser fortement la muqueuse laryngo-trachéale après l'incision; il a renoncé à l'emploi de la forte solution de nitrate d'argent qui aurait produit plusieurs fois, et notamment dans un cas qui lui a été communiqué par un jeune chirurgien, des accidens inflammatoires mortels; aussi ne se sert-il presque plus de la cautérisation proprement dite. Du reste, ajoute-t-il, je ne voudrais pas tirer du petit nombre de faits qui me sont propres, et d'autres qu'on a cités ailleurs, des conclusions trop exclusives; je sens qu'il peut se rencontrer des circonstances défavorables, je sens aussi qu'il faut avoir un plus grand nombre de faits pour juger sûrement.

M. Roux ne pense pas qu'il y ait une analogie parfaite entre l'état des animaux qu'on soumet à l'opération de la trachéotomie, et celui des malades affectés de croup : l'état des organes respiratoires indépendamment d'autres circonstances, est loin d'être le même dans les deux cas, la circulation doit donc s'en ressentir, cela se conçoit parfaitement; de ce que chez les animaux on n'observe pas d'écoulement sanguin, on ne peut rien conclure pour l'homme placé dans les conditions fâcheuses que nous venons de supposer.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

M. Bouvier met sous les yeux de l'Académie une pièce anatomique provenant d'un fort jeune sujet qu'il traitait avec succès d'un pied-bot congénital.

Il est cinq heures passées; la séance est levée.

VARIÉTÉS.

NOUVEAU BANDAGE CONTENTIF POUR LES ANTÉVERSIONS DE L'UTÉRUS.

M. le docteur Morineau (de Poitiers), a imaginé un nouveau bandage contentif pour les antéversions de l'utérus, dont il paraît avoir tiré des avantages depuis plus d'un an qu'il en fait usage.

Ce bandage embrasse le bassin à la manière d'un corset; il présente 1° une plaque métallique ovalaire, revêtue d'une pelote destinée à être mise en rapport avec l'hypogastre; 2° Quatre ressorts courbes, dont deux de chaque côté, prenant leur point d'appui sur la région sacro-lombaire; les supérieurs contournent la partie du tronc immédiatement au-dessus du bassin, et les deux inférieurs le bassin lui-même, pour venir exercer leur puissance d'élasticité sur la plaque hypogastrique, à laquelle ils sont fixés au moyen d'écrou.

Les deux lames élastiques d'un même côté sont unies entre elles à leur extrémité postérieure, par une bande d'acier transversale, et conservent dans toute leur longueur la même distance respective, de trois pouces environ; sur les bords internes de ces bandes de jonction qui se trouvent en regard quand l'appareil est en place, sont plusieurs petits trous ou œillets qui permettent d'y adapter un lacet.

La jonction de ces lames à la plaque, antérieurement, conserve assez de mobilité pour permettre les différens mouvemens des corps, sans déplacer la pelote.

Lorsque la malade veut appliquer cet appareil, elle doit être couchée horizontalement, afin de favoriser la bonne position de l'utérus et lacer de bas en haut.

L'une des premières malades pour laquelle le docteur Morineau a fait fabriquer ce bandage, avait une antéversion, avec engorgement de l'utérus, et ne pouvait marcher qu'à grande peine pour passer d'une pièce à l'autre de son appartement. Depuis qu'elle fait usage de son bandage, elle fait des courses de plusieurs heures sans inconvénient; elle a pu même faire, quelques mois après, un double voyage de 90 lieues.

Ce moyen, uniquement contentif, n'exclut pas les moyens propres à résoudre l'engorgement; ils peuvent cependant contribuer à la résolution par la compression douce et continue qu'il exerce sur l'utérus.

Il est à désirer que des faits plus nombreux viennent confirmer les résultats obtenus par notre confrère de Poitiers.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE SPÉCIALE.

MÉMOIRE SUR LES DIFFÉRENTES VARIÉTÉS DU PIED-BOT CONGÉNITAL, DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA RÉTRACTION MUSCULAIRE CONVULSIVE; présenté à l'Académie des sciences, le 18 mars 1839, par M. le docteur Jules Guérin.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

C. Varus équin. J'ai appelé varus équin la combinaison des deux variétés varus et équin, dans des proportions telles que la forme varus prédomine sur la forme équin. Dans cette variété du pied-bot dont il importe de faire trois degrés, et au premier degré de cette variété, il y a quatre élémens principaux à considérer : 1° le renversement du pied sur sa face externe; 2° l'élévation du talon; 3° l'adduction de l'avant-pied; 4° la courbure du pied suivant son bord interne. On va voir avec quelle facilité la rétraction musculaire rend compte de chacun de ces élémens à leurs différens degrés par l'indication seule des muscles qu'elle met en jeu.

L'analyse à laquelle je me suis livré précédemment pour les variétés primitives équin et varus me dispense d'entrer dans beaucoup de développemens. Il suffit de faire remarquer que les muscles dont la rétraction effectue chacune de ces formes simples associent leur action dans le varus équin, dans des proportions à peu près égales. Je noterai, suivant l'importance de leur action, les jambiers antérieur et postérieur, les muscles jumeaux et soléaire, les fléchisseurs propres et communs des orteils, l'adducteur du gros orteil, le long péronier latéral, et quelquefois les extenseurs communs des orteils et propre du gros orteil.

Au premier degré du varus équin, la face plantaire du pied forme avec l'horizon un angle de 45° environ, et le pied repose sur le sol au niveau et suivant la longueur du cinquième métatarsien. Le talon en est détaché de quelques lignes seulement, mais la face interne du calcanéum tend à regarder en haut et en avant. A ce degré où les formes sont rigoureusement encore celles que le pied peut affecter pendant les mouvemens physiologiques correspondans, il est impossible de ne pas constater deux résultats évidens, à savoir : que les rapports des articulations répètent bien ceux des mouvemens physiologiques analogues, et que les muscles rétractés sont bien ceux qui sont affectés à ces mouvemens. Ainsi l'avant-pied a décrit un léger mouvement de rotation sur l'astragale; le tiers antérieur de la poulie astragalienne a abandonné d'autant la surface de la mortaise tibio-péronière, et le bord postérieur de cette dernière s'est rapproché d'une quantité correspondante des faces supérieure et interne du calcanéum. Avec les notions précédemment exposées, il est à peine nécessaire d'indiquer les agens de ces dispositions. Le jambier antérieur a commencé le renversement du pied; le jambier postérieur a concouru indirectement à ce renversement, en même temps qu'il a effectué presque à lui seul l'adduction de l'avant-pied; les muscles du mollet ont élevé le talon, et par suite des déplacements primitifs effectués par ces

---

Feuilleton.

RAPPORT DE LA COMMISSION MÉDICALE SUR LES HOSPICES DE PARIS.

(Suite.)

BICÊTRE. (SECTION DES ALIÉNÉS.)

L'importance et la multiplicité des faits signalés par le médecin chargé de la section des aliénés à Bicêtre a engagé la commission à donner à son rapport une place à part dans le travail général qu'elle a publié. L'énumération de M. Ferrus n'a pas moins de cinquante pages; il ne faudrait pas croire néanmoins qu'elle n'ait eu pour but que d'enregistrer des abus; elle présente, il est vrai, la critique détaillée de l'établissement qu'il dirige; mais elle a bien moins le caractère d'un réquisitoire contre l'administration que celui d'un résumé substantiel des vues propres à l'auteur sur les conditions que réclame une maison d'aliénés. La crainte de céder à un sentiment de bienveillance naturelle ne doit pas nous interdire la justice de l'éloge; il en est un qui ne saurait manquer à M. Ferrus : quiconque feuilletera son mémoire remarquera comme nous le ton de mesure et de convenance sévère qui y règne d'un bout à l'autre; M. Ferrus paraît être du nombre des bons esprits qui doublent la force de leurs argumens par la modération du langage, et qui n'oublient point, dans les élans de leur philantropie, la limite des améliorations réalisables, et la nature des obstacles qui les retardent. Que l'on n'aille pas conclure de ce juste éloge que M. Ferrus ait vu les choses qui l'entourent sous l'optique d'un lucide optimisme, et qu'il ait ménagé, avec une délicatesse pusillanime la fibre administrative : loin de là; personne n'est descendu plus profondément dans le détail du service; personne n'en a signalé avec plus de minutie les imperfections, les lacunes, les abus; mais il a tenu compte des difficultés inévitables; et pour mieux aiguiser le blâme, il en a tempéré la forme, émoussé l'expression. La section des aliénés de Bicêtre est d'ailleurs une de celles qui attestent la sollicitude de l'administration. Il y a longtemps qu'elle a entrepris de donner à ce service tout le développement et toute la perfection dont il est susceptible; elle s'est adressée dans ce but aux lumières de M. Ferrus lui-même, et c'est ainsi que de 1826 à 1829 elle a fait construire une cour nouvelle, des chauffoirs provisoires, assaini toutes les parties de la division, fait démolir les vieilles loges, augmenté le nombre des dortoirs par la reconstruction d'un ancien bâtiment. En même temps elle a songé à faire dresser un plan général, afin de coordonner l'ensemble des constructions nouvelles; une somme annuelle de 150,000 fr. a été votée pour atteindre à ce but, ainsi que pour faciliter les agrandissemens et les réparations des autres sections de l'hospice; le personnel de l'administration a reçu lui-même une organisation nouvelle et conforme aux vues progressives qui ont donné lieu aux mesures précitées.

muscles, chacun d'eux a produit seul ou avec d'autres une action secondaire dont le résultat s'est ajouté à chaque élément de déplacement primitif. Ainsi les muscles jumeaux ont aidé au renversement du pied par l'inclinaison imprimée primitivement au calcanéum par les jambiers; les extenseurs et les fléchisseurs des orteils, s'ils ont été quelque peu rétractés, ou si le sujet s'est servi longtemps de son pied, ont agi comme des adducteurs, sous l'influence du déplacement en dedans produit par le jambier postérieur.

La courbure du pied suivant son bord interne est effectuée, comme je l'ai déjà dit, par l'action des jambiers qui produisent indirectement la déviation en dehors de la tête de l'astragale et par l'adducteur et l'extenseur propre du gros orteil. Les extenseurs et fléchisseurs communs des orteils y concourent aussi secondairement par une action de totalité dirigée dans le même sens. Il en résulte souvent que le bord externe du pied décrit une courbe concentrique à celle de son bord interne, ce qui n'aurait pas lieu si les seuls muscles adducteur et fléchisseur propre du gros orteil exerçaient leur action.

Faisons remarquer à cette occasion que la flexion du pied suivant son bord interne entraîne de toute nécessité la déviation de la tête de l'astragale en dehors, ou la rotation de l'os sur son axe vertical. Par cet artifice le centre du mouvement de flexion est transporté vers l'articulation calcanéo-cuboïdienne; dans le cas contraire, c'est-à-dire dans le cas où le centre du mouvement de flexion correspondrait à l'articulation astragalo-scaphoïdienne, comme on l'a dit, la flexion ne pourrait avoir lieu sans opérer une diastase considérable entre le calcanéum et le cuboïde, diastase proportionnelle à l'arc de cercle décrit par le rayon partant de l'articulation astragalo-scaphoïdienne considérée comme centre. On voit, du reste, et sans multiplier les détails, qu'à chaque forme, à chaque degré interviennent les mêmes principes, si ce n'est les mêmes agens différemment distribués.

On pourrait croire qu'il suffirait d'énoncer pour les degrés suivans du varus équin la même formule analytique, en ajoutant à chacun des termes dont elle se compose, un nouveau degré d'action correspondant au développement des formes que chacun de ces termes se subordonne. Il n'en est pas tout à fait ainsi: au second et troisième degré du varus équin interviennent quelques agens nouveaux et quelques combinaisons nouvelles dans les formes anatomiques du pied dont il importe de déterminer le mécanisme.

Au second degré du varus équin, la surface plantaire forme un angle droit avec le sol, et le sujet s'appuie complètement sur la face externe du pied. Voilà la limite du degré. Chacun des élémens du pied-bot s'est accru à peu près dans la même proportion: la rotation de l'avant-pied, l'élévation du talon, l'adduction du pied, la courbure de son bord interne sont plus manifestes. Mais à ces élémens de déformation sont venus s'ajouter les suivans: les deux malléoles ne sont plus situées, l'une par rapport à l'autre, dans le plan normal; la malléole interne est devenue plus antérieure et l'externe plus postérieure; la jambe a aussi éprouvé un léger degré de rotation sur son axe. De plus la courbure du bord interne est souvent devenue anguleuse, et l'on voit sur la face externe du pied plusieurs saillies osseuses irrégulières formées par la disjonction et la subluxation des articulations calcanéo-cuboïdienne et astragalo-scaphoïdienne. Enfin, en même temps que la courbure du bord interne du pied a pris la forme anguleuse, souvent ce bord s'est confondu avec la face plantaire qui participe de dedans en dehors à cette courbure et diminue sensiblement de largeur. Je n'ajouterai pas que tous les orteils sont fortement attirés en dedans ou en dehors, qu'ils chevauchent parfois, que tantôt ils affectent des directions différentes, les uns étant fléchis, les autres étendus: ces particularités, qui peuvent se rencontrer avec toutes les variétés du pied-bot, ne font que mieux démontrer leur commune origine, sans empêcher la distinction des formes caractéristiques des variétés principales. Or, voici la clé des élémens propres au second degré du varus équin.

Le déplacement des deux malléoles dont l'interne est reportée en avant, l'externe en arrière, résulte de deux causes: premièrement, de la rotation de l'astragale sur son axe vertical, rotation qui, comme je l'ai déjà fait remarquer, a pour effet immédiat et nécessaire d'entraîner dans la même direction les malléoles entre lesquelles l'astragale est enclavé. La seconde cause du mouvement naît de la forte tension du jambier postérieur qui chasse devant lui l'extrémité inférieure du tibia. On sait que le tendon de ce muscle est logé dans une gouttière creusée sur le bord postérieur de la malléole interne; qu'il est réfléchi sur l'extrémité de cette malléole comme sur une poulie de renvoi pour se rendre de là à la tubérosité du scaphoïde. De plus on sait que l'insertion supérieure du jambier postérieur a lieu à la face postérieure du tiers supérieur du tibia près de son bord externe, c'est-à-dire dans un plan tout différent de son insertion inférieure. Or, à un degré considérable de rétraction, le tendon réfléchi tend à se mettre en ligne droite entre les deux points d'insertion, et à placer ses deux insertions dans le même plan, d'où le déplacement en avant de la malléole interne. On pourrait objecter que ce déplacement des malléoles est le résultat d'un effort fait par le sujet pour replacer la pointe du pied en avant. Mais sur des fœtus où la marche n'a point encore obscurci les résultats de la rétraction musculaire, j'ai vu le sommet de la malléole externe tellement rapproché du scaphoïde au moyen d'une flexion considérable du pied suivant son bord interne et d'une forte adduction de l'avant-pied et d'un déplacement considérable de la malléole interne en avant, que ces deux points n'étaient pas séparés l'un de l'autre de plus de deux lignes. Dans ce cas le tendon du jambier s'était lui-même porté en avant de la gouttière qu'il occupe d'ordinaire et celle-ci était en partie découverte.

La conversion de la courbure du bord interne en angle rentrant et la diminution de largeur de la face plantaire sont le résultat de la rétraction du long péronier latéral. On sait que ce muscle, après s'être réfléchi sur le sommet de la malléole externe, suit une gouttière pratiquée sur la face externe et inférieure du cuboïde, où il est retenu par une gaîne fibreuse, et se rend delà en formant un angle obtus à la base du premier métatarsien et à la partie voisine du premier cunéiforme. Une forte rétraction de ce muscle a pour effet de rapprocher les bords interne et externe du pied, en attirant le premier vers le second, attendu que l'avant-pied est maintenu dans l'adduction par le jambier postérieur. Or ce rapprochement ne peut s'effectuer que par la rentrée du point correspondant à l'articulation du premier cunéiforme avec le premier métatarsien au niveau de laquelle se trouve le sommet de l'angle ou de la courbe formée par le bord interne du pied. On peut voir sur les varus équins où cet élément de déformation est prononcé le relief formé par la tension du long péronier latéral, immédiatement au-dessus de la malléole externe, et s'assurer directement en essayant de redresser le bord interne du pied, de

---

Ce nous est un regret de le dire, ces réformes et ces projets de réforme sont antérieurs à l'année 1830. Depuis cette époque, qui devrait marquer une série bien autrement efficace de progrès et d'améliorations, rien ou presque rien n'a plus été tenté en faveur des aliénés de Bicêtre; la bonne veine de l'administration s'est arrêtée. Sans doute l'établissement est bien tenu, dirigé avec humanité, supérieur même à beaucoup d'institutions du même genre qui existent dans nos départemens ou à l'étranger; mais remplit-il les conditions spéciales que l'on doit y chercher? Est-il destiné, moyennant quelques perfectionnemens, à être cité comme une maison-modèle pour le traitement des aliénés? L'économie de son intérieur, la disposition des bâtimens, la répartition des malades, l'organisation du service médical, la nature des soins accessoires qui leur sont donnés, l'état du mobilier, etc., sont-ils tels que les sollicitent l'intérêt des malades, le progrès de l'art? Le rapport de M. Ferrus fournit sur ces points nombreux des solutions médiocrement satisfaisantes. S'il loue, dans le passé, les efforts de l'administration, il rencontre dans la section actuelle des aliénés, à côté d'un très petit nombre d'améliorations complètes, beaucoup d'inconvéniens graves, de fâcheuses défectuosités. Le premier objet qui le préoccupe, c'est le classement des malades; il est incomplet, et par l'insuffisance et par la disposition vicieuse des localités; les incurables sont trop à l'étroit; les épileptiques sont entassés confusément, tandis qu'il conviendrait de les répartir en trois sections, selon qu'ils sont réputés incurables, retenus en traitement ou atteints d'aliénation. Mais il est une lacune qu'on ne saurait trop se hâter de combler: il s'agit d'établir à Bicêtre une section pour les enfans aliénés; l'utilité de cette création ne peut susciter aucun doute; aucune difficulté sérieuse n'entrave l'accomplissement de cette demande. M. Ferrus a reçu à plusieurs reprises, dans son service, un certain nombre d'enfans dont l'état mental a fixé son attention: les uns, par une excessive irritabilité de caractère; les autres, par leur faiblesse intellectuelle, n'avaient pu recevoir aucune éducation ni même habiter chez leurs parens; d'autres, malgré l'apparente garantie du jeune âge, ont offert les phénomènes du délire maniaque qui ne s'observe ordinairement qu'à des périodes plus avancées de la vie. Quelle que fût la nuance de l'altération de leurs facultés cérébrales, tous ont retiré de leur séjour à Bicêtre d'incontestables avantages, et pourtant, ajoute l'auteur de ces résultats, l'usage s'est établi de placer les enfans au-dessous de 15 ans dans un autre hospice, afin d'en assurer l'isolement plus complet, comme si cette condition ne pouvait se réaliser tout aussi bien à Bicêtre. Il est vrai que cet hospice possède aujourd'hui une salle composée de douze lits occupés par des enfans âgés de moins de 15 ans; mais c'est une création non définitive, exceptionnelle, concédée aux sollicitations de M. Ferrus. A l'époque où a été rédigé son rapport, quatre de ces jeunes aliénés avaient recouvré leur raison; les autres, atteints d'idiotisme à différens degrés, présentaient une diminution notable dans l'obtusion de leur intelligence. Ceux qui avaient conservé un peu de langage ont appris à épeler; ceux qui ne proféraient que des cris répondaient à quelques questions. Tous sont devenus plus propres et ont appris à rendre quelques petits services. De tels effets, obtenus par un traitement suivi, doivent entraîner l'accomplissement du vœu exprimé par M. Ferrus: tout le monde y gagnerait, les pauvres petits aliénés d'abord; car où trouveront-ils des secours plus efficaces que dans un asile où tout est réuni pour le traitement des maladies mentales à tous les degrés, à tous les âges? L'intérêt de la science, qui se confond avec celui de l'humanité, exige que l'étude des maladies nerveuses s'exerce dans le plus large

l'existence de la rétraction portée à un haut degré dans ce muscle.

Les saillies formées par les articulations calcanéo-cuboïdienne, astragalo-calcanéenne et astragalo-scaphoïdienne ne sont pas moins faciles à expliquer. Disons d'abord que ces saillies s'observent aussi bien chez des individus qui n'ont point marché, que chez ceux qui ont fait usage de leurs pieds. Elles sont le résultat de la déviation de la tête de l'astragale en dehors et des pressions exercées sur les extrémités des parties comprises dans la courbure du bord interne et de la face inférieure du pied. Quand le pied se plie dans ce sens, indépendamment de la rotation de l'astragale qui est le déplacement le plus sensible, il chasse en dehors et subluxe les os de la seconde rangée comme des coins qui sont pressés et écrasés par leurs petites extrémités. Ce déplacement et cette saillie sont encore favorisés par le tiraillement et l'écartement des articulations qui aboutissent au bord et à la face externe du pied, tiraillement résultant de la courbure imprimée à cette face et à ce bord. Est-il besoin d'ajouter que ces saillies périphériques correspondent à la dépression du bord interne du pied et de sa face plantaire, et que finalement cette dernière série de résultats procède de la rétraction des fléchisseurs communs des orteils, fléchisseur et adducteur du gros orteil, auxquels s'ajoutent fréquemment les extenseurs correspondans, de manière à ce que la résultante de leur rétraction simultanée se confonde dans la corde des courbures du bord interne du pied et de la partie la plus interne de la face plantaire ?

Le troisième degré du varus équin offre moins de différence avec le second que le second avec le premier. Au troisième degré, la face plantaire regarde en dedans et en haut et le pied touche le sol par sa face dorsale. Tous les élémens du deuxième degré existent, mais proportionnellement plus développés. Le renversement du pied est presque complet, c'est-à-dire qu'il est presque sens dessus dessous : l'adduction est extrême, au point que la pointe du pied est quelquefois tournée en arrière. Le talon continue à être élevé; de plus, il est porté davantage en dedans et se rapproche parfois des orteils; j'ai vu en effet un exemple dans lequel le gros orteil et le talon, venus à la rencontre l'un de l'autre, étaient arrivés jusqu'au contact.

Enfin, comme cause et conséquence tout à la fois des dispositions qui précèdent, la courbure du bord interne du pied et de sa face plantaire forme un angle très aigu : c'est à cet ensemble de déformations extrêmes que les auteurs ont donné le nom d'enroulement complet du pied. Dans des cas rares, l'avant-pied est tellement attiré en dedans et en haut que son bord interne et sa face plantaire sont appliqués contre la jambe. Qu'on suppose, en présence de ces élémens portés à leur dernier degré, la rétraction extrême des muscles affectés à la production des formes du second degré, c'est-à-dire des jambiers antérieur et postérieur, des jumeaux et soléaire, des extenseurs et fléchisseurs propres et communs des orteils, et l'on aura la raison matérielle de ces résultats; c'est en effet ce qu'il m'a été donné d'examiner chez plusieurs monstres et chez des adultes. Chez les premiers la rétraction musculaire et l'arrêt de développement consécutif sont souvent portés au plus haut degré; aussi n'est-il pas rare de rencontrer chez eux des formes de pied-bot proportionnées à ces atteintes énergiques de leur cause essentielle. J'ajouterai encore que dans ces cas la rétraction occupe la généralité des muscles de la jambe et du pied, et que les muscles accessoires de la région plantaire aussi bien que ceux de la face dorsale du pied y participant, contribuent dans la limite de leur force, de leur direction, et du degré de rétraction dont ils sont atteints, à l'accomplissement des déformations extrêmes qui caractérisent les derniers degrés du varus équin. C'est ainsi que j'ai vu dans certains cas la rétraction du court fléchisseur des orteils, de l'accessoire du long fléchisseur commun, de l'abducteur oblique du gros orteil, concourir à la réalisation des formes extrêmes du varus équin.

§ III. — DU PIED-BOT VALGUS.

Dans le valgus, le pied tend à se renverser sur son bord interne, sa face plantaire regardant en dehors. Cette variété du pied-bot est fort rare, parce qu'elle ne peut exister qu'avec des conditions exceptionnelles de la rétraction musculaire. Mais par cela même que ces conditions sont exceptionnelles, elles n'en sont que plus tranchées et plus faciles à déterminer. Spécifions d'abord les formes caractéristiques du valgus; puis nous montrerons leurs rapports immédiats avec l'étiologie qui domine les autres variétés du pied-bot.

Avant toute chose, il ne faut pas confondre le valgus véritable avec le renversement du pied sur sa face interne, par suite de la déviation ou des courbures rachitiques des genoux et des os de la jambe. Dans le vrai valgus, le squelette est sain, les os ont leurs formes normales; ils n'ont, comme dans les autres variétés du pied-bot, subi que des changemens de rapports articulaires. En effet, le valgus dans sa forme la plus ordinaire consiste dans un mouvement de rotation de l'avant-pied sur la tête de l'astragale, mouvement qui répète d'une manière permanente le même mouvement physiologique et emprunte, pour se produire, les mêmes agens musculaires. Tous les cas de valgus qu'il m'a été donné d'observer se rapportent à trois formes qui peuvent constituer trois degrés différens.

Au premier degré, l'avant-pied, comme je viens de le dire, a subi un mouvement de rotation de dedans en dehors et de bas en haut sur la tête de l'astragale. De plus, la face et le bord externe du pied décrivent avec la face externe et antérieure de la jambe un angle qui varie de l'angle droit à un angle aigu de trente à trente-cinq degrés. On sent et l'on voit même ordinairement entre ces deux faces une ou plusieurs cordes tendues, saillantes sous la peau, qui s'opposent directement au redressement du pied. Ces cordes sont formées par le péronier antérieur et l'extenseur commun des orteils.

A un degré plus prononcé, non seulement l'avant-pied est soulevé en dehors, mais il est porté plus ou moins fortement dans l'abduction; ici la rétraction des péroniers latéraux s'est jointe à celle du péronier antérieur et de l'extenseur commun des orteils.

Enfin, dans un dernier degré, degré extrême que je n'ai rencontré que chez les monstres, le pied est fortement courbé sur son bord externe et décrit un angle aigu dont le sommet répond au milieu de ce bord; dans certains cas, cette courbure accompagne une élévation très considérable de la face externe du pied, qui peut aller jusqu'au contact avec la face externe de la jambe. Dans ces cas il y a, outre la rétraction du péronier antérieur et du long péronier latéral, rétraction du court péronier latéral, de l'abducteur du petit orteil et du pédieux. Le premier, s'attachant à l'angle externe de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien, force, par sa rétraction extrême, cet os à basculer sur le cuboïde; le second s'insérant par un de ses chefs au calcanéum et se rendant au côté externe de la base de la première phalange du petit orteil commence la courbure; en

---

cadre d'observation clinique; et les élèves qui cherchent dans les ressources d'instruction le seul prix de leurs soins et de leur dévouement, ne doivent pas être frustrés d'un complément de lumières, puisé dans un ordre particulier de faits relatifs à l'histoire des affections nerveuses. Ajoutons que rien n'est plus aisé que d'assigner à cette nouvelle section un emplacement convenable, soit à Bicêtre même, soit à la ferme Sainte-Anne.

Les réflexions que fait M. Ferrus sur le quartier de sûreté doivent fixer l'attention de qui de droit; une évasion récente ne les a que trop justifiées. Le manque d'ateliers est à peine concevable, aujourd'hui que l'habitude du travail est si heureusement introduite parmi les aliénés; ces ateliers, utiles dans toutes les saisons, sont indispensables en hiver où l'interruption des travaux pourrait réagir sur la santé des aliénés comme sur le maintien de l'ordre intérieur. Il manque aussi des salles d'admission convenables pour les entrans; M. Ferrus insiste beaucoup sur la nécessité de les établir et propose avec raison d'en choisir l'emplacement à la ferme Sainte-Anne. Cette dernière mesure, vivement réclamée par ce médecin, offre des avantages manifestes : les malades et surtout les aliénés agités seraient plus aisément et à moins de frais conduits à l'une des barrières de Paris qu'à la distance où se trouve Bicêtre; plus de facilité serait donnée aux parens ou aux amis pour aller s'enquérir de leur état. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que la loi a voulu faciliter les admissions volontaires et d'urgence, qui se feraient en plus grand nombre à la ferme Sainte-Anne, on ne doit pas craindre que cette facilité n'augmente la population des aliénés; l'augmentation du chiffre des entrans serait compensée et au-delà par le nombre plus considérable des guérisons et une diminution dans celui des journées. En apportant des entraves à la réception des aliénés, on est sûr d'aggraver leur état, soit par l'effet seul du délai, soit par les traitemens durs auxquels on les expose. Conduits au bureau central, ils devinent dans cette formalité le parti que l'on prépare contre eux, et ils s'en irritent; déposés à la préfecture de police, ils s'exaspèrent le plus souvent outre mesure; c'est à l'aide de liens et dans des symptômes de fureur qu'ils sont enfin amenés à Bicêtre. Que l'on compare à l'influence d'une pareille conduite celle de l'admission volontaire dans un lieu qui n'a pas les sombres apparences d'un lieu de détention, et dont la destination est même ignorée des entrans!

Point d'amphithéâtre clinique : il est vrai qu'avant M. Ferrus il n'existait à Bicêtre aucun enseignement; il a le premier institué dans cet hospice éloigné des conférences qui rassemblent, durant plusieurs mois de l'année, un grand nombre d'élèves, de jeunes médecins et de médecins étrangers; elles ont eu lieu jusqu'à présent dans un chauffoir enlevé momentanément, pour cet usage, aux malades ou aux gens de service qui s'y trouvent logés. L'indignité du lieu n'a pas nui au succès des leçons de M. Ferrus; mais il lui appartient d'assurer la perpétuité de cet enseignement en sollicitant la construction d'un amphithéâtre auquel il faudra ajouter une salle d'autopsie plus convenable que l'étroit local qui en tient lieu et qui reçoit en dépôt tous les morts de l'hospice, à quelque section qu'ils appartiennent. La faveur qu'a obtenue à bon droit l'étude clinique et psychologique des maladies nerveuses fait à l'administration une loi de satisfaire à cette double demande; elle devra rendre en même temps aux élèves qui sont attachés à l'hospice le droit de dissection qu'elle n'aurait jamais dû leur ôter : il leur sera un dédommagement de leur séjour à Bicêtre et contribuera à les attacher au service qui réclame leurs soins et dont ils attendent leur instruction.

même temps que le pédieux, dont la direction est oblique par rapport à chacun des métatarsiens, complète cette courbure du pied suivant son bord externe.

Telles sont les formes et tel est le mécanisme de la production du valgus à ses différens degrés. On comprend difficilement au premier abord, comment des muscles aussi faibles que les péroniers et l'extenseur commun des orteils soient capables de produire presque à eux seuls des formes permanentes aussi opposées à celles qui résultent de l'action bien plus puissante et plus énergique des jumeaux, des jambiers, des fléchisseurs propres et communs des orteils; car les mouvemens normaux que le valgus représente sont très limités et peu capables de balancer les mouvemens déterminés par les muscles antagonistes. Il faut donc quelque chose de plus que la rétraction directe des muscles affectés au valgus; ce quelque chose est la paralysie des muscles dont l'antagonisme serait trop fort pour permettre au valgus de s'établir. Ainsi l'on peut s'assurer directement sur les sujets atteints de pieds-bots valgus prononcés que les jumeaux et le soléaire, les jambiers antérieur et postérieur, les fléchisseurs des orteils sont plus ou moins paralysés. Ils ont éprouvé le degré extrême de l'affection nerveuse dont le degré moindre s'arrête à la rétraction simple, c'est-à-dire au raccourcissement immédiat et à l'arrêt de développement consécutif. On le voit non seulement à la forme de la jambe et du pied, mais encore à l'impotence plus ou moins marquée de ce dernier. La jambe est flasque, aplatie, sans relief charnu; le pied se meut tout d'une pièce et dans la seule direction des muscles les moins paralysés; souvent il obéit passivement à la secousse qu'on lui imprime: sa forme n'est pas d'ailleurs celle du pied-bot ordinaire où tous les os semblent bridés entre les différens muscles rétractés; le pied est au contraire allongé, sans relief et sans accent; sa sensibilité et sa caloricité beaucoup diminuées sont à l'unisson de la motilité et des autres caractères qui précèdent. On remarquera toutefois qu'il n'est pas nécessaire, pour que cette détermination soit vraie, que tous les faits qu'elle embrasse se rencontrent avec ce rigoureux ensemble de particularités: j'ai indiqué l'expression la plus exagérée, parce qu'elle se montre telle dans certains cas; mais j'ai soin de dire que la paralysie qui accompagne toujours plus ou moins certains muscles dans le valgus est proportionnée au degré de rétraction directe inhérent aux muscles spécialement affectés à la formation de cette variété du pied-bot.

§ IV. — LE TALUS.

Le talus est l'opposé du pied équin, c'est-à-dire que le talon est abaissé et l'avant-pied élevé. Comme la précédente, cette variété du pied-bot est nécessairement rare, parce que, comme elle, elle nécessite une condition exceptionnelle de la rétraction musculaire. En effet, dans le talus, l'avant-pied est élevé, et, à son degré extrême, il est élevé jusqu'au contact de la face dorsale du pied sur la jambe. Or, pour peu que le talon s'abaisse à ce point, il faut que les muscles postérieurs, les jumeaux et le soléaire cèdent d'une quantité qui n'est pas dans la limite de leur allongement normal. Je montrerai plus bas comment cette condition se concilie facilement avec le fait de la rétraction des muscles spécialement affectés au mouvement physiologique que la forme talus représente. En effet, cette variété du pied-bot est bien, comme toutes les autres, la représentation permanente d'un mouvement physiologique: c'est la flexion du pied sur la jambe rendue fixe, et cet état est bien le produit de la rétraction des muscles qui sont affectés à la production du même mouvement normal. Il n'est pas besoin de grands développemens pour démontrer l'un et l'autre de ces points. Il suffit de voir un exemple de talus pour se convaincre qu'il n'y a que glissement de la mortaise tibio-péronière sur la poulie astragalienne, jusqu'au contact de leurs bords correspondans; il est même impossible de distinguer par la forme le premier degré du véritable talus, de la forme temporaire qu'affecte le pied dans la flexion physiologique. Quant aux agens musculaires qui produisent ces mêmes formes dans ces deux cas, ce sont les extenseurs propre du gros orteil et commun des orteils, les jambier et péronier antérieurs; en un mot, tous les muscles qui vont de la face antérieure de la jambe à la face supérieure du pied. On en acquiert directement la preuve dans ces deux cas: dans la flexion physiologique, on sent les tendons des muscles qui se contractent; et dans la flexion permanente, ou le talus, on sent les mêmes tendons sous la peau, d'autant plus saillans et d'autant plus tendus que le talus est plus prononcé, et qu'on fait plus d'efforts pour rétablir la forme normale du pied.

Maintenant, par quelle influence les muscles relativement plus faibles de la partie antérieure de la jambe et du pied parviennent-ils à vaincre la résistance des masses musculaires beaucoup plus fortes du mollet? Par l'influence signalée à propos du valgus, par la paralysie des muscles dont il s'agit. Ici, comme dans le valgus, la forme du mollet, le défaut de résistance de la fibre musculaire qui est cellulo-graisseuse, l'allongement véritable et outre mesure des jumeaux, enfin, un défaut de contractilité, de sensibilité et de caloricité normales ne laissent aucun doute sur l'état de paralysie plus ou moins complète dans lesquels se trouvent ces muscles, alors que ceux de la région antérieure, atteints par la même affection nerveuse, ne l'ont été que jusqu'au degré de la rétraction simple, c'est-à-dire jusqu'au raccourcissement extrême avec peu ou point de paralysie.

Telles sont les formes principales et connues jusqu'ici du pied-bot, dans leurs rapports avec l'étiologie de la rétraction musculaire. Je me suis borné dans ce mémoire à l'examen de ces quatre variétés et de leurs principales combinaisons, pour simplifier la démonstration que j'avais à donner. Mais depuis que j'ai été conduit à la connaissance de leur véritable origine, j'ai pu apercevoir en dehors des divisions admises par les auteurs, quelques autres formes constituant des variétés entièrement nouvelles. Car, ainsi que je l'ai dit, la connaissance plus exacte des causes conduit à une détermination plus rigoureuse des formes. Ces variétés nouvelles seront mieux exposées dans un mémoire particulier; pour le moment, je m'en tiens à celles qui étaient connues dans la science.

§ V. — CONSÉQUENCES ET CONCLUSIONS.

Les conséquences qui découlent de l'analyse étiologique à laquelle je me suis livré dans ce mémoire sont de deux ordres: les unes, établissent d'une manière définitive et péremptoire le fait de la rétraction musculaire comme cause du pied-bot dans ses différentes manières d'être; les autres conduisent à un système de traitement nouveau en tant qu'il appliquera et distribuera d'une façon tout à fait nouvelle les différens agens appliqués jusqu'ici suivant une méthode incomplète, empirique et absolue. Je m'explique sur ces deux ordres de considérations.

Lorsque, dans mon mémoire sur l'étiologie générale du pied-bot con-

Au reste, quelque zèle d'amélioration que déploie l'autorité administrative, elle ne réussira pas à compléter les conditions de localité; elles pèchent non seulement par leur insuffisance, par leur disposition défectueuse, irrégulière, mais encore par le vice de l'exposition. Le plateau de Gentilly, tout riant et fertile qu'il apparaît, n'est un lieu de résidence avantageux que pour les gens bien portans et d'une constitution primitivement robuste. N'étant abrité d'aucun côté, il présente, durant les froids, une température inférieure de deux degrés à celle de l'Observatoire; point d'ombrage pendant les chaleurs de l'été; mais en toute saison, il est balayé par les vents. Les archives de l'hospice prouvent que ce lieu n'a jamais été un asile salubre que pour des vieillards habitués à une vie pénible ou pour des malfaiteurs ordinairement jeunes et bien constitués; toutes les fois qu'on a voulu y placer des femmes en couches, des orphelins, des enfans abandonnés, la mortalité a sévi sur eux de façon à faire renoncer aussitôt à ces essais. Favorable aux organisations intactes et robustes, funeste à celles qui sont détériorées ou frappées de débilité native, le séjour de Bicêtre agit diversement sur les aliénés; il règne à l'égard de ces derniers une erreur que M. Ferrus relève avec raison; c'est qu'ils sont loin de jouir de cette bonne santé *corporelle* qu'on leur prête généralement: ils participent aux atteintes qu'exercent sur les autres hommes les agens morbifères qui nous assiègent; leur constitution s'affaisse promptement dans les excès même du délire; quand leur sensibilité n'accuse point la perception des vicissitudes tranchées de la température, ils n'en subissent pas moins l'action dans leurs tissus, dans leurs organes, directement et par transmission sympathique. « L'humidité, le froid, une température très élevée, si elle est modifiée même passagèrement par des orages, tuent nos chétifs idiots, les déments, les paralytiques; on peut s'en assurer en observant quels sont les temps pendant lesquels la mort sévit avec le plus d'intensité dans notre service. » (P. 144.)

Que conclure de ceci? la nécessité de fonder dans une autre localité un établissement modèle pour les aliénés. Ce monument manque en effet à cette grande capitale; il serait digne du conseil général des hospices de provoquer, de décider un jour cette utile et imposante création; mais quelques années d'expériences sont peut-être nécessaires encore pour résoudre complètement le problème complexe des conditions hygiéniques que doit réunir un semblable édifice; nous pensons avec M. Ferrus que sur beaucoup de ces points la science est encore en travail; ailleurs on s'est quelque peu pressé de bâtir et d'ordonnancer; les documens qu'a publiés M. Leuret à la suite d'un voyage dans le Nord montrent les inconvéniens de cette précipitation, aussi bien que ceux inhérens à des bâtimens dont l'art a tant bien que mal transformé la destination primitive. L'ingénieux essai tenté à la ferme Sainte-Anne est de nature à éclairer un jour sur les bases d'une construction monumentale, ayant pour objet le traitement des aliénés; déjà l'on peut dire que les meilleures conditions seront celles dont l'ensemble imprimera à la réunion de ces malades la physionomie d'une colonie agricole: médecine, éducation, travail; c'est sous cette triple enseigne que devra être posée la première pierre; ce ne sera pas un atelier seulement, un hôpital seulement, un institut seulement; mais ces trois types d'établissemens publics devront se fondre et se combiner.

Si nous ne nous trompons, c'est sur la ferme Sainte-Anne que l'administration doit porter spécialement ses soins, ses vues d'amélioration et d'agrandissement; l'air y est pur et vif; les malades qui s'y rendront au sortir des hôpitaux, ou qui ont habité l'intérieur de Paris, seront exempts des chances périlleuses d'une

génital, j'ai formulé le fait qui tient sous sa dependance toutes les variétés de cette difformité; je n'ai pu invoquer à l'appui de mon opinion que les preuves générales qui pouvaient l'établir. Pour démontrer que le pied-bot congénital est bien le produit de la rétraction musculaire liée à une affection des centres nerveux ou des nerfs eux-mêmes, j'ai rapporté de nombreux exemples dans lesquels des traces matérielles de la maladie coïncidaient avec la difformité; j'ai montré en outre que dans les cas où ces traces n'existaient pas, et où par exemple la rétraction avait été le produit de l'affection d'un simple rameau nerveux, la nature de la difformité pouvait encore être révélée par les caractères généraux de la rétraction, qui sont les caractères généraux du pied-bot lui-même.

J'ai établi en outre qu'indépendamment de ces caractères généraux propres à toutes les variétés du pied-bot, il existait pour chacune d'elles des caractères spéciaux également fournis par les manifestations spéciales de la rétraction musculaire. Eh bien! l'analyse à laquelle je me suis livré dans ce mémoire a eu précisément pour résultat de formuler l'histoire de toutes les manières d'être, de toutes les combinaisons de la rétraction des muscles de la jambe et du pied. Chaque variété, chaque sous-variété; chacun de leurs degrés sont, comme je l'ai dit, des expressions différentes de la rétraction, diversifiée dans son intensité, dans son siége et dans les rapports multiples des différens élémens qui la composent. Quoi de plus significatif, en effet, pour la détermination de l'essence même de la rétraction et de son existence matérielle, que cette association, sur le même pied-bot, de l'état normal, de la rétraction et de la paralysie complète de certains muscles? Quoi de plus caractéristique que cette succession de formes, d'aspects, de reliefs, de manières d'être différentes, si bien expliqués par le raccourcissement ou la paralysie de tels ou tels agens musculaires; si bien dans la ligne d'action de ces agens, et représentant si bien à l'état fixe la forme des mouvemens qu'ils provoquent passagèrement à l'état normal? Quelle correspondance plus merveilleuse que celle de toutes ces formes du pied-bot avec les différentes combinaisons dont les articulations sont susceptibles à l'état physiologique! car le fait est ressorti clair comme le jour : le pied-bot le plus extrême, le plus exagéré, le plus insolite, n'est que l'exagération de certains déplacemens articulaires normaux des os du pied, entraînés au-delà ou en deçà de leurs rapports ordinaires, par les mêmes muscles qui règlent ces mêmes rapports à l'état physiologique! Quelle signification, quelle évidence plus explicite et plus matérielle que celle qui résulte pour chaque variété du pied-bot, de la tension des muscles placés dans la concavité des courbures, de cette tension augmentant toujours avec les degrés de la difformité; finalement, de la disparition des obstacles au redressement du pied par la section des tendons qui brident les extrémités de chacune de ses courbures! Ceci me conduit à l'examen des conséquences thérapeutiques.

Il est peu d'esprits qui ne déduisent spontanément des observations qui précèdent les conséquences pratiques qu'elles renferment (1). J'ai dit ailleurs que la thérapeutique n'est que l'étiologie retournée. Retournons, en effet, la rétraction musculaire, c'est-à-dire détruisons-la dans ses différentes manifestations; attaquons-la et faisons-la disparaître dans les différens muscles qu'elle occupe, et nous aurons toute la thérapeutique du pied-bot. Ainsi on avait coupé empiriquement le tendon d'Achille, parce qu'on y voyait un obstacle matériel et le principal obstacle au redressement du pied. Quelques personnes ont même appliqué accidentellement et sans autre motif la même opération à quelques-uns des autres muscles de la jambe; mais ce n'étaient là que des applications aveugles, occasionnelles et dépourvues d'indications dans le présent et sans conséquences ni règles fixes pour l'avenir. Or, maintenant que le nombre et les rapports des muscles rétractés seront connus et spécifiés pour chaque variété du pied-bot, maintenant qu'on sait que telle ou telle forme est sous la dépendance de la rétraction de tels ou tels muscles, est-il nécessaire d'établir qu'à chacun de ces muscles, suivant son importance et le degré de résistance qu'il oppose au redressement du pied, devra être appliquée l'opération réservée jusqu'ici presqu'exclusivement au tendon d'Achille? Ajoutons que les machines employées pour compléter le traitement chirurgical ne devront pas tendre vaguement à restaurer les formes du pied, mais devront s'appliquer directement à vaincre tels ou tels muscles et par conséquent agir dans une direction diamétralement opposée à leur rétraction. J'aurai tout dit en ajoutant que l'expérience a pleinement et un grand nombre de fois confirmé ces inductions de l'étiologie. Pour le pied équin, j'ai fait la section du tendon d'Achille et quelquefois aussi du fléchisseur propre du gros orteil. Pour le varus pur, j'ai coupé les tendons des jambiers antérieur et postérieur : pour l'équin varus, le tendon d'Achille et le tendon du jambier postérieur; pour le varus équin, les jambiers antérieur et postérieur, le tendon d'Achille, l'extenseur propre et l'adducteur du gros orteil, quelquefois le long péronier latéral; pour le valgus, le péronier antérieur et les péroniers latéraux; pour le talus, le jambier antérieur, le péronier antérieur et l'extenseur commun des orteils, et finalement l'aponévrose plantaire et d'autres muscles pour d'autres formes, que je me suis abstenu de déterminer, mais qui ne m'ont offert que des applications des principes exposés dans ce mémoire.

Telle est la détermination étiologique de chaque variété du pied-bot congénital, considérée dans ses rapports avec la rétraction musculaire. Cette détermination, qui comprend à la fois une analyse nouvelle des dispositions des surfaces articulaires des os du pied, des muscles qui les desservent, des mouvemens qu'ils exécutent et des déplacemens qu'ils éprouvent dans les différentes variétés du pied-bot, peut se résumer dans les propositions suivantes :

1° Toutes les formes ou variétés du pied-bot congénital sont le résultat de la rétraction musculaire, dont les élémens sont différemment distribués et combinés dans les muscles de la jambe et du pied; et les muscles rétractés dans chaque variété du pied-bot sont ceux dont la contraction temporaire détermine dans le pied un mouvement physiologique

(1) Ces conséquences sont, en effet, si faciles à établir que plusieurs personnes qui s'occupent du même objet en ont fait leur profit; mais il me suffira d'établir rigoureusement les dates de mes recherches et les titres de priorité que j'ai eu soin de me ménager pour n'avoir à subir, sur ce point, de discussion avec personne. On trouve dans le rapport de l'Académie des sciences sur mes recherches déposées en avril 1836, l'énoncé clair et net de l'étiologie générale du pied-bot; j'ai déposé à l'Académie royale de médecine, au mois de juillet 1838, un paquet cacheté renfermant les conclusions scientifiques et pratiques du mémoire que je publie aujourd'hui; enfin, M. Velpeau a exposé, en mon nom, dans la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine sur le pied-bot congénital, les points principaux de ces mêmes recherches. (V. GAZETTE MÉDICALE, 1838.)

transition non ménagée. C'est aussi là qu'a été mis en jeu, sur une échelle étendue, le système du travail, appliqué médicalement à différentes classes d'aliénés. Déjà, à la recommandation de Pinel et de ses successeurs, quelques imbécilles ou aliénés incurables avaient été employés concurremment avec les ouvriers de la maison, ou placés au grand puits pour en mouvoir le manége; quelques-uns avaient été confiés comme serviteurs et pour cultiver quelques terrains à des marchands ou à des employés de l'hospice; mêmes essais avaient lieu en Angleterre, en Belgique, etc.; mais nulle part on n'avait porté, par la persuasion et d'après des considérations médicales, journellement appliquées et modifiées, une masse de plusieurs centaines d'aliénés à suivre des travaux avec persévérance. Livrer en leurs mains des outils qu'ils pouvaient convertir en instrumens de dommage et de meurtre, était une idée hardie; M. Ferrus en osa tenter l'exécution. La GAZETTE MÉDICALE a peut-être contribué à faire ressortir les avantages d'un tel système de traitement : l'expérience les a proclamés, la médecine les constate par le chiffre des guérisons, l'administration par une source nouvelle, inespérée, de revenus qui vont croissant. On sait les travaux importans que ces travailleurs improvisés exécutèrent en peu d'années, tels que le terrassement de l'emplacement sur lequel a été construite la cour dite des Nouvelles-Colonnes, le nivellement de la vaste cour des incurables, l'arrangement des préaux, des cours, des jardins intérieurs, etc., etc. Ce fut une autre idée heureuse, issue de celle de M. Ferrus, que de livrer à leur exploitation la ferme Sainte-Anne et de les y placer à demeure. Mais c'est avec raison que M. Ferrus s'élève contre les tendances industrielles qui s'insinuent dans le système du travail médical; le but essentiel de cette institution est, non de procurer à l'administration un nouveau revenu, mais d'élargir les voies de la thérapeutique des aliénés, de leur créer un ordre spécial d'influences hygiéniques; il est du devoir de tous de veiller à ce que ce but essentiel ne soit point faussé. Les travaux auxquels on soumet les aliénés ne doivent donc être ni trop pénibles, ni faits pour les humilier, ni entourés de circonstances insalubres. Des exercices gymnastiques, propres à distraire le moral, tout en développant les forces physiques, doivent s'ajouter comme un utile complément aux travaux de la ferme Sainte-Anne; ils n'y sont pas encore établis. Enfin, les ateliers, dont la construction est sollicitée par M. Ferrus, recevront les malades qui ne peuvent se livrer aux travaux agricoles, ou permettront de varier, durant le mauvais temps, les occupations des cultivateurs. Ne doit-on pas s'étonner qu'ils ne soient déjà fondés? Leur utilité frappe-t-elle moins l'administration que le médecin? Mais voici un autre ordre de réclamations, articulées par un homme de l'art. Il s'agit de l'emploi des fonds qui proviennent du travail des aliénés. La stricte justice veut qu'ils soient consacrés au bien-être de ces derniers. Aux demandes d'amélioration que renouvelle avec instance M. Ferrus, l'administration répond par le manque de fonds. Mais outre que les ressources dont elle dispose ne sont pas réparties également entre les différens hospices et les différentes sections de Bicêtre, pourquoi le produit du travail des aliénés, destiné, par une délibération du 1er octobre 1834, à être placé provisoirement au Mont-de-Piété, pour servir à l'amélioration du sort de ces malades, n'a-t-il pas reçu cet équitable et nécessaire emploi? Ce produit s'est élevé, en six années, à plus de cent mille francs; pendant la dernière année, le produit net des travaux industriels s'est élevé à plus de 50,000 fr.; ces sommes ont été versées dans la caisse des hospices, et les documens de la comptabilité justifient de leur emploi, sans doute; mais elles ont profité à tous les hô-

correspondant; d'où il résulte que tout pied-bot n'est que l'exagération permanente de la forme d'un mouvement physiologique du pied.

2° Toutes les variétés du pied-bot sont *simples* ou *composées* : simples, quand elles sont exclusivement le résultat de la rétraction des muscles qui président à la forme spéciale de la variété : composées, quand à la rétraction de ces muscles se joint, mais à des degrés différens, celle de la plupart des autres muscles de la jambe et du pied; en sorte que les mêmes muscles peuvent être rétractés dans les différentes variétés du pied-bot, et que c'est autant à la combinaison des degrés de la rétraction qu'à celle de son siége que sont dues les oppositions ou caractères des variétés de cette difformité.

3° Les formes spéciales du pied *équin* sont le produit de la rétraction des jumeaux soléaire et fléchisseurs des orteils; celles du *varus*, de la rétraction des jambiers antérieur et postérieur; celles du valgus, de la rétraction des péroniers antérieur et latéraux; celles du *talus*, de la rétraction du jambier antérieur, du long extenseur des orteils et du péronier antérieur, avec paralysie complète ou incomplète des jumeaux et soléaire. Les formes des variétés d'association qui résultent de la combinaison de ces principales variétés entre elles sont le produit de la rétraction simultanée des mêmes muscles, auxquels il faut ajouter comme élémens de déformations accessoires ou complémentaires la rétraction des courts extenseurs et des courts fléchisseurs des orteils; des adducteurs du gros et du petit orteil de l'aponévrose plantaire, : en un mot, de tous les muscles de la jambe et du pied.

4° Le traitement chirurgical du pied-bot congénital doit comprendre la section des tendons des muscles, dont la rétraction décide de la forme pathologique du pied: contre l'élévation du talon, le tendon d'Achille; contre le renversement du pied sur son bord externe, le jambier antérieur; contre le renversement de son bord interne, le péronier antérieur et tout ou partie de l'extenseur des orteils; contre l'adduction forcée du pied, le jambier postérieur; contre son abduction, les péroniers latéraux; contre la courbure suivant son bord interne, l'adducteur du gros orteil; contre l'extension ou la flexion permanente des orteils, la section des tendons des muscles correspondans, et finalement la section simultanée des tendons de ces muscles, suivant la simultanéité de leur rétraction dans les différentes combinaisons de forme que présente le pied-bot.

5° Le traitement mécanique ou consécutif du pied-bot doit reposer sur les mêmes données, c'est-à-dire employer des appareils dont les centres de mouvement répondent au centre de mouvement des articulations déplacées et dont les efforts agissent dans un sens directement opposé à l'action des muscles rétractés.

Dans un prochain mémoire, je ferai connaître avec détail les procédés à l'aide desquels j'ai rempli ces indications, et quelques-unes des observations pratiques où ils ont été mis en usage.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR QUELQUES CARACTÈRES PARTICULIERS DE LA VARIOLE EN ÉGYPTE; communiquée par M. le docteur PERRON, professeur à l'Ecole-de-Médecine de Ckassr-al-Aymyng, au Caire.

La variole, comme toute la série des maladies européennes d'origine ou d'impatronisation, est amplement connue. Tant de bons yeux, tant de mains au tact sensible, tant de têtes à réflexions les observent, les manient, les logiquent, qu'il a bien fallu que ce sol remué de partout, retourné, pioché, laissât apercevoir et calculer ce qu'il avait de forces et de formes productives. Aussi, on a aujourd'hui des masses d'explorations et de faits pour chacun des points de ce grand territoire. Mais qui viendra relier tous ces faits pour en constituer un corps scientifique édifié sur un principe fondamental qui, par son expression, représente la conception de l'homme sain et de l'homme malade? Qui viendra, en un mot, poser la synthèse médicale, ou, pour mieux dire, la synthèse médico-philosophique qui doit comprendre l'expression de la vie humaine, homme et femme, sous ses conditions générales régulières ou altérées? Cette synthèse, très peu de médecins la sentent *à priori*, et demandent qu'elle soit formulée; on ne fait que du commerce en détail. Des esprits peu philosophiques disent qu'il n'y a qu'une maladie; je ne conçois pas comment on peut énoncer une pareille proposition; c'est dire : il n'y a qu'une maladie, parce qu'il n'y a qu'une manière de mourir, c'est de cesser de vivre.

Non-seulement il y a plusieurs maladies, beaucoup de maladies, comme il y a plusieurs médicamens, beaucoup de médicamens; mais il y a aussi beaucoup de nuances des mêmes maladies, beaucoup de variations et de physionomies *climatiques*; et, pour parler du pays où je suis, je vois que les bords du Nil ont une terre feuilletée que n'ont pas les bords de la Seine, que le sable de l'Egypte et de ses déserts est autre que celui des allées des Tuileries et du parc de Versailles; que l'aspect blanchâtre des pyramides est peu semblable à celui des tours de Notre-Dame; que la couleur des Egyptiens, de leurs habitudes, de leurs tempéramens, de leur vie, a ses nuances particulières; je vois tout cela, et certes ce n'est pas chose difficile. De plus, je vois encore que les maladies qui ont leurs sœurs homonymes en Europe, ont, en Egypte, une teinte égyptienne, une allure, une conduite qui ont d'autres règles et souvent d'autres conséquences.

Les livres de médecine européens ne songent, on peut dire, jamais assez, dans leurs observations et réflexions, aux climats étrangers. La médecine n'est pas encore assez cosmopolite, assez voyageuse; et quand on vient sur des rivages éloignés apporter de la pure science de Paris ou de Montpellier, etc., on a bien souvent de tristes mécomptes.

Ici, en Egypte, la variole, de même que bien d'autres affections, a ses nuances de caractères. *A priori*, on peut le croire facilement; car elle est ici comme dans sa patrie native, tout près de ses premiers foyers d'Arabie, dans le peuple, la vie, les idiosyncrasies, la religion, l'atmosphère où elle est née. Venue au monde avec l'islamisme, entrée en Egypte avec l'islamisme, par la conquête d'Amr (qu'on appelle en Europe Amrou), c'est une maladie musulmane, arabe et égyptienne. En Europe, elle

---

pitaux sans distinction, quoique gagnées par le labeur d'une seule classe de malades. Nous n'hésitons pas à le dire, malgré l'utilité générale que l'on en a retirée, ce mode d'emploi ressemble à une spoliation: la sueur que versent ces pauvres fronts d'aliénés sur le sol de la ferme Sainte-Anne doit avant tout retomber sur leur existence quotidienne, en bien-être, en menues améliorations, en attendant les réformes au grand pied.

Nous ne suivrons pas M. Ferrus dans la critique qu'il fait des vêtemens des aliénés, de leur régime alimentaire, de leur couchage, etc. C'est la répétition des doléances qu'ont fait entendre des confrères des autres hôpitaux : autre service, autres abus; autres malades, autres souffrances; ce sont plaintes et vœux qui, toujours revêtus d'une forme aisée et polie, vont se confondre dans cette grande clameur de pitié et de merci qu'élève la médecine vers les hauteurs administratives en faveur de la gent ægrotante, indigente et dolente; il faudra que force reste à la faiblesse, et que pauvres et médecins l'emportent sur l'autocratie des chiffres et l'humanité des comptables : ainsi soit-il!

Y.

— TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE LA DÉRIVATION CONTRE LES AFFECTIONS LES PLUS COMMUNES EN GÉNÉRAL, TELLES QUE LA PLÉTHORE, L'INFLAMMATION, L'HÉMORRAGIE, ETC.; par le docteur GONDRET, D. M. P. Paris 1837; 350 pages in-8, chez Just Rouvier et Lebouvier, libraires, rue de l'Ecole-de-Médecine, 8. — La dérivation est certainement l'une des médications les plus énergiques qu'on puisse employer dans les états morbides qui se lient à un état de fluxion ou de congestion. Mais dans quelles conditions et à quelle époque de la maladie doit-on y avoir recours? Par quels moyens doit-on l'opérer de préférence? Telles sont les questions les plus importantes qui se rattachent à la dérivation, et dont M. Gondret a cherché à donner la solution. Ce travail, il le dit lui-même, est une conséquence des mémoires qu'il a déjà publié sur quelques-uns des moyens de dérivation les plus actifs, et qui y sont en partie reproduits. Un chapitre est consacré à chacun de ces moyens, savoir : l'emploi du fer, la pommade ammoniacale et les ventouses qui entre ses mains ont eu une grande efficacité dans le traitement de plusieurs maladies et surtout de celles qui se lient à des altérations peu profondes de l'encéphale et de l'organe de la vision.

Le passage suivant, qui termine l'ouvrage de M. Gondret, prouve qu'il persiste à penser qu'on peut arrêter le développement de la cataracte par l'emploi bien entendu des dérivatifs et d'un traitement convenable; et nous devons reconnaître que plusieurs des faits qu'il rapporte en grand nombre dans ce volume ne permettent pas de douter qu'il n'ait réussi au moins dans quelques cas. « Par ces faits, dit-il, je crois avoir clairement prouvé qu'on est dans une erreur complète lorsqu'on regarde la cataracte comme étant hors de la portée médicale, et exclusivement placée dans les attributions chirurgicales, c'est-à-dire essentiellement destinée à l'opération. En effet, la cataracte commençante et celle déjà avancée, la cataracte accompagnée de la goutte sereine et celle opérée sans succès ont si rarement résisté à ma pratique, que de pareils résultats sont dignes de fixer l'attention du médecin. »

est exotique, ou, si on veut, elle est en conquérante et elle s'y tient comme telle, presque toujours rétive, sévère, brutale. Il semble qu'elle trouve là des antipathies inconciliables avec sa nature, contre lesquelles elle lutte jusqu'à fureur.

Ici, elle a bien plus de caprice de bienveillance. Elle fait des victimes, sans doute, mais elles sont, proportion gardée, beaucoup moins nombreuses, beaucoup moins tourmentées, et à ceux qu'elle veut laisser vivre, elle jette moins de souffrances et moins de craintes de mort.

Venons à quelques observations particulières, ou plutôt au résultat général de ces observations.

Au commencement de février dernier, il m'est venu, en un jour, dans mon service particulier, deux soldats variolés, tous deux arrivant de leur régiment caserné au Caire. Ils en étaient seulement aux prodrômes de la maladie. Le surlendemain de leur arrivée, l'éruption parut et s'annonça confluente. Huit jours se passèrent ainsi sans que de nouveaux cas parussent. Puis, dans les 120 malades qui composaient alors mon service, et qui sont divisés en trois salles, d'autres varioles se développèrent. Dès lors, dans l'espace d'un mois et demi que dura cette apparition variolique, j'eus 42 malades variolés. Mais, sur ce nombre, 5 vinrent du dehors de différens régimens, et 6 me furent fournis par les services des autres médecins mes collègues; car, dès le principe, nous mîmes ces varioles à part, et je me chargeai de leur traitement.

De ces 42 cas, dont 31 se développèrent dans mes salles, 9 moururent; 1 seul, le premier qui fut attaqué et qui guérit, fut atteint d'ophthalmie variolique et perdit l'œil gauche. Le huitième jour après le développement des pustules, au milieu de la période suppuratoire, la rougeur vive de l'œil s'éleva, et en trente heures la cornée était fondue par suppuration. Du reste, la fonte rapide de la cornée par suppuration, par ophtalmie purulente, n'est pas chose très rare en Egypte, en dehors même de toute autre influence maladive étrangère. Ainsi, l'an passé, qui fut une année cruelle pour les ophtalmies, nous vîmes nombre de malades perdre ainsi la cornée en six heures de temps, d'autres en un jour, et nulle médication n'était capable d'enrayer l'accomplissement de ces fâcheuses conséquences. Après la disparition de la cornée, quelles qu'en soient d'ailleurs la cause et la rapidité, je n'ai jamais vu l'œil se vider que de l'humeur aqueuse; l'iris recouverte par un enduit comme gélatineux soutient suffisamment le poids de la masse vitrée qui, seule, et sans qu'on aperçoive le cristallin, vient faire tampon au-devant de l'œil.

Du reste, c'est un fait assez saillant que l'absence d'ophthalmies dans les 41 autres exemples de variole qui me passèrent sous la main, en Egypte surtout, la terre de prédilection de toutes les affections ophtalmiques. Dans les cinq années que j'ai déjà passées en Egypte, j'ai vu un certain nombre de variolés, à Abou-Zabel et à l'hôpital de Ckassr-al-Aymyng, et quelques malades seulement en ont été attaqués d'une manière assez signalée. Je ne veux pas encore tirer de là une conséquence, mais jusqu'à présent ce sont des circonstances à consigner en souvenir.

Ce que je veux encore distinguer ici comme caractère spécial et remarquable, c'est la bénignité de la variole chez les adultes.

Je n'ai pas vu assez d'enfans variolés pour poser une donnée qui puisse se résumer sous une forme de principe général et absolu; mais pour les adultes, j'ai au moins soixante-dix exemples pour établir et asseoir mon jugement; et les quarante-deux derniers que j'ai observés cette année m'ont donné des résultats numériques semblables à ceux que m'ont offerts les vingt autres précédens.

J'ai déjà dit que sur ces quarante-deux malades, neuf seulement sont morts; or tous ces malades étaient adultes, tous soldats.

Parmi ces variolés douze paraissaient être de 15 à 20 ans; quinze de 25 à 35 ans, et le reste avait passé 40 ans (1). Des premiers, trois succombèrent; des seconds, deux, et des troisièmes, quatre; et tous furent du nombre des vingt-neuf malades qui furent atteints de variole confluente. Ainsi, les deux tiers guérirent. Mais je dois faire observer que parmi les morts il y eut deux dysentériques, l'un au dernier degré de la dysenterie, c'est-à-dire avec marasme et avec infiltration des extrémités inférieures jusqu'au-dessus des malléoles; et l'autre, le dernier de ceux qui furent attaqués de variole, qui guérit de cette variole et qui dans sa convalescence fut pris de dysenterie et mourut en douze jours.

Chez les individus qui n'eurent qu'une variole discrète, le nombre des pustules fut encore assez considérable; je comprends parmi eux un individu qui présenta la variole dite varioloïde, et qui ne m'offrit ni trace de vaccine, ni trace de variole. Questionné sur ces deux points, il m'affirma n'avoir jamais été vacciné, et n'avoir, à son souvenir, jamais eu la variole. Ce serait donc plutôt ici une variole cristalline, si on veut réserver le nom de varioloïde à la petite vérole blanche et comme stéarique modifiée par la vaccine ou par une première variole.

En résumé, je doute que nulle part en Europe cette phlegmasie cutanée soit aussi bénigne qu'elle l'est en Egypte, pour les adultes.

Cette bénignité n'est pas moins remarquable dans le cours même de la maladie.

Je n'ai observé de symptômes cérébraux, c'est-à-dire un peu de délire et de loquacité que chez deux malades dont un succomba, chez cinq autres il y eut un léger coma, de l'indifférence, sécheresse de la langue; mais chez tous les autres le cerveau resta parfaitement libre; la céphalalgie fut très légère; la langue resta toujours très humide et ne se montra que légèrement blanche avec une faible rougeur de ses bords; la soif fut peu exigeante; le pouls ne s'éleva pas au-delà de 80 pulsations environ, dans l'époque même de la plus grande intensité de la maladie; les yeux, quoique un peu gouflés et un peu larmoyans, étaient légèrement chauds, mais s'ouvraient facilement; le plus souvent les demandes d'alimens étaient des plus instantes et des plus suppliantes. Plusieurs malades ne m'offrirent même presque aucun effort de réaction, c'est-à-dire que le pouls resta presque naturel, la langue à peine blanchâtre, que les malades conservèrent toute leur activité, en telle sorte que sans l'éruption à la peau, on les eût crus sans aucune autre maladie qu'une très légère affection.

Pour les cas de variole discrète, les symptômes généraux étaient on peut dire nuls, et pas un ne fut obligé de rester un jour à la diète complète.

Les variolés à variole confluente qui succombèrent moururent avant l'époque du développement complet des pustules, un seul excepté, celui qui périt dysentérique après être guéri de sa variole.

Du reste, la terminaison funeste, par la mort, est facile à présager. Dès que les pustules saillent et surgissent de la peau, elles présentent un sommet un peu aplati, elles prennent peu d'ampleur; et quand elles sont réunies, elles offrent une continuité de surface générale presque unie et plate, peu élevée au-dessus de la peau, et semblent arrêtées dans leur émergence complète. Alors l'enveloppe maladive qu'elles constituent ainsi est une vaste couche comme rayée de traits ondulés à arcs très concaves et très petits, qui ne forment pas, pour chaque pustule, un sillon délimitatoire bien sensible sous le doigt. Les efforts de la nature sont alors violens; la langue se sèche; le pouls se serre, se raidit, se rapetisse, et l'aphonie se déclare rapidement. Le malade devient inquiet, agité, car la respiration est haute, profonde, fatiguée; il y a un énorme empêchement à son exécution, c'est un commencement de pénible asphyxie. Le malade demande qu'on le débarrasse de ce qui obstrue les voies respiratoires; il n'accuse plus que cette gêne, que les angoisses lourdes et serrantes de sa dyspnée; il fait de vigoureux et stériles efforts pour expectorer, rien ne lui arrive pour cracher. Venu à ce degré, il perd rapidement ses forces et le moment de la mort se précipite. La mort est une asphyxie. Sur les neuf morts que j'ai eus, six ont fini de cette manière et sans qu'aucune médication ou générale ou locale ait eu la puissance d'apporter le moindre soulagement au patient. Un cas pareil se présenta à nous, quand nous étions à Abou-Zabel, sur un de nos collègues, le jeune Boucher, élève de M. Auzoux, jeune homme fort et vigoureux, âgé de vingt ans, et qui fut engagé comme professeur avec moi, à Paris, par M. Clot-Bey. Boucher n'avait pas été vacciné; il eut le malheur d'être attaqué de la variole. L'éruption ne prit pas son développement, et à peine même quelques boutons varioliques parurent avec leurs caractères bien distincts sur les cuisses; trois jours après s'être alité, il était dans le plus imminent danger, à l'asphyxie variolique, mais sans délire, sans symptômes cérébraux, sans fièvre bien marquée. Tous nos efforts pour le soulager et le sauver furent impuissans, et le soir du quatrième au cinquième jour de sa maladie, il était presque agonisant. Il ne demandait qu'à expectorer ce qui, selon sa parole, lui remplissait la trachée artère et l'étouffait. Désespérés, nous nous accordâmes tous, comme dernière ressource, à pratiquer la trachéotomie; elle fut sans effet, sans soulagement aucun, et il expira quelques momens après.

Le lendemain nous fîmes l'autopsie cadavérique. L'abdomen et les intestins ouverts ne présentèrent rien à noter; tout nous parut être à l'état normal.

Dans la poitrine, les poumons étaient affaissés, mais sains dans tout leur parenchyme. Il n'en fut pas de même dans le larynx, la trachée artère et les bronches.

Le larynx était tapissé d'une matière muqueuse sanguinolente, d'un rouge briqueté assez vif, de consistance semi-fluente, mais telle cependant qu'elle se tenait sur les parois de l'organe, et formait une couche qui avait rétréci au moins de moitié la capacité laryngique. Cet endroit venait jusqu'à la glotte qui était ouverte et peu diminuée dans son ouverture.

Tout le long de la trachée, le même enduit se continuait sans inter-

(1) Je dis *paraissaient*, car nul individu, dans ce pays, ne sait son âge; les Arabes n'ont pas d'actes civils ou religieux des naissances et décès.

ruption jusqu'à la division bronchique, et de là descendait, encore sans s'interrompre, dans la profondeur des bronches. Pas une seule des premières ramifications pulmonaires ne fut trouvée libre de cette matière; seulement la couche qu'elle formait sur la circonférence des cylindres bronchiques et qui était plus abondante que partout ailleurs au point de divergence des premières ramifications, allait en diminuant à mesure qu'on descendait dans les poumons, et elle finissait à cinq ou six pouces au moins au-delà de ce point de division dans chaque poumon, et en décroissant assez vite de quantité et de coloration.

Sur toute l'étendue des surfaces revêtues de cet enduit, la membrane muqueuse était légèrement gonflée et d'un rouge pourpré tirant assez fortement au violet; cette coloration était uniforme et également vive, excepté dans les ramifications secondaires bronchiques où elle allait graduellement en décroissant jusqu'au lieu de cessation de l'enduit sanguinolent, et là le gonflement de la muqueuse finissait brusquement; au-delà, tout était à l'état sain ordinaire.

La bouche ne nous présenta rien à signaler qu'un léger enduit blanchâtre. Le pharynx, l'œsophage tout entier, et l'estomac étaient sans altération aucune.

Quatre variolés, dans les deux années suivantes (1834 et 1835), moururent dans mon service à l'hôpital d'Alfou-Zabel; trois me fournirent les mêmes symptômes d'asphyxie que Boucher, l'aphonie, l'étouffement, l'exercice intact des facultés intellectuelles jusqu'au dernier moment, la même résistance inflexible aux plus vigoureux moyens de médication; mais chez les derniers, l'éruption était plus avancée, les pustules étaient sorties à confluence générale; elles étaient restées aplaties, petites, d'aspect légèrement violacé; et l'autopsie moutra les mêmes *reliquiæ* laryngo-bronchiques que nous avions rencontrées chez Boucher. Toutefois, la langue chez ces cadavres était plus squalidense; elle était faiblement fendillée, plaquée d'un enduit blanc-sale à la base et sur les bords, comme coriacée au milieu et dans le centre de son quart antérieur. L'estomac était cependant peu irrité, les intestins n'offraient qu'une rongeur peu intense à la région iléo-cæcale; l'œsophage était sain; le pharynx et le voile du palais avaient quelques rares et petites vésicules mal développées. Le cerveau était d'aspect normal.

Parmi les neuf variolés qui succombèrent des quarante-deux qui, cette année, formèrent une sorte de petite épidémie d'un mois et demi environ, cinq donnèrent les phénomènes cadavériques que je viens d'énoncer. Des quatre autres, un mourut dans un délire violent; un autre avec tous les symptômes typhoïques, et les deux autres succombèrent dysentériques.

Je signalerai en terminant un fait d'observation. On a remarqué déjà que la variole fait assez souvent disparaître d'autres maladies même invétérées et rebelles. J'ai vu, il y a dix-huit mois environ, à Abou-Zabel, un cas remarquable de ce genre. Un soldat d'environ vingt ans, assez fort, fut envoyé à l'hôpital pour y être traité d'une maladie de peau. J'étais chargé alors de la division des affections cutanées. Ce soldat avait un *prurigo formicans* général; toute l'étendue de la peau était papuleuse, chagrinée, raboteuse, et le malade souffrait d'affreuses douleurs de démangeaisons; il n'avait de sommeil que quelques momens le matin, et il ne reposait de ses inquiétudes de souffrances que dans des bains de natron ou dans des bains alcalins ordinaires. On avait, d'ailleurs, avant qu'il entrât à l'hôpital, exaspéré son prurit par l'administration de l'opium. — Après une quinzaine de jours de traitement par les bains prolongés, par des laxatifs légers, par le lait, par le *massage*, il avait moins de souffrances.

Il lui survint une variole; le *prurigo* disparut complètement et tout à coup. La variole, quoique confluente, suivit paisiblement ses périodes, et le malade se trouvait heureux de sa nouvelle maladie qui lui permettrait un sommeil qu'il n'avait pas goûté depuis plus de deux ans. La variole guérie, la peau paraissait entièrement débarrassée aussi du *prurigo*. Quinze jours après la chute des croûtes varioliques, aucune papule prurigineuse n'était revenue; je gardai le malade un mois encore; rien ne reparut. Il sortit satisfait et en bonne santé, guéri à ce qu'il me parut (car que peut-on oser nettement affirmer dans ce genre d'affection?), d'une maladie cutanée des plus rebelles, je ne dis pas à guérir mais même à modifier. Et le prurigo ici en question était de la variété la moins fréquente et la plus intraitable, le *prurigo* que j'appellerai *confluens*; c'est-à-dire que les papules en étaient assez larges, contiguës, et donnaient sous les doigts un toucher raboteux et rude. Comparativement au *prurigo formicans* qui est à papules discrètes et bornées à des régions plus ou moins étroites et limitées du corps, le *prurigo confluens* est presque rare, et je me rappelle fort bien qu'à Paris durant les trois années qui précédèrent mon départ pour l'Egypte, et pendant lesquelles je suivis très assidûment les visites, leçons cliniques et consultations de M. Biett, à l'hôpital St.-Louis, je n'en ai vu qu'un très petit nombre de cas.

NOTE SUR LA DERNIÈRE ÉPIDÉMIE DE VARIOLE QUI A RÉGNÉ A LA MARTINIQUE; par M. le docteur GUYON, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique.

La variole a régné épidémiquement à la Martinique, de 1836 à 1837. Elle avait été importée à la Trinité, petite ville située au vent de l'île (1), par un navire américain, qui, à son entrée dans le port, avait déposé à l'hôpital deux hommes qui en étaient atteints. Elle apparut peu après à Saint-Pierre, capitale de l'île, où, à la date du 6 mars 1837, elle avait déjà fait beaucoup de ravages. Là, comme sur tous les autres points de l'île, les individus qui avaient dépassé l'âge de 20 à 25 ans, en furent plus généralement et plus grièvement atteints que les autres. La mortalité porta principalement sur les gens de couleur (2).

Les vaccinés chez lesquels l'opération avait laissé des traces bien marquées, n'eurent que la varioloïde, ou la fièvre seulement, sans éruption. Le 1er régiment de la marine, qui formait la garnison de l'île, n'eut qu'un seul malade, il mourut. Le 2e régiment de la marine, qui, à cette époque, vint remplacer le 1er, eut aussi un malade, qui, plus heureux que l'autre, se rétablit.

J'extrais ces renseignemens de ma correspondance avec le docteur Pouvreau, chirurgien des troupes de la marine, en garnison à la Martinique.

OBSERVATION D'HYDROPISIE DU BAS-VENTRE, SUITE D'UNE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE, communiquée par M. DESPINE, médecin des eaux d'Aix en Savoie.

OBS. — Mademoiselle de ..., personne sur la conduite de laquelle la chronique de la petite ville où elle habitait n'avait jamais eu à gloser, appartenait à l'une des familles les plus distinguées du lieu; et elle avait toujours fait les délices de la haute société par les qualités aimables dont elle était douée.

Cette personne d'un tempérament sanguin lymphatique, assez grosse et replète, jouissait habituellement d'une bonne santé. Dès l'âge de 30 à 36 ans néanmoins elle était parfois souffrante, et j'avais ouï-dire qu'à cette époque de sa vie elle avait été menacée d'hydropisie dont elle avait été débarrassée par les soins de son médecin ordinaire et par ceux des médecins de Genève qu'on avait consultés à cette occasion.

A l'âge critique elle prit beaucoup d'embonpoint, et dès lors elle mena une vie plus sédentaire. Dix ans se passèrent ainsi; alors reparurent quelques symptômes d'hydropisie. Elle fut soignée convenablement, et quatre ou cinq années se passèrent avec des alternatives de bien et de mal. L'hydropisie, qui paraissait enkistée et partir de l'hypochondre gauche, ne faisait que d'insensibles progrès. La malade se plaignait de son côté gauche auquel elle rapportait toutes ses douleurs.

Enfin au commencement de 1813 le ventre grossit tout-à-coup, et bientôt il devint énorme. La malade ne pouvant plus y tenir fut la première à proposer la paracenthèse. Plusieurs médecins furent appelés, j'étais du nombre, et, comme le plus jeune, je fus chargé de l'opération.

La malade se trouvant convenablement disposée, la ponction fut faite avec un gros troquart à paracenthèse, entre l'ombilic et la boîte de l'os des îles; c'était le 5 avril 1813. Le côté gauche fut choisi de préférence, soit parce qu'il avait servi de point de départ à l'hydropisie, soit encore parce que le médecin ordinaire de la malade craignait une hypertrophie du foie.

L'opération de la paracenthèse réussit à souhait; elle donna issue à une douzaine de litres d'un liquide trouble, onctueux, puriforme, blanchâtre et sans odeur; sortant d'abord avec assez de difficulté par la canule; mais à la fin coulant librement et à plein jet moyennant la pression graduée, exercée par un aide placé derrière la malade. Le liquide, dont la nature singulière nous frappa d'abord, fut reçu dans un baquet ou seau de bois, et mis à l'écart pour en faire l'examen. Les soins ordinaires furent donnés à la malade, qui se trouva grandement soulagée de l'opération.

Deux heures après, nous vînmes faire à mademoiselle de ... notre compliment de félicitation, à procéder à l'examen du liquide rendu. Nous trouvâmes toute sa superficie consistante et le baquet complètement fermé par une opercule ou gâteau graisseux analogue au suif de boucherie, et que nous pûmes enlever d'une pièce. Le plateau avait neuf lignes d'épaisseur, et couvrait audessous un liquide presque transparent formé de lymphe coagulable à la flamme de la bougie. Notre étonnement fut grand. Mes deux anciens confrères, présens à l'examen, au nombre desquels se trouvait mon père, ami de la famille de la défunte, ancien médecin de cette dernière, et qui ne l'était plus depuis longues années, mes deux anciens confrères, dis-je, se regardaient avec surprise; ils ne savaient que dire de cela; jamais ils n'avaient ouï parler ni vu de chose semblable.

(1) Aux Antilles on appelle vent des îles leur partie orientale sur laquelle souffle le vent d'est, ou vent alisé, qui est le vent dominant dans ces parages.

(2) On désigne ainsi toute la population aux mille nuances, issue du blanc et du noir.

Quant à moi, j'arrivais alors récemment de Paris et du Montpellier où j'avais fait mes études, et je n'avais non plus qu'eux rien lu daus mes auteurs, ni rien vu de semblable dans les leçons ou la clinique de l'école qui pût m'expliquer ce qui venait de se passer sous mes yeux. Une idée seulement vint alors me frapper, c'était celle de l'*adipocire* trouvée dans les fosses ou puits du cimetière des Innocens à l'époque où cet emplacement fut converti en marché. Mais comment cette matière grasse, liquide encore à sa sortie du corps, coagulée et prise deux heures après en consistance de suif, s'était-elle formée dans un corps vivant? De quelle nature en avait été le premier moyen? Etait-ce un organe tombé en dissolution? Etait-ce l'obésité de la malade qui se résolvait ainsi? Telles étaient mes pensées; mais je n'en étais pas plus avancé pour la solution du problème. Cependant, comme la malade se trouvait fort bien de son opération, je pensais qu'on pouvait attendre ce qu'il adviendrait, et sur cela nous nous tranquillisâmes. Obligé cependant de faire une absence de quelques jours, je priai mon confrère, le médecin de la malade, de faire mettre à part le *gâteau graisseux*, me proposant, au retour, de l'examiner à loisir, en mettant à profit pour son analyse le peu de connaissances chimiques que j'avais rapportées de l'école. Je voulais surtout essayer d'en faire de la bougie, comme Chaptal nous apprend qu'on l'avait fait pour l'adipocire du cimetière des Innocens.

Malheureusement mon confrère, plus médecin que chimiste, apportant plus d'intérêt et d'attention au soulagement obtenu par le liquide sorti qu'au liquide lui-même, oublia ma commission, et, lorsqu'il lui souvint, tout avait été jeté aux communs. Cependant il eut beaucoup de regret de son oubli; il me le témoigna, et il se promit bien qu'à la seconde opération semblable, à laquelle il s'attendait déjà, je serais appelé et qu'en cas d'absence tout ce qu'on obtiendrait me serait conservé.

La seconde paracenthèse eut lieu le 25 mai, sept semaines environ après la première. J'y fus appelé encore; mais adieu à l'*adipocire*; nous n'eûmes que de la lymphe coagulable. Une troisième ponction eut lieu à la fin du mois suivant; mais toujours de la lymphe et rien que de la lymphe.

Enfin, la malade mourut en juillet, et, curieux de connaître les désordres intérieurs qui pouvaient avoir occasioné une aussi singulière affection, nous demandâmes et obtînmes de la famille la permission de faire l'ouverture du cadavre. Nous y procédâmes donc, le médecin ordinaire de la malade, mon père et moi, et ce fut encore en ma qualité de plus jeune que je fus chargé du manuel de cette opération.

Les cavités thoraciques et abdominales furent les seules que nous crûmes devoir soumettre à nos recherches, étant les seules qui parussent intéressées dans la dernière maladie de Mlle de ... Voici ce que nous observâmes :

Nécropsie. Le cœur était un peu plus gros que dans l'état ordinaire et naturel; les poumons étaient sains, quoiqu'en partie noyés dans une assez grande quantité de sérosité épanchée dans la poitrine, et dans laquelle baignaient des deux côtés leurs lobes inférieurs; et comme rien de plus remarquable ne s'observait dans la cavité thoracique, nous passâmes à l'examen du bas-ventre.

Le foie était un peu hypertrophié : il se trouvait refoulé en bas par le diaphragme, dont la face thoracique était chargée par l'épanchement supérieur observé dans la poitrine. C'est cette circonstance qui lui faisait faire saillie au-dessous des côtes, qui simulait, en quelque sorte, l'obstruction que le médecin de la malade avait cru reconnaître à droite, en explorant le bas-ventre. D'ailleurs, il se trouvait sans altération dans son tissu, dans sa couleur et dans sa consistance.

Les intestins n'offrirent rien de particulier, sauf la couleur terne, résultat ordinaire de leur macération dans un liquide. L'estomac, la rate, le pancréas, la vessie, l'utérus, etc., étaient dans un état normal. Mais quel ne fut pas notre étonnement lorsqu'en plongeant la main dans l'hypocondre gauche j'y trouvai une masse de la grosseur du poing, aplatie, enfoncée dans le rein et couverte d'aspérités pointues, saillantes, angulaires, ou coupantes, qui me semblaient de la nature d'un tat à larges cellules, remplies d'une matière spongioso-charnue, se déchirant sous ses doigts. En explorant ce *magma* informe, je reconnus bientôt que cette espèce de pétrification était composée de pièces mobiles; je cherchai à les détacher une à une, ce que j'obtins facilement.

La première que je retirai fut un fragment de mâchoire inférieure, puis vint un temporal, puis un débris de fémur, un tibia, des pariétaux, etc., et enfin successivement tous les débris d'un fœtus de sept à huit mois, dont personne jamais n'avait soupçonné l'existence. Notre étonnement fut extrême, mais nous y trouvâmes une explication plausible de ce que nous ne pouvions comprendre auparavant : le point de départ de l'hydropisie enkystée, la formation et l'élément de notre adipocire; enfin, l'autopsie nous dévoila tout le mystère de cette singulière affection.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 28 MAI.

La correspondance comprend une lettre du ministre qui transmet à l'Académie l'ordonnance royale du 23 mai, par laquelle elle est autorisée à accepter le legs d'Itard. M. le président, après avoir consulté l'assemblée, lit en entier le testament du membre défunt. Sur la proposition de M. Moreau, l'Académie décide que tous les ans une députation prise dans son sein assistera au service funèbre qui sera célébré à l'institution des sourds-muets en exécution des dernières volontés du testateur.

M. le président annonce que l'Académie aura à s'occuper de former la liste des candidats pour les places vacantes dans la section de pathologie chirurgicale et de pathologie médicale, par suite de la mort de MM. Laurent, Mestivier et Picher-Grandchamps.

CLAUDICATION CHEZ LES SOLIPÈDES.

M. Boullay jeune fait un rapport sur un travail soumis à l'Académie, ayant pour titre : *Observations sur le traitement des anciennes claudications des solipèdes.* On se rappelle, dit M. le rapporteur, que l'Académie a reçu de M. Nanzio, directeur de l'école vétérinaire de Naples, un mémoire sur le même sujet qu'elle a fait insérer en entier dans le bulletin de ses séances. M. Viramont réclame la priorité en sa faveur pour la méthode employée par l'hippiatre napolitain, méthode qui consiste à faire des incisions superficielles, puis à cautériser le pourtour des articulations malades, procédé que M. Viramont dit mettre en usage depuis 1801, et qui lui a souvent réussi. Du reste, il ne serait pas lui-même l'auteur de ce mode de traitement, dont on trouve l'indication dans des médecins vétérinaires du 17e siècle.

En résumé, dit M. le rapporteur, s'il est vrai que M. Viramont emploie avec succès depuis trente-huit ans le procédé de M. Nanzio, il n'a point publié le résultat de ses observations. La commission propose de déposer aux archives le travail de M. Viramont, de lui adresser des remercîmens, et en même temps des regrets sur le retard qu'il a mis à publier des faits intéressans.

M. Blandin désirerait savoir ce qu'on entend en médecine vétérinaire par le mot claudication; ce terme, qui lui paraît trop vague, convient à beaucoup de maladies dont la claudication n'est qu'un symptôme.

M. Boullay : Les causes de la claudication ne sont pas généralement connues; le plus souvent rien ne paraît à l'extérieur; dans le plus grand nombre des cas il s'agit de lésions très variées des articulations iléo-fémorale et scapulo-humérale, dont les os, les ligamens, les cartilages sont ordinairement malades; le diagnostic exact de la lésion qui détermine la claudication étant chez les animaux d'une grande difficulté, d'autant plus grande que chez eux on est privé des lumières que fournit l'interrogation des malades, on a désigné l'affection par son symptôme capital.

Les conclusions sont adoptées.

OBSERVATIONS DE RAGE CHEZ L'HOMME.

M. F. Dubois fait, au nom de MM. Chervin, Londe et au sien, un rapport sur un mémoire intitulé : *Relation de plusieurs cas d'hydrophobie, suivie de réflexions*, par M. Demeanynk, de Bourbourg (Pas-de-Calais). Trois individus furent mordus le même jour par un chien enragé; ils ne consultèrent pas de médecin et ne furent pas cautérisés; mais l'un d'eux fut saigné; les autres prirent divers spécifiques en honneur dans le pays; les blessures présentaient un bel aspect, elles étaient en voie de cicatrisation, le moral était excellent; on regardait ces malheureux comme hors de danger; le médecin conservait cependant de justes inquiétudes. L'un d'eux fut pris des symptômes de la rage, trente-deux jours après avoir été mordu, et mourut en quarante heures; le second tomba malade cinquante quatre jours après l'accident, et mourut rapidement aussi; le troisième enfin ne fut pris de la rage qu'au bout de trois mois; il expira dans moins de vingt-quatre heures.

Les observations rapportées par M. Démeanynk sont accompagnées de détails suffisans; mais comme elles n'offrent rien de nouveau ni dans les symptômes ni dans le traitement qui consista en saignées, boissons émollientes, moyens contentifs convenables, nous ne les reproduirons pas ici.

Dans les réflexions qui suivent, l'auteur se plaint des réglemens de police qui ont rapport aux chiens, et dont l'exécution est souvent plus capable de déterminer des accidens que de les prévenir; il propose des mesures préventives, qui auraient surtout pour but de limiter le nombre des chiens; faire un recensement général, laisser la liberté d'élever des chiens de ferme et de berger; mettre des impôts sur les chiens de luxe, et priver impitoyablement les pauvres de leurs chiens... Viennent ensuite les charlatans, dont l'auteur signale les inconvéniens et les abus; les faits qu'il a rapportés sont bien propres à faire sentir le danger de ces préjugés si enracinés dans certains pays pour la guérison des maladies par une foule de secrets, dont le moindre inconvénient est d'empêcher les malades de recourir à des moyens rationnels et efficaces, négligence qui a parfois et notamment dans les cas dont il s'agit les plus grands dangers.

M. le rapporteur termine en proposant : 1° le dépôt aux archives; 2° adresser des remercîmens à l'auteur.

Il s'élève une discussion au sujet des mesures de police prises pour la destruction des chiens enragés, et de leur plus ou moins d'efficacité. Plusieurs membres prennent ensuite la parole pour déplorer les abus auxquels peuvent conduire des traitemens faits par des hommes étrangers à l'art de guérir. M. Moreau réclame surtout la publicité des observations de ce genre, comme le meilleur moyen de guérir le peuple de ses préjugés; un médecin, dit-il, propose la cautérisation, on la refuse, la rage se développe, rien ne parle plus fortement que des démonstrations de cette espèce.

M. Castel trouve dans l'instruction le meilleur remède contre ces erreurs si fatales; et quant aux charlatans et plus spécialement quant aux homéopathes, contre lesquels on s'est élevé dans le rapport, la meilleure arme contre eux c'est une bonne médecine. N'ayez pas de systèmes, faites une bonne médecine, et l'on n'appellera pas un homéopathe pour réparer les fautes d'un médecin qui trop souvent se laisse diriger par une doctrine exclusive.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

INTRODUCTION DE L'AIR DANS LES VEINES.

M. Amussat communique à l'Académie deux observations qui lui ont été adressées par M. Mayor, de Lausanne, relativement à des accidens graves produits par l'introduction de l'air dans les veines.

La première observation a pour sujet une femme âgée de 38 ans, qui portait une tumeur volumineuse à la partie latérale droite du cou; on en pratiqua l'ablation le 14 février 1838. M. Mayor, qui fit l'opération, eut la plus grande peine à disséquer la tumeur, dans laquelle était confondu le muscle sterno-mastoïdien, et qui adhérait intimement à la peau. La dissection fut longue et minutieuse, et faite avec les plus grandes précautions; au dernier coup de bis-

touri, un bruit terrible fut entendu; la femme perd connaissance, elle ne respire plus. Ce bruit, qui fût comparé par les assistans au râle, au son produit par une hanche de hautbois, etc., donna sur-le-champ à penser qu'une veine volumineuse venait d'être ouverte, et que l'air s'y était introduit; M. Mayor porte immédiatement le pouce sur la plaie et la comprime, tandis qu'on fait arriver de l'air frais en grande quantité dans l'appartement, en ouvrant largement les fenêtres, et s'efforce de produire une respiration artificielle, en exerçant à plusieurs reprises des pressions saccadées sur la paroi inférieure du thorax.

La malade revient peu à peu à elle-même; le pouce est remplacé par une éponge maintenue sur la plaie, pendant trois jours; les côtes furent tenues serrées par un bandage de corps; la plaie ne tarda pas à suppurer, et la cicatrisation fut aussi rapide qu'on pouvait l'espérer à la suite d'une opération aussi grave; aujourd'hui la malade est complètement guérie.

Il y a eu dans ce cas, dit M. Mayor, introduction de l'air dans une veine du cou divisée; cette introduction a été subite, et a déterminé immédiatement des accidens graves, qui seraient devenus promptement mortels sans le traitement mis en usage; le jeu de soufflet doit être certainement placé au premier rang parmi les meilleurs moyens.

Dans la deuxième observation, communiquée par M. le docteur Pellis, médecin de l'hospice des aliénés de Lausanne, les accidens furent instantanément mortels. Le 7 octobre dernier, un homme, jeté depuis quelque temps dans une profonde mélancolie, se coupa la gorge avec un rasoir; le cou était largement incisé transversalement dans la région sus-hyoïdienne; la plaie, qui se prolongeait surtout à droite, était profonde et laissait écouler du sang par des artérioles et par quelques veines. La veine jugulaire externe était ouverte, on pouvait y distinguer le reflux du sang d'une manière évidente. Le pouls était faible. Pendant qu'on fait les préparatifs pour le pansement, le malade, par un mouvement brusque, porte la tête en arrière, il fait une profonde inspiration, un bruit de glouglou se fait entendre, à l'instant même il cesse de respirer; il était mort.

M. Pellis ne put examiner que le cœur, mais il en fit l'autopsie avec précaution. Tous les vaisseaux furent liés avant leur section, de manière à ce que le sang ou des gaz, s'il s'en trouvait, ne pussent en aucune façon s'échapper. Placé dans un vase rempli d'eau, le cœur surnagea; des bulles d'air se dégagèrent à l'incision des cavités droites et des cavités gauches; une fois les cavités ouvertes, il ne surnagea plus. Cet air, analysé par M. Bishof, pharmacien, a toutes les propriétés de l'air atmosphérique. Il était en moins grande quantité dans le cœur gauche que dans le droit, mais les deux côtés en renfermaient.

Ces deux faits sont remarquables à plus d'un titre, dit M. Amussat : le premier nous présente un exemple rare de l'introduction de l'air dans les veines suivie de guérison, et par un moyen sur lequel nous avons insisté. Le second fait est intéressant aussi; il démontre en outre la nécessité de fermer avec soin les ouvertures veineuses béantes chez les suicidés. Peut-être la mort est-elle survenue dans beaucoup de cas, moins par le fait de l'hémorragie que par le fait même d'introduction d'air; c'est un point à éclairer.

M. Bouillaud trouve dans ces faits une condradiction avec les résultats des expériences de M. Amussat. Les accidens signalés dans la première observation ne lui paraissent pas indiquer autre chose qu'une syncope; ce bruit, sur la nature duquel on n'est pas d'accord, l'efficacité de ces mouvemens artificiels du thorax, tout lui semble contradictoire. Quant à la mort rapide du suicidé, je ne me l'explique point par l'entrée de l'air dans une veine; comment a-t-il pu en pénétrer assez dans le cœur pour donner lieu à cette mort subite? Ce que je ne saurais plus facilement comprendre, c'est la présence de l'air dans le cœur gauche; s'il provient de l'extérieur, quel trajet a-t-il eu à parcourir pour y arriver? toute l'étendue de la circulation pulmonaire. Ne sait-on pas, d'un autre côté, que dans les expériences faites sur les animaux, ce n'est que dans le cœur de ceux qui ont vécu quelque temps, tels que les chevaux, que le ventricule gauche contient de l'air; sur les chiens il n'en renferme jamais.

M. Roux parle dans le même sens. Il ne doute pas de la possibilité de l'introduction de l'air dans les veines; mais il veut des faits bien authentiques, bien observés. Je trouve, dit-il, une contradiction dans le premier fait, car, en même temps que M. Mayor comprime l'ouverture de la veine, il fait dilater et resserrer la poitrine; comment l'air a-t-il pu s'échapper, le but que se proposait le chirurgien n'a donc pas été rempli.

M. Moreau se demande si les gaz trouvés dans le cœur ne seraient pas un effet cadavérique, un commencement de décomposition; l'époque à laquelle l'autopsie a été faite n'ayant pas été précisée, des doutes peuvent s'élever sur ce point.

M. Blandin admet la possibilité de l'entrée de l'air pour la seconde observation; il la nie pour la première. Mais, suivant lui, cette introduction commença plutôt que ne le pense M. Mayor; elle eut lieu longtemps avant que le malade fît le mouvement dont il est question. Les expériences sur les animaux ont prouvé la lenteur avec laquelle la mort survient dans ces cas; le fait ainsi expliqué serait plus conforme aux résultats de l'expérimentation.

M. Rochoux : Quand un fait se trouve en opposition avec ce qui est suffisamment connu et démontré d'ailleurs, on doit le rejeter; cela s'applique aux faits dont il vient d'être question. Suivant moi, dans la première observation, on ne saurait douter qu'il n'y ait eu syncope et pas autre chose. Quant à la seconde, la mort a été trop instantanée pour qu'on puisse admettre qu'elle résulte de l'introduction de l'air dans le cœur; quelle différence entre cette rapidité de la mort et ce qu'on observe dans les expériences sur les animaux!

M. Baudelocque : A l'appui des objections qu'on vient de présenter, je joindrai la remarque suivante : sur deux femmes mortes d'hémorragie après l'accouchement, et qui furent ouvertes cinq ou six heures seulement après la mort, j'ai trouvé une certaine quantité de gaz dans le cœur et les principaux vaisseaux; ne pourrait-on pas dire que les choses se sont passées ainsi par le fait de l'hémorragie chez la malade de la seconde observation?

M. Amussat répond successivement aux diverses objections qui lui sont adressées. M. Mayor, dit-il, a connu les faits relatifs à l'histoire de l'introduction de l'air dans les veines, il a donc pu bien observer ce qui s'est passé sous ses yeux; il est donc compétent pour prononcer sur l'observation qu'il a recueillie lui-même. L'autopsie ne vint pas confirmer le jugement de ce praticien, mais le succès du mode de traitement employé semble fait pour l'appuyer. Chez le malade de M. Pellis, toutes les précautions furent prises pour ne rien laisser perdre de ce qui était contenu dans le cœur. Le gaz a été analysé; on a reconnu que c'était de l'air atmosphérique; quoi de plus concluant?

On a vu le flux et le reflux du sang; c'est pour moi un caractère distinctif du phénomène d'introduction de l'air; c'est un fait décisif; le bruit qui s'est produit alors vient corroborer mon opinion. Les choses se sont passées au mois d'octobre : il n'est pas probable que la décomposition du cadavre ait pu donner lieu à cette production de gaz dont il est question. Le malade avait perdu déjà beaucoup de sang; or, ne résulte-t-il pas de nos expériences que les accidens ont une marche d'autant plus rapide que le sang a été soustrait en plus grande quantité. Rappellerai-je l'histoire citée par M. Boullay de ce cheval qui mourut en huit minutes, après une incision faite à la jugulaire externe pour une saignée; le fait me semble donc, au contraire, parfaitement en rapport avec ce que l'observation et les expériences sur les animaux ont pu nous apprendre. J'ajouterai enfin que le succès des pressions alternatives exercées par M. Mayor, pour rétablir la respiration, confirme l'efficacité de ce moyen.

ADDITION A LA SÉANCE DU 4 MAI.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES RACINES DES NERFS.

M. Virey : Les faits contradictoires ou controversés qui éclatent dans cette discussion rendent nécessaire l'intervention des principes de la science puisés dans l'anatomie et la physiologie comparées de la grande série zoologique. La solution de la question ne peut se trouver dans l'homme ou les mammifères seulement.

Sans remonter à l'incitabilité initiale ou à la contractilité qui appartient à tous les tissus organiques, même aux végétaux irritables, quoique privés de nerfs, et aux zoophytes, dans lesquels ils pointent à peine, il existe chez les animaux inférieurs ou imparfaits une motilité dépendante, sans doute, de racines nerveuses, mais préexistant à un cerveau et à une moelle épinière.

La motilité privée de sensibilité, en effet, persiste soit en des paralysies après l'extinction du sentiment, soit par la rigueur du froid, puisque la contractilité s'engourdit plus tardivement. Celle-ci persévère encore assez longtemps après la mort, dans les muscles, chez les reptiles et autres espèces à sang froid, même malgré la destruction du cerveau et de la moelle spinale. Il y a donc réellement une motilité sous l'influence encore de filets nerveux isolés, mais distincte ou séparable de la sensibilité et du *sensorium*.

Cette contractilité, née du concours du nerf et du muscle, est contemporaine, comme l'ont constaté Méckel et Lamark, de la même période du développement de l'organisation animale. Elle suppose donc un appareil *nervimoteur*, mais non pas nécessairement sensitif, puisque le cerveau peut ne pas exister encore, ni une moelle spinale. Néanmoins ces nerfs moteurs sont capables d'acquérir la sensibilité, soit dans l'état normal, comme à l'extrémité des nerfs moteurs des membres (le bout des doigts), soit dans l'état pathologique, comme la portion dure de la septième paire, par les dents cariées ou dans les muscles et articulations, par la goutte, les rhumatismes, etc. Donc les nerfs les plus uniquement consacrés à la contractilité musculaire peuvent devenir sensitifs à un haut degré (1).

Il faut ainsi distinguer deux ordres de fonctions dans un cordon nerveux identique par son origine, fût-il dévolu à la seule motilité, puisque l'inflammation ou d'autres causes pourront cependant l'aviver, le rendre aussi sensitif; mais un nerf d'organe sensorial ne se métamorphose pas d'ordinaire en nerf moteur.

Les filets nervimoteurs qui se distribuent de leurs centres cérébro-spinaux à tous les muscles du tronc et des membres peuvent agir seuls et même indépendamment des nerfs des sens, comme dans le somnambulisme et les mouvemens instinctifs du sommeil. Ils opèrent d'après une impulsion rayonnant de l'intérieur vers l'extérieur, divergente ou descendante, jusqu'à l'extrémité de leurs cordons. Il existe des animaux doués de cette motilité seule, agissant d'après les impulsions instinctives du dedans, sans être éclairés par des sens extérieurs, lesquels peuvent rester encore engourdis.

Tel est l'état du fœtus; tels sont tous les animaux imparfaits ou purement instinctifs, privés d'intellect : leurs sens externes demeurent obtus toute leur vie, comme dans les zoophytes, les vers, plusieurs mollusques acéphales, etc. Leur divisibilité indique l'absence du sensorium unique.

Mais à mesure que l'animalité se compliquant obtient un rang supérieur dans l'échelle zoologique, il s'y déploie des sens plus vifs et plus nombreux, comme chez les articulés, insectes, crustacés, etc., et surtout parmi les vertébrés. Alors aussi les fonctions de l'appareil nerveux général se subdivisent en deux ordres :

1° L'appareil *nervimoteur*, dont les filets descendent ou divergent de leurs foyers principaux (d'une moelle spinale, d'un cerveau ou autre masse et chaîne ganglionique chez les invertébrés), se rendent à toutes les parties de la circonférence pour les animer de mouvemens automatiques ou spontanés d'abord, puis volontaires ensuite.

2° L'appareil *nervisensitif*, dont les filets émanent au contraire et de la circonférence tactile et des organes des sens extérieurs. Ils se rendent en remontant et s'unissant à un centre sensorial, tel que le cerveau ou la moelle spinale et allongée, laquelle est encore capable, chez les vertébrés ovipares, d'accepter des sensations et même d'exercer des déterminations, suivant Prochaska, après la décapitation.

L'appareil *nervisensitif* opère donc en un sens opposé au *nervimoteur* : il fait remonter et converger les impressions sensoriales perçues par les organes extérieurs. L'idée-mère de Ch. Bell est née de l'incompatibilité d'un courant sen-

(1) M. Magendie l'a expérimenté récemment.

sitif ascendant avec un courant moteur descendant, dans le même cordon nerveux (1).

Le système nerveux céphalo-vertébral, chez les animaux du sommet de la série surtout, paraît constitué de deux élémens co-existans, s'armant contradictoirement, pour ainsi dire comme des aimans associés, ou paires galvaniques, et qui se fortifient par leur action double, savoir les fibres nervimotrices et les nervisensitives. Chacune joue plus ou moins activement; mais parfois aussi elles se suppléent à l'état pathologique. L'action des filets moteurs s'exerce du centre vers la circonférence pour agiter les muscles, puis les filets sensitifs ramènent au contraire de la circonférence au centre, et de bas en haut, les sensations, pour les combiner au foyer cérébral ou à sa prolongation médullaire.

En effet, plus un être sera sensible ou doué de sens nombreux et développés, plus il recueillera dans un réservoir central sa sensibilité supérieure et réfléchie, comme l'homme. En revanche, la brute aura plus de propension aux actes de pure motilité musculaire. Ce qui le démontre, c'est ce mouvement ascensionnel de la sensibilité qui a dû naturellement attribuer un cerveau volumineux à l'homme, seul animal se tenant debout, tandis que la brute, asservie aux fonctions motrices, a reçu proportionnellement des membres plus robustes et musculeux, un rachis horizontal, avec la propension descendante de l'énergie motrice. De là vient que l'animal est surtout constitué pour l'action et l'homme pour la pensée. Aussi la sensibilité aspire à la vie supérieure, au lieu que la faculté motrice plus bestiale courbe la brute vers le sol. Un stimulus physique suffit pour ébranler le système nervimoteur; un stimulus intellectuel ou moral ne peut opérer que sur l'appareil nervisensitif. Celui-ci s'épuise et meurt le premier; il couronne chez l'homme adulte surtout le sommet de la vie de relation.

Que l'homme exerce trop son action nervimotrice, comme les artisans, manœuvres, athlètes, gens de peine, etc., il s'abrutit nécessairement par la prépondérance que ce système doit obtenir. Il prédomine dans l'enfance mobile, comme chez les races d'animaux inférieurs. Si l'homme, au contraire, sensitif ou penseur comme les personnes de cabinet, les artistes, les gens d'un monde délicat, s'adonne surtout aux jouissances intellectuelles, à la vie morale de notre état de civilisation, il acquiert en esprit ce qu'il perd en force matérielle; ses appareils fibro-musculeux se détendent à proportion de ce que gagne son système nervisensitif au détriment de l'autre.

Il y a donc une balance d'équilibre comme un excès en chaque sens. L'homme peut bien s'hébéter; la bête, quoique l'éducation et la domesticité puissent l'élever (comme le chien, par exemple) au-dessus de son espèce originelle, ne peut s'humaniser.

Il résulte de ces considérations que le bulbe cérébro-rachidien, avec sa tige et les rameaux qui en émanent ou qui s'y rattachent, est animé par deux ordres de nerfs; les uns, plus appropriés au système musculaire ou moteur; les autres à la sensibilité ou aux organes de perception. Les anses anastomotiques qui unissent ces cordons entre eux, comme l'a vu Valentin, font tantôt transfuser la sensibilité et la motilité de l'un à l'autre système, ou varier leur équilibre. L'énergie de l'un énerve son antagoniste.

La substance blanche ou phosporée du cerveau et des nerfs est-elle plutôt destinée à l'élément sensitif, la grise ou non phosphorée à l'élément moteur? On a pu le penser, quoiqu'on n'ait pas acquis de preuve bien certaine à cet égard. En effet, une foule d'animaux invertébrés ou simplement moteurs ont aussi de la *neurine* blanche dans leurs nerfs; donc il n'est pas démontré qu'ils soient privés entièrement de la sensibilité, quelle que faible qu'elle paraisse en eux; car un appareil nerveux quelconque constitue nécessairement l'essence de l'animalité.

CONCOURS

POUR LA CHAIRE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRE MÉDICALE.

TROISIÈME ÉPREUVE. — LEÇON APRÈS TROIS HEURES DE PRÉPARATION A HUIS CLOS.

Tous les sujets imposés par le jury aux candidats dans cette troisième épreuve sont des sujets spéciaux, puisés dans le détail et destinés à mettre en lumière leur instruction pharmacologique non moins que leur jugement de praticiens. Il est un but difficile à atteindre dans l'élaboration des questions multiples qu'exige chaque épreuve : c'est d'en équilibrer pour ainsi dire les difficultés, de les choisir d'une égale portée; on peut approcher de ce but, non s'y tenir fixement. Le jury l'a peut-être perdu de vue après la première question donnée : l'opium, l'ipécacuanha, le soufre sont loin de marcher de pair, quant aux difficultés qu'en offre l'exposition raisonnée, avec les médicamens de la famille des strychnées. Nous serions moins tenté encore de reprocher au jury la disparité des questions que leur classique usure. Il en est qui fournissent ample carrière à des esprits médiocrement versés dans la matière médicale; leur facilité nuit au talent qui les manie; le succès de la leçon est dans les prévisions de l'auditoire. Les strychnées qui ont ouvert cette troisième série d'épreuves promettaient une plus sévère répartition de sujets : sans doute les médicamens les plus usités peuvent offrir un thème d'intéressans développemens; il est, dans les parties les plus sillonnées d'une science, des veines d'inspiration que saisit une intelligence profonde; mais le plus souvent elles échappent; la nécessité d'élaborer une question dans un délai restreint pèse sur l'esprit du candidat et resserre ses idées; les banalités scholastiques, les faits admis se présentent d'abord et sont enregistrés par sa plume impatiente sur la note qui, posée sur la chaire, devient le régulateur de son improvisation. Il faut le dire, la plupart des compétiteurs ont tourné dans le giron des idées communes, ont transporté dans la chaire les livres qui ont défrayé leur besogne préparatrice du concours. Sur des agens médicamenteux dont la connaissance est familière à des élèves de deuxième année, nous avons entendu des leçons, doctement arrangées, débitées avec talent, mais qui retentissent depuis dix ans à nos oreilles : brillante exhibition de savoir acquis, mélange tempéré d'érudition et de critique; mais de vues neuves, point; de critique historique et de remaniement des faits connus sous le jour d'une conception systématique, pas davantage.

Pour ceux qui ont confronté les bases des leçons précédentes, il est évident que le jury s'était préoccupé d'abord de la valeur philosophique des candidats, puis de leur compétence en médecine pratique. La présence de plusieurs pharmaciens dans l'arène semblait avoir décidé en quelque sorte la direction imprimée aux premières épreuves. Dans celle-ci, la matière médicale subordonnée précédemment à la thérapeutique a reparu en première ligne; le jury n'a pas oublié les garanties d'instruction spéciale que doit produire toute candidature; c'est ainsi, du moins, que nous l'avons compris. Or il nous a paru que quelques candidats, notamment MM. Martin Solon et Cazenave ont plutôt effleuré que traité la pharmacologie de leurs questions, pressé d'en exploiter la face thérapeutique et de donner l'essor à leurs souvenirs de praticiens. En revanche, MM. Cottereau, Bouchardat, Baudrimont, ont fait preuve de connaissances approfondies en histoire naturelle et en chimie; sur un sujet moins prévu, MM. Guérard et Requin ont dû satisfaire les justes exigences du jury. Les candidats qui apportaient dans ces luttes un plus grand fonds d'études accessoires que d'expérience médicale ont dû sentir vivement la nécessité d'allier, dans une égale mesure, ces deux genres de mérite pour l'enseignement que représente la chaire en litige. Brillans en pharmacologie, ils ont chancelé dès qu'ils ont abordé les applications à la médecine pratique; le critérium de l'expérience personnelle leur a manqué, et ils ont été réduits à énumérer avec une hésitation mal déguisée les indications notées dans les auteurs, ou exposés à s'aventurer dans des interprétations excentriques sur le mode d'action des médicamens dans les différens états morbides. M. Cottereau n'est pas compris dans ce jugement; il a montré une certaine sagesse dans ses appréciations thérapeutiques, et à défaut de convictions arrêtées, il s'est armé du scepticisme, qui est la meilleure des critiques, sinon l'absence de toute critique.

Les thèses sont en besogne, *fervet opus*; ce que nous savons des sujets qui sont sortis de l'urne, nous les fait croire d'une large facture, mais non exempte de critique. Les limites de la thérapeutique et celles de la pathologie générale ne paraissent pas avoir été rigoureusement observées. L'examen des questions données et des dissertations qu'elles auront fait éclore sera l'objet de notre dernier compte-rendu.

M. GUÉRARD.

DES MÉDICAMENS FOURNIS PAR LE GROUPE DES STRYCHNÉES ET DE LEUR EMPLOI EN THÉRAPEUTIQUE.

Les strychnées forment un groupe des apocynées dont l'étymologie (*ἀπο-κύων*, en arrière les chiens) traduit grossièrement les effets redoutables. Ce groupe comprend les substances suivantes : noix vomique, fève de St-Ignace, fausse angusture, *upas anthiar et tieuté*. Le candidat établit avec précision les caractères de chacun de ces produits et s'attache à distinguer la fausse angusture de la vraie. Il s'occupe ensuite des principes alcaloïdes qu'ils renferment et dont la découverte est due aux travaux de MM. Pelletier et Caventou. La strychnine et la brucine, la première, beaucoup plus énergique que la seconde, constituent ces alcaloïdes dont M. Guérard fait connaître en détail les propriétés physiques et chimiques; il indique les moyens de les distinguer des autres alcaloïdes, ainsi que leur mode d'extraction. Il passe ensuite à l'étude de leurs effets physiologiques; ceux-ci se produisent toujours les mêmes, quelle que soit la voie d'introduction; que les principes actifs des strychnées soient déposés dans l'estomac, injectés dans les veines ou dans le tissu cellulaire, leur absorption entraîne la même série de phénomènes. Les préparations les plus employées sont l'extrait alcoolique de noix vomique, les sels de strychnine et de brucine. Le candidat résume ici les expériences de MM. Andral, Magendie, Delille, etc. sur les animaux, et note les résultats fournis par les principaux appareils de l'économie sous l'influence de ces agens médicamenteux. Leur action s'exerce spécialement sur le système musculaire par l'intermédiaire de la moelle rachidienne. Les secousses qui la caractérisent se manifestent d'abord aux extrémités inférieures, s'étendent ensuite, et, par leur répétition, simulent entièrement celles du tétanos; les modifications fonctionnelles des appareils respiratoire (anhélation, angoisses, etc.) et circulatoire, se rapportent, non à une atteinte directe de ces organes, mais à celle du système musculaire; les sécrétions sont modifiées ici comme dans la plupart des empoisonnemens; il y a des vomissemens, des déjections alvines, etc. Le candidat signale d'autres phénomènes encore qui sont dus à l'action de la strychnine, compare les effets de cette substance à ceux de la brucine; sous le rapport de l'anatomie pathologique, il insiste sur le genre de mort des individus qui succombent aux suites de cet empoisonnement. Les derniers symptômes qu'ils présentent sont ceux de l'engouement pulmonaire, d'une véritable asphyxie, circonstance qui diminue la valeur des altérations que peut offrir l'appareil circulatoire; la lésion nécroscopique qui domine, c'est la vive injection de la moelle et de ses enveloppes. Il rappelle ici l'opinion de M. Flourens sur le rapport de ces altérations avec les symptômes observés avant la mort, et compare ces derniers avec ceux du tétanos. C'est cette apparente identité de symptômes qui a porté quelques auteurs à rattacher le tétanos à une myélite, opinion que les faits ne justifient point, à moins qu'on n'admette que les traces de cette phlegmasie peuvent avoir disparu avant l'instant de l'autopsie. M. Guérard pense que la myé-

---

(1) Les physiologistes qui l'ont suivi ont reconnu, avec Rolando, que les ganglions de la racine postérieure ou dorsale arrêtent l'excitation motrice sans intercepter la sensibilité. Le contraire arrive communément dans le nœud d'un nerf soudé, après section, en sa cicatrice, comme l'ont vu Arnemann et Haighton, car le sentiment est intercepté d'ordinaire, mais non pas le mouvement. Or, c'est la partie médullaire du nerf qui jouit du sentiment, comme l'a remarqué Zinn, et qui se trouve interrompue.

lite, déterminée par l'action de la strychnine, peut n'être plus constatée à l'autopsie; mais il n'en induit rien quant au tétanos. Rasori range cet agent dans la classe des contre-stimulans; il explique l'injection méningo-médullaire par l'afflux passif du sang, effet de l'hyposthénisation; il oppose à l'action des alcaloïdes fournis par les strychnées celle de l'opium qu'il considère comme un stimulant. M. Guérard termine cette partie de sa leçon, en citant quelques accidens produits par ces agens; des droguistes se sont empoisonnés en pilant de la noix vomique; on sait que les Javanais s'en servent pour empoisonner leurs flèches.

ACTION THÉRAPEUTIQUE. La forme la plus usitée, c'est la pilulaire, qui déguise l'amertume des sels de strychnine et de brucine; ces deux bases, d'après les expériences de M. Andral, diffèrent par l'intensité de leur action; elles se prescrivent à la dose de 1/16 de grain pour adultes. Les expériences de M. Fouquier sur l'extrait de noix vomique ont ramené l'attention des praticiens sur l'emploi de ces médicamens; mais à l'extrait il faut préférer les alcaloïdes dont la dosation peut être mieux calculée. Les cas qui nécessitent l'emploi de ces moyens se rattachent à la paralysie du sentiment (amaurose, anesthésie saturnine, etc.) et à celle du mouvement. Le candidat fait ressortir avec raison la nécessité de distinguer les diverses paralysies quant à leur cause productrice; celle-ci est mécanique (compression, etc.), chimico-vitale (paralysies métalliques) ou dynamique (résultat de congestions habituelles vers l'encéphale, qui épuisent son excitabilité); c'est dans les deux dernières espèces de paralysie, dans la dynamique surtout, que l'usage de la strychnine et de la brucine est indiqué. On les a recommandées à titre d'emménagogues; on les a proposées contre quelques névroses, notamment contre l'épilepsie, l'incontinence d'urine, etc.

M. REQUIN.

MÊME SUJET.

Après quelques considérations générales sur l'extrême ressemblance qui unit les strychnées sous le point de vue des propriétés médicales et des caractères botaniques, par cette espèce de spécificité toxique qui les distingue entre toutes les autres espèces de la famille des apocynées, M. Requin divise sa leçon en deux parties, division qui ressort du texte même de la question et du plan qu'il s'est tracé pour l'étude complète des médicamens. Dans la première partie (pharmacologique), il fait connaître et décrit successivement la noix vomique, la fève de St-Ignace, le bois de couleuvre, l'upas tienté, la fausse angustura, et enfin la strychnine et la brucine, alcaloïdes contenus dans les substances précédentes, et dont la découverte appartient à MM. Pelletier et Caventou : toutes les notions de botanique, de chimie et de pharmacie qu'il est utile aux médecins de posséder sur ces médicamens, il les présente dans une revue rapide et complète. A propos de l'upas tienté, il signale l'upas antiar qui est fourni par un végétal de la tribu des artocarpées, et qui, d'après les expériences de M. le professeur Andral, agit aussi sur le système musculaire, mais autrement que les strychnées, en produisant, non des phénomènes tétaniques, mais des convulsions cloniques : peut-être un jour, dit le candidat, la thérapeutique mettra-t-elle aussi à profit le redoutable produit de l'*antiarris toxicaria*. M. Requin donne la description comparative de la fausse angusture et de l'angusture vraie, celle-ci provenant du *cusparia febrifuga* (rutacées), celle-là, bien évidemment, fournie par quelque espèce encore indéterminée du groupe des strychnées, mais non, comme tant de livres le répètent, par le *brucea anti-dysenterica* de la famille des térébinthacées : quoique ces deux écorces puissent être distinguées par un examen attentif de leurs caractères physiques et surtout par l'emploi des réactifs, il n'en applaudit pas moins à l'abandon où l'on a laissé l'angusture vraie, autrefois préconisée comme fébrifuge et tonique, puisque les avantages d'ailleurs douteux de ce médicament ne peuvent contrebalancer la considération des accidens terribles qu'a produits et que produirait encore sans doute la frauduleuse substitution de la fausse angusture; il cite même à ce propos le cas de M. Mare qui faillit périr victime de cette criminelle sophistication; mais la fausse angusture peut acquérir un jour une grande importance en pharmacie, parce qu'elle devra servir à la préparation de la brucine, si jamais celle-ci est préférée à la strychnine dans la pratique ordinaire, ce qui semblerait assez convenable, puisque, d'après M. Andral et d'autres expérimentateurs, la brucine exerce sur l'économie animale une action de même nature que la strychnine, mais seulement d'intensité moindre à doses égales, et que par conséquent l'emploi de la brucine est tout à la fois moins dangereux et plus susceptible d'être nuancé pour s'accommoder aux diverses idiosyncrasies. M. Requin termine la partie pharmacologique de sa leçon en proclamant combien la thérapeutique est redevable à la chimie contemporaine par la découverte des alcaloïdes, ces médicamens invariables et toujours identiques; désormais, dit-il, ce n'est qu'à défaut de la brucine, de la strychnine et de leurs sels qu'on devrait administrer en nature la noix vomique, la fausse angusture et autres drogues dont les effets sont sujets à varier par suite de l'incertaine et variable proportion de leurs principes actifs.

La seconde partie de la leçon, ou partie thérapeutique, comprend l'action physiologique des médicamens strychnés, leur mode d'administration, leur posologie, les indications et contr'indications de leur emploi; enfin les accidens toxiques qui peuvent survenir et les moyens d'y remédier. M. Requin décrit l'action physiologique des médicamens strychnés à dose vénéneuse d'après les expériences instituées sur les animaux vivans, et d'après les cas d'empoisonnement observés chez l'homme; il en conclut, avec tous les auteurs, que ces médicamens exercent une influence spécifique sur la moelle épinière, influence tétanique où se révèle une stimulation particulière du système musculaire tout entier; il forme donc de ces médicamens un ordre à part dans son système de classification de matière médicale; ce sont, dans sa septième et dernière classe (médicamentations vitales spéciales) les agens d'une médicamentation qu'on peut à bon droit nommer *anti-paralytique*; leur action thérapeutique est une conséquence naturelle de leur action physiologique, de leur propriété toxique qu'il s'agit seulement de borner et de modérer par une posologie prudente, et qu'il faut savoir exploiter avec discernement dans les cas opportuns; depuis les premiers essais de M. Fouquier avec l'extrait alcoolique de noix vomique, les médicamens strychnés n'ont pas cessé d'être mis en pratique avec des succès variés; quoique souvent compromis par un emploi inopportun et irrationnel, ils n'en possèdent pas moins, aux yeux du candidat, une utilité, sinon absolument démontrée, du moins vraisemblable au plus haut degré. Dans sa pratique personnelle, M. Requin ne s'est servi jusqu'à ce jour que de la strychnine et de son sulfate; il mentionne deux cas où l'administration endermique du sulfate de strychnine lui a remarquablement réussi pour la guérison d'une paralysie partielle des doigts et du poignet; dans l'un et l'autre cas la motilité reparut successivement dans les divers doigts, au fur et à mesure que l'application du médicament était faite à la région métacarpienne correspondante à chaque doigt. M. Requin insiste avec force sur les contr'indications : toutes les fois que la paralysie ne sera point purement vitale et dynamique, mais qu'elle se trouvera sous l'étroite dépendance d'une lésion organique, c'est cette lésion qu'il faut attaquer et vaincre, s'il est possible, par les moyens appropriés. La strychnine est, au contraire, très bien indiquée dans ces paralysies partielles qui se manifestent sans être imputables à une tumeur située sur le trajet des nerfs, et qui souvent paraissent de nature rhumatismale; dans les paralysies saturnines, à l'égard desquelles le candidat s'appuie surtout des observations de MM. Rayer et Tanquerel des Planches; dans les paralysies même qu'a produites l'hémorragie cérébrale; lorsqu'on peut supposer que le caillot est résorbé, dans les paraplégies qui ont persisté longtemps; à la suite de chutes ou de coups sur la colonne vertébrale; dans l'incontinence d'urine. Arrivant aux accidens d'empoisonnement par la strychnine, le candidat, tout en rappelant que M. le docteur Donné a proposé pour contre-poison la teinture d'iode ou l'hydrochlore, fait remarquer que pour ces poisons, dont l'absorption est plus terrible que l'action locale, les contre-poisons chimiques n'ont plus l'importance qu'ils ont dans d'autres circonstances.

Si le poison est encore dans l'estomac, il faut se hâter de faire vomir; s'il y a eu absorption, c'est une neutralisation vitale qu'il faut opérer. Le candidat préconise à cet égard les opiacés, et cite un cas de succès de sa pratique individuelle. Enfin, M. Requin, malgré les dangers et les doutes encore attachés à l'emploi des strychnées, les proclame comme de bons médicamens, et en appelle à l'expérience qui doit en mieux éclairer l'emploi.

M. MARTIN SOLON.

DE L'OPIUM ET DE SON EMPLOI EN THÉRAPEUTIQUE.

L'opium est le suc épaissi du papaver somniferum; le mot vient du grec ὀπός, suc; il est fourni plus abondamment par le pavot blanc, d'après les recherches de M. Loiseleur de Longchamp. L'opium a-t-il été employé de tous les temps? Il était connu d'Hippocrate, sans que l'on puisse affirmer qu'il en ait fait usage; d'autres médecins grecs, après lui, en ont noté les propriétés. Par eux la connaissance en passa aux Latins qui l'abandonnèrent bientôt ou du moins ne le prescrivirent que mêlé et comme perdu dans une foule d'autres substances (thériaque). On sait que Paracelse mérita le surnom de *doctor opiatus* par sa prédilection pour l'opium; Sydenham l'appelle ancre de salut. Le candidat cite ensuite l'ouvrage de Halles de Breslau *de usu et abusu opii*, et rend hommage à la chimie moderne qui par la découverte de ses principes actifs, a permis d'en mieux étudier les effets. Il expose les diverses sortes commerciales de l'opium, indique, mais incomplétement, les différences qui séparent celui de Smyrne, de Constantinople et d'Egypte; il passe à ses caractères physiques et chimiques, et énumère incomplétement encore les élémens constituans de cette substance.

Quelle est son action physiologique? Elle varie selon les quantités administrées. Le candidat suppose trois gradations de doses d'extrait d'opium, l'opium brut, dit-il, étant peu employé : 1° doses minimes : l'influence de l'opium est peu marquée; il entraîne néanmoins le sommeil; M. Martin Solon décrit ce genre de sommeil, les symptômes qui le précèdent et ceux qui le suivent; il fait remarquer que le sentiment de fatigue qu'il laisse à sa suite est bien plus prononcé si l'opium contient tous ses principes, y compris la narcotine; 2° doses moyennes et continuées (deux à trois grains) : son effet local est marqué; la muqueuse digestive perd de son activité physiologique; à la longue, il détermine une sorte d'abattement général avec tous les phénomènes de l'ivresse, telle qu'on l'observe chez les Orientaux qui se procurent par l'opium les jouissances que nos plébéiens demandent à l'ivrognerie; 3° à très haute dose, il constitue un poison, et le candidat en expose les effets toxiques. Ces diverses nuances d'action se réalisent constamment par quelque voie que l'opium soit introduit dans le corps. Il est à remarquer cependant que déposé sur le derme dénudé, il y produit parfois un prurit douloureux; ce résultat est dû surtout à l'usage endermique des préparations de morphine; quelquefois la piqûre de la lancette qui les insère sous l'épiderme devient le siége d'une papille douloureuse ou d'une éruption analogue à l'eczéma.—Les effets physiologiques précités sont-ils déterminés par la narcotine seule? On l'avait pensé; mais on a donné sans inconvénient jusqu'à soixante grains de narcotine pure, et même dissoute dans des acides; que si l'on emploie tout autre dissolvant, on observe de l'agitation, point de somnolence. Le candidat a donné douze grains de narcotine pure sans en obtenir d'action; dissoute dans l'huile, elle a donné lieu à une vive agitation, au resserrement, puis à la dilatation de la pupille. La morphine est calmante, même si l'on a préalablement saturé les acides de l'estomac par la magnésie. La codéine, administrée seule, possède à un haut degré la même propriété; le calme qu'elle procure est plus parfait et de plus longue durée que celui dû à la morphine; sous l'influence de la codéine, M. Martin Solon a vu diminuer chez les phthisiques la toux et la dyspnée; M. Barbier d'Amiens lui attribue une action sur le centre épigastrique, que le candidat n'a point vérifiée. Le principe vireux peut s'administrer dissous dans l'eau, à la dose d'un grain dans quatre onces de véhicule (expérience de M. Andral et du candidat); il en est de même de l'acide méconique. L'effet toxique s'exprime particulièrement par la congestion encéphalique, étudiée sur les pigeons par M. Flourens, grâce aux minces parois de leur crâne. On a recommandé comme antidote le camphre, les acides; mais ce qui réussit le mieux, ce sont la saignée à haute dose, les révulsifs, les excitans de l'encéphale, tels que le café.

Quant aux différens médicamens fournis par l'opium ou dans lesquels il entre comme base, leur valeur se mesure sur la quantité des principes actifs d'opium qui s'y rencontrent. Les principales formes pharmaceutiques qu'il reçoit sont les suivantes : extrait aqueux, alcoolique, acétique, éthéré de narcotine, le laudanum de Rousseau, celui de Sydenham, la préparation anglaise qui n'est qu'un acétate, le sirop d'opium, les sels de morphine, ceux de codéine si utiles, mais d'un prix trop élevé, les pilules de cynoglosse, la poudre de Dower, la thériaque, etc. Le candidat indique les doses à donner de chaque préparation ci-dessus et y ajoute quelques considérations pratiques: Quand on est désireux d'une dosation exacte ou d'user de la méthode endermique, ce sont les alcaloïdes qu'il faut employer. Quels effets la thérapeutique obtient-elle de l'emploi de ces différentes préparations d'opium, quelles en sont les indications? L'opium s'adresse surtout à la douleur; le candidat va l'étudier dans les différentes formes morbides; la douleur dans les phlegmasies peut exiger l'usage de l'opium. On parle des pneumonies traitées avec l'opium par Sarcone; mais Sarcone employait en même temps la saignée, et même à haute dose; il est évident que ce dernier moyen, non l'opium, décidait de la solution de ces pneumonies. Il est plus utile dans les phlegmasies de la membrane muqueuse; ainsi est-il donné souvent dans des inflammations vieillies de l'estomac, des intestins, dans la dysenterie. Quand la douleur prédomine dans la péritonite, M. Martin Solon prescrit avec avantage, après les déplétions sanguines, quelques gouttes d'opium dans un lavement. C'est surtout dans les phlegmasies chroniques que l'opium trouve sa place. On l'a donné avec succès à la dose de sept à huit grains dans les affections qui entraînent la gangrène sénile. Comment expliquer alors son action, sinon par l'augmentation de la circulation capillaire? Le candidat allait en discuter l'indication dans les affections cancéreuses quand il a été interrompu par l'heure.

M. TROUSSEAU.

MÊME SUJET.

Le candidat divise sa leçon en deux parties : 1. Histoire naturelle et préparations pharmacologiques de l'opium; 2° action physiologique, toxique et thérapeutique de l'opium.

I. Cette partie de la leçon de M. Trousseau n'a rien de spécial; il indique d'une manière rapide, mais complète, le mode d'extraction de l'opium exotique, ses caractères, sa composition chimique, ses diverses préparations officinales. Sur l'opium indigène il rappelle les travaux de MM. Petit, Loiseleur de Lonchamp, Mérat, etc., qui ont découvert que le pavot pouvait en France fournir un extrait d'opium d'une activité moindre, mais dont les propriétés sont identiques à celles de l'opium exotique.

II. Peu connu ou du moins peu employé chez les anciens, l'opium a été plus usité chez les Arabes; mais c'est Paracelse qui l'a mis définitivement en honneur. Sydenham en a célébré l'usage. Le candidat étudie l'action de cette substance sur les différens appareils. 1. Appareil digestif. L'opium pris à l'intérieur, ou les sels de morphine appliqués par voie endermique, amènent la soif, la sécheresse de la bouche et de la gorge, l'inappétence, les nausées, les vomissemens, la constipation, la diarrhée; les nausées et les vomissemens ne tiennent pas, suivant M. Trousseau, à l'action de l'opium sur la muqueuse gastrique, ces effets s'observant plus souvent à la suite de l'application extérieure de l'opium; d'ailleurs ils ont lieu surtout quand l'action narcotique commence à se dissiper. Quant à la constipation, le candidat la déclare constante à la suite de l'usage endermique de l'opium, tandis qu'ingéré dans l'estomac à haute dose, il détermine d'abord la constipation et au bout de peu de jours la diarrhée; ce qui explique le fait curieux signalé par Stoll qui administrait avec tant d'avantage l'opium à haute dose dans la colique saturnine et qui attribuait la diarrhée, non à l'action de l'opium, mais à la résolution du spasme. 2. Appareil des sécrétions. Diminution et quelquefois suppression momentanée des urines; dans la plupart des cas, rétention d'urine par suite de la paralysie de la vessie et de la sécheresse de la membrane muqueuse de la prostate. Augmentation de la sueur, coïncidant avec la diminution des urines; presque toujours, si le médicament a été donné à haute dose, démangeaisons à la peau, éruptions papuleuses ou vésiculeuses. 3. Appareil circulatoire. Au moment où l'opium et la morphine viennent d'être administrés, quelquefois diminution de l'activité circulatoire; mais chez presque tous les sujets, fièvre vive après l'action prolongée du médicament, et à ce sujet, M. Trousseau discute la fameuse proposition de Brown : *opium me herclè non sedat*; comme Brown, il considère l'opium comme un puissant excitateur du système nerveux et lui refuse sa place parmi les sédatifs; il ne fait que stopéfier le système nerveux. 4. Appareil de l'inervation. Somnolence, sommeil, réveil en sursaut, rarement délire bruyant. Il compare l'effet des solanées vireuses et l'action de l'opium, en fait ressortir les différences. Quant à l'état des pupilles, il affirme que dans tous les cas qu'il a observés, moins un, il a constaté leur contraction; M. Orfila a dit que assez souvent la dilatation de la pupille avait lieu; M. Trousseau lui a prêté à tort une opinion absolue sur la dilatation de la pupille, alors qu'il a fait de la contraction la règle, de la dilatation l'exception; ce qui résulte implicitement des termes employés par M. Orfila. 5. Appareil génital. Un effet peu connu de l'opium et qui dérive d'ailleurs de ses propriétés stimulantes, c'est son action emménagogue.—Après avoir retracé les effets physiologiques de l'opium, M. Trousseau en étudie rapidement les effets toxiques, qui ne sont qu'une exagération des premiers, et il aborde enfin la thérapeutique.

MALADIES DU CENTRE ET DES CONDUCTEURS NERVEUX. Il parle d'abord de l'opium comme narcotique, comme calmant des accidens hystériques et douloureux; il signale son efficacité dans le traitement de la chorée qu'il distingue en danse de Saint-Guy, en chorée mercurielle et en chorée alcoolique, et recommande fortement dans ces cas les hautes doses d'opium. Il passe au traitement du tétanos, et cite, d'après Murray, plusieurs auteurs qui ont guéri cette affection par des doses énormes d'opium; Monro qui donna en une seule dose cent-vingt grains d'opium; d'autres qui firent donner, sans amener la stupeur, plus d'une once de teinture d'opium en un seul jour; un malade qui prit en vingt-quatre heures plus de vingt onces de laudanum sans que cette effrayante quantité produisît le sommeil; Gloster qui administra à un malade deux cent vingt grains sept jours de suite; ces citations sont extraites de l'APPARATUS de Murray (t. II, p. 325 et 326); mais peut-être eût-il fallu les envelopper d'une critique dubitative. Il examine ensuite les applications de la morphine par la méthode endermique dans le traitement du tétanos; sans s'arrêter à l'épilepsie et à l'hydrophobie dont la curation a été inutilement tentée par l'opium, il passe aux névralgies qu'il distingue en rhumatismales, syphilitiques, chlorotiques, etc., et qui sont toujours, sinon guéries, du moins soulagées par l'application des sels de morphine sur le derme dénudé; les préparations d'opium lui paraissent inutiles et même dangereuses dans les maladies des yeux dans lesquelles on pourrait craindre que la coarctation des pupilles n'amenât des accidens ou ne nuisît à une opération; il préfère dans ces cas les préparations des solanées vireuses qui toutes dilatent la pupille; il conseille toutefois, d'après Dupuytren, les lotions de la cornée avec le laudanum pour détruire l'opacité ou les taies de la cornée transparente.

Les maladies éruptives ne doivent point s'appeler des *maladies cutanées*, quoique le candidat en traite au sujet de la peau; il indique l'usage que Sydenham, Bœrrhave, etc., ont fait de l'opium comme stimulant pour exciter les éruptions trop peu actives.

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE. Il cite Sarcone qui, dans la pneumonie aiguë, donnait l'opium à haute dose concurremment avec les émissions sanguines répétées, et qui par cette méthode prétendait juguler la maladie. Mais il est évident que la saignée jouait, dans ce traitement, un plus grand rôle que l'opium. Associé aux antimoniaux, ce médicament, malgré la défense de Rasori, est encore prescrit journellement pour assurer la tolérance du tartre stibié. Il passe ensuite en revue les diverses affections de l'appareil respiratoire dans lesquelles l'opium a été conseillé, le catharrhe aigu et chronique, la coqueluche, l'asthme, l'emphysème pulmonaire, etc.

APPAREIL CIRCULATOIRE. Il mentionne l'emploi de la morphine appliquée par voie endermique dans la péricardite rhumatismale, dans les palpitations nerveuses, dans l'angine de poitrine, etc.

6. APPAREIL DIGESTIF. M. Trousseau indique l'usage de l'opium dans le traitement des vomissemens, des gastralgies, des entéralgies, de la diarrhée, et il insiste spécialement sur les avantages que l'on retire de son emploi contre la dysenterie, d'après Sydenham, Wepfer, Ramazzini; avantages niés par Degner, Pringle et Zimmermann; M. Trousseau attribue cette dissidence aux nuances épidémiques.

Interrompu par l'heure au moment où il signalait l'application que M. Guérin, de Bordeaux, a faite des propriétés antispasmodiques de l'opium au traitement des hernies étranglées.

M. CASENAVE.

DES PRINCIPAUX VOMITIFS TIRÉS DU RÈGNE VÉGÉTAL, ET PARTICULIÈREMENT DE L'IPÉCACUANHA.

Le candidat énumère les différentes espèces d'émétiques végétaux et passe promptement à l'ipécacuanha; il en dit les variétés, les caractères qui les distinguent, les principes qui les constituent; il insiste sur l'émétine, dont la découverte est due à MM. Richard et Barruel, et signale deux sortes d'émétine: l'une commerciale, qui n'est pas pure; l'autre qui doit seule, à raison de sa pureté, entrer dans l'officine du pharmacien. M. Casenave termine la partie pharmacologique, un peu écourtée, par l'histoire de l'introduction de l'ipécacuanha dans la pratique médicale, historique si connu, où figurent ensemble un charlatan, le médecin Helvétius et Louis XIV.

EFFETS PHYSIOLOGIQUES. Nausées, pâleur de la face, malaise inexprimable, angoisses, vomissemens; puis, par suite de cet acte répété, turgescence vers le visage, écoulement des larmes; la scène se termine par une diaphorèse. L'ipécacuanha n'est pas absorbé; il n'exerce donc pas d'action générale sur l'économie; son action est toute locale, atteint la muqueuse gastrique, et les symptômes précités se rattachent tous au seul acte du vomissement; la production de ce phénomène n'exige qu'une dose limitée du médicament, qui varie suivant les individualités; les quantités prises en excès sont rejetées; à doses réfractées, on lui reconnaît une propriété astringente. L'action de l'ipécacuanha se résume donc en deux séries de mouvemens organiques : d'abord refoulement, concentration; puis une expansion soudaine, un mouvement excentrique; prélude et phase du vomissement. Les effets de l'émétine ne diffèrent de ceux de l'ipécacuanha que par leur vive intensité; à doses élevées, elle constitue un poison irritant et détermine tous les accidens qui suivent l'empoisonnement par cette classe d'agens toxiques.

APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES. On a rarement recours à l'ipécacuanha dans les cas d'empoisonnement, ses effets n'étant pas assez prompts. On le donne dans l'indigestion, dans l'embarras gastrique, état morbide qu'on a jadis trop multiplié et qu'on a eu tort de nier en ces derniers temps. Il est administré comme moyen préparateur à la médication fébrifuge, surtout dans les fièvres automnales; on l'a recommandé dans les fièvres continues avec symptômes bilieux, dans la dysenterie (Pringle) : agit-il dans ce dernier cas à titre d'astringent ou de vomitif? C'est ce qu'il est malaisé d'établir; mais, à coup-sûr, son efficacité est grande dans certaines conditions, surtout quand la dysenterie revêt la forme épidémique. L'ipécacuanha a fourni parfois des résultats très heureux dans la péritonite puerpérale, soit après les évacuations sanguines, soit employé comme base de traitement; dans l'angine bilieuse, dans la bronchique compliquée d'un élément nerveux (coqueluche), lorsqu'il est employé après la période nerveuse, à cette époque de la maladie que les anciens caractérisaient par le mot de coction; dans la variole, dans la rougeole, avec complications internes, ou quand l'éruption est laborieuse; mais, dans ces cas, ajoute le candidat, la meilleure médication est de s'abstenir de toute médication. On n'a pas indiqué l'usage de l'ipécacuanha dans la scarlatine; il est au contraire préconisé dans les maladies chroniques, dans la diarrhée ancienne, dans les ophthalmies purulentes, dans l'ictère, dans l'affection calculeuse, où l'on compte sur l'effet mécanique de la secousse imprimée aux calculs par le vomissement: mauvais moyen, et qui ne peut qu'aggraver ou faire naître des accidens; on l'a

proposé encore dans les maladies vermineuses, dans les hémorragies; M. Casenave cite les observations de M. Robinson, de Dublin, qui prétend en avoir constaté l'utilité dans l'hémoptysie et dans la métrorrhagie; mais il ne les accepte point dans leur rigueur; il doute même de l'efficacité de l'ipécacuanha contre l'hémorragie; quoi qu'il en soit, c'est à dose réfractée plutôt que vomitive qu'il conviendrait de le prescrire dans ces cas.

Les *indications et contr'indications* de l'ipécacuanha dans ces diverses maladies se trouvent dans l'étude de ces maladies elles-mêmes, dans les complications qui les accompagnent, dans les conditions individuelles des sujets qui les présentent. Le candidat reprend les affections dans lesquelles il a noté l'emploi de l'ipécacuanha et en discute l'opportunité; ainsi, dans les fièvres intermittentes, il rappelle qu'il a été conseillé par les médecins d'armée, surtout contre les automnales marquées par l'absence de tout élément phlegmasique, par la décoloration cutanée, l'œdème des extrémités; les dysenteries épidémiques portent en elles un élément spécial qui gouverne la thérapeutique et qui, tantôt nerveux, tantôt bilieux, explique les avantages ou l'insuccès de l'ipécacuanha; celui-ci a d'ailleurs été associé, dans le traitement de cette maladie, à l'opium, aux saignées; même considération touchant son emploi dans les péritonites puerpérales; il ne peut guère être appliqués dans les cas isolés. Si on l'oppose à l'embarras gastrique, il faut se garder de prendre pour cet état spécial une irritation gastrique, qui s'aggraverait par un tel traitement. L'ictère se décompose en plusieurs affections distinctes qui, toutes, ne sollicitent point l'action d'un vomitif; celui-ci serait dangereux dans le cas de lésion organique du foie. Ainsi, l'émétique végétal forme tantôt la base d'une médication; tantôt il ne s'adresse qu'à un élément de la maladie dont il entraîne, donné à propos, la résolution. Comme exemple des indications qui ressortent des conditions individuelles, M. Casenave mentionne la préférence que mérite l'ipécacuanha sur le tartre stibié, dans une maladie fébrile, le premier n'agissant que localement et ne déterminant pas la commotion de toute l'économie; à égale indication, il convient mieux aux femmes que l'émétique; il faut donner ce dernier agent s'il est besoin d'un effet prompt. Les doses varient suivant qu'on l'administre comme expectorant, astringent, vomitif; M. Casenave critique un livre de matière médicale où l'on prétend faire vomir avec 4 ou 6 grains d'ipécacuanha. La forme pharmaceutique la plus usitée c'est la poudre; aux enfans le sirop. Il entre dans plusieurs compositions officinales; dont la plus utile est la poudre de Dower; le candidat exalte les bons offices que rend cette poudre et que nous sommes loin d'avoir constatés; il le prône comme sudorifique, calmant, et le recommande contre les névralgies, les douleurs rhumatismales, ostéocopes, etc.

M. BOUCHARDAT.

MÊME SUJET.

Le candidat mentionne d'abord les familles et les espèces botaniques qui fournissent des substances émétiques; celles-ci sont tirées particulièrement des violacées, des polygonées, des euphorbiacées dont plusieurs espèces (genre croton, genre jalappa) constituent les meilleurs succédanés indigènes de l'ipécacuanha. Abordant ensuite l'étude spéciale de ce dernier, il indique par quelles familles il est fourni, trace l'historique des opinions et des erreurs qui ont été successivement émises sur l'origine des ipécacuanhas; il rappelle que dans ses analyses M. Pelletier confondait les vrais avec les faux ipécacuanhas; il traite ensuite de l'ipécacuanha cannelé, de l'ipécacuanha strié et de l'ipécacuanha blanc. Passant à leur composition chimique, il envisage l'émétine plutôt comme une substance curieuse qu'utile, l'ipécacuanha étant rarement falsifié. Il termine, par quelques mots sur l'achat du secret d'Helvétius par Louis XIV, cette partie de sa leçon, qui nous a paru remarquable par la précision et le complément des détails pharmacologiques.

L'action physiologique de l'ipécacuanha a été spécialement étudiée par MM. Magendie et Bretonneau; ce dernier a constaté que son application locale irrite les tissus; l'influence de la dose décide l'effet vomitif. Comment agit-il pour la production de ce phénomène? En substituant une inflammation thérapeutique à une inflammation morbide; son action évacuante est due à la contraction des fibres musculaires de l'estomac et de l'abdomen; le résultat de cette évacuation est la spoliation séreuse du sang. Après cet effet, on observe une sorte de faiblesse générale, une sédation; cet effet est secondaire et provient de la réaction sur le système nerveux, laquelle peut être portée jusqu'à la syncope : aussi les Italiens ont-ils rangé l'ipécacuanha parmi les contre-stimulans. Vient ensuite la réaction fébrile, marquée par la diaphorèse; ce mouvement excentrique se manifeste sur tous les points de l'économie, et c'est ainsi que l'expectoration pulmonaire peut être augmentée, facilitée secondairement par l'usage de l'ipécacuanha. Les phénomènes précités ne s'observent que par l'administration du médicament à dose vomitive. A quantités réfractées, il détermine des vomiturations sans vomissement, et manifeste particulièrement son influence sédative qui peut s'exagérer jusqu'à la syncope. Enfin, à dose altérante (de 1/4 à 1 grain), ses effets physiologiques sont peu appréciables.

Le candidat étudie ensuite son action thérapeutique dans les différentes maladies où son usage est indiqué; au sujet des fièvres bilieuses, il se livre à une discussion sur la nature de ces états morbides qu'il rattache à la gastro-duodénite, et il explique leur guérison au moyen de l'ipécacuanha, d'après les vues qu'il emprunte de la doctrine homéopathique; ce médicament est aux yeux de M. Bouchardat un agent de substitution. Dans la fièvre typhoïde, l'usage de l'ipécacuanha ne modifie en rien la lésion des plaques de Peyer. Etat saburral est un vieux mot, mais il faut bien s'en servir, puisqu'il y a une recrudescence des anciennes idées humorales; le candidat attribue cet état morbide à une espèce de gastrite, à un état particulier de la membrane muqueuse digestive dont la sécrétion n'est plus normale; or, qu'y fait l'ipécacuanha qui guérit toujours dans ces cas? Il crée une inflammation substitutive, et rétablit la membrane et la sécrétion dans leur état physiologique. Contrairement à l'opinion du candidat précédent, M. Bouchardat admet l'utilité de l'ipécacuanha dans les fièvres intermittentes vernales, et, vu la ténacité des automnales, ne dirige contre celles-ci que le quinquina. L'efficacité de l'ipécacuanha dans la dysenteria est universellement reconnue; Helvétius en a le premier signalé la condition dans l'absence du vomissement; c'est quand il purge au lieu de faire vomir qu'il guérit la dysenterie; c'est-à-dire qu'il la guérit en substituant à l'inflammation intestinale une maladie similaire, mais curatrice. La forme la plus propre à prévenir le vomissement, c'est la décoction de la racine. L'heureux emploi de ce médicament dans la péritonite puerpérale paraît au candidat l'une des plus belles découvertes de la thérapeutique; mais l'indication est au début; quand l'exudation a eu lieu, plus de ressource. Il passe ensuite en revue les effets de l'ipécacuanha dans le choléra; l'asthme où son action sédative est plus recherchée que son action émétique, dans les bronchites chroniques, dans la coqueluche, etc. Mais on sent à l'appréciation qu'il fait des résultats obtenus par la pratique médicale, qu'il est lui-même étranger à cette pratique, et s'inspire de ses lectures, non de son expérience personnelle.

M. SANDRAS.

DE L'IODE ET DE SON EMPLOI EN THÉRAPEUTIQUE.

Le candidat rapporte à l'année 1810 la découverte de l'iode; sept ou huit ans après, M. Coindet en introduisit l'usage en médecine. Après quelques détails bien incomplets sur les propriétés physiques et chimiques de l'iode, M. Sandras passe aux formes sous lesquelles s'administre cette substance. Les pilules ont l'inconvénient de ne s'appliquer qu'à des points circonscrits de l'estomac, où l'iode qu'elles contiennent se transforme en acide iodique et en acide hydriodique, composés qui attaquent la muqueuse stomacale. Si l'on fait usage de la solution aqueuse, il faut avoir la précaution de ne point la mettre en contact avec un vase métallique; la teinture alcoolique d'iode présente le même inconvénient que l'eau iodée; c'est là une cause d'erreur dans les expériences que l'on tente avec cette eau; on croit donner de l'iode, et ce sont des acides que l'on administre. Le meilleur mode de préparation est la dissolution de l'iode dans l'hydriodure de potassium dans lequel il manifeste son maximum de solubilité; il suffit de jeter un grain d'iode dans deux grains d'iodure de potassium, étendu d'une certaine quantité d'eau; pour les bains iodurés, il faut se servir d'une baignoire en bois et la faire recouvrir; sans cette précaution une grande partie de l'iode se volatilise. Retenu en dissolution dans l'eau du bain, il détermine une excitation générale de la peau. On se sert encore de la pommade d'iode, laquelle contient de deux à trois grains de cette substance sur une once d'axonge; les frictions que l'on pratique avec elle irritent légèrement la surface cutanée. Le candidat passe ensuite à l'examen de quelques composés dont il relate brièvement la dosation et les effets thérapeutiques qu'il ne devait pas étudier ici; il mentionne l'*hydriodate de potasse*, employé généralement pour dissoudre plus facilement l'iode; en comparaison de celui-ci, l'hydriodate est un corps presque inerte; l'*iodure de soufre*, employé à l'extérieur en pommade; le candidat en a retiré de grands avantages dans un cas de lupus rebelle à tout autre moyen, et dans lequel il en a prolongé l'usage durant deux mois et demi; l'*iodure d'amidon* qui est insoluble; l'*iodure de mercure* (proto) qu'il faut employer récent; anciennement préparé, il a perdu une partie de son iode; M. Sandras le considère comme le meilleur moyen antisyphilitique, et ce qu'il y a de remarquable, dit-il, c'est qu'il produit moins d'accidens à dose élevée qu'à petite dose; dans ce dernier cas, il est souvent suivi de tenesme, de diarrhée avec coliques, etc. M. Sandras le prescrit uni à la dose d'un grain uni à un quart de grain d'opium avec quantité suffisante de thridace; il en prolonge l'administration pendant un à deux mois; il l'a toujours vu bien supporté, et d'accidens jamais. Il est utile en pommade contre les vestiges syphilitiques. Dans les scrofules, on donne plutôt le deuto que le proto-iodure; une pommade faite avec quatre à cinq grains de deuto-iodure pour une demi-once d'axonge a réussi entre les mains du candidat contre des ulcères de nature scrofuleuse, et qui présentaient une étendue de plusieurs pouces, la guérison s'en est opérée en quinze à vingt jours. Les *iodures de fer, de plomb, de potassium* ont été essayés sans succès.

M. Sandras étudie l'action thérapeutique de l'iode, après avoir signalé celle de ses composés; la marche inverse nous eût paru plus didactique. Ingéré dans l'estomac, l'iode détermine, à menue dose, une légère excitation; à forte dose, il empoisonne. A l'extérieur et par petite dose, il produit une irritation légère de la peau; à dose élevée, il enflamme et ulcère les couches du derme. Il est absorbé et est éliminé soit par les sueurs, soit par les urines. Son action physiologique se réduit donc à une sorte d'exaltation de toutes les fonctions : ses propriétés thérapeutiques dérivent-elles de ce mode d'action, ou appartient-il à cette classe de médicamens, beaucoup plus sûrs, dont les effets ont un cachet spécial et sont indépendans de l'action physiologique? Ce double point de vue paraît applicable à l'iode; sous certains rapport, il a sa place parmi les médicamens rationnels, c'est-à-dire dont la vertu curative découle de leurs effets physiologiques; sous d'autres, M. Sandras lui attribue la valeur d'un spécifique; il félicite l'art de la découverte tardive de cet agent, qui, grace à cette circonstance, a été expérimenté avec une certaine philosophie; on ne l'a point appliqué à toute maladie, proclamé souverainement efficace, comme ont fait, des autres médicamens, nos devanciers qui nous ont légué en matière médicale un si bizarre gachis. L'iode a été préconisé contre toutes les maladies caractérisées par la langueur, chlorose, engorgemens chroniques (autrefois dits passifs, atoniques), aménorrhée, flux muqueux de vieille date; on sait son efficacité contre le goitre; mais que penser de l'espèce de fusion des mamelles, des testicules même, que l'on a mise au nombre de ses effets? Un fait a frappé le candidat; c'est qu'à Paris l'iode a moins facilement raison des goitres que dans le Valais où M. Coindet les voit fondre rapidement sous l'influence de cette médication; cette différence dans les résultats thérapeutiques traduit, d'après M. Sandras, la différence anatomique des tumeurs désignées sous la dénomination collective de goitre; dans le Valais, cette tumeur est sans doute le résultat de l'hypertrophie du corps thyroïde, et c'est contre cette altération que l'iode réussit le mieux; ailleurs elle est constituée, tantôt par une agglomération de vésicules à parois indurées, parfois osseuses; ailleurs par un anévrisme (Larrey), etc.

On a vanté l'iode contre les affections du système lymphatique; pour établir un jugement exact, il faut analyser les états morbides ainsi dénommés. S'agit-il de cet état caractérisé par le boursoufflement du tissu cellulaire, par l'abondance de la lymphe, le gonflement particulier du système glandulaire, l'iode est un excellent moyen, et il en faut saturer l'organisme qui présente ces tristes conditions; mais si la matière tuberculeuse s'est infiltrée soit dans les ganglions lymphatiques soit en d'autres tissus, il faut s'en abstenir; le charlatanisme parisien s'est emparé de ce sujet et l'a exploité avec trop de fracas, pour qu'il n'y ait lieu à doute et à défiance. Les syphiliographes, ennemis de la spécificité et des virus, ont mis l'iode au premier rang de leur mesquine pharmacologie; la vérité est qu'il n'a de succès, mais des succès réels, que combiné avec le mercure. Enfin M. Donné a proposé l'iode comme antidote de la morphine avec laquelle il forme un corps insoluble.

M. COTTEREAU.

MÊME SUJET.

L'iode, découvert en 1813 par Courtois, se rencontre dans quelques plantes et animaux marins, dans certaines eaux minérales, dans une mine d'argent d'Amérique, etc. Le candidat en énonce rapidement les propriétés physiques et se hâte d'arriver au point de vue médical de sa question. L'action physiologique de l'iode est subordonnée à la dosation; à fortes doses, il enflamme, il ulcère, il tue, car il est éminemment toxique; à quantités moyennes, il est un stimulant local et général; il agit spécialement sur les vaisseaux et les glandes lymphatiques, il active l'absorption. L'usage établi de l'éponge calcinée dans le goitre a suscité à M. Coindet l'idée d'employer aux mêmes fins l'iode récemment découvert; c'est à l'état d'iodure de potassium qu'il l'a manié pour la première fois; ses expériences furent répétées dans toute l'Europe et le domaine thérapeutique de cet agent s'est successivement élargi. Le candidat examinera les applications principales qu'il a reçues dans la clinique : 1° *Goîtres*. M. Coindet a obtenu plus de succès contre cette affection que d'autres praticiens qui expérimentaient en des localités différentes. M. Cottereau rappelle l'observation judicieuse de M. Velpeau sur la nature multiforme de ces tumeurs, et c'est dans ces différences de structure anatomo-pathologique qu'il cherche les causes des variations thérapeutiques de l'iode; il pense que sa meilleure chance d'efficacité appartient au simple engorgement du corps thyroïde. 2° *Scrofules*. Le candidat ne nie point les succès obtenus, mais invoque avec raison les moyens hygiéniques dont le concours les explique peut-être mieux que l'action de l'iode; une alimentation saine, une habitation bien aérée, l'usage des amers, etc., ont fait partie du traitement; on pourrait presque dire qu'ils en constituaient la base et la puissance. 3° *Cancers*. Efficacité controversée. L'iode ne paraît toutefois pas dépourvu d'utilité contre les tumeurs non encore squirrheuses ou les squirrhes rudimentaires. 4° M. Pinel de Grandchamp cite un cas de guérison de *tumeur blanche* (du coude) par la médication iodique. 5° Dans la *phthisie pulmonaire*, M. Berton a, le premier, conseillé l'inhalation des vapeurs d'iode, deux ou trois ans après les expériences faites avec le chlore; M. Cottereau, qui s'est occupé spécialement avec M. Gannal de cette dernière application, frappé de l'analogie qui existe entre le chlore, le brôme et l'iode, a expérimenté cette substance d'après les indications de M. Berton; il en a vu résulter des accidens par la difficulté de graduer les quantités d'iode en vapeur; au reste, il est un fait qui démontre l'inutilité de ce mode d'administration médicamenteuse; donné à l'état libre, l'iode est éliminé par la surface pulmonaire; si donc il exerce une action réelle sur les poumons, il suffit de l'administrer à l'intérieur. Les résultats thérapeutiques sont douteux; M. Cottereau propose de le donner aux phthisiques concurremment avec les autres moyens usités : aurait-il une action chimique sur les tubercules eux-mêmes? 6° L'iodure de mercure a fourni d'excellens résultats contre la *syphilis*; M. Piédagnel a fait de l'iode seul la base d'un traitement antivénérien; mais l'iodure de mercure l'emporte sur l'iode, et ses bons effets sont au moins partagés entre les deux composans. M. Cottereau a néanmoins constaté la puissance antisyphilitique de l'iode seul au deuxième dispensaire de la Société philantropique; il renonce à s'en rendre compte, à moins de considérer ici l'iode comme un altérant; mais ceci encore n'est qu'un mot. 7° On a recommandé l'iode dans l'*aménorrhée*; mais cet état reconnaît des causes très variées et cède à des traitemens divers; l'iode n'y peut être indiqué que si l'aménorrhée est due à la débilité constitutionnelle. 8° Dans l'*hypertrophie du cœur*, M. Magendie l'a préconisé à raison de l'action fondante qu'il lui prête; on lui doit même une formule composée *ad hoc* et que son auteur a pompeusement appelée solution atrophique. 9° C'est à tort qu'on a proposé l'iode dans la *chorée* et dans d'autres névroses qui ne sont souvent que le masque symptomatique de lésions organiques. 10° Les *engelures*, quand l'engorgement qui les constitue est commençant, ont cédé à l'iodure de plomb, d'après les observations de MM. Cottereau et Verdet de Lisle qui sont les auteurs de cette préparation.

FORMES MÉDICAMENTEUSES. On donne l'iode en substance sous forme de pilules, de poudre mélangée le plus souvent avec des poudres végétales : ce dernier mode d'administration est vicieux. On prescrit encore les vapeurs d'iode, le soluté obtenu soit par l'eau, soit par l'alcool ou l'éther (hydrolé, alcoolé, éthérolé), la pommade iodique.

DOSES. L'iode à l'état pur se donne en commençant à un quart de grain; à l'extérieur, 12, 18, 36 grains dans une demi-once de liquide, constituent un caustique léger, dont on lotionne avec avantage les ulcères scrofuleux (Lugol). L'administration de l'iode produit parfois une série de symptômes, tels qu'anorexie, douleur à l'épigastre, amaigrissement, etc. En Allemagne, on a tenu grand compte de ces effets, et on les a qualifiés de maladie iodique. Mais on s'est exagéré les inconvéniens de l'emploi de cette substance, et une posologie prudente réussit à les prévenir. D'après son expérience personnelle, M. Cottereau évalue la fréquence de ces accidens à une fois sur vingt. Dans les dix-neuf autres cas, l'amélioration est manifeste. Quant à l'atrophie mammaire et testiculaire, le candidat n'en a pas vu un seul exemple. C'est, sans doute, une propriété fabuleuse dont on a gratifié l'iode, comme les anciens avaient fait de la cigne, douée déjà sous Dioscoride de la faculté d'atrophier les mamelles et les testicules. Le candidat indique les doses des différentes préparations, telles que la teinture éthérée de Magendie, dirigée contre les scrofules compliqués d'accidens nerveux, les pilules, etc. Pour ses solutions n. 1, 2, 3, M. Lugol se sert de l'iodure de potassium; les bains iodiques exigent de 18 grains à un demi-gros et même jusqu'à un gros de cette substance; mais alors ils déterminent, par leur contact, une sensation de picotement. La pommade contient de 5 à 8 grains par once d'axonge, etc.

COMPOSÉS. Iodure d'amidon, recommandé par le docteur Bucanam à la dose d'un scrupule d'iode par once d'amidon. Iodure de potassium, le plus employé à l'extérieur et à l'intérieur; mais l'iodure de plomb, tout aussi résolutif que lui, n'a pas, comme lui, l'inconvénient d'irriter la peau; il a pu être employé, sans aucun accident, jusqu'à la dose de deux à trois gros; MM. Guersant et Velpeau l'ont employé avec avantage contre les tumeurs glandulaires.

La leçon de M. Cottereau, interrompue en ce point, a été écoutée avec intérêt.

M. BAUDRIMONT.

DU SOUFRE, DES EAUX MINÉRALES SULFUREUSES ET DE LEUR EMPLOI EN MÉDECINE.

Le candidat expose la partie chimique de sa question d'une manière aussi lucide que complète; mais c'est à tort qu'il rejette à la fin la pharmacologie, qui devait trouver sa place après les détails chimiques. Le soufre étudié dans ses propriétés physiques, chimiques, dans ses principaux composés, M. Baudrimont passe à l'examen des eaux minérales, dont il constitue la base; il adopte pour ces eaux minérales une division que nous croyons sienne, et qui, fondée sur des considérations géologiques, nous paraît la meilleure de celles que l'on a proposées. Il passe ensuite aux applications thérapeutiques, dans lesquelles il confond l'action du soufre et des eaux minérales sulfureuses. C'est dans les maladies de la peau que l'on en a fait le plus large emploi; mais ces maladies sont multiples et toutes ne sauraient s'accommoder du soufre comme d'un spécifique collectif; dans la gale, dont l'origine n'est plus contestée depuis la découverte confirmée de l'*acarus scabiei*, il agit comme agent toxique contre ce parasite; mais il n'est pas le seul agent doué de cette propriété; il est utile dans les principales maladies cutanées chroniques, eczema, prurigo, psoriasis, etc.; les ulcères d'origine analogue sont heureusement modifiés par les sulfures, surtout par celui de potassium; on a préconisé le soufre dans l'asthme; mais cette dénomination couvre des affections distinctes; le diagnostic gouvernera le traitement. A titre d'expectorant, il est prescrit dans le catarrhe chronique; on est allé jusqu'à le recommander dans la pleurésie et la pneumonie chroniques. C'est plutôt dans la pleurodynie qu'il convient, sous forme d'eau minérale administrée en douche. L'usage des eaux sulfureuses contre la phthisie n'est pas de récente date. Bordeu a vu des phthisiques guérir sous l'influence des eaux sulfureuses des Pyrénées. De nouveaux faits (MM. Andral et Delmas) semblent confirmer cette opinion. Le candidat hésite à se prononcer et déclare n'en espérer quelque amendement qu'au début de cette cruelle maladie. Les eaux minérales sulfureuses ont influé heureusement sur des scrofuleux, des rachitiques; mais il s'y joignait un ensemble de conditions hygiéniques qui conspirait puissamment au même but. On les a recommandées contre les névralgies, les sciatiques, les douleurs rénales, les calculs vésicaux, les cicatrices douloureuses, suites de plaies d'armes à feu, le catarrhe vésical aussi bien que contre toute espèce de catarrhe vésical. Quant à la gastrite, à l'entérite et à l'hépatite chroniques, le candidat n'admet l'action heureuse de ces eaux que si la phlogose se borne à une simple vascularisation, facile à révulser par l'excitation cutanée; mais si la phlegmasie s'est cantonnée profondément dans les tissus et commence à en opérer la désorganisation, il n'en faut rien attendre. Sont-elles indiquées contre la paraplégie? Mais celle-ci n'est qu'un symptôme à cause multiple; recherchez celle-ci pour y adapter le remède; que si les eaux sulfureuses la guérissent, c'est que la tumeur, cause de la paraplégie, a disparu; c'est que le caillot apoplectique a été résorbé, etc. Le candidat discute ensuite l'action de l'opportunité de quelques sulfures (d'ammoniac, de potassium, de sodium, de mercure, etc.) et est interrompu par l'heure avant d'avoir terminé les applications thérapeutiques du soufre.

Les thèses ont été remises jeudi dernier; l'argumentation a commencé vendredi 24 mai. Les sujets, tirés au sort, ont été répartis entre les concurrens :

1° M. CASENAVE : De l'appréciation des divers moyens qui peuvent être employés pour déterminer les propriétés des médicamens.

2° M. SANDRAS : De l'influence des principales doctrines médicales sur la thérapeutique.

3° M. BAUDRIMONT : De la dose des médicamens relativement à leur mode et à leur intensité d'action.

4° M. BOUCHARDAT : De l'influence que les méthodes thérapeutiques peuvent exercer sur la durée des maladies aiguës.

5° M. GUÉRARD : Des inductions que la thérapeutique peut tirer de l'action physiologique des médicamens.

6° M. MARTIN SOLON : De la révulsion.

7° M. TROUSSEAU : De l'influence de l'habitude sur l'action des médicamens.

8° M. COTTEREAU : Des modifications que la connaissance des causes des maladies peut introduire dans leur traitement.

9° M. REQUIN : Des purgatifs et de leurs principales applications.

— Un concours s'ouvrira, dans le courant de ce mois, au Val-de-Grâce, pour trois places de professeur, vacantes dans les hôpitaux d'instruction de Lille et de Metz.

VARIÉTÉS.

Deuxième liste de souscription au monument a élever a la mémoire de F.-J.-V. Broussais. — La faculté de médecine de Bordeaux, 100 fr. — J.-B. Dalmas, docteur-médecin-chirurgien à Nice, 5 fr. — Fallot, doct.-méd., pour les médecins de Namur (Belgique), 85 fr. — Gampmas, doct.-méd. à Grenoble, 5 fr. — Cam. Leroy, doct.-méd. à Grenoble, 5 fr. — Robin, doct.-méd. à Grenoble, 5 fr. — Gras, doct.-méd. à Grenoble, 5 fr. — Quatre médecins de Grenoble, 16 fr. — Molinard, chirurgien en chef de l'hôpital militaire à St-Omer, 5 fr. — Veret, aide-major à l'hôpital militaire à St-Omer, 5 fr. — Brancas, sous-aide à l'hôpital militaire à Saint-Omer, 3 fr. — Lauras, id., 5 fr. — Regnault, id., 5 fr. — Lebrun, id., 3 fr. — Baudelique, pharmacien aide-major à l'hôpital militaire à St-Omer, 5 fr. — Gueuin, aide-major au troisième de ligne, 5 fr. — Coze, doct.-méd. à St-Omer, 5 fr. — Evrard, doct.-méd., id., 5 fr. — Dumoustier, id., 5 fr. — Hellemans, id., 5 fr. — Prince, id., 5 fr. — Godefroy, id., 3 fr. — Jacquart, id., 3 fr. — Plouvier, id., 3 fr. — Auguste Mellard, propriétaire à Troyes, 5 fr. — Desguerrois, doct.-méd. à Troyes, 5 fr. — Bedor, chirurg. en chef de l'hôpital à Troyes, 5 fr. — Dorio, chirurg. dentiste à Troyes, 5 fr. — Pécat, professeur à l'école de médecine à Besançon, 15 fr. — Foucin, id., 15 fr. — Bulloz, id., 15 fr. — Grenier, id., 5 fr. — Martin, id., 5 fr. — Villars, id., 15. — Goulu, doct.-méd., id., 5 fr. — Periard, id., 10 fr. — Moulle, id., 5 fr. — Bauton, id., 5 fr. — Rousseau, id., 10 fr. — Perregeaud, id., 5 fr. — Delacroix, id., 5 fr. — Vertel fils, id., 10 fr. — Bioot, id., 10 fr. — David, membre de la société de médecine à Niort, 5 fr. — Bodeau, id., 5 fr. — Guillemeau, id., 5 fr. — Assegond, id., 4 fr. — Fontaut, id., 5 fr. — Gauné, id., 3 fr. — Ducroc, id., 3 fr. — Lesage, id., 3 fr. — Vernlies fils, id., 5 fr. — Ginestet, id., 3 fr. — Jubin, id., 3 fr. — Vernlies père, id., 5 fr. — Tounet, id., 3 fr. — Barbette, id., 3 fr. — Moizin, médecin principal de l'hôpital militaire à Metz, 20 fr. — Henot, chirurgien en chef, id., 6 fr. — Lacastein, pharmacien principal, id., 11 fr. — Pascal, médecin ordinaire, id., 10 fr. — Maillot, id., 6 fr. — Scoutetten, chirurgien-major, professeur, id., 20 fr. — Novaris, pharmacien-major, id., 6 fr. — Lacauchaie, chirurgien, professeur, id., 5 fr. — Caleattagio, chirurgien sous-aide-major, id., 2 fr. — Theullier, id., 2 fr. — Bernès, id., 2 fr. — Bondier, id., 2 fr. — Dusseuil, id., 2 fr. — Guilliani, id., 2 fr. — De Santi, id., 2 fr. — Castelli, id., 2 fr. — Habp, id., 2 fr. — Wayhette, chirurgien élève, id., 1 fr. — Vincent, id., 1 fr. — Campmas, id., 2 fr. — Moretti, id., 1 fr. — Willaume, ex-chirurgien en chef, id., 10 fr. — Resimont, doct.-méd. à Metz, 10 fr. — Bouchotte (Emile), ex maire, id., 20 fr. — Jaclot, doct.-méd. à Ukange, 5 fr. — Defer, doct.-méd. à Metz, 5 fr. — Muel, doct.-méd. à Faulquemont, 5 fr. — Desoudies, doct.-méd. à Metz, 10 fr. — Beer, doct.-méd. à Boulay, 5 fr. — Locquet, doct.-méd. à Gorze, 5 fr. — Guillaume, doct.-méd. à Sarreguemines, 5 fr. — Chaumas, doct.-méd. à Metz, 5 fr. — Masquinot, doct.-méd. à Vatemont, 5 fr. — Monin, directeur de l'hôpital militaire de Metz, 5 fr. — Charpentier, doct.-méd. à Metz, 10 fr. — Remy, doct. méd. à Forbach, 5 fr. — Moussaux, doct.-méd. à Metz, 10 fr. — Valée, chirurgien major de l'école d'application et du génie, 10 fr. — Calvet, chirurgien-major de l'hôpital militaire de Bitche, 5 fr. — Robert, chirurgien aide-major, id., 2 fr. 50 c. — Chollot, doct.-méd. à Fontoy, 5 fr. — Lecat, doct.-méd. à Surable, 10. — Roux, sous-intendant militaire à Metz, 10 fr. — Clure, doct.-méd. à St-Germain-en-Laye, 50 fr. — Hery, doct.-méd. à Bonneval, 5 fr. — Robert (Abel), doct.-méd. à Chaumont, 5 fr. — Chatelain, doct.-méd., id., 10 fr. — Amoult, pharmacien, id., 5 fr. — Robert, journaliste, id., 2 fr. — Darentières, doct.-méd., id., 5 fr. — Montrol, doct.-méd. à Langres, 5 fr. — Robert, doct.-méd., id., 5 fr. — Thiberge, doct.-méd. à Pussigny, 5 fr. — Colombat, doct.-méd. à Chaumont, 6 fr. — Guillemin, doct.-méd. à St-Dizier, 5 fr. — Les médecins de la ville et de l'hôpital militaire de Lille, 692 fr. 25 c. — Idem, de Lyon, 1,170 fr. — Les professeurs de l'école secondaire de médecine de Reims, 100 fr. — Beaumont, doct.-méd. à Metz, 10 f.

Total..................	2854 50
Total de la première liste publiée dans le numéro du 15 avril..	4281
Total jusqu'à ce jour..................................	7115 50

Les souscriptions continuent à être reçues à la Faculté de médecine et chez J. B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

La liste générale des souscripteurs sera publiée en tête de la deuxième édition du Traité de l'irritation et de la folie, qui paraitra du 20 au 30 juin 1839.

Les personnes qui n'ont pas encore fait parvenir leurs souscriptions sont priées de le faire dans le plus bref délai.

— M. le docteur P. Gréneau recommencera son cours de phthisie pulmonaire le mardi 4 juin 1839, à quatre heures du soir, pour le continuer à la même heure le mardi et le samedi de chaque semaine, à l'Ecole pratique, amphithéâtre, n° 1.

— Histoire abrégée de quelques affections qui peuvent occasionner la mort subite; indication des premiers secours a donner aux personnes qui en sont atteintes; par M. Picuarn, médecin-accoucheur. Paris, 1838; 80 pages in-8. — Cette brochure, destinée aux gens du monde, a le mérite d'indiquer sommairement les caractères de quelques affections, telles que l'asphyxie, l'apoplexie, la syncope, etc., où le salut des malades dépend des premiers soins qui leur sont administrés, et de faire connaitre ces moyens, ou du moins ceux qui peuvent être appliqués par les personnes étrangères à l'art. Le but de cette publication est vraiment philantropique et ne peut que mériter l'approbation des gens éclairés. Car, autant il est absurde et même funeste de vouloir répandre dans le public des notions de médecine proprement dite, autant il serait à désirer que les gens du monde eussent quelques-unes de ces connaissances fournies par l'hygiène et la physiologie, qui peuvent être mises en pratique à chaque instant et en l'absence du médecin.

— Eloge historique de Celse; prononcé le 19 avril 1838 par M. le docteur Kunholtz (discours d'ouverture). Montpellier, 1838, 70 pages in-8. A Paris, chez Germer-Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 15 bis. — Recherches biographiques, historiques et médicales sur Ambroise Paré de Laval; par M. le docteur Villaume. Epernay, 1837; 80 pages in-8. — Le hasard réunit devant nous ces deux notices historiques sur deux hommes qui, bien qu'à des époques très éloignées l'un de l'autre, ont exercé une si grande influence sur la science de la médecine. La première, écrite à l'occasion du cours d'histoire naturelle que M. Kunholtz fait près de la Faculté de médecine de Montpellier, contient, outre le petit nombre de documens qui nous restent sur la vie du célèbre médecin latin, une appréciation qui nous a paru exacte de la doctrine de Celse, et des critiques ainsi que des louanges dont il a été l'objet. Cet opuscule est un travail à la fois d'érudition et de critique; mais parait avoir exigé de l'auteur de nombreuses recherches.

La vie d'Ambroise Paré a été écrite à l'occasion de la statue qui a été votée par le conseil-général du département de la Mayenne au fondateur de la chirurgie française, qui fut en même temps homme de bien. Cette vie, écrite avec simplicité et pureté, est un hommage rendu à ce célèbre chirurgien, et un modèle donné aux praticiens de notre époque.

— De la migraine; par M. Pinet, avocat à la Cour royale de Paris. Paris, 1838, in-18 de 168 pages. Chez Béchet jeune, libraire, près l'Ecole-de-Médecine. — L'auteur de ce petit opuscule n'est pas médecin, et parait avoir peu étudié le sujet de ses recherches dans les ouvrages de médecine; mais, par compensation, il semble avoir été à même d'observer la migraine sur lui-même et sur plusieurs de ses compagnons d'infortune. Loin de le blâmer d'avoir publié ce récit véridique de ce qu'il a éprouvé, et de ce qu'ont ressenti les personnes affectées de la même maladie, qui lui ont communiqué le résultat de leurs propres observations, nous ne pouvons que l'approuver d'avoir tracé en style élégant, et avec ce sentiment de conviction que de longues douleurs ne peuvent manquer de produire, le tableau exact des souffrances que déterminent des accès graves de migraine et des principales formes sous lesquelles ils se manifestent. Cependant, ce tableau est peut-être moins complet que ne pense l'auteur, et la partie thérapeutique n'est même pas indiquée. Peut-être M. Pinet a-t-il craint qu'on ne l'accusât d'envahir le domaine de la science proprement dite, s'il s'était occupé des moyens médicamenteux. Aussi s'est-il contenté de parler des moyens hygiéniques qu'on oppose d'ordinaire aux accès de migraine. Nous avons surtout lu avec intérêt ce qu'il dit de l'usage du café et du thé qui ont une si grande puissance dans le traitement de cette cruelle indisposition.

Nous terminerons cette courte analyse en recommandant, avec l'auteur, aux personnes entre les mains desquelles ce petit ouvrage pourra tomber, et qui auraient une disposition à la migraine, de ne pas se laisser effrayer par la perspective triste qu'il leur présente; le tableau n'est pas toujours aussi rembruni que celui dans lequel M. Pinet a tâché de résumer en quelques pages tous les traits de cette souffrance. La migraine, comme toutes les autres maladies, s'offre, à des degrés bien différens d'intensité, et chez quelques personnes même disparait spontanément à une époque peu avancée de la vie.

— Précis philosophique des sciences médicales, ouvrage contenant dans un ordre nouveau les vérités fondamentales de l'histoire naturelle ou de la physique générale, de l'anatomie humaine, de la nosographie et de la thérapeutique; suivi d'un Résumé de médecine légale à l'usage des aspirans au doctorat, etc.; par Lemercier de Manneville, ancien docteur en médecine de la Faculté de Paris, etc. Paris 1838; in-8° de 570 pages, chez Ebrard, rue des Mathurins-Saint-Jacques, 24. — L'ouvrage que nous avons en main a réellement toute l'extension qui est annoncée par le titre; c'est à la fois un précis des sciences qui servent d'introduction à l'étude de la médecine et des sciences médicales proprement dites. Tout ce que nous pouvons faire ici, c'est d'indiquer les sciences dont on trouve dans ce volume un résumé qui sans doute est très court, mais qui, par la clarté et la précision du langage et par la bonne disposition des matériaux, nous semble devoir suffire pour remplir l'objet que l'auteur parait avoir surtout en vue; savoir : de soulager la mémoire des aspirans au doctorat et de pouvoir rappeler aux anciens praticiens promptement et sans peine les principes des sciences dont l'étude a dû précéder pour eux celle de la médecine. Nous trouvons en effet dans l'ordre suivant et dans autant de chapitres, un précis de la cosmologie, puis de la géologie, de la météorologie ou aérologie, de l'hydrologie, de la minéralogie, de la phytologie ou botanique, de la zoologie, de la psychologie, de la phrénologie et de la spagérologie ou science de l'analyse. Après ces différentes notices qui occupent près de trois cents pages du volume, l'auteur commence l'exposition des sciences médicales proprement dites; et, dans les précis des nombreuses branches de l'art de guérir dont aucune n'est oubliée, nous trouvons la même concision et la même clarté qui doivent rendre son travail utile à ceux auxquels il a été destiné.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FELIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 23. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 8 JUIN 1839.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

PRINCIPES FONDAMENTAUX DU CATHÉTÉRISME; par M. le docteur Mathias Mayor, de Lausanne.

On finirait assez vite par s'entendre, dans la plupart des discussions et des controverses, si l'on s'appliquait tout d'abord à remonter et à se rattacher aux principes simples qui dominent le plus souvent toutes les grandes questions. Si celle du cathétérisme, par exemple, est si bien embrouillée et tellement du domaine de la routine, c'est qu'on ne s'est point encore aperçu qu'elle manque absolument de base; aussi convient-il, pour l'éclairer, de découvrir les fondemens sur lesquels repose cette opération et d'y saisir le fil d'Ariane qui devra nous guider chaque fois que nous aurons à la décrire et à la faire.

Elle consiste dans l'introduction artificielle, par le canal de l'urètre, d'un corps étranger quelconque, destiné soit à le parcourir en tout ou en grande partie, soit à pénétrer en même temps jusque dans l'intérieur de la vessie.

Si cette définition peut paraître fort large, c'est qu'elle doit faire la part de tous les objets qu'on a successivement imaginés pour insinuer dans le conduit excréteur de la vessie, seulement ou simultanément dans cette dernière et dans un but thérapeutique.

Mais comme ce passage ne peut être bien saisi qu'autant qu'on aura une connaissance suffisante de la structure des organes ci-dessus et de l'état des objets matériels qui doivent les pénétrer, il conviendra d'un côté de consulter sa mémoire ou les meilleurs traités d'anatomie normale et pathologique sur ces mêmes organes (1), et de l'autre, de fouiller l'immense arsenal qui recèle les divers instrumens du cathétérisme.

La question se trouvant ainsi fort dégagée et réduite à sa plus simple expression, je puis de suite entrer en matière et tracer à grands traits le petit nombre de règles générales qui sont propres au cathétérisme, et qui peuvent faciliter la marche des praticiens. On devra donc envisager ce faible travail comme un essai essentiellement destiné à éclairer la théorie

(1) Comprend-on la manie des éternelles répétitions anatomiques qu'on retrouve constamment en tête de tous les ouvrages où il est question de cathétérisme ? Ne dirait-on pas qu'à Paris comme partout on n'a jamais ni rien dit ni rien écrit sur ce sujet, ou qu'elles sont taries, à tout jamais, les sources où l'on pouvait puiser quelque utile notion sur ce point important ? Mais il est juste de dire qu'on ne fait que suivre ici l'exemple donné ailleurs par tous les confrères.

Feuilleton.

GALERIE MÉDICALE.

N° X.

BROUSSAIS (FRANÇOIS-JOSEPH-VICTOR) (1).

« La gloire se doit toujours mesurer aux moyens dont on s'est servi pour l'acquérir. »

(Larocsefoucauld.)

On a raison; tout homme fait son destin, mais il faut néanmoins que la fortune y mette du sien; c'est-à-dire qu'elle fasse naître les circonstances favorables au développement du génie. Broussais, à 30 ans, était pour ainsi dire inconnu; le premier et le meilleur de ses ouvrages l'avait à peine tiré de son obscurité. Mais en 1814, l'empire de Napoléon s'écroule, Broussais vient à Paris, on lui donne une place de professeur au Val-de-Grâce; tout aussitôt il prend la parole, et cette parole retentit dans la science; ses écrits, ses opinions, ses idées, se répandent, se discutent, et il acquiert en peu de temps une grande célébrité; la fortune avait mis son poids dans la balance. Toutefois, la vie de ce médecin a été difficile et laborieuse; il fut mis de bonne heure à ce dur régime d'adversité et de misères qui abat les faibles, mais trempe les forts; il passa par la double épreuve du malheur et du succès, sans que son esprit et son caractère en aient subi de notables changemens.

Broussais naquit breton, et l'on peut dire qu'il resta fidèle aux qualités proverbialement attribuées aux habitans de son pays. Ce fut sur les grèves orageuses de l'Océan qu'il s'accoutuma de bonne heure à la lutte, à la fatigue et aux dangers. Jeune encore, les troubles politiques éclatèrent avec violence, la guerre civile ravagea le pays où il était né; son père et sa mère furent massacrés, ses intérêts largement compromis. En un mot, il vint dans un temps de subversion sociale, à une époque où l'on niait Dieu, où la tête d'un roi servait d'enjeu aux passions de ceux qui voulaient régénérer la France. Qui sait si les impressions des premières années de sa vie n'ont pas agi d'une manière forte et directe sur son esprit et son caractère? Lui-même ne tarda pas à être lancé au hasard des circonstances dans le tourbillon révolutionnaire; il ne put d'abord choisir un état, bien moins encore adopter et suivre un plan régulier de conduite. Soldat, corsaire, commis d'hôpital, chirurgien de la marine; puis étudiant, médecin civil, médecin militaire, courant avec les armées de Napoléon d'un bout de l'Europe à l'autre; son existence fut sans repos, comme son

(1) Nous insérons avec empressement ce nouveau tableau de la galerie médicale de notre spirituel et savant ami M. R. Parise, bien que nous ayons publié un article nécrologique très développé sur Broussais immédiatement après sa mort. Nos lecteurs ne verront dans cette seconde publication ni répétition ni double emploi; ce sont d'autres vues, d'autres idées, d'autres détails sur la vie, le caractère et les écrits d'un homme dont l'influence et la célébrité pouvaient prêter matière à cette double appréciation.

(N. du R. en chef.)

et la partie scientifique d'une branche chirurgicale dont, au grand détriment de la thérapeutique, on n'a songé de formuler jusqu'ici que le côté pratique et purement théorique. Mais faut-il s'étonner de cette lacune, quand on songe qu'il ne nous est guère donné de pouvoir arriver d'emblée aux principes et que nous avons besoin, le plus ordinairement, de faits nombreux et justes, bien observés et judicieusement déduits, pour remonter aux règles précises qui doivent lier ces faits et en composer un corps de doctrine? Or, je le demande à tout praticien instruit et de bonne foi, que sont-ils ces faits? et qui voudrait, aujourd'hui, se charger de les coordonner, de manière à constituer, en faveur du cathétérisme, un ensemble systématique quelconque, un état tant soit peu scientifique?

Une première réflexion se présente dès qu'on vient à aborder cette question, c'est que le cathétérisme relève *entièrement des lois de la mécanique*, et qu'il ne consiste évidemment que dans l'action d'un corps plus ou moins résistant sur un canal plus ou moins disposé à céder et à se mouler sur ce même corps. Celui-ci (que j'appellerai aussi du nom générique *cathéter*) peut donc être envisagé comme une simple machine, comme un véritable levier.

Mais aussi, et en cette qualité, il ne pourra produire d'effet qu'autant qu'il sera mis en jeu par une force quelconque; car, sans cette dernière, tous les cathéters, sans exception et quels qu'en soient le volume, la forme, la consistance et la matière, doivent être assimilés à des êtres impuissans, à de véritables cadavres.

La puissance motrice qui a mission d'animer les cathéthers doit, sans être jamais ni aveugle ni brutale, se présenter cependant avec des degrés très variés d'énergie et de vigueur, suivant que les résistances à vaincre ou le volume et la masse des instrumens employés pourront l'exiger.

Cette force d'impulsion a, pour effet immédiat, la pression des tissus sur lesquels sont dirigés les cathéters; et s'il en résulte, le plus souvent, l'augmentation d'ampleur du canal qui se trouve ainsi comprimé, cette dilatation, même en la supposant réelle (ce que nous examinerons plus tard), ne doit être envisagée que comme le simple produit de la compression et même comme un effet très éloigné de cette dernière.

Trois conditions existent donc nécessairement dans toute opération dont le cathétérisme est le but : 1° un instrument; 2° une résistance à vaincre par celui-ci, et 3° une force imprimée au premier et capable de triompher de la dernière.

Ces trois circonstances concomitantes doivent se modifier et s'harmoniser mutuellement, de telle sorte qu'un très mince cathéter ne devra jamais admettre qu'un très faible degré de force, quel que soit d'ailleurs le degré de résistance que l'urètre oppose à son passage, tandis qu'un gros instrument pourra être poussé avec une vigueur croissante et proportionnée à son volume si la résistance est rebelle, et que le *maximum* de la résistance pourra exiger le *maximum* du volume du cathéter, ainsi que le *maximum* de la force à mettre en œuvre.

Du reste, l'énergie, la facile application et par conséquent aussi l'utilité des corps compressifs du conduit urétral sont en raison directe de leur simplicité et de leur petit nombre, tout comme on peut affirmer également que leur complication et leur multiplication révèlent la pauvreté des moyens, ainsi que l'absence de principes bien arrêtés chez leurs auteurs : *Simplex sigillum veri*.

Je vais reprendre successivement chacun de ces points fondamentaux du cathétérisme, afin d'en faire mieux ressortir l'importance et l'utilité pratiques.

ART. 1. — LE CATHÉTÉRISME RELÈVE EXCLUSIVEMENT DES LOIS DE LA MÉCANIQUE. — Si les hommes de l'art, au lieu de garder le plus profond silence sur le caractère propre du cathéter, se fussent avisés de l'assimiler à ce qu'il est bien évidemment, c'est-à-dire à un levier ou à un agent mécanique, il est à croire qu'on eût cherché à en analyser l'action, à en préciser mieux le jeu et l'effet et qu'on se fût placé par là à un point de départ qui eût singulièrement simplifié la matière; car, sans vouloir prétendre que tous les effets curatifs du cathéter puissent se rapporter exactement à l'action pure et simple d'un moyen mécanique, et sans aucun égard à la réaction vitale d'un canal organisé, toujours est-il que cette action est, primitivement, toute mécanique; qu'elle ne cesse pas un instant d'en revêtir les caractères chaque fois qu'il s'agit de l'application actuelle d'un cathéter quelconque, et qu'il importe de ne jamais perdre de vue cette propriété essentielle de tous les instrumens destinés au cathétérisme.

L'erreur des praticiens à cet égard et sa fatale influence sur le cathétérisme proviennent, en effet, de ce qu'on a confondu les deux choses: l'action proprement dite du corps étranger, du levier, et l'effet de celui-ci sur un organe doué de vie; l'action mécanique de l'un et la réaction physiologique de l'autre.

ART. 2. — LA FORCE EST UNE DES NÉCESSITÉS DU CATHÉTÉRISME. — Tous les cathéters n'ont qu'une force d'inertie et sont absolument inhabiles à fonctionner, s'ils ne sont mis en jeu par une puissance quelconque. Ils auraient une pointe aussi aiguë que celle de la plus fine aiguille, et ils seraient en présence du méat urinaire le plus vaste possible, encore ne pourraient-ils entrer dans ce dernier sans y être poussés et avec sagesse par un moteur quel qu'il soit. Ainsi donc une force motrice d'abord, et de sa part encore une action prudemment dirigée.

Tels sont les deux élémens qui impriment la vie aux cathéters et qui en font pour ainsi dire un instrument intelligent. J'insiste sur cet axiome, parce que je n'ai cessé d'être en désaccord avec les hommes les plus éminens sur ce point de doctrine, et à l'occasion de ce que j'ai appelé un cathétérisme forcé. Celui-ci, comme je l'ai expliqué en toute occasion, ne se distingue, en effet, que par l'emploi d'un degré plus considérable de force d'impulsion. Or ces degrés sont infinis et déterminés diversement: par l'état du canal à parcourir, par des tissus plus ou moins sensibles ou rebelles à l'action du cathéter, par le besoin qu'on peut éprouver d'agir, plus ou moins rapidement, sur les résistances actuelles, par le volume plus ou moins considérable de l'instrument, par *l'expérience acquise*, etc., etc.

Mais, en présence d'un fait aussi incontestable, que devient donc cette exclamation de Dupuytren : « Je voudrais pouvoir crier à l'oreille de tous les praticiens qu'il y a barbarie à vouloir pénétrer de *vive force* dans la vessie. » Je ne relèverais pas cette singulière sortie du célèbre chirurgien français, si elle n'avait pas, par son funeste retentissement, paralysé les tendances de ces mêmes praticiens vers leur plus sûr et leur meilleur moyen d'avancer le cathétérisme et enrayé le développement scientifique d'une des branches les plus importantes de la chirurgie moderne.

Il va sans dire que Dupuytren n'aura prononcé cette fatale interdiction

---

esprit sans direction scientifique arrêtée. Cependant, robuste de corps, d'un caractère éminemment ferme, doué en outre d'une grande aptitude au travail, Broussais continua ses études malgré tant de fatigues et de difficultés. Fils d'un chirurgien, il se décida d'assez bonne heure à suivre la carrière de l'art de guérir. Lorsqu'après bien des vicissitudes il vint à Paris, Bichat vivait encore; plus d'une fois Broussais a assuré avoir été lié d'amitié avec ce jeune et illustre physiologiste. On ajoute même qu'à une de ses leçons, Bichat parlant des organes et de leur importance dans l'étude des maladies, Broussais resta quelque temps absorbé dans une profonde méditation, puis s'adressant à un de ses camarades : « Mon ami, lui dit-il, le *voile est levé*, je découvre dans les paroles de notre maître les vrais principes de la médecine, un temps viendra où je les proclamerai. » Sans garantir la vérité de cette anecdote, l'événement a justifié en quelque manière la prédiction; toutefois, ce ne fut qu'assez tard. Le jeune docteur Broussais adopta pleinement et avec ardeur les opinions de Pinel, auquel il dédia sa thèse sur la *fièvre hectique*. L'auteur de la Nosographie était à ses yeux le médecin par excellence, le vrai, le seul promoteur du progrès en médecine; l'imiter, propager sa doctrine, fut alors sa seule ambition; le voile n'était pas encore levé.

Quelques années ensuite, Broussais publia son TRAITÉ DES PHLEGMASIES CHRONIQUES, qui lui avait coûté beaucoup de travail. Cet ouvrage n'eut pourtant qu'un succès douteux; on l'estima, on le lut peu, et il se vendit encore moins, car l'édition presque entière resta huit ans chez le libraire; une courte mention honorable dans le rapport des prix décennaux fut la seule récompense que l'auteur obtint. Si le trait ne fut pas mortel, au moins blessa-t-il profondément un cœur aussi sensible que celui de Broussais, un amour-propre aussi irritable que le sien. Pourtant il se contint, il renferma, il comprima son ressentiment, puis il continua assidûment ses recherches et ses travaux dans les hôpitaux militaires de l'Italie et de l'Espagne. Là il ouvrit des milliers de cadavres, il s'appliqua à recueillir une grande masse de faits, qu'il médita plusieurs années. Certes, il faut beaucoup attendre d'un homme qui a su ainsi s'attendre lui-même et aussi longtemps. Esprit vigoureux, profond, hardi, et de cette hardiesse qui attaque de face et à bout portant les hommes et les doctrines, Broussais se fit une méthode où l'analyse disparaissant sous les envahissemens arbitraires de la synthèse, il arriva bientôt à des principes coulés d'un seul jet dans le moule d'airain de sa volonté. Ainsi bien pourvu de savoir et d'érudition, riche par lui-même de faits, de recherches et d'expériences, ayant des principes arrêtés et le cœur ulcéré d'indignation, il revint à Paris et entra dans la lice armé de toutes pièces.

Ce fut en 1815, que dans un petit amphithéâtre de l'école de perfectionnement, il commença ses cours particuliers; c'est là qu'en face, et à deux pas de la Faculté, il lui jeta un ironique défi, qu'il éleva autel contre autel, doctrine contre doctrine. Tout d'abord il se posa comme le réformateur de la science, devant procéder par voie de démonstrations physiologiques à la réédification complète de la médecine. Et qu'on ne se figure pas que son cours ressemblât à aucun autre de ce genre, c'est-à-dire, une exposition simple et calme, méthodiquement élaborée des préceptes de l'art. Nullement : ce cours était une véritable arène où le professeur combattait seul et à outrance. C'était de la part de celui-ci un faste de rudesse et de franchise, une discussion agressive et malveillante des théories reçues, une explosion continuelle de récriminations contre la science d'alors et ceux qui l'avaient faite, un parti pris d'être tou-

de la force qu'après avoir été témoin des nombreuses catastrophes produites par son application des bougies et des sondes fines et plus ou moins aignës usitées de son temps. Mais s'il avait grandement raison, vis-à-vis d'instrumens pareils, sa proposition n'est plus aujourd'hui qu'absurde ou sans aucun fondement, à côté de mes moyens et de mes principes.

ART. 3. — LA PRESSION EST L'EFFET IMMÉDIAT DU CATHÉTÉRISME EN ACTION. — Quelle que soit la manière d'envisager la marche et l'effet immédiat d'un cathéter, il est évident que c'est à la pression qu'on est obligé de s'arrêter définitivement dès qu'on veut avoir une explication scientifique ou raisonnée de son action, car les parois de l'urètre ne sont pas béantes comme celles des artères; un certain effort est donc toujours nécessaire pour les écarter l'une de l'autre; et ce n'est qu'en s'appuyant sur elles et en les pressant en tous sens, excentriquement et d'avant en arrière, que l'instrument peut parvenir à ce but. Plus cette pression sera étendue et forte, plus aussi on pourra compter sur le résultat qu'on a assez souvent en vue, c'est-à-dire sur l'écartement ou, comme on dit vulgairement, sur la dilatation de ces mêmes parois urétrales. Cette dilatation n'est donc elle-même qu'un simple effet, que le résultat très secondaire de la pression.

On s'aperçoit donc clairement qu'il est ici question d'un débat sérieux, d'un véritable combat à mort entre deux principes fondamentaux. D'un côté figure la dilatation, telle qu'elle existe en souveraine, depuis les temps les plus reculés, avec son cortége obligé et l'application de ses doctrines despotiques au traitement des maladies urétro-vésicales; et dans le camp opposé se présente la compression avec ses tendances révolutionnaires, et tous les développemens pratiques qui en sont la conséquence forcée. Il s'agit donc de prendre parti pour un système arbitraire et stationnaire, ou pour un mode rationnel et progressif. Le choix pourrait-il être douteux?

Mais cette distinction serait-elle, par hasard, oiseuse? Consisterait-elle uniquement dans une sotte querelle de mots, et n'aurait-elle d'importance que dans la différence de ces expressions? Non certes! car, outre qu'elle est très juste, cette distinction met encore sur la voie d'un cathétérisme plus facile, ainsi que sur une meilleure thérapeutique des affections urétro-vésicales. En effet, si la pression est envisagée comme la véritable cause de la dilatation urétrale, on ne s'adressera plus, pour produire celle-ci, à des boyaux de chat insufflés d'air ou remplis d'eau, à des injections de liquides, à des corps souples et mous et de très petit volume, et à d'autres mauvais compresseurs; mais on aura recours à des agens tout opposés et capables de presser avec quelque énergie. Notez que cette compression, au moyen de corps résistans, explique très bien leur action destructive ou thérapeutique sur maint état pathologique dont l'urètre est le siége, tels qu'indurations, engorgemens, gonflemens, boursoufflemens, plis, raideur, inflammations chroniques, etc., de la muqueuse, parce qu'on sait assez que la seule compression peut suffire pour les dissiper; que cette compression est, d'ailleurs, un des agens les plus énergiques de l'art chirurgical, et qu'on ne saurait vraiment en quelle qualité curative faire figurer ici la dilatation, quel que soit le point de vue sous lequel on veuille l'envisager.

Et les rétrécissemens dans la région prostatique, sont-ils vaincus par la dilatation de cette glande, ou par la pression qu'on exerce sur elle, au moyen de volumineux instrumens?

Du reste, il faut bien le dire encore (1) : la dilatation ne peut jamais figurer qu'en troisième ou quatrième ligne, au nombre de nos procédés opératoires; et il est même assez curieux, en présence de l'admission si générale et si leste de cet état de l'urètre, soit comme cause, soit comme effet d'une cause première. C'est que cette prétendue dilatation est une impossibilité chirurgicale absolue. Car on ne peut l'établir telle, c'est-à-dire sous la forme d'un épanouissement excentrique et circulaire de ce canal, que par la pensée, et encore seulement lorsqu'on se laisse fasciner par le prestige d'une expression routinière et surannée. En effet, là où il s'agit du phénomène de la dilatation chez l'homme, il est toujours le produit de la vie, et jamais celui de l'art, comme dans la pupille et le thorax, et c'est peut-être pour ce motif que Dupuytren avait eu la bizarre idée d'une dilatation vitale de l'urètre!

Partout donc où l'on a observé une plus ample capacité dans un organe quelconque qui, comme l'urètre, est creux, elle est le résultat nécessaire de l'action compressive d'un corps étranger, actuellement en présence sur la surface interne de ce même organe. C'est ainsi que l'estomac, les intestins, la vessie, la matrice, les vaisseaux, etc., sont distendus; et c'est par un mécanisme tout pareil que nous parvenons à dilater également les voies lacrymales, l'anus, le vagin, l'urètre enfin.

Mais, en prétendant et affirmant qu'il n'y a d'ouverture d'écartement ou de dilatation possibles du conduit central qu'autant qu'un corps étranger à l'œuvre l'écarte ou le dilate réellement et actuellement, par sa présence, il est bien évident que, même alors, il ne restera là ni vide, ni ouverture, et que tout sera parfaitement comblé et bouché. Et il est manifeste encore qu'aussitôt que le corps étranger ou dilatant sera éloigné de l'urètre, les parois de ce canal se rapprocheront l'une de l'autre, et se mettront en contact mutuel, à peu près comme celles des intestins, des veines, du méat urinaire, etc., etc., quand elles ne sont plus soutenues, de sorte qu'en dehors de ce soutien mécanique, il ne saurait plus rien y avoir qui puisse être assimilé à une cavité, à un vide, à une dilatation quelconques.

Au lieu donc d'un écartement plus considérable et effectif, ces mêmes parois n'auront acquis, en définitive, qu'une disposition plus prononcée, et une plus grande facilité à céder, à s'éloigner l'une de l'autre, à se distendre, etc., etc., sous l'action éventuelle d'un nouveau corps étranger.

On appellera ce corps comme on voudra : corde, bougie simple ou à ventre, sonde creuse, souple ou solide, porte-empreinte, cathéter, lithotripteur, liquide injecté, voire même... *jet d'urine*; peu importe.

Mais ce qui est important, c'est que l'effet curatif produit par l'opération du cathétérisme permet maintenant à ces divers objets de déployer dans l'urètre, et chacun avec plus d'aisance, leur effet particulier. Si

(1) Si l'on trouve que j'insiste trop fortement et trop souvent sur ce même sujet, c'est qu'on s'obstine trop aussi à en faire le pivot autour duquel on ne cesse de tourner, pour expliquer l'action ou l'effet du cathéter. On a raison de blâmer mon insistance, si l'on prévoit que tous mes efforts pour détrôner la dilatation, en faveur de la compression, seront tout à fait inutiles. Mais j'ai, au contraire, l'espoir que mes luttes incessantes et mes coups redoublés finiront par triompher de quelques répugnances, et par ramener plus d'un récalcitrant. Il m'importe d'ailleurs, sur un sujet aussi grave, de ne négliger aucun motif favorable à mes convictions, et de n'être pas dans le cas de revenir sans cesse à la charge sur ce même point.

---

jours affirmatif pour sa doctrine, hautain et dédaigneux pour celle des autres, dont l'exemple n'avait pas encore été donné; puis l'argumentation chaude de colère et d'emportement, le ton passionné, le geste abrupte, la voix tonnante du professeur, sa figure animée, car il semblait toujours spontanément illuminé d'inspirations fatidiques, ajoutaient beaucoup à l'effet de pareilles leçons. Les auditeurs nombreux, pressés, gardaient le plus profond silence, d'autant plus que leur attention était pour ainsi dire toujours esclave, parce qu'elle était continuellement excitée. D'ailleurs, Broussais, dans l'exaltation optimiste d'un systématique, sûr de ses principes, expliquait cette violence d'attaque par la nécessité de signaler hautement l'ennemi, de le briser, de le renverser; en un mot, d'écraser l'infâme; or, quel était cet ennemi qu'il fallait poursuivre à jamais, cet obstacle au progrès, ce boisseau couvrant la lumière de la science... L'ONTOLOGIE. Il se présentait donc comme l'homme dévoué à cette grande entreprise, sa doctrine était l'hymne de sa foi, le cri de sa conscience; la vérité débordait en lui comme un devoir, comme une mission qu'il devait et qu'il saurait remplir. Quoi qu'il en soit, Broussais dédaigna toujours cette faconde oratoire commune et molle qui ne conteste rien, mais n'établit rien de neuf; il préférait une discussion plus serrée, plus vive, plus pressante, où l'on trouve cet accord de préméditation et de soudaineté qui fait la puissance et le charme de l'éloquence professorale.

On se tromperait d'ailleurs, si l'on pensait que pendant cette espèce d'éruption volcanique, il n'y eut, comme on le disait dans le temps, que du bruit et de la fumée. Broussais joignait à une grande pénétration un esprit très cultivé; aussi remarquait-on dans ses leçons, dans ses appels réitérés au progrès de la science, un adroit mélange de vérités et d'erreurs, un certain art de présenter ces dernières avec la vraisemblance de la réalité; quoique exclusif dans ses idées, il énonçait des principes solides. Non content d'observer, de recueillir beaucoup de faits, il sut les coordonner, en tirer des conséquences souvent forcées, mais d'autres fois d'une incontestable justesse. C'est ainsi qu'il fit sentir la nécessité de rechercher avec soin les lésions organiques et de les comparer aux symptômes qui en sont l'expression et le reflet. Il ne cessa de dire avec raison que l'homme n'est connu qu'à moitié s'il n'est observé que dans l'état sain. Considérer la science sous des aspects jusqu'alors inconnus, ouvrir un nouvel horizon aux recherches ultérieures dans l'étude des organes malades, formuler les principes d'une manière précise, exacte, les ramener, pour ainsi dire à la rigueur du théorème, tel fut le but qu'il proclamait et qu'il se flatta d'atteindre. Tant de savoir et d'application, d'aussi hautes prétentions, unies à ce feu de conviction qui semblait l'animer, à cette ardeur de prosélytisme, à cette persévérante glorification individuelle, à cette estime fanatique de son système, perpétuellement annoncé comme le résumé complet de toutes les vérités médicales, donnèrent aux leçons de Broussais une vogue extraordinaire. On y courait, on s'y pressait comme à une scène dramatique, et plus d'une fois l'on vit les élèves, qui formaient la *queue*, prendre des notes à la pluie ou au soleil, quand les éclats de voix du professeur leur permettaient de saisir le sens de quelques paroles.

Toutefois cette enceinte était bornée et Broussais voulait parler à tous. Il fit donc paraître, en 1816, son premier *examen* des doctrines. On peut dire qu'il montra dans cet ouvrage un admirable mais bien cruel talent de critique; en effet, le ton amer, le sarcasme écrasant, la raillerie poignante, la hautaine ironie, le dédain superbe, sont les armes avec lesquelles il combat ses adversaires;

donc il s'agit de l'urine, comme c'est le cas le plus ordinaire, ce liquide poussé jusqu'alors avec difficulté, avec effort, et plus ou moins lentement et mal, va jaillir désormais avec facilité, sans peine et plus ou moins rapidement et bien. Non pas, je le répète, en vertu de l'existence d'une dilatation quelconque dans le canal qu'il aura à parcourir, mais bien parce que les parois de ce même conduit auront acquis, par une compression préalable et suffisante, la faculté, à l'approche du flot urinaire, de céder et de s'ouvrir largement, presque sans effort, et de lui livrer un libre passage.

Ce fait peut servir d'explication à cet autre, presque inexplicable, avec la théorie de la dilatation : qu'une fine bougie est arrêtée assez souvent dans un canal que vient de parcourir très facilement un cathéter métallique de trois à quatre lignes de diamètre. C'est que cette bougie, par sa ténuité et en raison de sa pointe aiguë, est en effet peu propre à écarter des parois adossées l'une à l'autre, comme deux feuillets de papier, quelles que soient d'ailleurs la laxité et l'étendue de cet endossement; tandis que, dans des circonstances bien moins favorables, un corps dont l'extrémité sera volumineuse et unie se fera jour, sans aucune hésitation, et glissera pour ainsi dire, par son propre poids, entre ces mêmes feuillets membraneux.

Mais que penser de cette autre assertion presque plaisante, et qu'on pourrait fort bien soutenir qu'il n'y aurait de dilatation organique bien réelle ou possible dans l'urètre qu'autant qu'elle serait produite par la présence d'une dureté circulaire ou d'uuc variole indurée, et dont la consistance modulaire, fibreuse ou cartilagineuse forcerait le canal à rester ouvert comme un rameau bronchique ? Et pourtant, ce serait là tout juste, du moins au dire des auteurs, un des cas les plus graves où il conviendrait surtout d'aviser par la dilatation. Mais, direz-vous peut-être, ne pourrait-on pas, sans trop d'inconvéniens, conserver cette dernière, comme une expression consacrée partout, quoiqu'elle soit assez impropre et qu'elle n'indique, en réalité, qu'un état secondaire et même fort contestable ? Non, parce que le mot dilatation induit en de graves erreurs, qu'il n'est point nécessaire pour s'entendre, et qu'en chirurgie comme dans toutes les autres sciences, on s'applique toujours mieux aujourd'hui (et l'on fait bien) à rechercher, signaler et attaquer des causes, et, par là, à se rendre raison de ce qu'on fait.

Si, cependant, on croit devoir aussi, au fait de cathétérisme, rester fidèle aux anciennes traditions, en s'attachant de préférence à l'effet plutôt qu'à sa cause; et s'il est constant, d'ailleurs, que le mot dilatation n'a pas de sens, de quel terme faudra-il donc se servir pour exprimer cet effet si important, si essentiel, auquel on paraît tenir si fort dans la pratique, et pour en avoir une idée assez juste ? Eh bien! on devra se tirer d'affaire ainsi qu'il suit : comme cet effet est loin d'être toujours identique, et qu'il varie comme la cause du mal, ou, si l'on aime mieux, en raison du motif qu'on peut avoir de combattre ce mal, il arrivera, par conséquent, qu'on aura à choisir entre une foule d'expressions diverses, que le corps compressif de l'urètre sera appelé à détendre, amincir, dérailir, assouplir, déplisser, écraser, érailler, déchirer, calmer, modifier, enfiler, pénétrer, explorer, servir à l'évacuation ou à l'injection, etc., etc.; c'est-à-dire que le cathéter agira suivant les circonstances, ou, pour mieux dire, suivant que les *résistances* à l'état sanitaire et au cathétérisme pourront l'exiger.

On soupçonnera bien, du reste, pourquoi, dans un grand nombre d'effets et d'états que peut produire le cathéter et que je viens d'examiner, je n'ai pas fait figurer la trop fameuse dilatation. C'est qu'en effet il ne peut plus en être question ici, et que ni la formule des droits acquis, ni celle de la possession d'état et des faits accomplis ne doivent pas prévaloir contre le gros bon sens et la raison.

Si pourtant et à toute force on veut se cramponner encore à quelque chose d'analogue, à ce que je signale comme un non sens, je conseille, en place du mot *dilatation*, de se retrancher derrière celui de *dilatabilité*, qui sera du moins compris et n'aura rien de choquant; car on pourra très bien dire qu'un des nombreux effets de la compression par le cathéter sera de prédisposer le canal de l'urètre à une dilatabilité plus ou moins prononcée, ou bien, que le cathétérisme peut rendre les parois de ce canal plus ou moins dilatables ou plus ou mois aptes à se laisser dilater, sous la pression éventuelle d'un nouveau corps compressif. Mais pourquoi des locutions semblables, qui tendent à faire abstraction d'un principe fondamental et à le mettre hors de cause ?

C'est ici le lieu de prouver cette assertion que j'ai avancée plus haut : que la dilatation de l'urètre ne peut figurer qu'en troisième ou quatrième ligne dans l'opération du cathétérisme. Ainsi, figurez-vous une cause quelconque qui empêche la libre excrétion de l'urine, et où vous jugez que votre dilatation est indiquée pour parer à cette affection. Vous introduirez donc un cathéter qui commencera par comprimer la dureté, l'engorgement, l'obstacle, en un mot, et vous aurez fait un premier pas. Cette compression finira bientôt, sans doute, par faire céder la résistance, et on aura obtenu, par là, un second résultat essentiel. En continuant d'agir, le compresseur donnera à la muqueuse plus de souplesse et de disposition à l'extensibilité ou à la dilatibilité, et révèlera de cette manière un nouvel et troisième effet dû à l'action du cathéter. Enfin, la dilatation proprement dite aura lieu lorsque le flot urinaire, profitant de l'heureux état où aura été amené l'urètre, par ces trois effets successifs, le distendra plus ou moins facilement, en l'envahissant, et le comprimera à son tour, quoique en sens inverse, afin de produire le quatrième et dernier temps. Si donc la colonne liquide jaillit alors largement, ce sera en vertu d'un état thérapeutique qu'on s'efforce mal à propos de mettre à trois degrés au-dessus de sa place légitime, et en tête de trois autres effets qui sont évidemment antérieurs et plus importans.

La succession graduelle de ces quatre temps est incontestable, dans la plupart des circonstances qui sont du ressort du cathétérisme; de telle sorte que le premier domine le second, celui-ci le troisième, et ainsi de suite. Et ce qui est non moins constant, c'est que ces quatre points seront d'antant plus nettement tranchés et prolongés qu'on tiendra davantage aux idées généralement admises sur les moyens de produire la dilatation; tandis que les limites de ces quatre états divers sont moins distinctes, avec mon moyen, et qu'on arrive, parfois alors au dernier terme, en franchissant si rapidement les trois premiers, que ces effets consécutifs peuvent paraître se confondre, et qu'ils sont, en effet, assez souvent et fort heureusement tous confondus dans un seul et même procédé opératoire.

Enfin, et pour en finir avec cette éternelle et malencontreuse dilatation, je ne dois pas oublier de lui reprocher encore cet autre tort grave qu'elle doit nécessairement avoir aux yeux de tout homme qui réfléchit; dès-lors que vous l'admettrez comme le but empirique qu'il s'agit d'atteindre par le cathétérisme, force vous sera bien encore de statuer; et non moins empiriquement, que tous les vices auxquels cette dilatation

---

c'est une continuelle polémique d'irritation et de colère. Il serre, il condense ses idées; et les coups redoublés de sa logique, ses lumineux aperçus, ses vues rapides et élevées prouvèrent que ce médecin était aussi redoutable la plume à la main que dans sa chaire de professeur. Cet ouvrage eut un succès d'autant plus extraordinaire qu'on y trouva les fondemens de la doctrine que l'auteur développa plus tard dans des publications successives et surtout dans son journal. Cette doctrine, comme tout ce qui est brillant, nouveau, retentissant, fit en peu de temps de rapides progrès. Répandue par la parole du maître, par ses livres, par la presse, par la controverse, par les élèves, par les nouveaux docteurs, elle grandit, elle gagna les esprits, elle enflamma les jeunes imaginations, ébranla les vieilles convictions; il y eut de l'enthousiasme, de l'engouement, une fièvre chaude d'admiration. On crut et on dit qu'il fallait dater l'ère de la médecine de cette époque, puisqu'il n'y avait rien de vrai, de solide, de vivace, de fort, d'incontestable qu'une pareille doctrine, qu'elle était l'*alpha* et l'*oméga*, l'unique et perpétuel flambeau de la science. Broussais put donc se regarder comme le réformateur de la science, et c'est pure modestie de sa part s'il ne prit pas, comme Thessalus, le titre de *iatronicos*, vainqueur des médecins. A dire vrai, cette doctrine, qu'on ne peut exposer ici, n'était pas sans droits pour inspirer une certaine confiance. En effet, le dogme broussaisien semblait toujours appuyé sur le fait patent et palpable, sur l'évidence matérielle. De ces faits multipliés, l'auteur avait tiré des principes, de ceux-ci des principes plus élevés encore, enfin une grande unité, une sorte de *criterium* absolu des phénomènes pathologiques. Ainsi le soin de relier toujours les symptômes aux organes souffrans, de remonter par là de l'effet à la cause, du phénomène à la loi, de prendre pour point de départ la démonstration rationnelle et expérimentale, peut-être le désir, la secrète espérance d'arriver enfin à quelque chose de fixe et d'arrêté en médecine, contribuèrent à donner une grande valeur aux opinions de Broussais. On fut frappé de la sagacité de sa critique, de la profondeur d'observation, de la finesse d'explication dont il fit preuve, de l'ensemble et de la puissance de ses assertions, mais surtout de la grandeur et de l'importance des résultats promis, presque annoncés comme infaillibles.

Ce qui ajoutait encore à ces causes de succès, c'est le dangereux prestige de simplification pathologique et d'unité thérapeutique, caractère de la théorie broussaisienne; beaucoup d'esprits se laissèrent aller à cette séduction. Certes une doctrine établie carrément sur deux bases, l'irritation et l'abirritation, l'inflammation et la subinflammation, autrement dit, le principe commode et faux du *plus* ou du *moins*, dominant partout, soutenu d'ailleurs par l'enchaînement et l'autorité des formules, par la multiplicité des faits, par la rigueur des déductions, paraît et devait paraître d'une solidité à toute épreuve. Il semblait y avoir dans ce système une cohésion si étroite à la fois et si profonde de principes, que la preuve de sa vérité s'en déduisait par cela même. Broussais avait eu le courage de palper, de sonder la plaie de la science, l'analyse outrée et sans bornes. Il établissait des principes et fixait des bases; il demandait aux faits le sens des phénomènes; il savait passer de l'ordre matériel, dans l'ordre philosophique et synthétique. C'est ainsi qu'il donna de la fièvre, cet obscur fantôme de tous les siècles, l'idée la plus nette, la plus explicite qui en ait été conçue. A l'aide de sa méthode, la médecine parut plus simple, plus méthodique, tout en même temps plus facile, plus rigoureuse, car l'indication était toujours là, toujours présente sous les yeux du praticien pour le guider et l'éclairer. Il n'est pas jusqu'à ces mots fascinans de *progrès*, *d'avancement* de la

doit remédier ne constitueront ni plus ni moins aussi que de purs et simples rétrécissemens, de véritables effets secondaires, sans autres caractères distinctifs et essentiels pour le praticien. Cette conséquence est, sinon rigoureuse, du moins assez généralement admise. Mais, je le demande, sommes-nous donc réduits à cette dure extrémité, de devoir faire abstraction complète de toutes les recherches des pathologistes sur les divers états de l'urètre et sur les causes variées qui donnent naissance à ses altérations fonctionnelles? Ne seraient-elles d'aucune valeur pratique? Et celui qui se pique si fort de simplicité, qui en est le champion avoué, devrait-il peut-être se soulever et protester seul contre l'abus grossier et insensé qu'on voudrait en faire ici?

On a pu voir cependant que la simple compression du cathéter, en qualité de moyen curatif unique, n'exclut nullement la variété des causes morbides, ni la diversité des vices organiques de l'urètre; tout comme aussi on peut très bien se rendre raison des effets de ce seul remède et de son efficacité, en dépit de la différence des états pathologiques contre lesquels on le dirige. Pour se convaincre de cette vérité, je prie qu'on veuille bien relire la longue série de ces effets divers que j'ai groupés plus haut, et qu'on me dise si, malgré leur multiplicité, ils ne peuvent pas tous être produits par l'action du seul et même agent que je ne cesse d'invoquer? Or, cette action compressive est généralement et irrévocablement jugée, acquise et admise en chirurgie, et précisément dans les mêmes circonstances qui sont implicitement indiquées dans le groupe en question. Pourrait-on appliquer le même raisonnement à la dilatation? et serait-il dit que les deux mots *rétrécissement* et *dilatation* constitueront à eux seuls toute la pathologie et la thérapie des maladies de l'urètre et de la vessie? C'est impossible.

ART. 4. — LES RÉSISTANCES ENVISAGÉES COMME CAUSES ET DES AFFECTIONS URÉTRO-VÉSICALES ET DU CATHÉTÉRISME.

Les causes morbides qui nécessitent le cathétérisme peuvent se rattacher, en très grande partie du moins, à des résistances à vaincre par le cathéter pour venir au secours des fonctions altérées des organes sécréteurs de l'urine. Mais elles sont si connues des pathologistes que je ne crois pas devoir m'y arrêter; elles sont, d'ailleurs, sous-entendues pour la plupart dans la longue énumération que je viens de faire des effets divers qui suivent immédiatement le cathétérisme, et je n'ai rien à enregistrer de nouveau sous ce rapport. Je me contenterai seulement de noter un des grands résultats qui se prononcent presque toujours lorsque ces résistances sont convenablement attaquées et vaincues: c'est que si la compression excentrique a été portée assez loin, même momentanément, son effet immédiat (la dilatation, si vous le voulez absolument) ne disparaît, en général, jamais entièrement, et l'impression en subsiste d'autant plus longtemps, que cette compression a été plus considérable ou plus brusque. Ce fait, qui est en même temps physiologique, pathologique et pratique, est bien connu et de la plus haute importance pour le cathétérisme; je dois donc en prendre acte.

Le mot *résistances* n'est, au demeurant, pas trop mal choisi, et met assez bien sur la voie à suivre et sur le moyen à prendre pour les attaquer et les faire disparaître. Il suffit, pour s'en convaincre, de se rappeler ce qui se passe dans toutes les opérations où, sous le rapport de cette résistance, il existe une très grande analogie avec le cathétérisme. Chaque fois, en effet, qu'il est question de l'introduction plus ou moins forcée d'un corps quelconque dans un canal souple et mou, il importe que le premier soit ferme et dur. Ainsi, nous savons que les instrumens destinés à être portés dans les voies lacrymales, soit par le nez, dans le soi-disant cathétérisme du canal nasal, soit par le sac lacrymal, lorsqu'il s'agit d'insinuer une canule ou le clou de Scarpa dans ce même canal; que ces instrumens sont tous solides. Il en est de même de ceux qu'on pousse dans la trompe d'Eustache et dans certaines plaies et fistules. Le pénis, le doigt, la main, le spéculum, le forceps, etc., etc., doivent également être résistans pour être introduits dans le vagin; et les cathéters creux et mous ont besoin, pour passer plus facilement dans l'urètre et la vessie, d'acquérir une certaine dureté, au moyen du mandrin métallique.

Si toutes ces considérations ne suffisent pas pour décider *à priori* l'importante question que je soutiens dans ce mémoire, on conviendra du moins qu'à côté de mes autres argumens et de l'observation journalière, elles doivent avoir un certain poids, et faire pencher la balance du bon côté.

ART. 5. — LA SIMPLICITÉ, DANS LES AGENS DU CATHÉTÉRISME, EST LE GAGE ASSURÉ DE LEUR VALEUR.

On ne sait trop si l'on doit gémir ou sourire de pitié en présence de cette masse d'instrumens divers qui sont recommandés partout, qu'on emploie et qu'on voit surgir journellement encore en faveur du cathétérisme. Tous les élémens semblent avoir été conjurés pour venir au secours de l'homme dans cette opération. L'air, l'eau, les caustiques, le métal tranchant et aigu, les corps pointus et construits avec les substances les plus variées; eh bien! tout cela même ne suffit plus; car, à la voix du marquis d'Argenteuil, d'autres instrumens, des agens nouveaux de dilatation, d'incision, de cautérisation, d'injection, que sais-je encore? sont sur le point d'éclore, et ne manqueront pas d'avoir aussi leur vogue d'un jour.

Tant de confusion dans les moyens semble attester celle dans les idées, et l'une et l'autre ne cesseront qu'autant que nous voudrons bien prendre la simplicité pour guide dans nos recherches, et l'associer à nos procédés, ainsi qu'à la fabrication de nos objets matériels. Pour mon compte, je ne cesse de l'invoquer en toutes choses et en toute occasion, et je ne puis assez me féliciter d'en faire la règle de ma conduite; car je suis fermement convaincu que, même pour ce qui concerne le cathétérisme, simplifier est presque toujours synonyme de perfectionner.

Et d'abord, je ne veux avoir recours qu'à un seul corps, pour la confection de mes cathéters, et je le trouve dans l'étain (1).

Je pourrais, sans doute, à l'exemple de quelques praticiens, en avoir aussi de creux et de pleins; mais ces derniers sont inutiles à côté des premiers, et n'ont pas certains grands avantages de ceux-ci. En se servant d'instrumens pleins, on ne peut, par exemple, pas savoir au juste si l'on est parvenu dans la vessie, ou si l'on a fait fausse route, puisqu'il ne peut s'écouler une seule goutte d'urine ou de sang. Il est de même impossible, avec ces cylindres, de vider en tout ou en partie la poche urinaire, ni de reconnaître la quantité ou la qualité du liquide qu'elle peut contenir, quand ces investigations sont jugées nécessaires, conjointement avec le

(1) Il n'existe que quelques rares exceptions où les cathéters creux et souples peuvent mériter la préférence sur ceux en métal, et ces cas exceptionnels sont le plus souvent même purement transitoires. Ceci pourra, au demeurant, être rappelé plus bas, lorsque l'occasion se présentera de dire deux mots des cathéters d'ivoire.

science, de *nouvelle* doctrine, qui n'aient contribué à faire briller la théorie dont il s'agit, surtout à une époque où les passions politiques s'alliaient aux mouvemens de la science. On était servile ou libéral, obscurant ou rétrograde, selon que l'on adoptait ou rejetait l'irritation, l'essentialité ou la localisation des fièvres. Broussais sut donc attirer à lui, d'abord les esprits jeunes, mobiles, facilement enthousiastes, puis il entraîna beaucoup d'hommes graves et d'esprits réfléchis. C'est qu'il présentait avec art ce que sa doctrine avait de bon, de réel, d'utile, et avec plus d'art encore ce qu'elle contenait de faux et de vague. La prodigieuse adresse avec laquelle il savait passer entre la vérité et le mensonge, esquiver l'une et tromper sur l'autre par la vraisemblance, lui a conquis bien des partisans. Aussi ne doit-on pas s'étonner si, à l'apogée du physiologisme, Broussais crut avoir donné l'unique et dernier mot de la science; si ce médecin célèbre, qu'exaltaient ses propres idées, qui s'enivrait de l'encens de la popularité, eut une espèce d'orgueil briarée, toujours hostile, toujours guerroyant; si, comme tout ce qui prétend n'exister que par soi, il a érigé ses opinions en règle absolue, appelé à son tribunal, *examiné*, jugé, condamné toutes les autres doctrines. Hippocrate lui-même n'a pas trouvé grace devant lui, il est vrai qu'il ne l'a pas appelé, comme Rasori, le *père de l'erreur*; mais c'était à ses yeux une de ces vieilles idoles qu'il est d'usage d'abandonner à la foule.

Cependant, au bout de quelques années, l'auréole du physiologisme pâlit sensiblement: les puritains de cette doctrine devinrent assez rares. On s'aperçut que, comme tous les réformateurs, Broussais avait été fort dans la critique, mais faible dans l'édification. Bientôt les objections, les exceptions, les remarques, les critiques, se multiplièrent contre l'irritation. Cet être morbide archétype, l'évidente radicalité des principes qui en découlaient, selon les partisans de sa doctrine, devint un sujet de doute. On vit que cette irritation, distinguée, divisée, subdivisée, directe, sympathique, prenant toute espèce de formes, sans changer de nature, n'était dans le fond qu'une entité, très propre à être placée elle-même dans le panthéon ontologique. Il devint frappant pour un grand nombre d'hommes modérés, par conséquent judicieux, que regarder la maladie comme une simple déviation quantitative de l'état physiologique, c'était perdre de vue le caractère anormal de l'état morbide; qu'il n'y a qu'une apparente identité entre toutes les inflammations qui diffèrent beaucoup moins par le degré que par la spécialité causale; que, si les symptômes ne sont pas la maladie en essence, ils en sont l'expression patente et visible; que la localisation des affections pathologiques est impossible à établir dans beaucoup de cas, le *consensus* morbide s'opposant souvent à bien reconnaître le point de départ; qu'il n'existe pas toujours des rapports constans entre l'étendue des lésions organiques, la forme et la gravité des symptômes, ce qui donne raison à Baillou (1); qu'on n'avait pas assez distingué la *lésion-cause* de la *lésion-effet*; qu'il y a certainement autre chose que des lésions organiques, et que cette *autre chose* est précisément le principe de la maladie; que l'altération des humeurs, désormais incontestable, et surtout l'altération de l'organe des organes, le sang, était singulièrement négligée dans cette doctrine; que le fondateur s'était en général attaché à *l'organisme* plutôt qu'au *dynamisme* de l'économie

(1) *Cum animo, sæpe evolvuit causa morbi.*

cathétérisme. Enfin, un instrument qui n'est pas creux ne peut servir à pousser des injections dans l'urètre ou dans la vessie; et si elles sont reconnues convenables, au moment même où le cylindre solide est peut-être parvenu dans le viscère, force sera de le retirer pour lui substituer un tube quelconque. Du reste, ces mêmes désavantages existent également avec les bougies souples, et ils constituent un second ordre de reproches graves qu'on peut et doit adresser à ces dernières.

Je ne possède donc que des cathéters creux; mais ces tubes sont bien suffisans pour fonctionner partout où l'on croirait encore nécessaire de recourir aux simples cylindres; et l'on vient, d'ailleurs, de voir qu'ils peuvent agir dans plus d'une circonstance essentielle, où tous les cathéters pleins sont complètement impuissans et nuls.

Au lieu de multiplier outre mesure mes cathéters, j'en ai six tout au plus; mais ils suffisent amplement pour des adultes, soit qu'on commence leur série par une ligne et demie ou deux lignes de diamètre, soit qu'on la termine à quatre lignes ou quatre lignes et demie, et de manière à mettre entre chacun des six numéros ascendans, une demi-ligne de plus de diamètre.

Fidèle à cette belle simplicité, je ne me sers donc que de ces mêmes tubes métalliques pour explorer l'urètre et la vessie; traiter la plupart des affections pathologiques et organiques du premier, lorsqu'elles réclament le secours de moyens mécaniques; vider la seconde lorsqu'elle est impuissante à expulser l'urine; évacuer artificiellement ce liquide dans les crevasses urétrales et les fistules urinaires; injecter le réservoir ou son canal excréteur, etc., etc.

Du reste, je ne laisse jamais l'instrument à demeure dans l'urètre, quel que soit l'état de ce dernier et de la vessie, attendu que son seul passage et un séjour momentané dans ce canal suffisent, presque toujours, au but qu'on veut atteindre par le cathétérisme, tel du moins que je l'entends.

Comme la simplicité des moyens se lie étroitement à celle des procédés, il résulte encore de ces deux circonstances réunies les avantages suivans, qu'on ne saurait me contester et dont je ne puis assez signaler, glorifier même, la précieuse origine. Ils se retrouvent partout, du reste, où l'on a su comprendre toute la portée des mots *simplicité* et *perfectionnement*, ainsi que les rapports intimes qui existent entre la valeur de ces deux expressions, chaque fois qu'il s'agit de leur application aux besoins variés de l'homme. Et, d'ailleurs, nous tendrons toujours, par cette même simplicité, à ce grand et noble but, d'imprimer à nos chétifs procédés le beau cachet que la féconde et puissante nature ne cesse d'opposer, par ses voies et moyens, à toutes ses nombreuses et gigantesques opérations. Ainsi donc, et pour faire ressortir, en faveur du cathétérisme, les avantages qui résultent de la simplicité, je dirai :

1° Il est plus facile de se procurer un moyen simple, de l'appliquer, d'en étendre les effets et d'en généraliser l'usage.

2° On peut mieux en expliquer et enseigner le jeu aux élèves.

3° Il peut être uni, dans certaines circonstances et sans inconvéniens, à la portée des gardes-malades et des malades eux-mêmes.

4° La science et l'humanité gagneront, par là, tout ce qu'elles perdent, chaque jour, par tout ce qui se passe encore de contraire, et presque en tous lieux.

On peut résumer tout ce qui précède de la manière suivante :

1° Le corps le plus propre à produire la pression mécanique des parois de l'urètre, et qui a pour but le cathétérisme, doit être ferme et dur.

2° Le métal se recommande donc sous ce premier point de vue.

3° Il faut le choisir parmi ceux qui ne sont ni trop cassans, parce qu'il doit agir avec force, ni trop flexibles, pour qu'il ne plie pas mal à propos sous la force motrice.

4° Il doit être susceptible d'un très beau poli, afin de glisser plus facilement et d'irriter les tissus le moins possible par la pression et le frottement.

5° Il importe que ce métal soit, en même temps, à bas prix et, par là, à la portée de l'état de fortune du plus grand nombre des chirurgiens et des malades.

6° Le diamètre du cathéter doit être en rapport avec la faculté d'expansion du canal urétral; et la force à imprimer à ce compresseur sera de même proportionnée au volume de ce dernier et aux résistances qu'il aura à vaincre.

7° Plus l'instrument sera volumineux, plus aussi son action sera puissante.

8° Plus cette action aura été brusque, quoique momentanée ou temporaire, plus aussi son résultat immédiat sera durable.

9° Puisqu'il s'agit d'une simple pression, l'extrémité comprimante de l'instrument doit, pour faire une impression plus forte sur les parois urétrales, être émoussée, arrondie, et assez volumineuse; car, si elle était pointue, elle ne manquerait pas de s'arrêter sur la plus petite inégalité de ces parois, ou de les percer, ou de se replier sur elle-même, si elle était poussée avec quelque force.

10° On pourra, au contraire, agir avec d'autant plus de vigueur que le cathéter sera plus volumineux, et qu'un gros calibre est la meilleure garantie contre les dangers d'une fausse route.

11° La simplicité et, en quelque sorte, l'unité d'action sont, en outre, les corollaires obligés de ce nouveau système.

Mais il résulte encore de la connaissance positive qu'on a de l'action du cathéter cette conséquence d'une haute importance pratique : que si l'on doit faire usage de cet agent mécanique dans tous les cas où la pression peut être utile, comme moyen préventif, curatif ou palliatif (et telle est bien la règle générale et appréciable à l'immense majorité des affections urétro-vésicales); il faudra bien aussi, d'un autre côté, recourir à d'autres médications, lorsque cette pression sera impuissante ou contre-indiquée. Mais ici se trouvent précisément les limites où ces autres moyens mécaniques, extraordinaires et purement exceptionnels devront se présenter et prendre place dans la thérapeutique de ces affections.

Il n'entre nullement dans mon sujet de passer en revue ces divers *auxiliaires*, mais il est de toute évidence que ce n'est que dans des cas purement exceptionnels aussi qu'on pourra faire usage de la cautérisation, de l'incision, de la boutonnière, de la ponction avec la sonde à dard, de la paracenthèse au-dessus du pubis, par l'anus ou le périnée, etc.; et toutefois encore, avec cette condition *sine quâ non*, et cette réserve expresse et absolue, que tous ces moyens d'exception n'auront qu'un temps bien court, et qu'ils devront incessamment faire place à la règle et être suivis, au plus tôt, par des agens compressifs, en dehors desquels il n'est point de traitement salutaire possible.

Ajoutons que toutes ces médications anormales et subsidiaires seront toujours plus rares, à mesure qu'on appréciera mieux la seule bonne règle à suivre, et qu'on saura se rendre plus exactement raison de la ma-

---

animale; enfin, que la thérapeutique était, en quelque sorte, anéantie, en la limitant dans un très petit nombre d'indications.

On remarqua également que par ce système, poussé à sa dernière extrémité, la science perdait, pour ainsi dire, son passé, que les zélateurs affectaient, en effet, de regarder comme un amas de vieilleries. La chaîne des temps était brisée, l'érudition médicale peu en honneur, le fil de la tradition scientifique à peu près rompu. Et cependant qui oserait nier que les travaux antérieurs n'aient contribué à établir la doctrine de l'irritation, à composer les rayons de cet astre devant éclairer à jamais la médecine. Certes, quand Broussais se *leva* il faisait jour dans la science, et depuis longtemps; Reil, Brown, Rasori, Tomasini, Prost, Caffin, Pujol et tant d'autres avaient sillonné ce champ, où il voulut seul moissonner.

Mais la cause la plus active du déclin des principes broussaisiens fut que l'expérience clinique ne répondit pas ou ne répondit que très imparfaitement aux espérances conçues. Ce fut une nouvelle preuve que faire toujours de la pathologie le scalpel à la main, c'est s'exposer à de cruels mécomptes, l'expérience étant la dernière et la seule mesure de la vérité en médecine. Le physiologisme est une plante qui ne croît qu'arrosée de sang humain; or, le sang coulait de toutes parts et avec profusion; une diète rigoureuse, implacable, secondait, en outre, ce moyen thérapeutique; mais beaucoup de guérisons ne s'opéraient pas; l'irritation, génie malfaisant et opiniâtre, résistait à l'infaillibilité des moyens curatifs; d'ailleurs, les convalescences devenaient interminables, les forces étant radicalement épuisées, le principe de vie largement soutiré. On s'aperçut que beaucoup de gastrites n'étaient que des gastralgies, maladie qui exige un traitement tout opposé à celui des saignées. Il devint clair que Broussais ayant soumis à sa méthode de jeunes soldats, la plupart vigoureux; elle était, en général, peu applicable aux femmes, aux enfans, aux vieillards, à cette foule d'individus usés, blasés, névropathiques, qu'on trouve dans les villes. Il y eut donc une réaction, lente d'abord, mais continuelle, progressive, contre la doctrine pure de l'irritation, sorte de dogmatisme inexorable et despotique. L'érudition reprit faveur; les anciennes méthodes thérapeutiques reparurent, et, sans renoncer à ce que l'école de Broussais avait d'utile, les praticiens surent à propos en temporiser l'exagération. Bientôt le réformateur lui-même s'agita dans le vide; ses ouvrages manquaient de débit, son journal cessa de paraître, ses principes et ses livres furent soumis à leur tour à un rigoureux *examen*, quelquefois même à la flagellation du sarcasme et de la moquerie; bien plus, le feu des disputes s'était complètement éteint; la doctrine de l'irritation, abandonnée à elle-même, parut désormais réduite au néant des erreurs *jugées*. Ce qui démontra surtout le déclin du système, c'est que Broussais, devenu professeur titulaire, ne put le relever; sa voix resta sans écho, sans retentissement : la lutte l'avait grandi, le succès le diminua. En vain planta-t-il avec fermeté son drapeau sur une des chaires de la faculté; en vain s'escrimait-il avec force contre son ancienne ennemie, l'ontologie, ou contre messieurs les *grippistes*; la foule, accourue jadis pour recevoir le pain de sa parole, avait disparu; quelques élèves assistaient encore à ses leçons, mais froidement, comme s'il s'agissait de voir une curiosité d'autrefois. On peut dire que la nécrologie du physiologisme était visiblement écrite dans cette solitude. Plus d'une fois, sans doute, le réformateur éprouva le tourment du doute sur la vérité et surtout sur la durée de son système; non, la vie de la science n'était plus là.

nière d'agir des gros cathéters métalliques, comme moyens curatifs et préventifs. Ainsi donc, règle universelle : la compression par le cathétérisme; exceptions, et encore transitoires seulement, et, en quelque sorte, fugitives : tous les agens piquans, brûlans, tranchans, etc., que l'expérience aura sanctionnés. Cette distinction est radicale, et, si elle est trouvée juste, elle ne manquera pas de contribuer puissamment à la réforme des moyens et des procédés applicables au cathétérisme et, ce qui est presque la même chose, au traitement de la plupart des maladies de l'nrètre et de la vessie.

Mais en quoi consistera cette réforme? D'après les principes que je viens de poser, ou bien (je ne crains pas de le dire), suivant telles autres bases scientifiques qu'on voudra bien donner au cathétérisme, et tont en invoquant toujours le témoignage rigoureux de l'expérience, on peut prévoir sans peine qu'on arrivera à renverser complètement tont ce qui concerne cette opération et, chose bien singulière, qu'on prendra tont juste le *contrepied* de ce qui est généralement enseigné et pratiqué de nos jours, dans cette partie de la chirurgie.

Ainsi donc, au lieu de recourir aux substances très molles et bien souples pour la confection des cathéters, on se servira d'un corps ferme et dur;

Au lieu de bougies ou de cylindres pleins, on n'aura plus que des tubes;

Au lieu de ne faire agir ces instrumens qu'avec beaucoup de lenteur, une extrême douceur et une très grande circonspection, on reconnaîtra le besoin de les faire pénétrer avec plus de rapidité et de hardiesse, et, pour cet effet, d'employer la force et même parfois un degré notable de pression;

Au lieu d'appliquer des cathéters de plus en plus grêles et menus, à mesure que les résistances à vaincre seront plus tranchées, on repoussera tont d'abord comme débiles, insuffisans et même dangereux, tous les cathéters aigus et filiformes, et on n'aura recours, en second lieu, qu'à des tubes de plus en plus volumineux, à mesure que les obstacles seront plus difficiles à surmonter;

An lieu de laisser ces instrumens à demeure dans l'urètre, on ne les y introduira que momentanément;

An lieu de fonder sur un effet très secondaire et problématique le point scientifique qui domine le cathétérisme, on l'établira sur une cause capable d'expliquer nettement tous les résultats qu'on peut obtenir par l'application du cathéter;

Au lieu donc de baser la théorie sur une prétendue dilatation, on envisagera celle-ci non seulement comme un effet pur et simple, mais encore comme un véritable non sens, et on lui substituera la compression, comme un principe rationnel de causalité;

An lien de conserver, comme moyens thérapeutiques généraux, tous ceux qui se rapportent à la cautérisation, aux incisions et à d'autres médications mécaniques en dehors de la simple compression, on les reléguera tous au nombre des agens qui ne doivent plus figurer que comme purement exceptionnels;

Au lieu même de présenter ces derniers comme curatifs, on devra les signaler comme insuffisans par eux seuls, et comme de simples auxiliaires de la compression;

An lien de cette foule d'objets divers qu'on tient en réserve, pour leur donner, sans même trop savoir pourquoi, une prédilection marquée, on n'aura qu'un seul ordre de moyens compressifs de l'urètre;

Au lien d'hésiter sur leur indication, sur leur mode d'agir et sur leur valeur respective, on jouira de tous les avantages qui se rattachent à la simplicité et à l'unité d'action;

Au lieu d'un traitement long, gênant et dispendieux, on arrivera au même but, rapidement et sans trop d'embarras, ni de dépenses;

Enfin (si, du moins, je puis hasarder ici cette figure métaphorique, qui peint assez bien la situation des deux systèmes), au lien de laisser la clinique des affections urétro-vésicales sans boussole et sous la fatale influence de la peur, voguer au gré du calme plat, des flots irréguliers et des courans contraires, la science ira saisir le gouvernail et, prenant l'expérience pour pilote, elle cinglera à pleines voiles dans des parages semés de récifs et d'écueils, abordera, avec confiance et hardiment, les plages les plus périlleuses, et entrera triomphante dans la rade.

Si l'on trouve que je ne me suis point fait illusion sur l'ensemble de ces déductions et sur les conclusions qui en découlent, il est impossible qu'il ne surgisse pas des réflexions pénibles dans l'esprit de mes lecteurs, au sujet de l'incroyable ascendant qu'a eu jusqu'ici l'affreuse routine sur les chirurgiens, car c'est à elle seule que sont dus et la longue enfance de l'art et l'opiniâtre aveuglement des praticiens sur ce point de thérapeutique. Cet exemple nous corrigera-t-il du moins, et éprouverons-nous le besoin de nous tenir en garde contre les funestes empiétemens de cette même routine dans d'autres parties du domaine scientifique.

Je termine ici ces généralités, que je présente et pose comme les *prolégomènes* aux différens mémoires que j'ai publiés sur le cathétérisme. Mon dernier article sur cet important sujet se trouve dans le nouveau DICTIONNAIRE DES ÉTUDES MÉDICALES, aux mots *cathéter* et *cathétérisme*. Il date de la fin de 1838; et, si on veut bien le consulter pour les objets de détails, on acquerra la certitude que mes convictions sont restées les mêmes, et que mes doctrines n'ont pas varié depuis un très grand nombre d'années.

Il m'a paru, du reste, dans un séjour que je viens de faire à Paris, que les premières étaient partagées, et les secondes professées par quelques sommités chirurgicales. J'ai vu, du moins, avec quelque satisfaction, que le besoin des cautérisations urétrales devenait, de jour en jour, et moins général et moins pressant, à mesure que mes cathéters étaient mieux connus et moins répandus (1).

Mais je dois revenir un instant sur le mot *brusque*, qui m'est échappé plus d'une fois dans ces quelques pages, et qui n'aura pas manqué d'effaroucher la plupart de mes lecteurs. Essayons donc d'atténuer l'impression qu'il aura pu produire sur leur esprit.

Sous l'allure, lentement graduelle, doucement successive, débile, méticuleuse, en un mot, des cathéters, tels qu'ils sont employés généralement, il est facile de comprendre, non seulement que la marche vers la guérison ne doit pas être très accélérée, mais encore que l'effet final sur les tissus morbides sera plus ou moins incomplet. Ceux-ci pourront donc s'habituer facilement à une action presque imperceptible, et qui ne les impressionnera pas à fond; de sorte qu'ils seront si peu modifiés

(1) Aussi M. Charrière et d'autres fabricans d'instrumens continuent d'en établir en très grande quantité pour satisfaire aux nombreuses demandes de la capitale, des départemens et de l'étranger.

Cependant, soit par conviction, soit plutôt par ce besoin d'occuper de soi le public, dont ne se guérissent jamais les esprits qui ont une fois goûté l'ivresse des applaudissemens, Broussais se fit le propagateur de la phrénologie : de nombreux auditeurs vinrent alors l'entendre et l'applaudir. Mais il fit tant de concessions à ses adversaires (Acad. de médecine, séance du 26 avril 1836) que, dans son langage, Gall n'aurait peut-être pas reconnu sa propre doctrine. Au reste, la phrénologie convenait au fondateur de l'école physiologique. Comme médecin, il n'avait étudié que les organes; comme philosophe, il ne vit pas autre chose dans cet appareil *physico-chimico-biotifique*, qu'on appelle vulgairement homme, selon sa définition. La transcendance de sa philosophie s'attacha à l'*ame-cerveau*, attendu qu'on ne peut rien disséquer, rien palper, rien voir ni concevoir au-delà. Expliquer la sensibilité, la vie elle-même, par une simple contraction physique, un resserrement de l'albumine, regarder l'idée comme une irritation intra-crânienne associée dans son origine à la stimulation physique, proclamer la consubstantialité de l'être spirituel et de la matière organisée, faire de la perception, de la volonté, du *moi*, des phénomènes purement physiologiques, dont l'extrême limite échappe pourtant à nos recherches; mettre à l'écart ce *machiniste*, non nerveux, jadis placé dans le cerveau, voilà ce que Broussais a soutenu avec cette verve de science et d'élan, avec cette âpre liberté de vues, avec cette forte et vive indépendance de l'esprit qui le caractérisent. Et pourtant le doute a plus d'une fois traversé sa pensée; car, y a-t-il quelque chose de plus pénible, de plus confus, de plus embarrassé que sa profession de foi; l'athéisme même n'y est pas sans masque. Mais pourquoi s'avancer aussi hardiment dans ces régions inconnues à la science? Qu'est-ce que l'esprit, qu'est-ce que la matière? que savons-nous de l'homme et de la vie? Avouons-le, rien ou à peu près. La matière cérébrale a-t-elle virtuellement la capacité de penser, de faire de l'intelligence, ou l'esprit est-il une émanation de celui qui est et par qui tout est? Faut-il confondre la nature et la libre activité de l'entendement avec l'aveugle *fatum* du corps, regarder l'âme comme une hypothèse hyperphysique, sans base dans les lois de l'économie? La mort n'est-elle, en effet, que la cessation du jeu d'un mécanisme vasculaire, nerveux et assimilant? Avec l'existence de Dieu, la mort absolue est-elle possible? N'avons-nous pas le sens intime, l'idée d'une intelligence qui ne meurt pas? Peut-on diriger l'entité conscience, faire de la morale avec un encéphale plus ou moins développé, etc.? O Broussais! comment, avec votre lumineuse perspicacité, votre jugement profond; avez-vous pu décider ces hautes et redoutables questions dans le sens le plus triste de la philosophie et le plus dangereux pour l'humanité? Mais c'était un de ces hommes qui s'avancent sur toutes les cimes avec une précipitation ardente, et, dans leur présomption, s'écrient qu'ils ont atteint le but, qu'on ne saurait aller au delà.

Le malheur est que pour soutenir sa doctrine philosophique, ce médecin a employé le même talent que pour étayer sa théorie de l'irritation. Certainement Broussais a été un des écrivains les plus distingués parmi les médecins. Son style ferme, hardi, énergique, rempli d'images, quoique avec des formes arrêtées et précises, saisit tout d'abord et intéresse vivement. Ce style n'a jamais la gravité tendue et composée qu'affectent certains auteurs de notre profession. Point d'enluminure, nul effort, c'est de plein jet, comme d'inspiration, que Broussais lance ses pensées. Dans son style comme dans ses leçons, il semble toujours entraîné par un sentiment impétueux, unique, qui décide et apporte avec lui l'expression. On chercherait en vain dans ce qu'il écrit la pu-

dans leur contexture et leur organisation qu'ils ne tarderont pas à reprendre leur forme primitive aussitôt que cette compression, si faiblement hostile, aura cessé d'agir.

Je ne puis dire jusqu'à quel point cette explication physico-vitale est fondée; mais il est constant que les guérisons sont incomparablement plus promptes et les rechntes moins fréquentes avec mes instrumens et mon mode d'agir qn'avec les agens divers et les procédés variés dont on fait encore usage : cela doit être.

Cependant on ne manque pas de dire et d'affirmer, et, tont récemment encore, on n'a pas craint d'imprimer : « que l'urètre ne pent admettre qu'une dilatation lente et gradnelle; que ce canal s'insurge, pour ainsi dire, contre tont procédé employé dans le hnt de dilater forcément ses parois, ce qui rend si dangereux les moyens hrusqnes et violens dans le traitement des rétrécissemens organiques de ce conduit; tandis qn'une dilatation temporaire, lentement ménagée avec les hongies les plus molles, les plus sonples, finit presqne toujours par triompher, avec dn temps et de la patience, des rétrécissemens les plus rehelles, tonjours exaspérés et rendus sonvent incnrahles par les antres méthodes. » (GAZETTE DES HÔPITAUX, 14 février 1839, p. 79.)

Mais je dirai hien mieux que l'anteur anonyme de cet article (1). La méthode avec ces hongies, de très sonple et molle consistance, est si bien connue et depuis tant et tant d'années; elle est même si facile, si simple et si généralement établie, qu'on la voit recommandée par la plupart des notabilités de tons les pays, et qne les plus habiles chirurgiens y ont encore constamment recours. Je ne crains pas qu'on puisse rien avancer de plus fort en faveur d'une médication quelconque, et je déclare que je n'ai jamais cessé de m'exprimer dans ce même sens vis à vis dn cathétérisme tel qu'il est encore usité partout. Mais qu'est-ce que tout cela pronve contre une innovation radicale de moyens et de procédés, contre un changement complet de système de thérapentique? Il fandrait, an moins, ponvoir prétendre que le mode de faire avec les hongies les plus molles et les plus sonples est arrivé au *nec plus ultra* de la perfection, et qu'il n'y fant toucher pas plus qu'à l'arche sainte. Or, à ce compte-là, je pourrais demander à mes adversaires : comment se fait-il qu'une méthode qui a la sanction du temps, qui est tant préconisée, si universelle, si donce, si infaillible, si parfaite, enfin, ainsi qu'on le prétend, comment cette même méthode a été cependant si vîte ahandonnée et presqne oubliée, pour courir avec fureur après le procédé de la cautérisation, aussitôt que celui-ci a été mis en lumière par les soins de Ducamp?

Comment il arrive qu'il y ait encore tant de malheureux qui souffrent et depuis si longtemps de rétrécissemens, de fausses routes et de fistules nrétrales?

Si l'opiniâtreté, la gravité et la fréquente récidive de ces maux, même an sein des capitales, et là où tous les secours abondent, sont bien en favenr des moyens contre lesquels je m'élève?

Si le grand nombre de fausses rontes qu'on rencontre ne sont pas en raison de la ténuité des cathéters et de la multiplicité des modes de traitement qn'on oppose, de nos jours encore, aux maladies urétrales?

Si la dotation de fen le marquis d'Argentenil en faveur de meilleurs préceptes et de nonveaux instrumens contre les affections urétro-vésicales serait, par hasard, un véritable anachronisme?

Si l'impatience qu'on éprouve de voir surgir quelque nouveau procédé, par les soins de ce digne philantrope, atteste une extrême légèreté de la part des praticiens plutôt qn'un hesoin fortement senti de l'époque actuelle (1)?

S'il dépend tonjours de l'homme de l'art on dn malade de joner avec le temps et la patience, comme on voudrait le faire croire?

Si, an contraire, il n'existe pas un très grand nombre de cas et des plus graves, où il y a péril évident dans l'attente et le moindre retard, et où il fant arriver, pour ainsi dire, à tont prix?

Les rétentions et les quasi-rétentions d'urine, qui sont compliquées de soit disant rétrécissemens, permettent-elles, par exemple, de disposer commodément du temps et de se retrancher mollement derrière sa propre patience et celle dn malheureux qui implore instamment des secours?

Mais an lien de multiplier ces faciles interpellations, convenons plutôt que le cathétérisme, tel qu'il est exécnté de nos jonrs, laisse encore trop à désirer, ponr ne pas appeler l'innovation et le progrès; qu'il ne suffit pas qu'une méthode curative quelconque ait l'assentiment dn temps et des meilleurs anteurs pour être à l'abri de tonte critique; que la lithotripsie, par exemple, n'existerait pas si l'on eût en, en faveur des lithotomistes, cette foi entière que les partisans des hongies les plns molles réclament, anjourd'hui, pour leurs assertions; qne les accusations, si nettement tranchées, de ces derniers contre l'action énergiqne des compresseurs métalliques de l'urètre, non seulement sont empreintes de ridicules exagérations, mais qn'elles n'ont ancun fondement, et qn'elles sont, hien évidemment, l'effet d'opinions préconçnes et nullement le fruit de l'expérience et de l'ohservation.

Tontefois je me hâte de prévenir mes lecteurs qu'on aurait tort de prendre ma hrusqnerie ponr de la hrutalité, et qu'on peut très hien associer la force et la rapidité d'action avec les règles de la prudence et les conseils de la raison. Ce n'est donc que dans ce sens que j'entends le développement rapide et énergique de mes moyens, et je proteste hautement contre tonte autre interprétation et à plus forte raison contre tonte fausse application qu'on pourrait faire de mon principe.

Pourquoi faut-il cependant que l'humanité ait à gémir sur l'incroyable

(1) Cet article est écrit décidément dans le sens des doctrines de M. Civiale; or, l'on sait assez que cet auteur célèbre est nn des plus illustres représentans de la chirurgie française pour cette spécialité de l'art de guérir. Aussi, Dupuytren lui-même n'eût, certes, pas mieux fait ni rédigé ses réserves que l'auteur de la citation ci-dessus, et il applaudirait, à coup sûr, au continuateur et au fidèle conservateur de ces formules d'nn véritable poltron. (Voyez, au surplus, la traduction française du TRAITÉ DE CHELIUS, au chapitre des affections urétrales, et vous aurez la confirmation de tont ce que je viens d'avancer.)

(1) Si l'on voulait m'accuser ici d'une ridicule exagération, et si l'on allait jusqu'à prétendre que les préceptes et les moyens de l'art sont maintenant bien fixés et solidement arrêtés, je n'aurais qu'à me rejeter sur le bruit étourdissant que font déjà les *merveilleuses* bougies et les *incomparables* sondes en ivoire! Quelle précieuse découverte, en effet! Comme elle vient à propos pour rendre désormais le traitement des maladies des voies urinaires aussi doux que facile et sûr! Bien décidément, ce sera la faute de M. Charrière si la science et l'humanité n'applaudissent à l'envi à cette brillante invention. Mais on va me taxer encore de travestir ce bienheureux événement. Eh bien! qu'on lise la note de M. Gutterbock, dans la GAZ. MÉD. du 16 mars dernier, et qu'on décide si cette pièce pouvait venir plus à propos pour faire sentir la nécessité de principes fondamentaux en fait de cathétérisme.

reté sévère, l'élégance châtiée, bien moins encore le méthodique et puéril arrangement des mots et des phrases; mais vous y trouveres une vigueur innée, une sève féconde et luxuriante, cet éclat d'évidence, cette force de logique qui emporte la conviction du lecteur, l'accable de preuves, de raisonnemens, de démonstrations. Sans sortir de son sujet, personne ne sut mieux que Broussais animer la raison, passionner les questions, donner à son opinion une sorte de chaleur pénétrante sans laquelle on n'obtient qu'une attention superficielle. Il réveille, il excite, il fouette l'esprit du lecteur; mais il manque parfois de convenance et de mesure; le ton âpre, la parole irritante, le mot qui provoque, la saillie qui blesse, sont des armes qu'il n'a pas dédaigné d'employer. Mais ce qui caractérise surtout sa manière, c'est qu'il eut toujours en écrivant ce bon sens d'une lucidité péremptoire, présentant les questions avec beaucoup de netteté; en un mot, il avait le talent d'être profond en termes clairs, véritable cachet de perfection du style scientifique. Toutefois, les éminentes qualités d'écrivain dont il s'agit, doivent inspirer de la méfiance, précisément parce qu'on sait que chez Broussais l'idée altère souvent les faits, les transforme, les violente pour les jeter dans le moule de son système. Quand il est vrai, il écrit simplement, naïvement, quoique toujours avec une certaine raideur. Mais aussitôt que les faits résistent, que l'objection se pose en face, sa raison disputante et hautaine se révèle aussitôt; il cherche à fasciner, à séduire; on reconnaît alors le dialecticien subtil, l'*alligator* sophiste, qui vous entoure dans les replis de son adroite logique, de sa captieuse argumentation. C'est ce qui avait fait dire au professeur Hallé : « Rien qu'à l'odeur du style, on reconnaît l'orgueil du sectaire. » Toujours est-il que Broussais eut une incontestable puissance de raisonnement, que sa plume et sa parole ont vaillamment servi ses convictions.

S'il était besoin de prouver encore la vérité du mot de Buffon sur le style, on le pourrait aisément par l'étude de celui de Broussais. Avec tant d'impétuosité dans la pensée, tant d'ardeur d'imagination, un tel besoin de discussion et de polémique, un si grand désir de propager sa doctrine, ce médecin pouvait-il conserver le langage sec et froid du discoureur analytique? Il y avait toujours chez lui excès de verve et de mouvement. Son style est donc l'exacte reproduction de son caractère public. Vif et colère, brusque et emporté, orgueilleux et irritable, très rarement on le voit quitter le ton décisif et absolu; dans ses leçons, dans ses écrits, dans sa polémique, c'est toujours le systématique exclusif, qui a dit: ceci est, ceci n'est pas; voici la lumière et voilà les ténèbres. Homme de fougue et d'impulsion, homme de tête et d'audace, nul ne s'aventura plus hardiment dans le champ des déductions prématurées, nul ne fut plus à l'aise dans le paradoxe, plus disposé aux conceptions, aux témérités d'utopie médicale. Dans la médecine, en général, il faut accroître bien plutôt que renverser; on doit moins substituer l'inconnu que féconder le passé, l'étendre et l'utiliser. Broussais, au contraire, veut tout d'abord saper les bases de la science, la refaire à peu près de fond en comble. Saturé de ses idées, il ramène tout à son point de vue, c'est ainsi qu'il se hâte toujours de conclure des phénomènes physiologiques à l'association des phénomènes pathologiques; il *imagina* trop souvent la nature pour l'expliquer avec vérité. Avouons pourtant que les erreurs de ce médecin célèbre ne seront jamais celles des esprits médiocres et terre à terre. Ces erreurs sont pour ainsi dire grandioses, il n'est pas donné à tout le monde de se tromper ainsi; car il n'est que les aigles pour voler si haut. La doctrine de Broussais, toute fausse qu'elle est dans sa rigueur

légèreté et la coupable incurie avec lesquelles certains professeurs ont envisagé, compris et mis en œuvre mon moyen? Et qu'ils furent mieux avisés ces savans d'un autre ordre, en se contentant de me critiquer et déchirer à outrance, sans même daigner ni me lire, ni chercher à me comprendre!

Un accoucheur devrait-il être envisagé comme un téméraire et un forcené, lorsque, guidé par l'intelligence et joignant l'adresse à la force, il s'empresserait d'extraire avec habileté un fœtus au moyen du forceps? Il fut un temps cependant où l'on ne lui eût pas épargné ces mêmes épithètes, tout comme aussi je connais des opérateurs qui les méritent à juste titre.

Ce que je viens de dire de l'obstétrique peut s'appliquer également à d'assez nombreux cas de chirurgie, et où l'on ne se fait plus faute heureusement, pour en hâter la guérison et l'assurer mieux, de recourir à des procédés et à des instrumens inconnus de nos devanciers, à des moyens expéditifs que l'expérience a fini par sanctionner, et qui ont pris rang dans le domaine de la science.

C'est ainsi que, par exemple, et sans presque sortir de mon sujet, je vois qu'on attaque vigoureusement et avec des cylindres et des tubes métalliques volumineux, les fistules lacrymales qu'autrefois on se contentait de comprimer mollement avec des corps minces et sans consistance.

Et pour ce qui concerne encore ce temps infini et cette longue patience nécessaire aux partisans des bougies molles, on peut, sans trop de malice, s'en rendre raison. N'existe-t-il pas encore, par exemple, des orthopédistes qui, en présence même de la section du tendon d'Achille et de ceux du sterno-mastoïdien, pour la plus douce, plus prompte, plus sûre et plus facile guérison des pieds-bots et du torticolis (1), préfèrent, cependant, l'ancienne bonne méthode des manœuvres et des machines de toute espèce, dont les résultats sont basés sur la prolongation extrême du temps et de la patience? Ils ont raison sans doute, du moins pour leur bourse; Strohmeyer, lui-même, est bien de leur avis, et il leur donnera, à cet égard et chaque fois, bien entendu, qu'il s'agira de malades riches, des conseils fort bons à suivre.

Autrefois aussi on savait franchir les plus grandes distances avec de la patience et du temps, et même on ne manquait pas de s'en glorifier comme d'une chose extraordinaire et fort avantageuse. Mais on les rapproche encore mieux et toujours mieux, ces mêmes distances, à l'aide de la simple vapeur. Et pourtant que n'a-t-on pas dit et écrit contre ce moyen héroïque et divin, et combien de temps et de patience n'a-t-il pas fallu pour le faire adopter, en dépit de tous les effroyables et inséparables dangers dont on le disait environné?

Enfin, s'il m'était permis, sans trop braver le ridicule, d'emprunter ailleurs encore que dans les fastes de la médecine, des modèles du genre vigoureux et expéditif dont il est ici question, certes, je n'irais pas les prendre chez ces hommes indécis, cauteleux et mous, qui ne savent ni rien entreprendre, ni rien terminer; mais bien (*si parva licet componere magnis*) chez ces chefs militaires qui, en place d'escarmouches incessantes et stériles et de combats sans fin et sans portée, frappent brusquement l'ennemi au cœur et assurent les destinées des peuples.

(1) Je cite ces exemples de préférence, parce qu'ils sont frappans et que j'ai assisté, il y a peu de mois, à quelques-unes de ces opérations exécutées avec une rare précision par le savant et ingénieux rédacteur de la GAZETTE MÉDICALE, tant à Paris que dans son bel établissement au château de la Muette. Les brillans résultats obtenus m'ont causé une surprise d'autant plus agréable, qu'ils ont été garantis par cette heureuse application de leviers dont l'habile Guérin sait faire un si judicieux usage. Je puis en parler pertinemment, car, *Anch'io son pittore*.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

I. THE EDIMBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Le premier cahier de 1839 renferme les articles originaux suivans: 1° *Recherches expérimentales sur les fonctions de la huitième paire*; par John Reid; 2° *Observations sur les effets physiologiques de divers agens introduits dans la circulation*; par M. James Black; 3° *Observation d'anévrisme par anastomose développé sur un enfant de dix ans, et traité avec succès par la suture entortillée*; par J. Maclachlan; 4° *Traitement du rétrécissement du rectum par l'incision*; par R. A. Stafford; 5° *Recherches sur l'état du sang après la mort*; par John Davy; 6° *De l'hémorragie dans les derniers mois de la grossesse*; par M. Robert Lée; 7° *Observations d'adhérences morbides du placenta à l'utérus, suivies de remarques*; par John Rentan; 8° *Maladie de la vessie consécutive à un coup*; par Ch. Ransford (Il y eut infiltration urineuse dans les bourses, gangrène, etc.; on ne put découvrir le point par lequel l'épanchement s'était produit; on constata la présence du carbonate d'ammoniaque dans les urines).

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES FONCTIONS DE LA HUITIÈME PAIRE DE NERFS OU LE GLOSSO-PHARYNGIEN; LE PNEUMO-GASTRIQUE OU LE SPINAL ACCESSOIRE; par J. REID, D. M.

Ce long mémoire est une suite ou plutôt un complément de celui que le même auteur a publié dans le numéro de janvier 1838 du même journal (v. GAZ. MÉD., n. 0, 1838). Dans ce nouveau travail, M. Reid, rapportant les nouvelles expériences ou les observations qu'il a recueillies sur ce sujet depuis sa dernière publication, se contente de confirmer, d'infirmer ou de développer plus amplement les premières conclusions. Les changemens que ces nouvelles recherches ont apportés dans la manière de voir de l'auteur nous paraissent trop peu importans, et la nature de son travail se prête trop difficilement à l'analyse pour que nous cherchions à les reproduire ici.

OBSERVATIONS SUR LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES DE DIVERS AGENS INTRODUITS DANS LA CIRCULATION ET INDIQUÉS PAR L'HÉMADYNAMOMÈTRE; par M. James BLACK.

La difficulté que présentent les recherches faites avec l'hémadynamomètre, leurs résultats souvent contradictoires même entre les mains des plus ingénieux expérimentateurs, ne permettent pas d'attacher une grande importance à celles qui sont consignées dans ce travail dont nous allons

---

et son ensemble, contient néanmoins des vérités dont la science a fait son profit. Elle prouve surtout la force et l'ampleur d'intelligence de celui qui l'a conçue et méditée. Comme il n'y a que les esprits puissans qui ébranlent et changent les convictions, cette doctrine a fortement remué les contemporains; la science en conserve encore l'empreinte et comme un reste de mouvement. Broussais avait tout ce qu'il faut pour accomplir cette œuvre et dominer les opinions; il possédait ces qualités, pour ainsi dire opposées, qui constituent l'homme de génie. *Oseur* pénétrant et patient investigateur, dialecticien profond, chaud et rayonnant écrivain, doué de la faculté d'observation et de celle de combinaison, de la force de la conception et de la force d'exécution, il passe avec facilité de l'analyse, du soin minutieux des faits, aux opérations synthétiques les plus compliquées. A une sorte d'exaltation imaginative, il joint cette attention profonde qui, changée en habitude, distingue le regard scrutateur de l'homme de génie, du regard distrait, vague et confus de la multitude. Ajoutons une grande application, une extrême aptitude au travail, un labeur soutenu; enfin, cet esprit de suite, base assurée, non-seulement de la logique qui examine et discute, mais de la logique qui conclut, et par conséquent de celle qui prouve. Aussi Broussais était-il toujours actif, perpétuellement en effort de conception et d'enfantement. On doit le compter parmi ces hommes inquiets, méditatifs, pour qui l'action matérielle de vivre n'est qu'une première condition d'existence, à qu'il faut avant tout un vif mouvement intellectuel. Mais, comme tous les tyrans des opinions humaines, Broussais avait la plus haute idée de lui et de ses travaux; à chaque instant il se complait dans l'estime exagérée de ses œuvres et la contemption de celles des autres, à moins d'une sorte de conformité avec ses opinions. Cette espèce d'autolâtrie, si l'on peut ainsi s'exprimer, se manifestait par sa parole et sa plume; quelquefois par son sourire, par son regard et même son geste. Quiconque n'adoptait pas ses idées avait nécessairement, selon lui, un encéphale difforme, type de la *sottise*; ou bien, ainsi qu'il l'a écrit, « on tombait dans cet état d'aberration irritative qu'on nomme vulgairement *fanatisme*. » C'était surtout dans ses entretiens familiers, dans ses lettres particulières, que ce médecin exposait plus librement encore ses opinions sur ses émules et sur ses adversaires (1). On ne peut nier qu'on lui doit l'initiative d'un large mouvement de la science; cependant dépassé sur beaucoup de points, il était loin de s'apercevoir que lui-même était stationnaire ou rétrograde. Il niait le mouvement qui l'emportait, qui détruisait ou modifiait profondément cette doctrine jadis proclamée vivace et indestructible; rarement la fascination systématique fut poussée à un tel degré.

Doit-on maintenant s'étonner que ce médecin n'ait obtenu, dans l'exercice civil de sa profession, qu'un rang disproportionné à son mérite et à sa grande réputation? On ne pouvait, disait-on, l'arracher à son *ossuaire physiologique*. D'ailleurs trop exclusif dans sa manière de voir, les indications étaient à ses yeux infiniment restreintes, la thérapeutique peu variée, bien que souvent Broussais fit des concessions que lui arrachait la force des circonstances. On

(1) J'ai entre les mains une lettre de quatre pages, écrite par Broussais à un de ses amis lorsqu'il fonda ses ANNALES DE MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE. Tout en exposant ses vues et son plan, sa verve satirique s'exerce à plaisir sur quelques célébrités médicales de l'époque,

faire connaître brièvement les principaux points. M. Black, après avoir étudié les effets de la transfusion du sang et de l'injection d'eau dans les veines sur la force de la circulation, et qui, déjà, ont été décrites par M. Magendie, passe à l'examen de ceux que produit sur la même fonction l'injection de diverses substances dans les veines. Ces substances sont classées par l'auteur en quatre divisions suivant qu'elles affectent on 1° la contractilité du cœur, ou 2° le système nerveux primitivement, ou 3° le système nerveux à la fois et le système capillaire, ou 4° suivant qu'elles n'agissent sur l'économie d'aucune des manières précédentes.

La première classe comprend le nitre, l'arseniate et le carbonate de potasse, le sous-carbonate de soude, l'ammoniaque, l'iodure d'arsenic, l'acide oxalique et l'infusion de noix de Galle qui agissent primitivement sur la contractilité du cœur et la détruisent subitement ou l'affaiblissent considérablement. Le fait le plus remarquable qui ressort des expériences sur les substances de cette première classe, c'est que plusieurs de ces substances qui sont tous les jours administrées à l'intérieur et à de très fortes doses et qui sont certainement absorbées avec rapidité produisent sur l'économie des effets tellement différens qu'on aurait peur de les attribuer à la même cause.

Les substances de la seconde classe, celles dont l'action première se porte sur le système nerveux et qui ont été étudiées par l'auteur, sont la strychnine, la ciguë et l'acide hydrocyanique. Dans les expériences faites avec ces substances, les convulsions et la mort arrivent avant que le mercure de l'hémadynamomètre ait notablement descendu.

Dans les expériences faites avec les substances de la troisième classe qui sont le tabac, l'euphorbe et la digitale, la première action s'exerce encore sur le système nerveux, mais elle est suivie en outre d'une autre action sur le système capillaire d'où résulte une augmentation de pression dans le système artériel et qu'on ne peut attribuer à aucune autre cause.

ANÉVRISME PAR ANASTOMOSE DÉVELOPPÉ SUR UN ENFANT DE DIX MOIS, COMPRENANT LES BRANCHES DES ARTÈRES TEMPORALE ET AURICULAIRE POSTÉRIEURE, TRAITÉ AVEC SUCCÈS PAR LA SUTURE ENTORTILLÉE; par J. MACLACHLAN, M. D.

OBS. — Un enfant du sexe féminin, d'une belle constitution, bien développé, avait présenté quinze jours après sa naissance, lorsqu'on l'observa pour la première fois, une petite tache rougeâtre sur la tempe droite, de la largeur d'une tête d'épingle. Elle augmenta lentement en surface, en même temps qu'elle devenait plus saillante.

Au cinquième mois, il existait à la partie antérieure de l'oreille droite, immédiatement au-dessus de l'apophyse zygomatique, une tumeur qui offrait tous les caractères de l'anévrisme par anastomose: elle avait un pouce en hauteur, un demi-pouce seulement en largeur. Plusieurs petites taches livides existaient encore au-dessus de l'oreille et sur le cartilage de la conque.

Dans l'espace de deux mois, cette tumeur augmenta considérablement dans tous les sens; une ulcération superficielle s'était établie derrière l'oreille, et une grande quantité de pus s'écoulait par le conduit auditif.

Il sembla que la tumeur n'augmenta plus sensiblement après être parvenue à ces dimensions; cependant les surfaces ulcérées ne se cicatrisèrent pas, et de temps en temps il s'écoulait de ces points une certaine quantité de sang artériel.

Le 2 avril 1838, la tumeur présentait les caractères suivans : Commençant vers la racine de l'apophyse zygomatique, elle se porte directement en haut, jusqu'à la fontanelle antérieure, près de laquelle elle se termine en un renflement qui a presque le volume d'une petite noix. Mesurée exactement, cette portion temporale de la tumeur présente trois pouces et demi en longueur, un pouce de largeur à sa base, et quand elle est distendue, elle forme une saillie de trois quarts de pouce environ. Sa teinte rappelle la coloration foncée d'une fraise. Elle fait peu de saillie à sa partie supérieure, mais en bas vers sa racine elle forme une tumeur flasque et livide.

En avant de l'apophyse mastoïde existe une autre tumeur du volume d'une noisette, qui se prolonge en arrière suivant la direction de la branche superficielle de l'artère auriculaire postérieure, en s'étendant de deux pouces dans ce sens. Vers l'angle de la mâchoire inférieure se trouve encore une légère tuméfaction bleuâtre.

Toute la tumeur, moins cette dernière portion, est d'un rouge foncé, mamelonnée, luisante, et présentant çà et là une teinte bleuâtre.

Le moindre effort pour crier amène un accroissement remarquable vers les portions temporale et occipitale, dans lesquelles on perçoit par le toucher un frémissement particulier.

Deux autres petites taches, bien distinctes, circulaires et plates, existent au-dessus de l'orbite, et deux ou trois autres de la même nature au-dessus de l'oreille de ce côté.

Comme la mère de cet enfant redoutait extrêmement toute opération sanglante, on essaya la compression, l'application de la glace et des astringens, sans le moindre avantage. On se décida enfin à recourir à la suture entortillée. En conséquence, quatre aiguilles furent introduites; la première en avant de l'oreille, et comprenant une étendue d'un pouce et demi, immédiatement au-dessus de l'apophyse zygomatique, de manière à passer au-dessous de la racine de l'artère temporale. La seconde aiguille fut placée à un demi-pouce de la terminaison de cette portion de la tumeur, de manière à interrompre toute communication avec le côté opposé. Une troisième aiguille fut placée parallèlement à un demi-pouce de distance de cette dernière; enfin la quatrième traversa la tumeur qui occupait la partie antérieure de l'apophyse mastoïde, dans le point correspondant à l'artère auriculaire postérieure.

Immédiatement après la suture, on observa une diminution considérable de la tumeur située en arrière de l'hélix, en même temps qu'un changement de couleur dans la conque et le contour du conduit auditif externe.

L'enfant n'éprouva qu'une légère agitation après l'opération; il dormit la nuit suivante. La tumeur devint flasque dans sa portion temporale; le reste n'éprouva pas de changement durant les premiers jours. On sortit l'aiguille antérieure le cinquième jour; deux autres le sixième; mais avant de toutes les enlever quatre autres aiguilles furent introduites le 6 avril, avec la précaution dans ce cas de se servir d'un fil de soie épais et bien tordu, afin d'éviter la section de la peau. Ces dernières aiguilles furent sorties le 11 avril; elles étaient légèrement oxidées.

Le 12 avril, dix jours après l'opération, la santé de l'enfant était excellente, et le volume de la tumeur avait considérablement diminué; lorsqu'il criait elle n'était ni aussi saillante ni aussi luisante. La suppuration était assez abondante au niveau des piqûres; les parties qui avaient été traversées étaient toujours dures et indolentes; cependant le toucher paraissait déterminer de la douleur.

Dans moins de trois semaines les ulcérations se cicatrisèrent complètement sous l'influence d'applications astringentes (solution de sulfate de zinc, onguent d'oxide blanc de zinc). La tumeur disparut graduellement, ne laissant d'autres traces qu'une saillie fibreuse blanchâtre, au niveau du trajet des aiguilles, et ressemblant tout à fait à la cicatrice d'une brûlure superficielle.

La portion située derrière l'oreille, en forme de croissant, resta quelque temps luisante et tendue. M. Maclachlan voulait y passer deux ou trois épingles pour compléter la guérison; la mère de l'enfant s'y opposa. Cependant au moment où le chirurgien rédige cette observation (30 novembre 1838), il affirme que la peau a repris presque complètement sa couleur naturelle, si ce n'est dans quelques points, en avant et en arrière de l'oreille, où elle présente de petites taches rouges. L'étendue qu'occupait la tumeur ne saurait maintenant être retrouvée, les cheveux ont poussé dans les points où elle s'était développée, et les traces de la portion située au-devant de l'oreille peuvent seules être reconnues. Il existe encore une petite tumeur flasque, de couleur

---

raconte qu'un malade vint le trouver et lui adressa ces paroles : Docteur, votre régime me fatigue au dernier point, la diète me tue, à la lettre je meurs de faim. Broussais réfléchit un moment, puis il dit: Allons, bête carnassière, je vais vous satisfaire, et il permit.... une cuillerée de bouillon dans un verre d'eau. Plaisanterie ou non, ceci explique et l'homme et le système. Du reste, ces concessions étaient assez rares; Broussais, d'un caractère assez peu flexible, aurait cru manquer à ses principes en les multipliant. Il agissait de même dans d'autres circonstances, car sa prétention était de faire voir en lui le *virum quem*.... Cependant après qu'il eut affiché le plus fier dédain pour les places et la richesse, il s'en accommoda peu à peu, bien que ce fût toujours avec modération. Quand on vit le *grand agitateur* de la médecine se tailler une robe de professeur de la Faculté, dans son manteau de philosophie, mettre seize lignes de titres et d'honneurs au-dessous de son nom, dans un de ses ouvrages, on dut croire que le vieil homme n'existait plus. Avait-il donc enfin compris le mot de notre siècle, la réputation seule est pure fumée, les réalités sont métalliques? Mais qu'aurait pensé le caustique Chaumeton, son ami, qui éprouva une si violente colère en recevant, en 1814, une carte de visite du *chevalier Broussais*? A dire vrai, les temps étaient changés, et l'auteur encore obscur du traité des *phlegmasies chroniques* avait pris un rang élevé dans la science.

A cela près, peu d'hommes ont présenté une nature plus une, plus constamment elle-même que Broussais. Chez ce médecin la force matérielle et la force intellectuelle s'élevèrent à un haut degré. Tout décelait au premier aspect une organisation puissante, éprouvée par la lutte, par le travail, par l'étude de graves questions, par l'ambition d'une haute fortune médicale. Il y avait en lui, du soldat, du sectaire, du philosophe et du tribun; de son propre aveu, une fibre républicaine vibrait au fond de son cœur. Sa physionomie assez belle, ses traits fortement prononcés, exprimaient la résolution, la force intime et la ténacité. Sur son crâne anguleux, à fortes dimensions, sur son front largement développé, sur son visage mobile, expressif, facilement contracté, on pouvait distinguer les signes de la pénétration, de la sagacité, de la raideur sophistique, comme de cette audace qui ose tout pour convaincre, pour frapper, pour étonner. Lorsque ce célèbre médecin arrivait dans une assemblée, tous les regards se portaient sur lui, et un murmure sourd semblait dire : *voilà Broussais*.... Alors on voyait s'avancer à pas lents, mesurés, un homme dont le corps musculeux, les larges épaules, un peu arrondies, la tête volumineuse, légèrement inclinée sur la poitrine, le regard assuré, dénotaient la vigoureuse constitution. Après s'être assis, il écoutait attentivement ce qui se disait; puis, s'il prenait la parole, il s'exprimait lentement, péniblement, les idées et les mots semblaient louches et embarrassés dans son entendement. Bientôt on le voyait s'animer, s'échauffer au feu de l'argumentation; sa voix prenait un ton élevé, sa parole devenait pleine et forte, ses idées affluaient, ses raisonnemens se pressaient; mais si les répliques étaient promptes, les objections vives, alors son naturel passionné débordait de toutes parts; le timbre strident et forcé de sa voix, son accentuation forte, notamment sur la lettre R, ses intonations forcées, ses gestes brusques, les mouvemens de son corps, l'agitation de ses traits, les éclairs de ses yeux *gris fauve*, prouvaient la surexcitation d'un encéphale éminemment irritable; parfois même, le paroxisme s'élevait jusqu'à la crispation, au spasme, à une sorte de tétanos moral.... *voilà Broussais*. Rien ne se faisait à demi chez cet homme remarquable, sa vive et chaleureuse imagination ne le permettait pas. Cependant dans les dernières années de sa carrière,

livide, à peine du volume d'un pois, au devant de l'apophyse mastoïde; mais elle ne paraît pas influencée par la circulation; et si l'on en croit la mère de la petite fille, elle diminuerait tous les jours.

Il serait difficile de trouver un exemple où la méthode de M. Lallemand ait eu plus de succès. On ne saurait douter, ajoute M. Maclachlan, qu'aucun autre moyen n'aurait pu être employé avec aussi peu de danger. Et, d'abord, l'excision de la tumeur était hors de la question; l'opérateur le plus hardi et le plus habile aurait à peine osé songer au bistouri. La ligature de la carotide offrait trop d'incertitude dans ses résultats. Quoique M. Travers ait lié avec succès ce vaisseau dans un cas d'anévrisme par anastomose de l'orbite, les communications nombreuses qui existent dans les tégumens du crâne constituent une circonstance défavorable lorsque la tumeur occupe cette région; et M. Phillips a remarqué que la ligature de l'artère carotide n'a réussi dans aucun des cas de tumeur érectile affectant la fosse temporale pour lesquels elle a été mise en usage par Pelletan, MM. Mussey et Wilhaume.

Le cas rapporté par le docteur Mussey (AMERICAN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES, February, 1830), dans lequel les deux artères carotides primitives furent liées pour un énorme anévrisme par anastomose, situé sur le vertex, et qu'il fallut extirper six semaines après la ligature, ne prouve certainement pas en faveur de cette opération. Dans l'observation de Dupuytren, qui lia la carotide primitive pour une tumeur érectile considérable située autour de l'oreille, le résultat ne fut pas plus heureux.

L'extirpation, la ligature de la carotide étant rejetées, on pouvait encore songer à l'application du séton proposée et exécutée par M. Fawdington, de Manchester; mais la nature artérielle de la tumeur semblait rendre ce moyen hasardeux, tandis que les aiguilles ne donnaient pas la moindre crainte du côté de l'hémorragie.

Le fait que nous venons de citer pourrait être rapproché d'un cas non moins intéressant rapporté par le docteur Macfarlane, chirurgien de l'infirmerie royale de Glascow (GAZ. MÉD., 1837, p. 286) :

« Un enfant de huit mois portait une tumeur érectile du volume d'une demi-orange environ, sur la fontanelle antérieure. Elle offrait tous les caractères des anévrismes par anastomoses et semblait être formée dans l'épaisseur de la dure-mère (chose dont il est permis de douter), d'autant mieux que l'auteur ajoute : je traversai la base avec deux longues épingles, de manière à ne pas blesser la dure-mère; un fil passé circulairement étrangla la tumeur, qui se gangréna et se détacha partiellement. Il en resta cependant quelque portion à la base qu'il fallut cautériser à l'aide de la potasse et du cautère actuel, la maladie n'a pu être détruite en totalité. »

DE L'INCISION DANS LES CAS DE RÉTRÉCISSEMENS DU RECTUM; par M. R.-H. STAFFORD.

L'incision des brides qui constituent, dans beaucoup de cas, les rétrécissemens du rectum, jouit en Angleterre d'une faveur bien plus grande qu'en France. Les chirurgiens anglais ne la réservent pas seulement pour les cas où des brides étroites et minces interceptent le calibre intestinal, mais ils la pratiquent dans d'autres circonstances, où nous n'y avons jamais recours.

M. Stafford trouve les indications de cette opération dans les circonstances suivantes : 1° quand le passage est devenu si étroit que les fèces ne peuvent le traverser, et qu'ils s'accumulent dans les intestins, en déterminant l'inflammation de leur tunique, ou du péritoine qui les recouvre; 2° quand le rétrécissement ne cède pas par la dilatation; et 3° lorsque, d'après la rigidité et la dureté des parties réservées, l'ulcération carcinomateuse est à craindre.

Dans tous ces cas, je ne connais pas, dit M. Stafford, de meilleur moyen pour soulager les malades. Dans le premier, quand le malade a laissé son affection en venir au point que l'expulsion des matières fécales est impossible, on n'a même pas le temps d'employer les moyens ordinaires de traitement; et alors il faut agir immédiatement, ou la mort est inévitable. Lorsqu'il s'agit d'un rétrécissement, que la dilatation ne peut faire disparaître, à la longue les intestins deviennent malades, il survient de la diarrhée, une inflammation, l'ulcération de la membrane muqueuse, etc., qu'il importe d'arrêter promptement. La section de la bride est, sans contredit, dans ces cas, le meilleur remède. Enfin, lorsque l'ulcération carcinomateuse doit se développer d'une manière presque certaine, l'opération, qui permet aux matières de s'écouler facilement, qui s'oppose à leur rétention, qui prévient ainsi la distension, toujours douloureuse, des parties, etc., est, sans contredit, d'un grand avantage, quoiqu'elle ne puisse prévenir le développement de la dégénérescence cancéreuse.

L'auteur cite à l'appui de cette opinion l'autorité de Wiseman et deux faits tirés de sa pratique.

OBS. — Une femme, âgée de 31 ans, entre, le 10 décembre 1831 à l'hôpital St-Marylebone. Elle souffrait, depuis dix ans, d'une fistule à l'anus, qu'elle avait négligée. Deux ans après le début de cette maladie, elle s'aperçut d'une grande difficulté à rendre les matières fécales; les choses en vinrent bientôt à un tel point que le volume des fèces égalait à peine celui du petit doigt. Pendant l'année 1827, elle fut, pendant quelque temps, traitée à l'hôpital St-Barthélemy. On employa les bougies et quelques autres remèdes, durant l'espace de trois mois, avec quelque avantage.

Depuis cette époque, la maladie revint peu à peu, car on cessa tout traitement; bientôt le rétrécissement fut aussi marqué qu'auparavant, et les symptômes prirent le même degré de gravité. Constamment il y avait de la douleur dans le rectum, un besoin continuel d'aller à la selle, et une difficulté insurmontable à le satisfaire. Examinant la malade, M. Stafford découvrit une bride à deux pouces et demi environ au-dessus de la terminaison de l'intestin. Le doigt la sentait très distinctement, et elle donnait la sensation d'une dureté fibreuse. Une bougie n° 12 pouvait à peine traverser le point rétréci. Cependant on essaya, pendant trois mois, d'obtenir quelque chose par les bougies et d'autres remèdes, tels que les injections répétées, des suppositoires faits avec la jusquiame et l'opium, le tout sans aucun résultat. Comme les symptômes devenaient de plus en plus graves, et qu'évidemment, à en juger par la sensibilité de l'abdomen, à la douleur déterminée par la pression, il y avait une péritonite chronique, on se décida à pratiquer l'incision.

Un instrument, de huit pouces de longueur environ, légèrement courbé, renfermant une lame semi-lunaire, qui pouvait être poussée au dehors, fut porté dans le rectum à travers le rétrécissement. Dès qu'il l'eut traversé, on fit saillir la lame en arrière, de manière à diviser la partie postérieure du rectum, ou du moins la portion de bride qui correspond à ce point. Alors le doigt médius put facilement passer en travers le rétrécissement, aussi bien qu'une bougie de même diamètre, qu'on y laissa près d'un quart-d'heure. Comme elle déterminait de l'irritation, on la retira au bout de ce temps. L'opération ne causa pas beaucoup de douleur; quelques gouttes de sang s'écoulèrent après l'incision. Sur le soir, la malade put aller à la garde-robe avec plus de facilité qu'elle ne l'avait fait depuis plusieurs années. La nuit fut bonne.

---

même avant que la maladie l'eût atteint, soit l'effet de la réflexion, soit par les progrès de l'âge, Broussais tempéra son ardeur de polémique; la vie militante de la controverse semblait l'avoir fatigué. Vieux lion édenté, parfois même il parut inquiet, abattu, on eût dit qu'il avait donné sa démission de révolutionnaire.

Mais la maladie ruina enfin cette forte organisation; aidé des soins attentifs et éclairés du docteur Amussat, Broussais lutta avec son courage ordinaire contre le mal qui le détruisait peu à peu. Il s'arma de force stoïque, il n'abandonna ni l'étude, ni le travail, enfin la maladie triompha et cet illustre médecin succomba dans la nuit du 16 au 17 novembre 1838. Il était né à Saint-Malo, le 17 décembre 1772. Une chose digne de remarque, c'est qu'à l'ouverture du corps, les lésions organiques parurent insuffisantes pour expliquer la mort. Ainsi la localisation morbifique fut trouvée en défaut sur celui-là même qui avait fait de ce principe la base de sa théorie médicale. A l'exception du rectum, les autres organes étaient sains, ce qui prouve combien la nature dota richement Broussais sous plus d'un rapport. Le cerveau était volumineux; l'estomac qui avait joué un si grand rôle dans la vie et les opinions de ce médecin ne présenta aucune altération. Le foie fut trouvé gros et la vésicule du fiel petite; quelqu'un dit à ce sujet, c'est qu'il ne donnait pas le temps à sa bile de s'amasser. Avec cette constitution de fer, si bien équilibrée, Broussais n'a pas vieilli, parce qu'il a vécu de la vie de la pensée, vie presque toujours orageuse, car elle n'est jamais à l'abri des soucis de l'ambition présente, ni des inquiétudes de l'avenir; le mal sacré de la gloire est le plus cruel de tous pour un organisme humain.

Au reste, quel que soit le jugement qu'on porte sur ce célèbre médecin, il est convenable de se placer au point de vue d'une haute impartialité. Il a été loué outre mesure, il a été critiqué avec amertume; ses travaux, ses opinions, sa polémique, expliquent cette contradiction. Qu'on se garde donc d'écouter, et les thuriféraires dont l'enthousiasme fut continu, et ces retardataires qui ne voulaient pas permettre à l'avenir de naître, ni au passé de mourir; il ne faut pas plus diviniser sa statue que la renverser et la briser. Alors on trouvera que Broussais fut un homme d'une rare capacité, d'un incontestable mérite; un de ces hommes *fastiques*, à forte trempe, dont parle un grand écrivain. On conviendra qu'il a rendu des services à la science, qu'il a proclamé des vérités qui resteront. Toutefois, s'il paraît grand, appliqué sur l'échelle de Bichat, son exiguïté frappe d'abord; c'est qu'il fut trop exclusif, trop absolu dans ses idées; qu'il a forcément ramené les faits à deux ou trois principes, ce qui est trop ou trop peu; qu'il a proclamé avec la même ardeur le faux et le vrai, dans un but systématique; qu'au lieu d'émonder, d'ajouter et d'étendre, il voulut radicalement détruire et édifier; enfin, que dans un temps où le doute a soufflé sur les intelligences, il a combattu pour le matérialisme le plus formel. Aussi quoiqu'il ait tracé un lumineux sillon dans la science, quoiqu'il s'y soit posé en maître, ses opinions ont été attaquées, son piédestal ébranlé, ses titres à une gloire réelle fortement contestés. Broussais a-t-il fait ce qu'il devait et pouvait faire? A-t-il rempli sa mission pleinement et dignement? La postérité, cette haute cour d'appel des réputations, prononcera dans le temps à venir. Elle sera juste et sévère, car, selon l'Ecriture, il sera beaucoup demandé à celui qui a beaucoup reçu.

R. P.

Les selles continuèrent à être faciles; un peu de pus s'y mêlait; on combattit par quelques applications de sangsues et les préparations d'opium les symptômes inflammatoires qui se développèrent du côté des intestins: on donna de légers purgatifs pour faire cesser la constipation, qui se montra vers le cinquième jour. Tout alla bien jusqu'au 20 mars, époque à laquelle cette malade fut prise d'un érysipèle de la face, qui s'étendait à toute la tête, et s'accompagna de symptômes graves; elle succomba le cinquième jour, un mois après l'opération.

AUTOPSIE. Indépendamment d'autres lésions de peu de valeur, on trouva des traces d'inflammation dans les intestins grêles, la cicatrice d'un ulcère tout à fait guéri. Dans le gros intestin, un grand nombre de cicatrices, appartenant à d'anciennes ulcérations; quelques-unes persistaient encore dans l's du colon. L'intestin, dans sa portion rétrécie aurait pu admettre une bougie aussi grosse que le pouce. La cicatrice de la plaie faite par M. Stafford était très apparente et recouverte d'une membrane analogue à celle qui tapisse le reste du tube digestif.

Si, dans ce cas, la malade n'avait pas été prise d'érysipèle, il est fort probable qu'elle aurait guéri. L'affection de l'intestin grêle avait presque complètement disparu. Les ulcères du colon étaient pour la plupart cicatrisés, à l'exception d'un petit nombre, qui occupait la courbure sygmoïde. On peut donc presque affirmer que, le rétrécissement se trouvant ainsi vaincu, et les causes existantes éloignées, la guérison aurait fini par être complète.

OBS. II. — Henriette Wilmot, âgée de 35 ans, entra le 18 août 1837 à l'hôpital de St-Marylebone. Sa constitution est excessivement affaiblie; elle est maigre, et présente un aspect presque effrayant. Elle se plaint d'une vive douleur à la région épigastrique, en même temps que d'une distension énorme de tout l'abdomen, qui est dur et enflé. Vomissemens violens et continuels, ténesme fréquent, constipation. Pouls dur et accéléré. Langue sèche et noire; les traits de la malade expriment une détresse extrême. L'estomac ne peut garder ni nourriture ni remède; ne trouvant pas de cause extérieure (elle qu'une hernie) qui puisse rendre compte de ces symptômes, je la questionnai sur l'état du rectum. J'appris alors que depuis plusieurs jours elle n'avait pas eu de selles, et que depuis deux ou trois ans elle éprouvait une grande difficulté à aller à la selle. Examinant alors le rectum, j'y découvris une coarctation à trois pouces environ de l'anus, d'une forme circulaire et extrêmement dure; son diamètre était si peu considérable qu'une bougie urétrale n. 10 pouvait à peine y pénétrer. Je proposai immédiatement l'incision, comprenant bien que c'était le seul moyen qui pût donner quelque espoir de soulagement. Portant l'extrémité du doigt jusque sur le rétrécissement, je m'en servis comme d'un conducteur pour y faire passer le bistouri de A. Cooper dont le tranchant tourné en arrière divisa la bride du côté du sacrum. Cela fut exécuté sans peine; mais en passant le doigt à travers les parties incisées, je découvris un autre rétrécissement à près d'un pouce au-dessus du premier, dur et fibreux comme lui. Le bistouri y fut porté de la même manière, et je l'incisai de même. Le doigt indicateur put passer avec la plus grande facilité et apprécier l'étendue des parties malades. Il s'écoula un peu de sang après les incisions, ce qui nécessita l'introduction d'une grosse bougie garnie de charpie. L'hémorragie ne fut pas longtemps à s'arrêter, il ne s'écoula guère en tout qu'une once de sang.

Deux heures après l'opération, la malade rendit facilement une grande quantité de matières fécales d'un mauvais aspect. Cette évacuation continua pendant deux ou trois jours encore, jusqu'à ce que les intestins furent complètement vidés. Cependant la douleur abdominale, la diarrhée, etc., persistèrent quelque temps; on les combattit par les moyens ordinaires, et le 7 décembre la malade sortit parfaitement guérie.

Le rétrécissement avait complètement disparu, et les matières passaient avec la plus grande liberté.

Ces deux observations ont été rappelées en raccourci l'année dernière dans la GAZETTE MÉDICALE (p. 219) lors de leur communication à l'Académie médico-chirurgicale. Nous avons pensé qu'il serait utile de les reproduire avec plus de détails; d'autant mieux que le travail intéressant de M. Amussat (1) et le mémoire tout récent de MM. A. Bérard et Maslieurat-Lagémard (2) donnent à cette question une actualité pleine d'intérêt.

OBSERVATIONS SUR LE SANG APRÈS LA MORT; par J. DAVY.

L'auteur de ce travail, connu déjà par des recherches sur le même sujet, a tenu compte de 1828 à 1835 de l'état du sang chez tous les cadavres qu'il a ouverts ou vu ouvrir pendant tout ce temps et spécialement sous les deux points de vue suivans: 1° la coagulation; 2° l'effet que produit sur le sang son agitation à l'air, pour y constater la présence ou l'absence de l'acide carbonique. La seule conclusion générale qu'il serait possible de tirer de 249 observations que l'auteur a recueillies sur le premier point, c'est que le sang coagulé ou non coagulé s'observe sur le cadavre des sujets qui ont succombé aux affections les plus diverses. Mais ces observations résumées dans des tableaux offrent trop peu de développemens pour qu'on puisse attacher quelque importance aux conclusions qui semblent pouvoir en être tirées.

La présence de l'acide carbonique dans le sang a déjà été affirmée et niée par plusieurs physiologistes, et la question semble encore indécise. Nous ne pensons pas que les expériences faites sur ce point par M. Davy soient d'un grand poids dans cette discussion. Voici la méthode qu'il suivait dans ces expériences: il recueillait avec soin le sang dans un flacon bouché à l'émeri; puis, le lendemain matin il l'agitait à l'air atmosphérique, et le versait ensuite dans un flacon à double tubulure à l'une desquelles était adopté un tube courbe qui allait plonger dans une cuve pneumatique. Alors dans le plus grand nombre des cas, il se dégageait du sang un gaz qui recueilli et examiné se trouvait être en grande partie composé d'acide carbonique; mais cette expérience n'a que peu de valeur, ou même n'en a aucune pour démontrer la présence de l'acide carbonique dans le sang au moment de la mort, car il est bien probable que le gaz qui est fourni par le sang, vingt-quatre heures après avoir été extrait des vaisseaux et au moins trente-six heures après la mort, et surtout après que ce liquide a été agité quelque temps à l'air, est le produit d'un commencement de putréfaction. L'auteur ne balance pas cependant à attribuer la présence de cet excès d'acide carbonique à un état pathologique et surtout à l'agonie pendant laquelle les sécrétions se feraient avec moins d'activité et pendant laquelle aussi probablement l'acide carbonique cesserait d'être éliminé des poumons.

L'auteur a aussi examiné le sang avec le microscope, et dit y avoir constaté toutes les fois que, pendant la vie, il y avait eu un écoulement purulent, les globules du pus qui eux-mêmes, lorsque le sang avait été étendu d'un peu d'eau, étaient mêlés avec des globules beaucoup plus petits et de petites molécules d'une forme plus ou moins irrégulière.

II. GUY'S HOSPITAL REPORTS.

Le cahier d'avril 1839 contient les articles suivans: 1° *Remarques sur les affections du cerveau liées aux maladies des reins*; par M. Thomas Addison; 2° *Des perforations de l'estomac produites par l'empoisonnement et par d'autres maladies*; par M. Alfred-S. Taylor; 3° *Sur les variations journalières du pouls*; par M. Williams Augustin Guy; 4° *Observations sur l'empoisonnement par les vapeurs de charbon*; par M. Golding Bird, M. F. L. S.; 5° *Deux cas d'empoisonnement par la respiration de l'hydrogène carboné*; par M. Thomas Ashwell, M. D.; 6° *Note sur un cas d'imperforation de l'utérus, suivie de remarques*; par M. Alexandre Tweedée. (L'accouchement se fit à terme; on incisa avec un histouri garni de linge; l'enfant vécut; la mère, qui était à sa seconde grossesse, guérit.) 7° *De l'incision dans les cas d'occlusion et de rigidité de l'utérus*; par M. Samuel Aswell. (Travail d'érudition); 8° *Observations sur les concrétions fibrineuses du cœur*; par M. Hughes; 9° *Analyse des os affectés de ramollissement*; par M. G.-O. Rees; 10° *Observation de section du tibia pratiquée pour guérir une difformité suite d'arme à feu*; par M. Aston Key; 11° *Varicocèle guéri par l'excision d'une portion du scrotum*; par M. Bransby B. Cooper; 12° *Observations sur les tumeurs abdominales*; par M. R. Bright, M. D.

DES AFFECTIONS CÉRÉBRALES QUI DÉPENDENT D'UNE MALADIE DES REINS; par le docteur THOMAS ADDISON.

Tous les médecins qui sont au courant des travaux des pathologistes modernes savent que l'interruption de la sécrétion de l'urine détermine, quelle que soit la cause de cette interruption, des troubles cérébraux, qui quelquefois même sont le seul symptôme appréciable. Les travaux du docteur Bright, de M. Henry Halford et de quelques autres, ne doivent laisser aucun doute à cet égard. L'auteur de cette communication regrettant que l'on n'ait pas spécifié avec précision les différentes formes sous lesquelles se manifestent ces désordres cérébraux, et surtout qu'on n'ait pas cherché dans les phénomènes propres de ces affections cérébrales un moyen de diagnostic pour les cas où, dans l'absence des symptômes ordinaires de la néphrite, de l'hydropisie et de l'état albumineux de l'urine, l'affection des reins pourrait être complètement méconnue, cherche à retracer les principaux caractères et les formes individuelles de ces affections cérébrales dont il distingue cinq espèces différentes; nous allons les indiquer sommairement.

1° Attaque plus ou moins subite de stupeur tranquille, qui peut être temporaire et revenir, ou permanente, et alors elle se termine par la mort. Cette forme est la plus rare; le malade peut encore être rappelé à lui-même en lui parlant à haute voix et lui imprimant une forte secousse; mais il ne tarde pas à retomber dans un état de stupeur. Elle précède ordinairement la seconde forme.

(1) GAZETTE MÉDICALE, 1839, p. 1: *Quelques réflexions pratiques sur les obstructions du rectum.*

(2) GAZ. MÉD., 1839, p. 145.

2° Attaque subite de coma, avec stertor et les autres signes de l'apoplexie. Cette seconde forme présente les symptômes que les auteurs attribuent à l'apoplexie séreuse; le coma est le plus souvent complet; le stertor offre un caractère particulier et qu'on pourrait regarder comme caractéristique de cette affection cérébrale. Il n'est pas ordinairement accompagné du bruit profond, dur et guttural ou nasal de l'apoplexie ordinaire; mais le plus souvent il présente une espèce de sifflement, comme si l'air frappait pendant l'inspiration et l'expiration contre le voile du palais ou même contre les lèvres du malade. La respiration est aussi plus accélérée que dans le coma de l'apoplexie ordinaire. « Dans quelques cas, dit le docteur Addison, il m'a suffi de deux symptômes, la pâleur de la face et le caractère particulier du stertor, pour annoncer, avant d'avoir adressé une seule question, que la maladie dépendait d'un trouble de la sécrétion urinaire.

3° La troisième forme consiste en une attaque subite de convulsions et passe souvent à la quatrième.

4° Qui consiste en une réunion de phénomènes propres à la seconde et à la troisième forme.

5° Dans la dernière forme, les troubles cérébraux commencent d'une manière plus insidieuse : c'est d'abord une lenteur de l'intelligence avec assoupissement, qui monte graduellement jusqu'au coma, avec ou sans convulsions. C'est cette forme qui a surtout été décrite par le docteur Bright. Elle est fréquemment précédée d'étourdissemens, de douleurs dans la tête et de troubles dans la vision.

Après avoir exposé les caractères de ces cinq formes, que présentent les troubles cérébraux dans les circonstances indiquées, M. Addison, pénétrant plus avant dans la question, se demande s'il ne serait pas possible de trouver un rapport entre les caractères de l'affection rénale et ceux des troubles cérébraux, et il annonce, d'une manière très dubitative, il est vrai, qu'il croit avoir constaté un certain degré de relation entre l'état pathologique des reins et les caractères de l'affection cérébrale; ainsi les troubles cérébraux passagers, ou les moins graves lui ont paru coïncider avec l'altération rénale à un degré plus avancé ou même temporaire et les phénomènes cérébraux les plus graves, se sont offerts à lui dans les cas où l'altération des reins avait fait le plus de progrès.

Avant de terminer son travail, le docteur Addison fait remarquer qu'il s'en faut que tous les cas d'affection rénale se terminent par une affection cérébrale; il avoue que, dans l'état actuel de la science, il serait impossible de dire pourquoi tel cas se termine de cette façon et tel autre d'une autre manière.

DE LA PERFORATION DE L'ESTOMAC PRODUITE PAR UN EMPOISONNEMENT OU PAR UN ÉTAT PATHOLOGIQUE; par Alfred TAYLOR.

L'auteur agite dans ce long travail un certain nombre de questions qui toutes se rattachent à la perforation de l'estomac, et ont pour but de discuter et de comparer les cas où cette perforation est le résultat d'un simple état pathologique de ceux où elle serait l'effet d'un empoisonnement, et rapporte un grand nombre de faits propres à éclairer ces questions. Cependant la plupart d'entre elles ne peuvent offrir que peu de difficultés et encore dans des cas extrêmement rares sous le point de vue médico-légal. Les seuls cas où il puisse rester quelque embarras sont ceux dans lesquels s'opère la perforation de l'estomac, que l'auteur désigne sous le nom de perforation par solution. Cette espèce de perforation, qui n'est que le degré le plus avancé du ramollissement des tuniques de l'estomac qui s'opère après la mort ou dans les derniers temps de l'existence, et qui n'est point encore admise par la plupart des pathologistes français, serait cependant difficilement confondue avec la perforation du même organe, produite par un poison corrosif; car, dans le premier cas, la perforation n'est précédée d'aucun des symptômes propres à cet accident grave, et si elle s'opère sur le cadavre d'un sujet déjà malade depuis quelque temps les symptômes de la maladie qui ont précédé la mort ne seraient peut-être pas les mêmes que ceux d'un empoisonnement par les substances corrosives, et surtout on ne trouvera ni dans la bouche ni dans l'œsophage les traces du passage des substances corrosives qui s'y trouveraient dans le second. Il est cependant à regretter que de nouvelles recherches n'aient pas été faites sur ce point et surtout dans le but de constater la nature du liquide qui a la propriété de dissoudre les tissus de l'estomac après la mort et de faire connaître les circonstances dans lesquelles cette propriété dissolvante est le plus prononcée.

DES VARIATIONS DIURNES DU POULS; par le docteur W. Aug. GUY, professeur de médecine légale à King's College.

Nous avons déjà analysé les recherches du même auteur sur l'influence qu'exercent les différentes positions du corps sur la fréquence du pouls (GAZETTE MÉDICALE, n. 6, 1838). Nous trouvons ici la suite des mêmes recherches, mais sur une autre circonstance dont l'influence sur la fréquence du pouls n'avait pas échappé aux observateurs précédens, bien qu'elle eût été niée par quelques-uns. Avant la publication de l'essai du docteur Knox en 1815, il était généralement admis que le pouls était plus fréquent le soir que le matin. Depuis lors Knox et quelques autres ont émis l'opinion opposée, et c'est celle qu'adopte M. Guy dont les expériences offriraient bien plus d'intérêt si elles n'avaient pas été faites sur lui seulement; car quelque bonne que fût sa santé, quelque régulière que fût sa manière de vivre à l'époque où il fit ses recherches, ce n'est qu'avec défiance que l'on doit conclure d'une observation unique à la règle générale.

« Mon objet, dit l'auteur, était de m'assurer si le pouls était plus ou moins fréquent au moment de mon lever qu'à celui du coucher. Je me levais habituellement à neuf heures du matin et rarement je me couchais avant minuit, une heure ou deux heures du matin. » Il fit donc 20 observations le matin et autant le soir, étant assis; elles lui fournirent les chiffres suivans :

	Matin.	Soir.	Différence.
Maximum........	68	61	7
Minimum........	54	50	4
Moyenne........	64	54	10

Ainsi le pouls du matin était plus fréquent de dix battemens que celui du soir, et il y a eu dix-huit battemens entre la plus grande fréquence du matin et la moindre fréquence du soir. Cette remarquable diminution de fréquence vers le soir eut constamment lieu, malgré l'excitation produite par les alimens, l'étude ou l'exercice pendant quinze ou seize heures. L'auteur ne s'est pas borné à ce simple résultat, il a voulu examiner la marche qui suit la diminution de la fréquence du pouls aux différentes époques de la journée, l'influence du repos longtemps prolongé, celle des repas aux différentes heures de la journée. Ne pouvant reproduire ici les chiffres qui expriment les résultats des expériences de l'auteur, nous allons donner les conclusions générales qu'il en a retirées.

1° Le pouls chez un homme en bonne santé, dans l'état du repos et sans excitation par les alimens ou l'exercice, est plus fréquent le matin, et perd graduellement de sa fréquence pendant le reste de la journée.

2° La diminution de fréquence du pouls est plus prononcée le soir que le matin.

3° La diminution de fréquence du pouls est plus régulière et plus progressive le soir que le matin.

4° L'effet de l'alimentation est plus fort et plus soutenu le matin que le soir; dans quelques cas même les mêmes alimens qui le matin produisent un effet considérable tant en force qu'en durée n'en produisent plus aucun dans la soirée.

Ainsi l'opinion vulgairement admise que le pouls est généralement plus fréquent le soir que le matin est donc très erronée si les expériences de M. Guy ont toute la valeur qu'il leur attribue; bien plus même, il pense qu'il en est de même dans l'état de maladie, et que le pouls, au lieu d'être plus fréquent comme on le croit communément le soir, est au contraire moins fréquent, et il part de là pour signaler quelques-unes des applications pratiques qui pourraient ressortir de ce fait une fois démontré; c'est ainsi, par exemple, qu'il demande, la circulation étant plus influencée le matin que le soir par les excitans de toute espèce, s'il ne serait pas convenable, dans les cas où on voudrait donner quelques alimens à un malade sans l'exciter, de les lui administrer dans la soirée; et si on ne devrait pas au contraire administrer dans la matinée les médicamens, afin qu'ils agissent avec plus d'énergie.

OBSERVATIONS SUR L'EMPOISONNEMENT PAR LES VAPEURS QUE FOURNIT LA COMBUSTION DU CHARBON DE BOIS ET DE LA HOUILLE; par le docteur GOLDING BIRD.

Nous ne pouvons reproduire de ce mémoire, dans lequel plusieurs faits importans sont rapportés avec tout le développement nécessaire, et un grand nombre d'autres analysés, que les principales conclusions que l'auteur en a tirées; elles suffiront pour faire connaître et la direction que l'auteur a donnée à ses recherches, et la manière dont il considère quelques-unes des questions les plus importantes qui se rattachent à ce sujet.

1° Le gaz acide carbonique suffisamment étendu d'air (comme dans la vapeur du charbon de bois) ne détermine pas la mort par une simple asphyxie, mais en agissant comme poison spécifique.

2° L'atmosphère qui résulte de ce mélange peut déterminer la mort, bien qu'il contienne une quantité d'oxigène suffisante pour entretenir la vie et fournir à l'hématose. Aussi, ne doit-on attacher aucune importance

à la couleur rouge ou noire du sang, comme preuve pour ou contre l'empoisonnement par l'acide carbonique.

3° Il est très probable que le gaz acide carbonique ainsi étendu agit primitivement sur le système nerveux, et secondairement, mais non nécessairement sur le fluide de la circulation.

4° La mort des personnes qui respirent un air altéré par le gaz acide carbonique est le résultat de l'apoplexie qui est souvent accompagnée d'un épanchement séreux dans les ventricules ou à la surface du cerveau, et quelquefois même d'un épanchement de sang fourni par quelqu'un des vaisseaux cérébraux.

5° On ne doit attacher aucune importance à la couleur pâle, rouge, ou livide de la figure, aux traits contractés, à la liquidité du sang ou à sa coagulation, à l'injection ou à la pâleur des membranes séreuses, à la flexibilité ou à la rigidité des membres comme signes positifs que la mort a été le résultat de l'acide carbonique.

OBSERVATIONS SUR LES CONCRÉTIONS FIBRINEUSES DU COEUR; par le docteur HUGHES.

Nous trouvons dans ce travail quelques nouvelles observations intéressantes, l'indication d'une partie de celles qui avaient été déjà recueillies sur le même sujet, et un résumé de la plupart des discussions dont les concrétions fibrineuses trouvées dans le cœur après la mort ont été la cause. L'auteur exprime en outre son opinion personnelle sur quelques points et en l'appuyant de faits qui lui donnent une certaine valeur; cependant jusqu'ici nous trouvons dans les résultats de toutes ces recherches beaucoup d'hypothèses et un très petit nombre de faits seulement qui puissent être regardés comme des vérités; cependant comme ce travail, bien que l'un des meilleurs et des plus complets que la science possède sur ce sujet, ne se recommande par aucune idée originale, par aucune recherche neuve, par aucune manière de voir propre à l'auteur, nous devons nous contenter de le signaler à ceux qui sont appelés à faire des recherches sur ce sujet important.

ANALYSE DES OS AFFECTÉS DE RAMOLLISSEMENT; par le docteur REES.

Nous avons donné dernièrement l'analyse faite par le même chimiste des différens os du squelette humain à l'état sain; et de laquelle il ressort que les matières animales et terreuses s'y trouvent dans des proportions différentes. M. Rees a voulu s'assurer, par l'analyse suivante de quelques os affectés de ramollissement, si la même différence dans la proportion des parties constituantes des os se retrouve à l'état de maladie.

	Ramollissement.		Santé.	
	Mat. terreuse.	Mat. animale.	Mat. terreuse.	Mat. anim.
Péroné.........	32,50	67,50	60,02	39,98
Côte..........	30,00	70,00	57,49	42,51
Vertèbre.......	26,13	73,87	57,42	42,58

On observe donc dans les os malades le même ordre dans les proportions qu'à l'état sain. L'auteur ayant analysé, à plusieurs reprises, la matière terreuse des os longs des extrémités et celle des os du tronc à l'état sain et ayant trouvé pour les premiers 86 pour cent de phosphate de chaux et 83 pour cent pour les derniers, il soumit à la même analyse la matière terreuse obtenue du péroné, de la côte et de la vertèbre, affectées de ramollissement, et il ne trouva plus que 78 pour cent de phosphate de chaux. Il conclut de ce résultat que, dans la matière terreuse qui est absorbée, c'est surtout le phosphate de chaux qui domine.

OBSERVATION DE SECTION DU TIBIA PRATIQUÉE POUR GUÉRIR UNE DIFFORMITÉ, SUITE DE PLAIE D'ARME À FEU; par Ch. A. KEY.

OBS. — Le malade qui fait le sujet de cette intéressante observation reçut, dans le mois d'août 1835, un coup de feu dans la jambe droite; la balle fractura le tibia; il resta plusieurs jours sans secours, et fut soigné plus tard par un médecin du pays (c'était aux Indes-Orientales). La consolidation se fit d'une manière tellement vicieuse, que l'amputation fut regardée par les chirurgiens de Calcutta comme le seul moyen de remédier à l'énorme difformité qui en avait été la conséquence. Le malade ne voulut pas se soumettre à l'opération; il revint en Angleterre au mois de mars 1838, et consulta MM. A. Key, A. Cooper, Atkins, etc. On décida qu'il était possible de conserver la jambe et de corriger l'extrême difformité du tibia par une opération. D'après les renseignemens fournis par le malade lui-même, il semblerait que des portions d'os assez considérables s'étant détachées de la partie interne du tibia, les extrémités fracturées se seraient réunies à angle de la même manière, et par la même cause que la colonne vertébrale cariée prend une forme irrégulière par suite d'une perte de substance de la partie antérieure des vertèbres. Le fragment supérieur du tibia avait non seulement formé un angle à son point d'union avec le fragment inférieur, mais il n'était plus en ligne droite avec le fémur. Sa tête ainsi que les surfaces articulaires s'étaient légèrement déplacées en dehors, ce qui donnait lieu à une disposition oblique très marquée surtout lorsqu'on l'examinait en avant. Indépendamment de la difformité du tibia, le péroné présentait encore un déplacement à sa partie supérieure; sa tête formait une saillie marquée au-dessus de sa position naturelle; le corps de l'os qui n'avait point été fracturé représentait une ligne droite parallèle au fragment inférieur du tibia, et l'extrémité inférieure déjetée par l'inclinaison du pied en dedans contribuait à porter la partie supérieure en dehors; il en était résulté, indépendamment de ce déplacement permanent, un mouvement anormal dans l'articulation péronéo-tibiale supérieure. Le raccourcissement de la jambe était considérable, et le malade marchait sur les orteils, en tenant, lorsqu'il était debout, le talon à un pouce et demi du sol. Les parties molles étaient saines, et la cicatrice qui recouvrait l'os n'avait pas contracté avec le périoste une adhésion aussi forte qu'on l'observe ordinairement dans les plaies directement placées sur les os.

Sir A. Cooper, qui examina soigneusement ce malade avec M. A. Key, pensa, comme lui, qu'il était possible de rendre au membre sa forme naturelle, en pratiquant la section du tibia d'abord, et du péroné ensuite, si, ce qui n'était pas probable, cet os avait été aussi déformé et mal consolidé. On procéda à l'opération de la manière suivante:

Le tibia fut mis à nu par une incision longitudinale d'environ quatre pouces de longueur, qui traversait l'ancienne blessure, et permit aux tégumens d'être détachés de chaque côté, de manière à mettre en évidence presque toute la partie supérieure de l'os jusqu'auprès de la fracture. On détacha, à l'aide d'une sonde cannelée, légèrement courbée, telle qu'on l'emploie pour l'opération de la hernie, les muscles qui recouvrent le tibia jusqu'au ligament interosseux. On découvrit l'os de la même manière à son côté interne et à sa partie postérieure; le tibia ainsi dénudé fut scié en partie à l'aide d'une scie à chaîne et en partie avec une scie ordinaire lorsque la première ne put plus marcher. Une fois la section faite, sir A. Cooper saisissant le pied, et lui faisant exécuter quelques mouvemens, reconnut qu'il était inutile de diviser le péroné dont la tête reprit sa position naturelle, aussitôt qu'on put placer les deux fragmens du tibia sur la même ligne. Il fallait une certaine force pour vaincre la résistance des muscles qui avaient acquis à la longue un état prononcé de contracture; aussi dès que le pied n'était plus maintenu, la difformité reparaissait-elle comme avant l'opération.

Le membre fut placé sur un coussin, reposant sur le talon, et maintenu par deux longues attelles latérales, bien rembourrées, qui embrassaient le pied de chaque côté. Le bandage ordinaire ne pouvant s'opposer efficacement à la tendance insurmontable du pied à se porter en dedans, et au déplacement incessant des extrémités osseuses, M. Key eut l'idée d'exercer une constriction permanente, et susceptible d'être graduellement accrue à l'aide de deux tourniquets placés, l'un à la partie inférieure de la cuisse, l'autre au niveau de la partie supérieure du pied, immédiatement au-dessous de l'articulation tibio-tarsienne; ce moyen remplit parfaitement le but qu'on s'était proposé. Pendant ce temps, les phénomènes inflammatoires qui s'étaient développés avec une intensité fort modérée ne tardèrent pas à s'amender; il y eut peu de réaction générale; la suppuration fut médiocrement abondante, et sembla bornée au périoste et aux extrémités contiguës des fragmens; quelques portions d'os très petites s'exfolièrent; cependant le temps nécessaire à la consolidation fut assez long, vu le peu d'étendue des surfaces par lesquelles les extrémités osseuses étaient en contact, et le grand vide qui devait être comblé vers le côté interne du tibia. L'opération avait été pratiquée dans le milieu du mois d'octobre 1838, et à la fin du mois de janvier dernier la plaie extérieure était complètement cicatrisée, et les os paraissaient solidement unis. Le péroné n'avait pas repris tout à fait sa position normale, et la solidité de ses articulations était loin encore d'être comme à l'état naturel. Aussi jugea-t-on convenable, jusqu'à ce que le cal eût acquis toute sa résistance, de continuer l'application d'un bandage ordinaire. La jambe malade n'avait pas tout à fait la longueur de celle du côté sain, mais la difformité se trouva parfaitement corrigée.

Le 10 mars suivant, M. Key recevait une lettre qui lui annonçait qu'on avait discontinué l'usage des attelles, sans que la bonne conformation de la jambe en ait éprouvé le moindre changement. Plusieurs petits fragmens d'os s'étaient détachés, ce qui avait retardé encore la cicatrisation définitive de la plaie. Du reste, sous d'autres rapports, tout allait bien.

Cette observation démontre la nécessité de surveiller avec soin la consolidation des fractures, lors surtout qu'elles sont compliquées, avec esquilles ou déperdition de substance à l'os. Il importe, dans ces cas, de faire choix d'un appareil convenable, de s'assurer fréquemment s'il remplit bien les conditions exigées pour une bonne conformation. Dans le fait qu'on vient de lire, la difformité était extrême, ce qui s'explique assez bien, soit par le mode de fracture, soit par le vice du traitement, ou plutôt par l'absence de tout traitement.

Dans des cas de ce genre, lorsqu'on est appelé trop tard à porter remède à une si vicieuse consolidation, la principale indication consiste à placer les fragmens dans les conditions où ils se trouvaient au moment de la fracture; c'est-à-dire à déterminer la rupture ou la section du cal; mais, avant tout, il importe de s'assurer de son degré de solidité, de rechercher à quelle époque l'accident est arrivé, et jusqu'à quel point on doit espérer d'allonger ce cal, sans le rompre, ou de le rompre sans qu'il soit nécessaire d'employer trop d'efforts. Il faut se rappeler alors par quelles périodes passe la cicatrice osseuse avant d'arriver à son développement parfait. D'abord gélatineuse ou fibrineuse, elle devient successivement fibro-cartilagineuse et osseuse; elle reste quelque temps à l'état de cal provisoire avant de passer à l'état de cal définitif. Or, la durée de ces périodes n'est pas la même pour tous les os; l'ossification est bien plus rapide dans les os du membre supérieur que dans ceux du membre inférieur; elle est influencée par diverses circonstances locales ou géné-

rales, l'immobilité plus ou moins parfaite des parties, l'absence ou la présence d'une plaie, une diathèse syphilitique, scrofuleuse, etc; l'âge du sujet, la force de sa constitution; tontes choses dont il faut tenir compte avant de se décider à recourir aux opérations toujours graves, telles que celle dont il vient d'être question dans l'observation de M. A. Key.

Lorsque le cal est encore mou, que la fracture n'a pas plus de deux mois de date, et c'est déjà trop dans la plupart des cas, on a lien d'attendre quelque succès de *l'extension permanente*; s'il n'y a que chevauchement, sans déplacement angulenx, on fera l'extension parallèle graduée. S'il y avait déplacement angulenx, ce serait aux tractions perpendiculaires qu'il faudrait avoir recours; on pourrait appliquer ici les machines à extension graduée dont on se sert pour les déviations de la colonne vertébrale. Plusieurs compresseurs mécaniques, la planchette de M. Mayor, les attelles ordinaires, pourront être employées; mais, ainsi que l'extension parallèle, l'utilité de ces moyens est fort limitée. Nous ne pensons pas qu'on puisse rien attendre des moyens propres à ramollir le cal, tels que les emplâtres, les cataplasmes, les frictions, etc. Fandrait-il compter davantage sur l'emploi de certaines eaux minérales et notamment sur l'usage intérieur de l'eau de Carlsbad, avec laquelle Brieske aurait obtenu en peu de jours le ramollissement d'un cal frais, mais assez solide, et serait parvenu à ramener la mobilité au lieu de la fracture? JOURNAL DE HUFELAND; octobre 1816.

Le *séton*, qui aurait réussi à Weinhold dans un cas de fracture consolidée depuis trois mois, avec raccourcissement de deux pouces et un cal énorme, ne doit pas être rejeté; mais est-il bien permis de compter sur un aussi heureux succès? La *rupture* et la *section* du cal sont évidemment préférables. La première méthode a plusieurs fois réussi entre les mains d'Oesterlen, qui, de nos jours, s'est attaché à la retirer de l'oubli et de la proscription qui l'avaient frappée. La machine de Bosch, déjà fort ingénieuse, a été perfectionnée par lui de manière à ce que la partie munie d'une vis se trouve prendre un point d'appui aux deux extrémités du membre lui-même (1).

Mais lorsque le cal est trop ancien, que la fracture siége à la jambe, à l'avant-bras, dans les cas de consolidation confuse du radius et du cubitus, il faut donner la préférence à la méthode suivie par M. Aston Key, et qui réussit à Wasserfuhr dans un cas de fracture du fémur, siégent à quatre travers de doigt au-dessous du grand trochanter chez un enfant de cinq ans. La consolidation s'était faite d'une manière si vicieuse que les deux bouts de l'os, dejetés en haut et en dehors, formaient un angle droit, et que le membre était raccourci de douze travers de doigt. Après que Wasserfuhr eut divisé les parties molles sur l'angle saillant formé par les os, ceux-ci furent en grande partie sciés, ce qui restait céda après quelques efforts; l'opération dura quelques minutes et ne coûta pas plus d'une once de sang. Le membre fut replacé alors dans sa direction normale; l'extension permanente fut ensuite employée et couronnée d'un plein succès (2).

On comprend, dans ces cas, toute l'importance de l'appareil contentif et extensif pour assurer le succès de l'opération; c'est une fracture compliquée qu'on a dès-lors à traiter; l'inflammation et ses suites doivent être prévenues et combattues de la même manière. Toutefois, il est bon de noter que, le plus ordinairement, les choses se passent assez bien; l'inflammation traumatique est légère; c'est une raison de plus, indépendamment d'autres considérations puissantes, pour ne pas craindre d'entreprendre le traitement de ces difformités.

VARICOCÈLE GUÉRI PAR L'EXCISION D'UNE PORTION DU SCROTUM; par M. BRANSBY B. COOPER, F. R. S.

Une foule de moyens ont été conseillés dans le but d'obtenir la cure radicale du varicocèle; le fait suivant donne une idée du procédé de S.-A. Cooper, et prouve singulièrement en sa faveur. Cette méthode consiste, ainsi qu'on le verra, non point à agir sur les veines qui composent le cordon, pas plus que sur les vaisseaux dilatés à leur partie inférieure, mais sur le scrotum lui-même, dont on diminue l'étendue par l'excision, de manière à rendre l'enveloppe extérieure du testicule plus étroite et plus solide, à lui faire remplir l'office d'un bandage permanent et exactement appliqué, et à donner ainsi aux vaisseaux malades un support efficace.

OBS. — Un jeune homme de la campagne était sujet depuis deux ans à un varicocèle du côté gauche, qui avait amené chez lui un état pénible de souffrances physiques et morales. Le scrotum du côté malade avait un volume double de celui du côté sain; la pression y était douloureuse, le testicule lui-même commençait à se prendre, et offrait déjà les signes d'un état d'irritation. Les veines du côté droit présentaient déjà un commencement de dilatation. Du reste, tous les symptômes, soit locaux ou sympathiques, soit généraux, ne laissaient aucun doute sur la nature de l'affection.

Comme il y avait habituellement une constipation opiniâtre, on prescrivit quelques purgatifs et le repos, pendant six semaines, sans un espoir fondé d'obtenir la guérison par ce mode de traitement. On en vint à l'opération, qui fut pratiquée de la manière suivante: le malade étant appuyé contre le pied de son lit, les veines dilatées du cordon spermatique gauche furent d'abord vidées de leur sang; puis saisissant la peau relâchée du scrotum avec deux doigts, un aide pressa le testicule contre l'orifice externe du canal inguinal, avec le dos de la main. Le chirurgien, d'un seul coup de bistouri, enleva toute la portion de peau soulevée par les doigts de son aide, en ayant grand soin d'éviter la cloison. Comme il s'écoula peu de sang, je procédai immédiatement, dit M. Bransby, à la réunion. Les bords de la plaie furent rapprochés de toutes parts vers le centre, et maintenus en contact à l'aide de trois ou quatre points de suture. De cette manière, le côté gauche du scrotum se trouva considérablement rétréci, et par suite l'enveloppe du testicule devint beaucoup plus serrée. On appliqua des bandelettes agglutinatives, des linges constamment imbibés d'eau froide.

Il y eut un peu de fièvre les jours suivans; assez de douleur, beaucoup de gonflement, de la suppuration, un petit abcès, une inflammation du cordon des deux côtés; mais sous l'influence des émolliens locaux, du repos, du régime, de quelques purgatifs, tout rentra dans l'ordre, et le 4 février, vingt-six jours après l'opération, la plaie était entièrement cicatrisée, le scrotum fortement serré contre le testicule; les cordons spermatiques n'étaient pas plus volumineux qu'à l'état normal, mais ils semblaient seulement un peu plus solides; il n'y avait pas trace de varicocèle, tous les symptômes concomitans avaient disparu.

Suivant M. Bransby, cette opération aurait, tout aussi bien que la section, la ligature, la piqûre des veines du cordon elles-mêmes, la faculté d'enflammer ces vaisseaux et de les oblitérer, sans faire courir au patient les mêmes risques que dans ces différentes opérations. On voit, en effet, d'après les détails de l'observation, le cordon enflammé, tuméfié et douloureux, reprendre plus tard son volume normal, mais rester seulement plus dur, comme si après avoir passé par les diverses phases de l'inflammation adhésive, ses veines s'étaient réellement oblitérées et converties en cordons fibreux.

On sait, au reste, que cette opération est la seule que sir A. Cooper veuille adopter. Il redoute au plus haut point toute opération pratiquée sur les veines spermatiques mises à nu; mais il n'est plus question aujourd'hui de ces méthodes si dangereuses, des faits nombreux parlent en faveur des procédés de M. Breschet, de M. Velpeau, de M. Davalt, etc., qui agissent sur les veines renfermées sous la peau, point capital toutes les fois qu'on opère sur cette partie du système vasculaire.

Ce fait, toutefois, ne saurait être oublié; il confirme ce que le chirurgien anglais disait il y a quelques années (ŒUVRES CHIRURG., traduction de Chassaignac et Richelot, p. 494): « L'excision d'une partie du scrotum amène une diminution des veines du cordon spermatique; cette opération peut être tentée sans danger, et peut très bien réussir dans le cas de dilatation très considérable et accompagnée de douleurs. »

Si, dans le plus grand nombre des cas, pour ne pas dire dans tous, les procédés usités en France doivent certainement avoir la préférence, peut-être y aurait-il lieu, dans quelques circonstances où le volume de la tumeur est trop considérable, où les veines sont énormément dilatées, à diminuer d'abord leur calibre en pratiquant préalablement l'incision comme l'indique A. Cooper, pour en venir à la méthode réellement curative; c'est-à-dire à l'oblitération des veines, que le chirurgien anglais ne se flatte pas d'obtenir, et qui seule peut amener la guérison définitive.

OBSERVATIONS SUR LES TUMEURS ABDOMINALES, CAS DE MALADIE DES REINS; par le docteur BRIGHT.

Le docteur Bright continue de passer en revue les tumeurs qui peuvent se développer dans l'abdomen et faire une forte saillie à l'extérieur. Nous avons vu que, dans les mémoires précédens, il avait étudié les tumeurs produites par le foie et par l'ovaire. Ce nouveau travail est consacré aux tumeurs développées dans le rein, et dont le diagnostic est ordinairement d'une si grande difficulté. Douze observations sont rapportées ici par l'auteur et rappellent les formes principales sous lesquelles se présentent ordinairement les tumeurs abdominales causées par le rein, et qui se rapportent la plupart à des suppurations de cet organe, etc.

Quelques considérations générales sur le diagnostic de ces tumeurs et sur les routes que suit ordinairement le pus accumulé dans le rein se trouvent à la fin de ce mémoire, dont le principal mérite est dans la réunion d'un nombre aussi considérable de ces faits, qui ne sont pas très fréquens dans la pratique, et dont la plupart sont représentés dans des planches qui font partie de ce mémoire.

(1) Ueber das Wiederabbrechen fehlerat geheilter Knochen, etc. Tübing. 1827. CHELIUS. Traduit par J.-B. Pigné, t. I, p. 202.

(2) MAGASIN DE RUST, vol. XXVIII, p. 306. — Et MALGAIGNE, MANUEL DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, p. 226.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 4 JUIN.

La correspondance manuscrite comprend : 1° Plusieurs lettres relatives à l'état des vaccinations dans divers départemens; 2° Une lettre de M. Louget sur les expériences faites au collége de France pour éclairer la question de la distinction des nerfs du sentiment et du mouvement. Il résulte de ces expériences que, lorsqu'on irrite les racines antérieures, on détermine de la douleur tant que les racines postérieures ne sont pas coupées; lorsque cette section est pratiquée, c'est en vain qu'on irrite les filets antérieurs, l'animal ne donne pas de signes de douleur. (Voir le compte-rendu de la séance de l'Académie des sciences pour le 20 mai. GAZ. MÉD., 1839, numéro du 25 mai.)

L'académie procède, par voie de scrutin, à la nomination de onze membres, qui doivent former la commission chargée de décider dans quelle section auront lieu les prochaines élections.

M. CORNAC fait un rapport verbal sur deux ouvrages du professeur Giacomini, de Padoue : 1° sur un traité philosophico-expérimental de thérapeutique. Ce livre, remarquable par les recherches toutes nouvelles qu'il renferme; par son étendue, la forme, la saine critique, l'érudition que l'auteur a su développer, mérite d'être lu et médité par tout homme qui veut se livrer consciencieusement à l'art de guérir. 2° Sur la clinique médicale du même auteur, renfermant les faits observés pendant quatre ans dans la clinique qu'il dirige.

M. le rapporteur conclut : 1° à ce que des remercimens soient votés à l'auteur; 2° à ce qu'il fasse partie de la liste sur laquelle on doit choisir les membres correspondans étrangers. A ce propos, M. Cornac fait observer que l'Académie a perdu, depuis plus de deux ans, le professeur Galini, de la même école; M. Giacomini réunirait toutes les conditions désirables pour être élu à sa place. (Renvoyé au conseil d'administration.)

OBSERVATION D'ÉPISTAXIS MORTELLE.

M. VILLENEUVE lit un rapport sur un cas d'épistaxis mortelle communiqué par M. Taillefer, médecin à Honfleur. Il s'agit d'une femme de 42 ans qui à dater du 27 avril dernier eut à plusieurs reprises des épistaxis fort abondantes. Une première hémorragie, qu'on parvint à maîtriser au moyen du tamponnement, n'empêcha pas les règles de paraître; bientôt la faiblesse devint extrême, des symptômes scorbutiques se montrèrent, des ecchymoses en divers points, etc. Le tamponnement ne put être supporté à la fin; on donna la limonade sulfurique, le tannin, etc., mort dans le courant de mai. M. le rapporteur fait remarquer le peu d'influence de l'hémorragie nasale sur le flux menstruel qui ne fut pas supprimé; tous les praticiens ont observé des cas de ce genre; tous savent que la plupart des maladies chroniques n'empêchent pas les règles de venir; dans les maladies aiguës leur apparition ne doit pas empêcher de prescrire les émissions sanguines; il a vu souvent, pour sa part, des saignées pratiquées alors modifier avantageusement la maladie, et ne pas influer sur l'écoulement menstruel. Du reste, les cas d'épistaxis abondantes au point de devenir mortelles ne manquent pas dans les auteurs; le fait de M. Taillefer, d'ailleurs bien observé, mérite d'être rapproché de ceux qu'on possédait déjà. L'auteur connu déjà par de bons travaux a droit aux remercimens de l'Académie. (Adopté.)

SEIGLE ERGOTÉ.

M. Villeneuve fait un court rapport sur une note de M. de Bourge relative à l'histoire du seigle ergoté. Ce travail intéressant, moins sous le rapport médical, qu'au point de vue de l'histoire naturelle, est digne cependant de l'attention de l'Académie; remercimens à l'auteur. (Adopté).

LIGATURE D'UN POLYPE UTÉRIN, SUIVIE DE L'EXCISION.

M. GIMELLE lit en son nom, et en celui de M. Villeneuve, un rapport sur une observation de polype utérin traité par la ligature, suivie de la réscetion du pédicule, par M. Chrestien, de Montpellier; on avait d'abord diagnostiqué un cancer utérin; l'auteur, par une exploration attentive, reconnut l'erreur qui avait été commise, et constata en même temps la présence d'un polype. Le volume de la tumeur qui sortait à travers le col utérin s'opposa à ce que des ciseaux courbes destinés à aller réséquer le pédicule pussent arriver jusqu'à ce point; alors, à l'aide d'une ligature passée dans un serre-nœud, ce pédicule fut étranglé, et la section faite au-dessous; le reste tomba peu de jours après. La guérison ne se fit pas long-temps attendre. Tout en regrettant que l'auteur n'ait pas donné quelques détails sur la nature de la tumeur, M. le rapporteur propose que cette observation soit déposée aux archives, et que des remercimens soient adressés à M. Chrestien. (Adopté.)

DÉCHIRURE CENTRALE DU PÉRINÉE.

M. CAPURON lit, au nom de M. Lebreton et au sien, un rapport sur une observation de sortie du fœtus à travers une déchirure centrale du périnée, adressée à l'Académie par M. Munod, médecin à Côme, près de Péronne.

Manon, âgée de 29 ans, de stature moyenne, d'embonpoint médiocre et d'assez bonne constitution, accoucha heureusement, il y a six ans, par les seuls efforts de la nature, d'un enfant assez bien développé; chose remarquable, il ne se fit pas alors la moindre déchirure au périnée.

Une nouvelle grossesse était à sa fin en septembre 1838; les douleurs s'établirent, le travail marchait rapidement; la tête paraissait volumineuse, les parties molles très rigides se laissaient fort difficilement distendre; le médecin, craignant la déchirure du périnée, fit modérer les efforts expulsifs, en même temps qu'il soutenait les parties molles. Les douleurs s'arrêtent un instant, puis reviennent subitement; la main est de nouveau portée vers le périnée pour le soutenir; mais avant qu'elle y arrive, on entend un bruit sourd, comme si une résistance venait d'être vaincue. Au moment où il approchait la main, le docteur M. sent glisser sur sa face postérieure le corps du fœtus; celui ci fut expulsé avec tant de force, qu'il serait allé frapper le plancher sans la brièveté du cordon par lequel il fut retenu; ce dernier ne fut pas coupé sur le champ. On crut un instant que l'enfant était sorti par les voies naturelles; mais en examinant de plus près, on vit que le périnée avait été déchiré, que la plaie ressemblait assez bien à une croix de Malte ou à une étoile; deux angles se trouvant l'un en avant derrière la fourchette, l'autre en arrière au-devant de l'anus, sans que la section fût complète ni en avant ni en arrière; les deux autres étaient latéraux, les quatre déchirures venaient se réunir au centre du périnée; le placenta ne tarda pas à sortir par la même voie. On lava soigneusement cette solution de continuité; quatre points de suture entortillée réunirent chaque portion de la plaie, un cinquième fut placé au centre de l'ouverture. La femme couchée sur le côté, les genoux rapprochés, on prit de grands soins de propreté. Un mois après, cette vaste plaie était entièrement cicatrisée, tout était rentré dans l'état normal. Pendant quelque temps, les selles furent involontaires; mais cet inconvénient cessa à mesure que la cicatrice gagnait vers les fibres les plus excentriques du sphincter qui avaient été déchirées.

Dans les réflexions qui suivent cette observation, l'auteur regrette de n'avoir pas pratiqué la section de la fourchette; ce serait dans beaucoup de cas un bon moyen auquel on n'a peut-être pas donné toute l'attention qu'il mérite.

Il a connu un vieux routinier de campagne qui la faisait constamment, mais c'est tomber dans un autre excès; il est des cas de rigidité extrême de la vulve où cette action deviendrait utile, préviendrait une trop grande déchirure, et même la rupture du périnée.

M. CAPURON ne partage pas cette opinion de l'auteur, qui, du reste, n'est pas nouvelle; il ne trouve pas que les détails accompagnant l'observation soient suffisans pour conclure d'une manière positive que l'enfant ait passé à travers le périnée déchiré. Tout en applaudissant au succès obtenu par la suture de la plaie; il ne regarde pas cette suture comme indispensable, il pense même que dans beaucoup de cas elle peut devenir dangereuse.

M. le rapporteur conclut à ce que des remercîemens soient adressés à l'auteur et son observation insérée aux bulletins.

M. LARREY insiste sur la nécessité de soutenir le périnée pour prévenir les ruptures; il rapporte l'observation d'une femme chez laquelle une matrone egyptienne coupa avec un rasoir le périnée fortement soulevé par la tête de l'enfant, qui sortit par cette voie.

M. GERDY défend la suture, qui est par elle-même, dit-il, fort innocente. Je l'ai pratiquée trois ou quatre fois, et je n'ai échoué que dans un cas où l'existence de symptômes vénériens expliqua à elle seule la non réussite.

Après une courte discussion sur l'ensemble du rapport, ses conclusions sont adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS.

— COURS DE MÉDECINE CLINIQUE SUR LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. — M. FERRUS, médecin chargé en chef du service des aliénés à l'hospice de la Vieillesse (hommes), commencera ce cours le dimanche 16 juin 1839, à huit heures du matin, et le continuera les jeudis et les dimanches suivans à la même heure. Les mardis et les samedis, MM. les élèves seront également admis à suivre la visite.

— TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DU CŒUR, contenant des recherches historiques, anatomiques et physiologiques spéciales sur cet organe; par J. PIGEAUX, docteur-médecin de la Faculté de Paris, ouvrage dédié à M. le professeur ANDRAL; 1 vol. in-8 de 800 pages. Prix : 7 fr.; franco : 9 fr. 50 c.

Paris, à la librairie des sciences médicales de Just Rouvier, rue de l'Ecole-de-Médecine, 8.

— TRAITÉ DE MATIÈRE MÉDICALE ET DES INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DES MÉDICAMENS; par C. P. GALTIER. 2 vol. in-8; prix : 12 fr.

— TRAITÉ DE PHARMACOLOGIE ET DE L'ART DE FORMULER; par le même auteur. 1 vol. in-8; prix : 4 fr. 50 c.

Ces deux ouvrages se trouvent chez P. Lucas, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 4.

— MÉMOIRE SUR LES INHUMATIONS PRÉCIPITÉES; des moyens de les prévenir, des signes de la mort; par M. VIGNÉ, docteur en médecine; 2e édition, revue et augmentée; 1 vol. in-8. Prix : 2 fr.

Paris, chez Béchet jeune, libraire de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 24. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 15 JUIN 1839.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR LA LUXATION ISOLÉE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU CUBITUS EN ARRIÈRE OU HUMÉRO-CUBITALE POSTÉRIEURE SANS DÉPLACEMENT DU RADIUS, présenté à l'Académie des sciences, le 27 mars 1837, par le docteur Sédillot, chirurgien-major, professeur de médecine opératoire à l'hôpital militaire de perfectionnement (Val-de-Grâce), agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc.

Malgré les immenses progrès, imprimés en France depuis un siècle, à l'étude des luxations, par les chirurgiens les plus illustres, tels que J. L. Petit, Desault, Boyer, Dupuytren, et tant d'autres praticiens moins célèbres, qui ont concouru à ce résultat par d'excellens travaux, on ne peut méconnaître, que pour compléter l'histoire de ces maladies, il ne reste une foule de questions à résoudre et de nombreuses lacunes à combler.

Le mémoire que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie en fournit une nouvelle preuve, car j'y signale une espèce de luxation généralement ignorée, et qui n'a été décrite en France par aucun auteur: c'est celle de l'extrémité supérieure du cubitus en arrière sans déplacement du radius. Je l'ai rencontrée sur un jeune garçon que l'on croyait atteint d'une luxation ancienne des deux os de l'avant-bras en arrière, et qui me fut adressé par le docteur A. Thierry, pour savoir si je me chargerais de la réduire. La vue du membre m'ayant inspiré quelques doutes sur la réalité de la lésion qui m'était annoncée, j'examinai les parties avec le plus grand soin, et je reconnus la véritable nature de l'accident, dont j'entrepris la guérison avec succès. Ce fait réuni à quelques autres, que m'offrirent les annales de la science et des expériences directes, m'a conduit à tracer l'histoire générale de la luxation cubito-humérale, dont le diagnostic et le traitement seront désormais, j'espère, aussi faciles que certains.

On n'admet pas sans peine, au premier abord, une luxation isolée du cubitus sans déplacement du radius; on se demande comment le cubitus, celui des os de l'avant-bras qui constitue la partie la plus large et la plus résistante de l'articulation du coude, peut se luxer isolément, et par quel mécanisme cet effet peut avoir lieu, si le radius en place conserve au membre sa longueur. Ces objections ont paru à quelques-uns de nos plus habiles chirurgiens d'une si grande valeur, qu'ils m'ont déclaré *à priori* que cette espèce de luxation n'était pas possible, et comme c'était à leurs yeux *la quadrature du cercle*, ils n'ont même pas voulu prendre la peine de lire ce mémoire. Mais rappelons-nous qu'il y a peu d'années encore on méconnaissait les luxations de l'extrémité supérieure du radius en arrière, et que l'annonce d'un pareil fait semblait si extraordinaire et si remarquable à l'ancienne et célèbre Académie de chirurgie, qu'elle en-

Feuilleton.

RAPPORT DE LA COMMISSION MÉDICALE SUR LES HOSPICES DE PARIS.

(Dernier article.)

L'institution nosocomiale résume la charité publique de nos sociétés; elle est en même temps le plus vaste théâtre où s'agite, sous le contrôle d'une critique vigilante, le génie de nos praticiens. La médecine ne revêt sur aucune autre scène un caractère plus éminemment social, n'exerce une action plus étendue, ne se manifeste par des résultats plus décisifs: la clientelle, c'est l'individu; l'hôpital, c'est la masse; là elle colporte ses vaticinations apprêtées de l'alcôve du podagre opulent au boudoir des féminines névropathies; son observation est fractionnée, brisée en quelque sorte par les murs et les rues qui séparent les sujets sur lesquels elle s'exerce; ici se déroule à son coup-d'œil la galerie tristement bigarrée des infirmités populaires; les phénomènes les plus variés se pressent, se succèdent dans une même enceinte. Les essais thérapeutiques, entrepris sur une large échelle, s'expriment de lit en lit par des effets nuancés, comme les gradations du son par les touches d'un instrument; le problème de la conservation de nos fragiles organes est poursuivi jusques dans la mort avec une persévérance que ne lassent ni la monotonie des résultats constatés, ni la provisoire inutilité des recherches. L'hôpital est donc aussi nécessaire à la science que celle-ci l'est à l'hôpital; tel pauvre malade qui y est venu demander soulagement ou guérison, a fourni sans le savoir le point de départ d'expériences cliniques de la plus haute importance; tel cadavre sans nom, débris d'une existence qui a commencé sur un grabat pour aboutir à l'amphithéâtre, a révélé sous le scalpel industrieux l'un de ces faits souverains dont la publication fait osciller dans sa marche la science contemporaine, et la sollicite dans une direction nouvelle. Ce sont les grandes réunions de malades dans les établissemens créés par la philantropie qui ont ouvert à la médecine les voies multiples où elle a fait depuis quelques siècles une ample moisson de découvertes; c'est cette exposition permanente de toutes les formes d'altération morbide et de toutes les larves de la souffrance humaine qui a suscité à nos maîtres les aperçus ingénieux, les théories fécondes, les applications pratiques, dont l'ensemble constitue la tradition de notre enseignement. Perpétuelle alliance de l'art et de la charité, heureuse solidarité du progrès médical et des améliorations matérielles! Au perfectionnement des procédés chirurgicaux et des méthodes thérapeutiques est lié non-seulement l'honneur de notre carrière, la gloire de notre science, mais encore la réputation de chaque médecin, la sûreté et le développement de ses intérêts positifs. Cet enchaînement de causes et d'effets dont chaque existence médicale est comme une expression diversifiée, il convient de ne pas l'oublier quand on veut peser la part d'influence qui revient aux hommes de l'art dans la grande question des hôpitaux. Se placer, pour la juger, au point de vue d'une philantropie transcendantale et se prévaloir exclusivement du côté généreux et pur de notre profession, c'est peut-être se faire illusion sur les mobiles intimes de tous les actes dont se compose l'exercice de la médecine dans les hôpitaux. C'est aussi se donner un avantage exorbitant contre l'administration que l'on attaque; il est

voyait à ses propres frais l'illustre Sabatier pour le constater, et cependant des exemples multipliés sont venus démontrer le peu de rareté de cet accident, que l'on trouve aujourd'hui décrit dans la plupart des traités de chirurgie. Boyer, que l'on considère avec tant de raison comme l'un des hommes qui ont le plus éclairé l'histoire des luxations, n'avait même pas soupçonné la possibilité des déplacemens de l'extrémité du radius en avant, et cependant cette lésion ne peut plus être mise en doute, et est presque aussi fréquente, je crois, que la luxation du même os en arrière. Enfin, M. Colson, dans une thèse soutenue devant la Faculté de médecine de Paris, en 1835, a donné l'observation d'un déplacement de l'extrémité supérieure du cubitus en avant, sans fracture de l'olécrane, et il a démontré la possibilité de cet accident, par des expériences cadavériques. De pareils exemples, tous tirés de la seule articulation du coude, disent assez les progrès que nous faisons chaque jour, et détruisent toutes les objections élevées *à priori* contre la nouvelle espèce de luxation que je signale, et dont je vais exposer les principaux traits. Je commencerai par rapporter l'observation du malade qui m'a permis de reconnaître et de constater l'existence de la luxation isolée de l'extrémité supérieure du cubitus en arrière; j'étudierai ensuite les enseignemens de la science à ce sujet, et je terminerai par l'histoire dogmatique de la maladie.

Obs. I. — Blanchet, jeune garçon de dix ans et demi, tomba, le 15 septembre 1836, d'une hauteur de quatre pieds environ, sur la main droite étendue en avant; il ressentit au même instant une vive douleur au coude, et resta dans l'impossibilité d'imprimer aucun mouvement de flexion ou d'extension à l'avant-bras. Sa mère le conduisit le lendemain à Clichy, chez M. Henry, qui exerça, avec deux autres personnes, des tractions assez fortes sur le membre blessé, le frictionna avec un corps gras, et l'entoura d'une compresse et d'une bande. Les mêmes manœuvres furent répétées le cinquième, le huitième et le onzième jour de l'accident; seulement les extensions furent pratiquées avec moins de force, et le bandage fut imbibé d'une eau spiritueuse, et ensuite d'un mélange d'eau et de vin.

La mère du malade, voyant que ce traitement n'avait aucun résultat, et que l'immobilité du membre restait la même, alla consulter, le 28 septembre, M. A. Thierry, qui eut la bonté de m'adresser le blessé, le 31 octobre suivant. A l'examen du membre affecté, que je vis pour la première fois à cette époque, je trouvai l'avant-bras droit fixé dans une extension presque complète, et toute tentative pour changer cette position douloureuse et inutile. Les mouvemens de pronation et de supination s'exécutaient librement, seulement ces derniers paraissaient moins étendus que les premiers. Le membre n'offrait aucune trace d'engorgement; on n'y remarquait ni rougeur ni tuméfaction, et le malade n'y éprouvait aucune douleur.

Les formes extérieures avaient subi les changemens suivans : l'avant-bras, au lieu d'être légèrement incliné en dehors de l'axe de l'humérus, comme cela existe à l'état normal, est manifestement porté en dedans; le coude présente en dehors une saillie considérable et un angle rentrant en dedans; le côté interne de l'avant-bras est raccourci, et la main paraît renversée sur son côté cubital.

Le diamètre antéro-postérieur du pli du bras est augmenté, et le diamètre transversal paraît rétréci.

Le coude mesuré dans sa circonférence est de cinq à six lignes plus volumineux que celui du côté opposé; mais ces mesures comparatives manquent d'une exactitude absolue, attendu que l'humérus gauche paraît avoir été atteint, à une époque déjà éloignée, d'une fracture intra-condylienne.

Au côté interne de la face antérieure du pli du bras, on rencontre une saillie volumineuse qui appartient à l'humérus dont elle est la continuité, comme on peut s'en convaincre en suivant avec les doigts le bord interne de l'os; derrière cette saillie que l'on peut nommer antérieure-interne, on trouve l'olécrane, qui en est éloigné de plus d'un pouce, très proéminent, et situé plus en dedans que dans l'état naturel. C'est entre lui et la tumeur formée en dedans et en avant par l'humérus que le diamètre antéro-postérieur de l'articulation est le plus considérable.

Le membre malade, mesuré de l'acromion au sommet de l'olécrane, offre un raccourcissement de trois lignes comparativement au côté opposé (ces différences, ainsi que les autres signes que nous indiquerons, furent constatés avec le plus grand soin et à plusieurs reprises).

Le bord interne de l'olécrane constitue la limite interne du coude et n'est pas dépassé dans ce sens par l'épitroklée.

En étudiant le côté externe de l'articulation, on ne remarque aucun changement dans la position normale du radius; cet os est resté sous l'épicondyle, et si on suit avec le doigt et de bas en haut sa face postérieure externe, on rencontre le corps de l'os, puis une dépression très marquée, au-dessus de laquelle existe une saillie osseuse arrondie, et mobile pendant les mouvemens de pronation et de supination de l'avant-bras; entre cette saillie et une seconde qui la surmonte, il y a deux lignes environ d'intervalle, et on est forcé de reconnaître dans ces dispositions le corps du radius, son collet et sa tête, la dépression articulaire et l'épicondyle huméral externe.

Tel était l'état de l'articulation; l'altération des fonctions et des formes révélait une lésion articulaire; mais à quel accident fallait-il attribuer ces modifications morbides? Etait-ce à une fracture ou à une luxation, et dans ce dernier cas quelle en était l'espèce? c'est ce que nous devions examiner.

Un trop grand nombre de circonstances s'élevait contre la supposition d'une fracture, pour qu'on pût l'admettre après quelque réflexion. Dès le premier moment de l'accident l'avant-bras était devenu immobile sur le bras, et les mouvemens de flexion et d'extension avaient été abolis : aucune fracture du coude ne pouvait déterminer une pareille fixité, et les efforts auxquels on se livra pour fléchir le membre ne seraient pas restés infructueux; de plus, en examinant avec soin la forme et la direction des trois os qui concourent à la jointure du coude, on ne rencontrait pour chacun d'eux aucun signe de fracture : leur situation relative était altérée, mais nullement leur structure. Il fallait donc s'arrêter à l'idée d'une luxation : était-ce une luxation du coude en arrière? Telle avait été l'opinion des chirurgiens qui avaient vu le malade avant moi, et le premier coup d'œil semblait en confirmer la justesse : une saillie existait dans le pli du bras, c'était l'humérus luxé, et soulevant les muscles biceps et brachial antérieur; la projection en arrière du cubitus était due à son déplacement dans ce sens; le membre était légèrement fléchi, comme on le remarque dans cette espèce de luxation; mais ces signes si évidens en apparence avaient entraîné un faux diagnostic, parce qu'ils avaient été seuls consultés, et qu'ils étaient insuffisans, comme il est facile de le démontrer.

Dans les luxations complètes du coude en arrière, la tumeur produite par l'humérus occupe toute la face antérieure du pli du bras; chez notre malade cette tumeur n'existait qu'au côté interne, et elle manquait en dehors; on ne rencontrait pas la tête du radius, déplacée en arrière, et on pouvait s'assurer qu'elle avait conservé sa position naturelle; dans les luxations complètes du coude, l'avant-bras est légèrement fléchi et dirigé en arrière, tandis qu'ici il était incliné en dedans, et offrait moins de longueur dans ce sens que du côté opposé; enfin, l'olécrane était situé plus en dedans qu'à l'état normal, et il aurait dû être suivi par le radius, ce qui n'avait pas eu lieu; en outre, le diamètre transversal du membre n'eût peut-être pas paru autant diminué, et la circonférence du coude eût été nécessairement beaucoup plus considérable.

Ces dispositions bien constatées ne permettaient pas de croire à l'existence d'une luxation radio-cubito humérale en arrière, et il fallait arriver à cette idée, quelque extraordinaire qu'elle dût paraître au premier abord, que le cubitus seul était déplacé; dans cette opinion, tous les symptômes s'expliquaient avec une telle facilité qu'il devenait impossible de ne pas l'admettre.

La saillie du coude en dehors et son angle rentrant en dedans étaient la suite des changemens survenus entre les surfaces articulaires. Le cubitus avait glissé sur l'humérus par la violence qui avait produit la luxation, et aussi par l'action des muscles triceps brachial et brachial antérieur, et cet effet n'avait pu être déterminé sans que le côté interne du membre subît un léger raccourcissement, dont la conséquence était l'angle rentrant que nous observions; ce

---

commode de reléguer celle-ci dans les chiffres, de la montrer emprisonnée dans les préoccupations étroites de la comptabilité timbrée et paraphée, puis de monter dans les nuages d'une poétique charité, de se ballonner au souffle d'un généreux enthousiasme pour le sort des indigens malades, et de dire au public: « Voyez, comme ils sont petits et combien nous sommes grands; voyez dans quelle région infime d'idées et de routines intéressées se traîne la gent administrative, et à quelle hauteur de vues et de projets nous pousse le zèle intelligent du bien commun! » Pour que cette représentation de contrastes arrangés ne soit pas taxée d'injustice ou d'exagération, nous accordons deux choses aux auteurs du rapport : à savoir qu'ils ont entièrement écarté de la cause qu'ils plaident avec éclat les griefs de l'amour-propre et les sollicitudes de la position scientifique; ceci n'est même pas concession, hâtons-nous de le dire; c'est un témoignage de justice et de vérité que l'administration elle-même ne saurait leur refuser. Ils ont parlé des vices et des abus dont sont entachés les différens services avec énergie, avec une insistance minutieuse, mais avec convenance et modération; ils ont su revendiquer les droits de leur propre ministère et le soin de leur dignité avec une modestie sévère qui s'abrite derrière le texte des ordonnances et des réglemens. Nous leur accordons encore la religieuse exactitude de leurs allégations, l'énormité des faits qu'ils signalent. Mais il reste toujours une chose que nous ne pouvons ni approuver ni comprendre, c'est le procès de tendance que la commission médicale semble instruire contre l'administration; c'est cette espèce d'appel qu'elle adresse au conseil-général contre l'influence que celle-ci propage dans les différentes branches du service. N'a-t-elle pas dépassé la limite des inductions raisonnables, en montrant tous les agens du pouvoir administratif réunis dans une sorte de conspiration contre le bien-être des malades et l'action des médecins? Nous ne pouvons croire, avec les auteurs du rapport, que les habitans des hôpitaux et hospices ne forment aux yeux de l'administration qu'un être collectif (page 58), aux besoins duquel elle pourvoit presque à regret dans certaines limites, et dont elle n'entend ni les cris ni les plaintes : « Se conformer strictement aux prescriptions du conseil-général ou de la commission administrative, maintenir l'ordre et la régularité dans le service, tenir une comptabilité inattaquable dans son ensemble et dans ses détails, tel a été le but principal, nous avons presque dit unique, des employés de chaque établissement. C'est ainsi qu'est née et a grandi dans nos hôpitaux cette influence exclusivement administrative, c'est-à-dire souvent en opposition avec cette bienveillance consolatrice et cette sollicitude affectueuse, toujours si désirables dans un hôpital, mais qui s'accordent quelquefois assez mal avec les exigences d'un réglement, ou l'inflexible rigueur des chiffres. » Cette définition du rôle que joue l'administration dans le mécanisme hospitalier est d'une grande sévérité; mais s'applique-t-elle dans sa rigueur à tous les agens qu'elle emploie? Voilà ce que nous sommes loin d'admettre. Le conseil-général s'est-il, à ce point, démis de son action personnelle, que les fonctionnaires subalternes décident de la marche du service et font à chaque hôpital son invariable destinée? C'est encore là une assertion que les auteurs du rapport ont cru faire valoir par quelque peu d'exagération. Il n'est pas juste d'envelopper toute la hiérarchie administrative des hôpitaux dans un blâme solennel, et de lui refuser pour ainsi dire l'instinct de l'humanité et la capacité du dévouement; toutes les âmes ne se dessèchent point dans le maniement des affaires matérielles; parce qu'on est obligé de fixer par le calcul les ressources qui font subsister un établissement et de consolider dans les

dernier entraînait lui-même à son tour la saillie du côté externe de l'article, qui devenait le point d'appui de tout l'effort musculaire.

Je crois être le premier qui ait signalé cette disposition également constante, mais inverse dans les luxations du radius, et je l'ai fait remarquer plusieurs fois, dans mes cours du Val-de-Grâce, sur des individus affectés de déplacemens anciens, et chez lesquels toutes les modifications produites par cet accident étaient d'une grande évidence; ainsi l'avant-bras est incliné dans le sens de l'os luxé, et est dirigé en dedans pour les luxations du cubitus, et en dehors pour celles du radius. Dès-lors, chez notre malade, la situation normale du radius devait se rencontrer telle que nous l'observions, et n'avait plus rien de surprenant.

La tumeur formée par l'humérus dans le pli du bras ne devait pas occuper toute son étendue transversale, puisqu'elle n'était déterminée que par le côté interne de l'os du bras, qui semblait s'être placé de champ de manière à faire paraître plus étroit le diamètre transversal de l'article.

Le cubitus luxé seul en arrière proéminait d'autant plus au côté interne du coude, qu'il était plus éloigné de l'humérus, et qu'il n'était masqué ni par les parties molles, ni par la saillie de l'épitroklée qui le dépasse de beaucoup dans l'état normal.

Le raccourcissement du cubitus, qui marquait l'étendue du déplacement, ne pouvait être considérable, et n'était aussi que de trois lignes; la circonférence de l'articulation était également moins grande qu'elle ne l'eût été à la suite d'un déplacement simultané des deux os de l'avant-bras, puisqu'elle ne donnait qu'une différence de cinq lignes; mais nous devons remarquer que l'immobilité prolongée du membre pendant six semaines avait occasionné une maigreur très sensible des parties affectées et un commencement d'atrophie dont nous devons tenir compte.

La conservation des mouvemens de pronation et de supination dépendait de l'intégrité de l'articulation radiale, et la fixité de l'avant-bras résultait de la rencontre des os luxés, arcboutés l'un contre l'autre, de l'état de contraction tonique des muscles, et peut-être aussi de l'écrasement du bec coronoïdien.

On pouvait encore s'expliquer, dans cette opinion, l'inutilité des essais de réduction précédemment tentés. On avait méconnu la disposition des parties et les indications, et en tirant directement sur le poignet, on avait concentré tout l'effort sur l'articulation radio-humérale, sans atteindre le cubitus, dont l'obliquité, et par suite le déplacement, avaient même été probablement augmentés.

La luxation reconnue, restait à décider si son ancienneté ne la rendait pas irrémédiable; mais le peu d'étendue du déplacement, l'absence de toute inflammation précédente, le bon état du membre et la grave infirmité dont le malade était affligé, puisqu'il ne pouvait se servir de sa main pour la porter à sa tête, manger, nouer sa cravate, écrire, etc., m'engagèrent à tenter une réduction qui a réussi, comme personne ne l'ignore, à la suite d'autres luxations infiniment plus anciennes; mais avant de l'opérer, je présentai le malade à la plupart de mes confrères du Val-de-Grâce, MM. Lacretelle, Soudan, Desruelles, H. Larrey, Chastaguier, qui reconnurent comme moi, après un mûr examen, le déplacement isolé du cubitus, que je leur avais signalé, et nous convînmes de nous réunir le 5 novembre, pour procéder à la réduction, qui fut obtenue par la méthode suivante, et avec l'assistance de MM. les docteurs Lassaigne, Lombard, Felix, H. Gama, Génard, etc., etc.

L'extension fut faite sur la main, tournée en supination pour tendre le ligament inter-osseux, et ramener le cubitus en avant, et il fut convenu qu'elle serait exclusivement exercée sur le côté interne de l'avant-bras, qui devait être fléchi à un signal donné; un second aide plaçant ses deux mains entrecroisées sur la face antérieure et inférieure du bras devait le porter fortement en arrière, en pressant particulièrement sur l'épitroklée, et d'autres aides soutinrent le membre vers l'aisselle, et durent maintenir avec force le petit malade, qui montra une extrême indocilité; M. H. Larrey voulut bien se charger de presser de dehors en dedans sur la saillie externe du coude, pour ramener l'avant-bras à sa direction normale, et rendre au bord cubital sa longueur, en faisant disparaître l'angle rentrant du côté interne du coude.

Nous parvînmes au moyen de ces manœuvres, sur lesquelles il fallut revenir plusieurs fois, à replacer le cubitus au-dessous de l'humérus, et nous en fûmes assurés par le retour des mouvemens et par la bonne conformation des parties.

La direction de l'avant-bras était redevenue naturelle; la saillie externe du coude et l'angle rentrant qu'il offrait en dedans n'existaient plus; le diamètre antéro-postérieur avait perdu ses dimensions exagérées, et le transverse paraissait normal; l'olécrane ne déterminait plus la tumeur qu'il formait auparavant en arrière; et le côté antérieur interne de l'humérus n'était plus senti sous les tégumens; enfin les mouvemens de l'avant-bras sur le bras étaient possibles, et bien qu'ils fussent très douloureux, probablement en raison des adhérences contractées par le nerf cubital qui se trouvait tiraillé, je les exécutai à plusieurs reprises, afin de favoriser l'allongement des muscles, et de rétablir plus sûrement les rapports articulaires; je pus fléchir ainsi l'avant-bras un peu au-delà de l'angle droit, et je le fixai dans cette position, après que la réduction eut été constatée par MM. Soudan, H. Larrey, Chastagnier, H. Gama, Lassaigne, etc., qui étaient restés jusqu'à la fin de l'opération.

En plaçant l'avant-bras dans la flexion à angle droit sur le bras après la réduction, on prévient certainement toute récidive s'il n'y a pas eu de fracture de l'apophyse coronoïde; la surface de cette apophyse repose en effet contre la partie antérieure de l'extrémité de l'humérus, qui l'empêche ainsi directement de se porter en arrière, et les muscles brachial antérieur, triceps, etc., maintiennent les rapports articulaires, puisqu'il faudrait qu'ils permissent entre les os un écartement de près d'un pouce pour que la luxation pût se reproduire.

Je jugeai donc inutile de placer aucune attelle, et je me bornai à entourer le membre d'un bandage roulé de flanelle, afin de prévenir l'engorgement des parties, et je rendis la flexion permanente au moyen d'un huit de chiffres, dont les anneaux embrassaient, l'un le poignet, l'autre la partie supérieure du bras, et dont les croisés se trouvaient au-devant du pli du bras, dont ils étaient éloignés de plusieurs pouces; de cette manière l'articulation du coude restait libre et accessible à l'examen du chirurgien, et on pouvait y appliquer les topiques convenables; tout le membre fut enveloppé dans une écharpe; je recommandai de faire sur le coude des embrocations chaudes répétées d'heure en heure si les douleurs persistaient, et je prescrivis une potion calmante.

La réduction avait été opérée le matin; je revis le soir le petit malade, et je le trouvai sans fièvre: il avait un peu dormi dans la journée, et ne se plaignait que du poignet; les embrocations avaient beaucoup calmé la douleur, et je conseillai un bain entier pour le lendemain. Le lundi 7 novembre, je trouvai Blanchet se promenant dans la cour. La nuit du 5 au 6 avait été agitée, mais la suivante avait été meilleure: le membre n'était ni enflé ni douloureux, et l'avant-bras se fléchissait facilement dans l'étendue d'environ un pouce, seul mouvement que permettait le relâchement du bandage.

Dès le quatrième jour, je commençai à imprimer quelques mouvemens à l'articulation, et j'ai exposé ailleurs (1) les raisons toutes puissantes qui me paraissent devoir faire adopter cette conduite, lorsqu'aucun accident inflammatoire ne la contr'indique; je parvins ainsi à fléchir l'avant-bras et à le porter dans une demi-extension avec assez de facilité; mais il fallait que je mi[se] beaucoup de lenteur et de précautions dans ces exercices pour éviter de produire de trop vives douleurs.

Au bout d'une douzaine de jours, la mère du malade le croyant guéri, cessa de revenir; mais comme les mouvemens ne continuèrent pas à se rétablir, et que les douleurs persistaient toutes les fois qu'elle imprimait quelque mouvement à l'articulation, comme je le lui avais conseillé, elle me ramena le petit malade, dont le membre avait été peu ménagé et mal soutenu pendant une vingtaine de jours; il me sembla que les os avaient conservé leurs rapports normaux, et je fis faire un bandage élastique, qui avait pour but de fléchir l'avant-bras d'une manière continue et presque insensible pendant le sommeil et dans les momens où le bras restait en repos; de cette manière il

(1) V. Jour. des connais. méd. chirurg.

nombreuses ramifications d'un vaste service les habitudes d'une rigoureuse économie, l'on n'est pas nécessairement dépourvu de la faculté de compatir aux misères de ses semblables, ni indifférent aux moyens de les adoucir. Il y a de banales associations d'idées dont le nœud gît dans les mots, et qui nous imposent pour des axiômes de vérité pratique. Qui dit chiffre croit dire sécheresse d'âme et d'esprit; l'arithmétique nous semble l'ennemie jurée de cette vertu qui tient lieu de toutes, et que l'on appelle dévouement; un comptable est un je ne sais quoi d'impitoyable et de glacé qui ne sent jamais dans sa poitrine une généreuse pulsation. En revanche, le médecin est toujours un être sensible et bon, le type de l'abnégation et de la bienfaisance obscure; lui seul a le tympan organisé pour percevoir, dans leur intime vibration, les cris et les gémissemens des malades; sa main est spécialement douée pour essuyer avec délicatesse le pleur de ceux qui souffrent. Tandis que l'économe qui préside à tous les mouvemens du service quotidien épuise dans une addition tout son labeur intellectuel, ou étouffe dans les embarras inséparables du maniement d'un grand matériel, le médecin respire avec dignité dans les hauteurs éthérées où l'entraînent ses idées de réforme et de progrès, ou médite, sur les ruines de tous les hospices existans, l'idéale construction d'autant d'édifices modèles. En vérité, nous sommes de très grands philantropes, ô mes confrères de tout pays et de toute spécialité; mais n'allons pas nous proclamer les seuls appuis de l'indigence malade, ne revendiquons pas pour notre seule profession les gloires du dévouement. Telle est la portée des imputations dirigées par les auteurs du rapport contre les diverses classes d'administrateurs, que, répandues dans la population qui alimente les salles de malades, elles pourraient amener des manifestations turbulentes, et susciter au pouvoir hospitalier les plus graves difficultés. Certes, la commission médicale n'a pas voulu dénoncer l'administration des hospices à la vindicte de l'opinion publique; elle a su même rendre justice aux améliorations opérées par ses soins; mais si nous reconnaissons le fondement des plaintes qu'elle émet et la réalité du mal qu'elle proclame, nous la blâmons d'avoir généralisé outre mesure ses doléances, et d'avoir fait sortir de quelques fautes ou négligences partielles, une accusation contre la tendance permanente du pouvoir administratif, considéré dans tous ses degrés de délégation.

Cette opposition, qu'on pourrait appeler radicale contre l'influence administrative, défraie en grande partie le chapitre des considérations générales qui terminent le rapport; le lecteur comprend qu'avec cette disposition d'esprit, la commission médicale ne s'est pas appliquée soigneusement à se tenir en dehors des questions purement économiques ou financières. Après avoir indiqué les abus ou les imperfections, après avoir analysé en détail les conditions hygiéniques où se trouvent les malades dans les divers établissemens, elle résume les causes générales qui entretiennent cette situation. La plus fâcheuse consiste dans les marchés au rabais tels qu'ils existent aujourd'hui et dont les conséquences ont déjà été flétries par la commission de 1834. C'est une économie fallacieuse que celle qui résulte de ce mode d'adjudication; les adjudicataires s'indemnisent du bas prix du marché sur la qualité et la quantité des fournitures, et savent gagner assez pour désintéresser leurs concurrens en leur payant des sommes considérables. Pour remédier aux funestes inconvéniens de la fraude incessante des fournisseurs, la commission propose l'institution de contrôleurs honorables, indépendans, qui apportent une grande sévérité dans les réceptions, qui veillent partout et à chaque instant au maintien régulier de la

n'y avait plus qu'à allonger le membre, puisque le bandage le ramenait constamment à la flexion; on employa une extension prolongée au moyen d'un poids et d'autres procédés semblables, et il en résultait un changement très grand dans la position de l'avant-bras, que je pouvais moi-même et en quelques momens faire passer d'une flexion portée un peu au-delà de l'angle droit à une demi-extension; mais ces mouvemens, bien que produits par des forces très faibles, restaient pour ainsi dire passifs; le petit malade ne pouvait les exécuter spontanément, lorsqu'on abandonnait le membre à lui-même, et la contraction musculaire, bien que très énergique dans sa résistance aux mouvemens imprimés, était nulle pour les produire.

J'aurais voulu que l'on consacrât chaque jour quelques heures à exercer l'articulation, pour faciliter le jeu des surfaces osseuses et rendre aux muscles leur action, et c'était d'autant plus facile, qu'en agissant avec lenteur, les douleurs n'étaient plus très vives, mais il me fut impossible d'imposer de pareils soins; Blanchet venait chez moi deux fois par semaine, et passé le peu de temps qu'il y restait, il permettait à peine que l'on touchât à son membre qui était ainsi condamné à une immobilité presque complète, et au bout de six semaines environ, le malade cessa tout à fait de venir, la mère mettant toute sa confiance dans l'emploi des pommades et des frictions résolutives et autres moyens semblables.

Aujourd'hui 28 février 1837, dernière fois que j'ai vu le petit malade, qui vient d'être gravement atteint de l'épidémie régnante(1), j'ai trouvé l'avant-bras fléchi presqu'à angle droit sur le bras; les muscles qui passent sur l'articulation sont durs et tendus, mais peuvent cependant imprimer au coude quelques mouvemens, que l'on augmente, bien que dans une étendue assez limitée, sans causer de douleur; les surfaces articulaires glissent l'une sur l'autre sans faire entendre aucun bruit de crépitation ni de frottement, ce qui permet d'espérer un rétablissement encore plus complet. Il y a un peu d'engorgement profond au pli du bras, mais il me paraît difficile d'en indiquer exactement la cause. Le cubitus, sans produire aucune saillie en arrière, semble légèrement porté en dedans, mais ce changement de position, s'il existe réellement, n'est que très peu marqué. L'enfant peut écrire, porter la main à sa bouche, nouer sa cravate, etc.; et lors même qu'il resterait dans cet état, il aurait obtenu de remarquables avantages de l'opération qu'il a subie, et qui permettra à la longue le retour complet des mouvemens.

La possibilité d'une mobilité passive et la gêne des mouvemens actifs ou volontaires peuvent se rattacher à plusieurs causes.

Le nerf cubital échappé de sa coulisse fibreuse au moment de la luxation a dû contracter des adhérences vicieuses, et douloureusement tiraillé pendant les mouvemens, il doit y faire obstacle, tant qu'un exercice méthodique et prolongé ne l'aura pas ramené à des conditions plus favorables.

Il paraît également possible que l'insertion du muscle brachial antérieur ait subi quelque modification de structure, par sa pression sur la trochlée humérale, pendant les six semaines que dura le déplacement.

On peut encore présumer avec plus de raison peut-être, que le sommet de l'apophyse coronoïde a été plus ou moins écrasé, ou même fracturé, ou qu'il se sera aplati et déformé en arc-boutant contre la face postérieure de l'humérus. Il y aurait dès-lors lieu de croire à un état de gêne dans les rapports osseux, qui ne pourra disparaître qu'avec le temps.

On peut enfin admettre, bien que ce soit fort difficile à constater, que le cubitus s'est porté un peu en dedans et en arrière, et que ses rapports articulaires ainsi modifiés ne permettent pas immédiatement le retour d'une mobilité complète.

(1) La grippe.

Il est probable que plusieurs de ces causes se trouvent réunies et combinées; mais aucune d'elles n'offrant un obstacle insurmontable, on doit voir les fonctions du membre se rétablir successivement d'une manière parfaite, et nous compléterons plus tard cette observation, en faisant connaître les changemens amenés par le temps dans l'état actuel du membre. (Malheureusement j'ai perdu ce malade de vue, et ne puis dire aujourd'hui (mai 1839), dans quel état il se trouve.)

La science possède deux exemples de luxations semblables, qui sont d'un grand intérêt, puisqu'ils confirment le fait précédent, et qu'ils nous aideront à tracer l'histoire générale de la maladie. Le premier est rapporté dans le numéro de la REVUE MÉDICALE de janvier 1830; c'est une luxation isolée de l'extrémité supérieure du cubitus en arrière, sans déplacement du radius, et elle est d'autant moins contestable qu'une plaie avait mis à nu les surfaces articulaires, et permettait de reconnaître directement l'état des parties.

OBS. II. — Le 17 mai 1829 François Alexis, âgé de 49 ans, menuisier, monté sur le bord d'un balcon pour poser des persiennes, au premier étage, perdit l'équilibre et se laissa tomber. Dans sa chute, qui eut lieu sur la paume de la main gauche, le bras éloigné du tronc supporta tout le poids du corps, tandis que la partie interne de l'avant-bras, précisément au point qui correspond à l'apophyse coronoïde, et à l'extrémité supérieure du cubitus, fut violemment contuse et repoussée en arrière par une pierre assez volumineuse qui se trouvait là. Aussitôt par l'effet de la commotion générale, cet homme tomba dans un collapsus presque complet; mais à peine fut-il revenu de cet état, il se manifesta par la plaie qui venait d'être produite une hémorragie grave, qu'un médecin appelé de suite ne put arrêter; c'est ce qui engagea ce malade à venir à l'Hôtel-Dieu.

La face est pâle, recouverte de sueur, et annonce la perte d'une assez grande quantité de sang; la main et l'avant-bras sont dans la flexion; la partie interne de l'articulation du coude présente une plaie de dix-huit à vingt lignes d'étendue, dirigée d'arrière en avant et de dedans en dehors; entre les lèvres de cette plaie, se trouvent quelques lambeaux de ligamens et de muscles dilacérés; on y aperçoit aussi facilement la trochlée de l'humérus qui est lisse et polie. En arrière, on voit et on sent parfaitement l'olécrane, qui soulève la peau et fait une saillie considérable; en dehors, l'articulation ne présente rien de remarquable, le radius paraît en place; en effet, tandis que d'une main on imprime des mouvemens de rotation à l'avant-bras, on s'assure, au moyen de l'indicateur de l'autre main introduit dans la plaie, que le radius est dans sa position normale, en contact avec la petite tête de l'humérus, puisqu'il tourne facilement en cet endroit. Le ligament annulaire qui participe au déchirement laisse repousser avec facilité en arrière l'apophyse coronoïde déjà déplacée.

Malgré la maigreur du malade, et l'absence de gonflement inflammatoire, je doutais de ce que j'avais vu, ne connaissant pas l'observation de sir A. Cooper, et n'ayant jamais ni lu, ni entendu parler d'un déplacement semblable, lorsque mon collègue et ami M. Pagès, après avoir examiné attentivement le malade, pensa comme moi que c'était une luxation du cubitus seulement; dès-lors, comme si nous eussions eu à faire à une luxation des deux os de l'avant-bras, nous procédâmes à la réduction, qui d'ailleurs fut extrêmement facile. Après avoir fait rentrer autant que possible entre les lèvres de la plaie les morceaux de muscles déchirés, nous réunîmes par première intention, afin d'empêcher l'introduction de l'air dans l'articulation; on tamponna légèrement sur le trajet de la peau pour arrêter l'hémorragie, on fit un pansement simple, et le membre fut ensuite placé dans la demi-flexion sur un oreiller (diète le matin); tels furent les moyens employés contre cet affreux accident; la quantité de sang perdue fut jugée suffisante pour ne pas pratiquer de saignée.

Le lendemain, le malade est assez tranquille; la douleur qu'il éprouvait est supportable; mais le pouls s'étant relevé, une saignée fut pratiquée.

---

comptabilité en matière. Mais cette création ne peut qu'augmenter le budget déjà si considérable des employés. Dans les hôpitaux militaires, les denrées sont examinées soigneusement, avant leur réception, par les officiers de santé en chef; la dégustation quotidienne des alimens à distribuer complète ce contrôle que rien n'empêche d'établir avec la même autorité dans les établissemens civils. « Le défaut de fonds, disent les membres de la commission, est l'objection présentée sous toutes les formes possibles, avec toutes les variations de langage imaginables, lorsque nous élevons les réclamations les plus justes, les plus urgentes. » Cette fin de non recevoir leur paraît plus apparente que réelle; d'une part est-il démontré que les treize ou quatorze millions qui sont dépensés annuellement ne peuvent être employés de manière à procurer une plus grande somme de bien-être aux pauvres malades? et d'une autre part le revenu des hospices est demeuré stationnaire, tandis que l'octroi de Paris s'est accru avec la population qui fournit à son tour un plus grand contingent aux hôpitaux. La loi du 18 octobre 1798 affecte spécialement le produit de l'octroi à la dépense des hospices: « Le gouvernement veut que le contribuable paie ce tribut à la bienfaisance publique et non à l'intérêt privé et qu'il ne voie devant lui que l'indigent qu'il faut secourir. » (Circul. ministér. du 1er juin 1800). Nous nous joignons au vœu de la commission, s'il ne doit pas avoir pour résultat d'élever le taux de l'octroi; car il y a dans cet impôt une autre question d'hygiène publique que l'on n'a pas encore étudiée; peut-être même y aurait-il plus d'avantage pour la ville à abaisser le taux de l'octroi qu'à augmenter les fonds prélevés sur cet impôt en faveur des hospices; cette mesure amènerait la diminution du prix des matières alimentaires, et par cela même rendrait moins fréquentes les sophistications dont elles sont l'objet; de là, pour la masse de la population, les moyens d'une alimentation plus abondante et de qualité meilleure; ceux qui connaissent le régime des classes inférieures à Paris et qui en apprécient l'influence sur leur organisation, comprennent aisément que la population des hôpitaux ne tarderait point à diminuer considérablement après l'abaissement de cet impôt, sans contredit le plus funeste à la santé publique.

Enfin la commission réclame l'introduction de l'élément médical dans le conseil général des hospices; elle rappelle que chez beaucoup de nations voisines la haute direction des hôpitaux est entièrement dévolue aux mains des médecins ou des chirurgiens, que le conseil d'administration de Lyon possède deux médecins dans son sein, etc. Certes, le thème est bien choisi; il s'agit d'hôpitaux, de malades, de médicamens, d'alimentation, de vêtemens, etc.; toutes ces questions sont discutées, raisonnées, décidées par un aréopage presque souverain que l'on appelle conseil général des hospices de Paris, et qui se compose de grands propriétaires, de magistrats, de négocians, de législateurs, en un mot de gens de toute carrière, excepté de médecins; car le digne doyen de la faculté n'y siége point en qualité d'homme de l'art. Étrange organisation que celle-là! Conçoit-on que le conseil général n'ait pas songé à s'adjoindre les praticiens des hôpitaux, après quinze ou vingt ans d'exercice? où donc trouverait-il plus que chez ces Nestors de la haute pratique médicale compétence, sagesse, mesure, dévouement sincère et modeste à la grande cause de ceux qui souffrent? Mais ne nous irritons pas contre cette lacune; il en est d'autres où notre profession n'est ni moins lésée ni moins méconnue: tout ceci ressort directement de la situation sociale, légale de la médecine en France, et c'est là un sujet dont nous faisons réserve.

M. L.

Pendant les quatre premiers jours qui suivirent l'entrée de cet homme à l'hôpital, il ne se manifesta rien de remarquable; le membre n'était ni tendu ni gonflé; le sommeil était paisible; il n'y avait pas de douleur à l'articulation; la faim se fait sentir. (On accorde la soupe.)

Le cinquième jour, en levant l'appareil, on trouve la charpie teinte de sang desséché; mais la plaie, légèrement gonflée dans l'intervalle des bandelettes, présente un bel aspect, et marche rapidement à sa cicatrisation; de nouvelles bandelettes sont appliquées et l'on panse simplement.

Depuis cette époque, le malade alla de mieux en mieux, et il désira sortir le 13 juin, attendu qu'il était guéri. On appliqua un bandage roulé sur le membre, et on recommanda à cet homme les plus grands ménagemens. Il promit de revenir, si de nouveaux accidens survenaient, mais il n'a plus reparu.

La nature de la lésion, l'évidence du diagnostic, et la rapidité de la guérison d'une plaie articulaire aussi grave, rendent cette observation très remarquable, mais il est à regretter que l'on n'ait pu constater l'état de l'articulation quelque temps après la guérison, et savoir si les mouvemens s'étaient complètement rétablis; on peut le supposer, puisque le malade n'a pas reparu; mais il eût été bien préférable d'en avoir la certitude.

Un dernier exemple de luxation cubito-humérale en arrière est celui que S. A. Cooper a rapporté dans son TRAITÉ DES LUXATIONS ET FRACTURES. Cet habile chirurgien a, en même temps, décrit, quoique d'une manière fort incomplète, l'histoire de cette espèce de luxation; et nous citerons le court chapitre qu'il y a consacré.

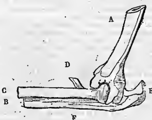
OBS. III. — LUXATION DU CUBITUS EN ARRIÈRE (1). — « SIGNES DE L'ACCIDENT. Le cubitus est quelquefois luxé en arrière de l'humérus, sans déplacement du radius. La contorsion *(contorsion)* en dedans de l'avant bras et de la main fait alors paraître le membre très déformé; l'olécrane fait saillie, et peut être senti en arrière de l'humérus; le membre ne peut être étendu qu'en employant un degré de force capable d'opérer la réduction, et il ne peut être fléchi au-delà de l'angle droit. Cette sorte de luxation est souvent difficile à reconnaître, et cependant elle a pour signes distinctifs la saillie du cubitus et la rotation en avant de l'avant-bras.

« ANATOMIE PATHOLOGIQUE; ÉTIOLOGIE. Le muséum de l'hôpital St-Thomas renferme un exemple remarquable de cette luxation.

PLANCHE I (2).



PLANCHE).



Elle existait depuis longtemps et n'avait pas été réduite; le bec cornoïdien était porté dans la fossette postérieure de l'humérus, derrière laquelle on apercoit la saillie du cubitus; le radius appuie sur le condyle externe et a formé pour sa tête une petite cavité, dans laquelle il exécute ses mouvemens de rotation; les ligamens annulaire et oblique sont déchirés, ainsi qu'une petite portion de l'interosseux. L'extrémité inférieure du condyle huméral interne paraît avoir été fracturée obliquement, mais je ne sais s'il a été rompu ou seulement altéré dans sa forme, par suite de la position anormale du cubitus; s'il y a eu fracture, elle est consolidée. Le muscle triceps est porté en arrière, et le brachial antérieur fortement tendu sur l'extrémité inférieure du cubitus, qui est poussé subitement en haut et en arrière.

« MODE DE RÉDUCTION. — Il est plus aisé de réduire cette luxation que celle des deux os, et la meilleure méthode est d'opérer l'extension en appuyant le bras sur un genou, en même temps que l'on tire l'avant-bras; la réduction sera alors facile, car non seulement le muscle brachial antérieur n'y apporte aucune résistance; mais le radius, appuyant contre le condyle externe, pousse l'humérus en arrière sur le cubitus, pendant l'extension du membre. »

Les différences qui se remarquent entre l'observation de sir Cooper et les faits que nous avons rapportés méritent d'être discutés; nous le ferons en traçant l'histoire générale de la luxation du cubitus, et nous étudierons alors la valeur de la méthode de réduction proposée par le célèbre chirurgien anglais.

Nous rappellerons encore ici, avant d'exposer le résultat des expériences cadavériques que nous avons entreprises, quelques faits de déplacement isolé de l'extrémité supérieure du cubitus, regardés par Léveillé comme des luxations incomplètes en-dedans; ils doivent d'autant plus attirer notre attention qu'ils offrent de très grandes analogies avec les suites de la luxation qui nous occupe.

OBS. IV et V. — « Deux fois, dit Léveillé, j'ai remarqué un déplacement à peine sensible du cubitus en-dedans, et suffisant pour gêner les mouvemens du coude pendant toute la vie; une chute de cheval a produit cet effet dans les deux circonstances. Les deux malades n'ont pu fléchir l'articulation qu'en partie. Le gonflement a eu lieu comme dans une violente entorse et a augmenté cette gêne des mouvemens. Après six semaines ou deux mois de soins, il est resté un empâtement, pour lequel on a prescrit inutilement les douches, et qui s'est dissipé peu à peu, sans qu'il y ait plus plus de liberté dans cette articulation. C'est à cette époque que les deux malades m'ont demandé mon avis, et, après s'être longtemps et péniblement exercés à rendre leurs mouvemens plus libres. J'ai reconnu seulement que l'apophyse olécrane était plus rapprochée de la tubérosité cubitale de l'humérus qu'elle ne doit l'être naturellement; que le cubitus faisait assez de saillie en dedans pour que je passe toucher avec le doigt une certaine étendue du côté externe de la grande cavité sigmoïde; enfin que le changement de rapport, quoique léger, des surfaces articulaires en dedans suffisait pour rendre les mouvemens plus bornés. Un de ces faits est connu de Sabatier, et peut-être qu'en imprimant des mouvemens à l'articulation, à l'exemple de certains charlatans, on parviendrait à rétablir les rapports normaux immédiatement après l'accident. » (LÉVEILLÉ, NOUV. DOCT. CHIR, t. II, p. 110.)

Le peu de détails donnés par Léveillé permettent de supposer que les déplacemens incomplets qu'il a décrits étaient les mêmes que ceux dont nous faisons l'histoire; le défaut de flexion de l'avant-bras, le gonflement profond du pli du bras, la saillie de l'olécrane en dedans, semblent confirmer cette opinion; c'étaient des luxations isolées du cubitus en arrière et en dedans mal réduites, et il est probable que cet accident est beaucoup moins rare qu'on ne pourrait le supposer.

EXPÉRIENCES CADAVÉRIQUES.

Une dernière voie d'étude nous était ouverte et des expériences cadavériques pouvaient nous faire connaître physiquement au moins le mécanisme de ces luxations et leurs principales variétés; nous avons donc interrogé avec soin ce genre de recherches, dont voici les résultats :

Si l'on porte le condyle interne de l'humérus en avant par un violent mouvement de rotation, en même temps que l'on repousse le cubitus en arrière et qu'on le presse fortement de bas en haut, on obtient la luxation isolée de ce dernier os, sans déplacement du radius, et sans rupture du ligament annulaire. Le ligament latéral externe de l'articulation du coude, et quelquefois la moitié externe du ligament antérieur, et une grande partie du ligament postérieur restent intacts; le plus généralement, toutefois, ces deux derniers ligamens sont complètement rompus,

(1) J'ai traduit littéralement tout ce passage de Cooper, sans me permettre le moindre changement.

(2) PLANCHE I. — LUXATION DU CUBITUS EN ARRIÈRE. A. Humérus. B. Cubitus. C. Radius. D. Insertion du muscle biceps sur la tubérosité du radius. E. Olécrane porté en arrière de l'humérus. F. Traces des désordres subis par le condyle interne de l'humérus.

(3) PLANCHE II. — VUE DE LA MÊME PRÉPARATION DU CÔTÉ OPPOSÉ. A. Humérus. B. Cubitus. C. Radius. D. Insertion du Biceps sur la tubérosité radiale. E. Olécrane porté en arrière. F. Tête du radius, dont la pression sur l'humérus a déterminé la formation d'une cavité de réception.

ainsi que l'annulaire, et le ligament latéral interne est constamment déchiré.

PLANCHE III (1).



Le sommet de l'apophyse coronoïde repose sur la face postérieure de la troklée humérale, à plusieurs lignes au-dessous de la fossette olécranienne, et assez fréquemment il a été écrasé, ou plus ou moins fracturé par la violence qui a déterminé la luxation. Les muscles ne sont pas altérés dans leur structure; la gaîne fibreuse qui entoure le nerf cubital est arrachée, et ce cordon nerveux est légèrement écarté de son trajet, et dans un état de tension marqué.

Bien que le radius puisse avoir conservé sa position normale, cependant il éprouve assez souvent des déplacemens peu apparens et méconnaissables sur le vivant, mais que révèle la dissection anatomique. Tantôt, en effet, la petite tête du radius dépasse de quelques lignes en arrière la surface correspondante de l'humérus, et subit ainsi un commencement de luxation postérieure incomplète; tantôt elle est entraînée en dedans, et bien qu'elle ne cesse de reposer dans les trois quarts de sa largeur sur la petite tête humérale, elle dépasse la saillie médiane qui termine le côté externe de la troklée, et offre le rudiment d'une luxation latérale interne. On comprend que ces deux sortes de luxations incomplètes du radius permettent un déplacement du cubitus d'autant plus considérable, et il n'était pas sans utilité de les signaler à l'attention des chirurgiens, pour qu'ils s'assurent des rapports exacts du radius sur l'humérus, et constatent les légères différences de saillie qui peuvent se rencontrer en-dehors et en arrière de cette articulation. Dans tous les cas, l'avant-bras est à peine fléchi sur le bras, et reste immobile dans cette position.

Une autre forme de luxation du cubitus en arrière est celle où l'avant-bras se présente presque fléchi à angle droit sur le bras; le ligament annulaire est alors rompu, ainsi que la partie supérieure du ligament inter-osseux et quelques fibres musculaires. Le radius en place, et soutenu par la petite tête humérale contre laquelle il arc-boute, ne peut plus être entraîné en arrière par le cubitus; mais ce dernier os n'éprouve pas, dans ce cas, une luxation postérieure seulement, il se déplace encore, et nécessairement en dedans, au moment et par le fait de la rupture du ligament annulaire. Telles étaient nos deuxième et troisième observations, où l'avant-bras se trouvait fléchi presqu'à angle droit; mais comme cet écartement du cubitus en dedans est peu étendu, en raison des muscles et du ligament inter-osseux qui lui font obstacle, il n'a pas été noté; il a cependant beaucoup d'importance, car si l'on n'y remédie après la réduction, il altère les rapports articulaires, et peut empêcher le rétablissement complet des fonctions, comme le prouvent les exemples cités par Léveillé.

Nous ne parlons pas ici des fractures que nous avons souvent déterminées à l'apophyse coronoïde, en produisant ces luxations; cette complication devant nous occuper plus loin.

HISTOIRE GÉNÉRALE DE LA LUXATION ISOLÉE DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU CUBITUS EN ARRIÈRE.

Aucun traité de chirurgie français ne fait mention des luxations isolées du cubitus en arrière de l'humérus. Bien que nous n'ayons pu réunir que trois exemples authentiques de cette luxation, l'un de sir A. Cooper, l'autre recueilli à l'Hôtel-Dieu de Paris, et celui qui nous est propre, à moins toutefois que l'on ne veuille y ajouter les observations de Léveillé, quelque incomplètes qu'elles soient, nous pensons que cet accident est moins rare que ne pourrait le faire présumer l'oubli où il est resté, et un assez grand nombre de lésions du coude, regardées tantôt comme de simples entorses suivies d'engorgement ou de fausse ankilose incurable, tantôt comme des fractures intra-condylienues ou des luxations incomplètes, appartenaient probablement à ce genre de déplacement; nous devrons donc établir l'histoire de cette luxation d'après les seuls faits que nous possédons, et en nous aidant de nos expériences cadavériques, et nous comptons sur de nouvelles observations pour confirmer ou rendre plus complets quelques-uns des résultats de notre travail.

L'extrémité supérieure du cubitus, peut se luxer isolément en arrière de l'humérus, sans déplacement du radius; mais cet accident est fréquemment compliqué d'un léger déplacement de ce dernier os, soit en dedans, soit en arrière, et de la fracture d'une portion de l'apophyse coronoïde; nous ferons encore remarquer qu'en même temps que le cubitus se luxe en arrière, il se porte souvent un peu en dedans, ou vers le côté interne de l'article, et cette légère déviation latérale ne saurait être méconnue sans danger.

ETIOLOGIE. La cause la plus ordinaire de la luxation huméro-cubitale est une chute sur la paume de la main, l'effort portant principalement sur le côté interne de cette partie du membre, soit par l'effet direct de la chute, soit à cause de l'inégalité du sol, pendant que l'avant-bras est dans une demi-pronation. C'est ainsi que l'accident eut lieu chez le sujet de notre première observation, et nul doute qu'il ne survienne encore plus sûrement, lorsqu'au moment d'une pareille chute un corps extérieur repousse en arrière la partie antérieure de l'extrémité supérieure du cubitus, comme le démontre notre deuxième observation; non seulement alors le cubitus se trouve fortement pressé de bas en haut, mais l'apophyse coronoïde, étant au même moment portée violemment en arrière, glisse sur la troklée humérale et reste luxée. Un coup qui atteindrait directement de bas en haut l'extrémité du cubitus ne pourrait produire un pareil effet, parce qu'une partie de son effet se perdrait sur le poignet, tandis que dans une chute sur le côté interne de la main toute la force est transmise au cubitus par les parties intermédiaires et se concentre sur son extrémité supérieure, comme le témoigne suffisamment l'expérience; car à la suite d'un coup porté directement, on observe fréquemment des fractures du cubitus; mais il est très rare qu'une luxation en soit la conséquence; plusieurs fois j'ai essayé de déplacer le décubitus sur l'humérus, préalablement soutenu dans un étau, en frappant avec un lourd marteau de plomb le bout inférieur de cet os, et je l'écrasais ainsi sans déterminer de luxation. Plus l'avant-bras se rapprochera de l'angle droit au moment de la chute, plus il y aura à craindre une fracture étendue de l'apophyse coronoïde, tandis que le sommet seulement de cette apophyse risquera d'être rompu et écrasé lorsque l'avant-bras ne sera fléchi qu'à angle obtus. Cela dépend de ce que l'humérus tendant à s'échapper en avant de l'article, dans toutes les chutes sur la main où la flexion du membre ne prévient pas les accidens, cet os rencontre devant lui une portion d'autant plus considérable de l'apophyse coronoïde, que l'avant-bras est plus près de l'angle droit, et il faudrait nécessairement alors que cette apophyse fût fracturée pour que la luxation pût avoir lieu.

SYMPTOMATOLOGIE. Les principaux signes de la luxation huméro-cubitale postérieure sont les suivans : la douleur, l'impossibilité des mouvemens de flexion et d'extension; la persistance de ceux de pronation et de supination, l'inversion de l'avant-bras, le raccourcissement de son bord cubital et le renversement de la main en dedans, la direction anormale de l'avant-bras en dedans, les changemens survenus dans la conformation du coude, dont le côté externe présente un angle saillant, et le côté interne un angle rentrant; l'altération des diamètres articulaires, la saillie du côté interne de l'humérus et celle de l'épitroklée, etc., etc., etc. Tels sont les symptômes que nous devons examiner.

DOULEUR. La douleur est le résultat constant des désordres produits dans toute luxation; mais elle trouve ici une cause spéciale dans le froissement du nerf cubital, en partie arraché de sa gaîne fibreuse et soumis à une violente distension; aussi nous regardons comme à peu près certain qu'il en résulte un engourdissement plus ou moins considérable des deux derniers doigts de la main auxquels ce nerf se distribue, et si cet état d'engourdissement n'a pas été signalé dans les luxations complètes du coude en arrière, cela peut tenir au relâchement dans lequel se trouve alors le cordon nerveux, par suite de l'étendue du déplacement des os selon leur longueur, tandis que dans la luxation huméro-cubitale le relâchement produit par l'élévation du cubitus n'est nullement en rapport avec la distension d'avant en arrière que subit le nerf. Chez le sujet de notre première observation, le petit doigt et l'annulaire s'engourdissaient fortement pendant les mouvemens que nous imprimions au coude, après la réduction, et le même effet avait certainement eu lieu lorsque la luxation s'était opérée.

FLEXION DE L'AVANT-BRAS. Nos observations nous ont montré que le degré de flexion de l'avant-bras n'était pas constant; tantôt, en effet, comme chez notre malade, la flexion est très faible; tantôt, comme dans l'exemple rapporté par A. Cooper, elle est portée presqu'à l'angle droit; une si grande différence se lie certainement au mécanisme de la luxation

(1) PLANCHE III. — A. Humérus. B. Épitroklée. C. Apophyse coronoïde déplacée en arrière de la troklée humérale. D. Radius, dont l'extrémité supérieure est cachée par le cubitus. E. Olécrane porté en arrière et en dehors de la fossette olécranienne. F. Cubitus.

et aux désordres produits. Dans le premier cas, on peut supposer le ligament annulaire intact, bien que sans doute il puisse être déchiré, et la petite tête du radius légèrement écartée en dedans ou en arrière de sa position normale, vu que le condyle de l'humérus n'oppose aucun obstacle à ce déplacement; dans le second cas le ligament précédent est toujours déchiré, ainsi que la partie supérieure de l'interosseux et quelques fibres musculaires; la tête du radius directement arc-boutée contre l'humérus ne peut se luxer en arrière, et tend à creuser une nouvelle cavité sur l'os du bras par suite de la pression qu'elle y exerce (V. planc. I et II), et une portion de l'apophyse coronoïde doit être fréquemment fracturée.

Impossibilité des mouvemens de flexion et d'extension. L'impossibilité des mouvemens de flexion et d'extension dépend principalement de l'état de tension des parties molles, du contact anormal des os et de la douleur qu'exagère tout essai de mobilité; le muscle brachial antérieur réfléchi et contracté sur la troklée humérale s'oppose énergiquement à l'extension, tandis que le triceps allongé en arrière par l'écartement de l'olécrane fait de son côté obstacle à la flexion. Le sommet de l'apophyse coronoïde intact ou plus ou moins écrasé est fortement appliqué contre la face articulaire postérieure de l'humérus, et concourt beaucoup à l'immobilité du membre, de même que les portions de ligamens restées intactes. Le sommet de l'olécrane peut encore contribuer à la fixité du membre, lorsqu'il repose sur l'humérus, mais cette disposition ne se rencontre que dans le cas où l'avant-bras est presque étendu.

Persistance des mouvemens de pronation et de supination. La persistance des mouvemens de rotation du radius s'observe dans la plupart des luxations du coude, et elle s'était conservée complète chez notre malade; il en était de même chez le blessé de l'Hôtel-Dieu, dont le ligament annulaire avait été déchiré, et dans l'exemple cité par Cooper, puisqu'il y est dit qu'une nouvelle cavité s'était formée, en avant de l'humérus, dans laquelle pouvait tourner l'extrémité radiale; aucune cause ne paraît pouvoir faire obstacle à ces mouvemens qui doivent être considérés comme constans.

Inversion de l'avant-bras. L'inversion de l'avant-bras est la conséquence du déplacement isolé du cubitus en arrière, car le radius qui exécute autour de ce dernier ses mouvemens de rotation est obligé de s'incliner en dedans pour le suivre, lui étant lié par trop de muscles et de ligamens pour ne pas subir l'influence du changement de position qu'il a éprouvé. Il en résulte un commencement de pronation, et au premier abord la supination semble bornée; mais, en réalité, les mouvemens du radius conservent à peu près la même étendue, seulement ils se passent autour d'un axe situé plus en arrière et plus en dedans.

Raccourcissement du bord interne de l'avant-bras, adduction de la main. Le cubitus en se luxant en arrière a glissé sur la poulie humérale, et se trouve placé un peu plus haut que dans l'état normal; ce changement en entraîne un autre dans la longueur du bord interne de l'avant-bras, qui est raccourci de toute la hauteur du déplacement cubital, et la main participe à cet état, et s'incline forcément en dedans, de sorte qu'en examinant la face antérieure du poignet, on voit que celui-ci est devenu oblique de dehors en dedans, et de bas en haut, et quoique cette disposition ne soit pas portée fort loin, elle est constante et ne saurait être méconnue.

L'avant-bras est dirigé en dedans. Une autre conséquence du raccourcissement du bord interne de l'avant-bras est le changement de direction de cette portion du membre, qui est manifestement déviée en dedans sur l'axe du bras, au lieu de l'être en dehors, comme cela existe naturellement, et le contraste en est rendu plus frappant.

Changemens observés dans les formes de l'articulation du coude. Le cubitus ne peut se déplacer en arrière et en haut, sans amener de grands changemens dans les formes de l'articulation du conde; un des premiers et des plus remarquables est la saillie du côté externe de l'article, opposée à l'angle rentrant que présente son côté interne; cette disposition dépend d'une loi générale, particulièrement applicable aux luxations isolées des os de l'avant-bras: c'est que le membre s'incline nécessairement du côté de la lésion, si le cubitus est déplacé comme nous le voyons ici, l'angle rentrant existe au côté interne du conde; il ne pourrait en être autrement que dans le cas d'une luxation latérale incomplète; mais toutes les fois que les os auront glissé l'un sur l'autre et s'arc-bouteront plus, ils auront subi un déplacement selon leur longueur, augmenté ou au moins mainteu par la contraction musculaire, et le membre s'inclinera forcément du côté du chevauchement, qui sera celui de la luxation. Ce changement de direction de l'avant-bras produit par l'élévation du cubitus permet d'expliquer comment un des deux os de l'avant-bras peut isolément se luxer à son extrémité supérieure; car il est évident que si le membre conservait sa direction naturelle, il ne pourrait être altéré dans sa longueur, et le cubitus porté en arrière par une force quelconque devrait reprendre spontanément sa position normale, puisque les os, gardant en grande partie leurs distances respectives, ne s'opposeraient pas l'un à l'autre, et que rien ne ferait obstacle à leur réduction; on pourrait soutenir à la rigueur que l'excavation de l'apophyse coronoïde fait légèrement proéminer, au-dessus du niveau du bord inférieur de l'humérus, le bec coronoïdien, mais ce serait un empêchement si faible que j'ai pu le négliger. Les dispositions sont bien différentes, si l'avant-bras s'incline; comme nous l'exposons, du côté de l'os luxé, alors l'obliquité du membre répond à l'étendue du placement, et le cubitus peut être remonté de plusieurs lignes derrière l'humérus, bien que le radius soit resté en place. Tel est le véritable mécanisme de ces luxations, et il méritait d'être signalé avec d'autant plus de soin, qu'il est nécessaire de le bien connaître et de s'en rendre un compte exact pour pratiquer la réduction avec succès.

Agrandissement du diamètre antéro-postérieur du pli du bras et diminution du transversal. Outre les modifications articulaires que nous venons de décrire, le coude ne présente plus les mêmes diamètres. L'antéro-postérieur est agrandi de toute l'épaisseur de l'apophyse coronoïde, et le transversal paraît diminué en raison de trois causes principales: l'exagération du diamètre antéro-postérieur; la rotation apparente de l'humérus, qui semble oblique par suite de l'inversion de l'avant-bras; et enfin le léger déplacement en dedans du radius qui se rencontre quelquefois.

Tumeur formée au pli du bras par le condyle huméral interne. Si l'on examine le côté interne du coude, on observe d'avant en arrière une première saillie due au bord interne de l'humérus; cette saillie oblique d'avant en arrière et de dedans en dehors peut facilement être prise pour l'extrémité inférieure de l'humérus en totalité, ce qui ferait croire à une luxation des deux os de l'avant-bras; mais une exploration plus attentive ne tarde pas à révéler cette erreur, car la saillie dure et arrondie, que l'on sent dans le pli du bras, n'en occupe que le côté antérieur interne, et on n'en trouve aucune trace au côté antérieur externe de l'articulation.

Saillie de l'olécrane en arrière. Derrière cette première tumeur, que les muscles font paraître plus profonde, on distingue en dedans du coude une large surface lisse et aplatie, due à la tension de la peau, dans l'intervalle de l'épitroklée et de l'olécrane; cette dernière apophyse proémine fortement en dedans et représente le côté interne de l'article, tandis que la tumeur formée par l'humérus est beaucoup moins tranchée. On pourrait s'étonner au premier abord de ce que l'épitroklée, qui dépasse en dedans l'olécrane de sept à huit lignes à l'état normal, ne constitue plus le bord interne de l'article. Mais rappelons-nous que l'extrémité inférieure de l'humérus paraît placée de champ, par rapport au cubitus, et qu'elle est recouverte par des muscles nombreux qui en arrondissent les contours, tels que le brachial antérieur, le rond pronateur, les grand et petit palmaires, etc., tandis que l'olécrane se trouve à nu sous les tégumens, les soulève et les tend avec force, et paraît d'autant plus saillant qu'il s'est en réalité porté directement en dedans toutes les fois que le ligament annulaire a été rompu, ce qui doit arriver le plus communément.

Intégrité de l'articulation radio-humérale. En opposition avec les modifications profondes du côté interne du coude, on trouve son côté externe peu déformé, et présentant la plupart de ses caractères normaux; ainsi, en exceptant la saillie déjà indiquée, produite en dehors par le changement de direction de l'avant-bras; tous les autres rapports de l'articulation radio-humérale sont dans un état parfait d'intégrité. Comme nous l'avons indiqué dans notre première observation, on rencontre successivement, en parcourant avec les doigts, et de bas en haut, le côté externe et postérieur du membre, le corps du radius, son collet, qui se révèle par une dépression profonde, puis la saillie étroite et circulaire de la tête de l'os; au-dessus d'elle un intervalle qui marque l'espace interarticulaire, et plus haut encore l'épicondyle, qui dépasse un peu en-dehors le bord externe de la tête du radius. Si l'on examine le coude en arrière, on ne découvre aucune saillie produite par la tête radiale, saillie si manifeste dans les luxations complètes du conde, et, enfin, l'avant-bras, mesuré de l'épicondyle à l'apophyse styloïde du radius, on au sommet du trapèze, n'a rien perdu de sa longueur. Ces signes ne peuvent laisser aucun doute sur l'état de la jointure radio-humérale, qui n'a évidemment éprouvé aucune altération.

Raccourcissement du bord cubital de l'avant-bras. Si le bord radial de l'avant-bras offre sa longueur naturelle, il n'en est pas de même, comme nous l'avons déjà annoncé, du bord cubital, qui est pluscourt, et on en acquiert la preuve en mesurant l'intervalle compris entre un point donné de l'acromion et le sommet de l'olécrane; cet intervalle est raccourci de trois à quatre lignes. Si on prend une autre mesure, depuis l'épitroklée jusqu'à l'apophyse styloïde du cubitus, on constate le même degré de raccourcissement que celui de la première épreuve. Ce raccourcis-

sement estinévitable et peut être plus ou moins marqué, sans aller jamais au-delà de quelques lignes dans tous les cas où le radius n'est pas déplacé.

Augmentation de la circonférence du coude. Le cubitus ne peut être luxé en arrière sans que la circonférence de l'articulation soit augmentée de toute l'étendue antéro-postérieure du déplacement. Chez le sujet de notre première observation, l'accroissement de volume n'était que de cinq lignes, ce qui fait supposer que l'amaigrissement du membre était déjà fort avancé, ou que le sommet de l'apophyse coronoïde avait été aplati ou fracturé. L'on voit que la mensuration de la circonférence du coude indique l'état de l'apophyse coronoïde, puisque, dans le cas où cette dernière serait fracturée dans son milieu, l'agrandissement produit ne donnerait pas le diamètre de l'apophyse, et servirait à faire reconnaître l'altération.

Complications. Tels sont les principaux symptômes de la luxation isolée du cubitus en arrière, et les complications qui peuvent s'y rencontrer offrent des signes spéciaux et reconnaissables. Ainsi les déplacemens incomplets du radius en arrière ou en dedans déterminent des saillies et des dépressions articulaires, correspondant à la nouvelle situation de l'os, dont les rapports avec l'humérus se trouvent modifiés. Si l'apophyse coronoïde avait été fracturée dans sa portion antérieure, on découvrirait un fragment osseux en avant de la troklée humérale, et un peu en dehors du muscle brachial antérieur, sens dans lequel il est entraîné par les fibres du ligament antérieur auquel il adhère; sa mobilité, sa dureté, sa position, le peu de saillie de l'olécrane et la faible augmentation de la circonférence du coude concourraient encore à fixer le diagnostic.

On pourrait, jusqu'à un certain point, décider si le ligament annulaire a été rompu et si le cubitus s'est dévié en dedans, en mesurant le diamètre radio-cubital, qui serait, dans ce cas, augmenté de toute l'étendue du déplacement.

Nul doute que le gonflement inflammatoire et les autres causes qui font obstacle au diagnostic ne puissent obscurcir quelques-uns de ces signes; mais le chirurgien doit alors suivre les règles générales, qu'il serait inutile de rappeler ici.

Diagnostic différentiel. L'étude complète et attentive des nombreux symptômes de la luxation huméro-cubitale en arrière suffit pour distinguer cette lésion de toutes celles qui peuvent affecter l'articulation du coude. Nous mentionnerons toutefois les caractères les plus saillans qui permettent d'établir leur diagnostic différentiel.

Luxation complète du coude en arrière. La luxation complète du coude en arrière, ou radio-cubito humérale, offre une assez grande ressemblance avec la luxation isolée du cubitus. Dans les deux cas, en effet, il y a impossibilité des mouvemens de flexion et d'extension, difformité de l'article, tumeur osseuse dans le pli du bras, saillie considérable de l'olécrane; mais, dans la première, la tête du radius préomine en arrière de l'humérus, et il existe un vide au-dessous de la petite tête de ce dernier os; l'avant-bras n'a pas changé de direction et ne présente ni d'inclinaison en dedans, ni de conversion en ce sens; les bords interne et externe du coude n'offrent pas de déviation, et l'on n'observe pas que le premier soit déprimé et rentrant, ni que le second forme une saillie angulaire; le raccourcissement de l'avant-bras est beaucoup plus étendu, égal des deux côtés (radial et cubital), et ces signes, que l'on pourrait multiplier, différencient suffisamment les deux affections.

Luxation latérale interne incomplète du coude. La luxation latérale interne incomplète du coude est la lésion la plus difficile à distinguer du simple déplacement du cubitus; cependant, il y a ces grandes différences que, dans la première de ces lésions, la tête du radius s'est portée plus ou moins en dedans, en abandonnant la petite tête humérale; le cubitus dépasse l'épitroklée et fait saillie au côté interne du coude, et l'olécrane ne préomine pas arrière; il faut, enfin, une très grande violence et un concours de circonstances spéciales pour produire une luxation latérale; il n'y a pas de raccourcissement de l'avant-bras, et, s'il existait, ce serait au bord radial, etc.; aussi ces indications, bien constatées, ne doivent-elles laisser aucun doute sur la nature de l'accident.

Luxations isolées du radius. Les luxations isolées de l'extrémité supérieure du radius en arrière ou en avant ne sauraient réellement être confondues avec les luxations cubito-humérales. Dans le cas en effet où le radius seul est déplacé, tout le côté interne de l'articulation conserve ses dispositions normales; l'avant-bras est incliné en dehors, au lieu de l'être en dedans; l'angle rentrant du coude se trouve au côté externe, l'angle saillant en dedans. Le membre mesuré depuis le sommet de l'olécrane ou de l'épitroklée offre toute sa longueur; il n'y a donc pas de méprise possible, et les autres signes spéciaux des luxations radiales caractérisent la nature de la lésion.

Fracture de l'olécrane. Je ne fais que mentionner les fractures de l'olécrane, qui n'ont d'autres rapports avec la luxation cubitale que la saillie qu'elles déterminent en arrière; mais la facilité que l'on rencontre à mouvoir le membre, la régularité du pli du bras, l'isolement du fragment olécranien, la direction normale de l'avant-bras, ne peuvent laisser aucune incertitude à ce sujet.

Fractures intra-condyliennes. Les fractures intra-condyliennes peuvent être masquées par le gonflement et la douleur; mais on finit par les distinguer nettement des luxations du cubitus par la persistance des principaux rapports articulaires; on constatera la situation de l'olécrane, de l'épitroklée et de l'épicondyle relativement aux points correspondans de l'humérus, et des deux os de l'avant-bras, et si l'on ne décide pas sur le champ quel est l'état des parties fracturées, on s'assurera aisément qu'il n'y a pas de luxation. La possibilité des movemens et la crépitation, quand on peut la constater, ajoutent encore à la certitude du diagnostic.

Il n'est donc pas douteux que l'on ne puisse avec un peu d'attention reconnaître les luxations cubito-humérales; la difficulté serait plus grande, si elles étaient accompagnées d'un déplacement incomplet du radius, ou d'une fracture coronoïdienne; mais les signes que nous en avons donnés permettront, je crois, de distinguer encore ces complications.

Anatomie pathologique. Deux observations seulement, parmi celles que nous avons rapportées, présentaient quelques détails d'anatomie pathologique; nous avons cherché à les compléter par des expériences directes. Dans notre seconde observation, le radius occupait sa situation normale, tandis que le cubitus luxé pouvait être facilement repoussé en arrière; le ligament annulaire était rompu, ainsi qu'une portion, si ce n'est la totalité du ligament antérieur, puisque l'on pouvait apercevoir à nu les surfaces articulaires; le ligament interne était nécessairement déchiré, en raison du déplacement du cubitus en arrière, bien que l'on n'en ait pas fait mention. Dans la troisième observation, qui est celle de sir A. Cooper, la tête du radius s'était creusé une cavité sur la face antérieure de l'humérus; le cubitus reposait en arrière par le sommet de l'apophyse coronoïde contre la fossette olécranienne; le ligament annulaire avait été déchiré, et l'avant-bras était presque complètement fléchi à angle droit.

Il est évident que de pareils détails ont besoin de quelques explications, et les expériences cadavériques vont nous les fournir. En effet, les luxations cubito-humérales opérées directement à l'amphithéâtre se sont présentées sous les deux formes principales de flexion de l'avant-bras que nous avait montrées l'observation.

1° L'avant-bras fléchi très légèrement, comme dans notre première observation; le cubitus était luxé en arrière de l'humérus avec ou sans rupture du ligament annulaire; mais dans les luxations produites sur l'homme vivant, il est probable que le ligament annulaire est constamment rompu, en raison de la grande violence qu'il subit, et de sa résistance beaucoup plus faible, par exemple, que celle du ligament latéral interne. Le radius avait une grande tendance à se déplacer légèrement en arrière et en dedans; tantôt en effet il empiétait sur la saillie articulaire, qui sépare la petite tête humérale de la troklée, tantôt il dépassait de deux ou trois lignes en arrière le niveau de l'humérus; dans tous les cas, les ligamens antérieur, postérieur et interne étaient rompus, et ce dernier toujours complètement. Selon la manière dont on avait opéré la luxation, le sommet de l'apophyse coronoïde était quelquefois écrasé ou fracturé, mais le fait n'était pas constant; toujours l'apophyse coronoïde reposait sur la face articulaire postérieure de la troklée humérale, à deux ou trois lignes au-dessus de son niveau inférieur, mais n'atteignait jamais la fossette olécranienne. Le sommet de l'olécrane fortement porté en dehors regardait le bord externe de l'humérus, mais en était d'autant plus écarté que le degré de flexion était plus considérable. Lorsque l'avant-bras était à peine fléchi, et que le bec coronoïdien avait été écrasé, le sommet de l'olécrane, ainsi que la partie supérieure de son bord externe appuyaient sur la face postérieure externe de l'humérus.

Le muscle brachial antérieur embrassait en avant la troklée humérale, qui lui formait une espèce de poulie de renvoi et le tendait fortement. Quelques fibres aponévrotiques des insertions musculaires cubito-épitrokléennes étaient rompues. Le nerf cubital, arraché en grande partie de la coulisse fibreuse qu'il traverse au niveau du coude, était tiraillé et dévié de son trajet.

2° Dans la seconde forme de luxation, l'avant-bras était fléchi presque à angle droit, et pendant que le cubitus restait luxé en arrière, le radius se trouvait appuyé en avant sur la petite tête humérale, ce qui explique comment il avait pu, dans l'observation de sir A. Cooper, s'y creuser une cavité, déterminée sans aucun doute par la contraction musculaire qui pressait vivement les os l'un contre l'autre pendant les mouvemens de rotation de l'avant-bras. Dans cette forme de luxation, le radius avait moins de tendance à se déplacer incomplètement, en raison de la rupture constante du ligament annulaire, et de l'obstacle que lui formait l'humérus en arrière. Le cubitus était dévié en dedans, et le désordre des parties molles qui avoisinent l'article, telles que le ligament inter-osseux et les

insertions aponévrotiques, était plus considérable. Dans la plupart des cas où nous opérâmes cette sorte de luxation, en pressant fortement contre l'extrémité inférieure du cubitus que l'on repoussait en même temps d'avant en arrière, nous rompîmes l'extrémité antérieure de l'apophyse coronoïde, dans un quart ou la moitié de son épaisseur, et nous eûmes ainsi des luxations compliquées.

TRAITEMENT. La réduction de la luxation du cubitus en arrière semble au premier abord assez simple que facile, mais il ne paraît pas cependant qu'il en soit ainsi, puisque sur trois exemples de luxation que nous possédons, la réduction avait échoué deux fois. En voici, je crois, la cause : si l'on pratique l'extension sur le poignet, sans avoir égard à l'inclinaison de l'avant-bras en dedans, toute la force porte sur l'articulation radio-humérale, sans remédier en rien au chevauchement du cubitus, et les plus grands efforts restent impuissans devant la résistance des liens fibreux de cette articulation. Il ne me paraît pas douteux que telle ait été la cause de l'inutilité des extensions auxquelles on soumit l'enfant dont nous avons rapporté l'observation. La direction à imprimer au membre dépend de l'état de flexion dans lequel il se trouve. Chez notre malade, l'avant-bras était à peine fléchi, et pour changer les rapports osseux et les ramener à l'état normal, il nous sembla indiqué de ployer le membre sur le bras pendant les efforts extensifs; tandis que si la flexion atteignait presque l'angle droit, comme dans le fait de sir A. Cooper, l'extension serait peut-être préférable; mais l'indication la plus importante consiste à repousser en dedans le côté externe du coude, pour faire disparaître l'angle saillant qui résulte du changement de direction de l'avant-bras; et à faire en même temps porter l'extension sur le côté cubital du poignet; par ces deux actions combinées on soustrait l'articulation radio-humérale qui est intacte à l'influence de la force extensive, et celle-ci, uniquement appliquée sur le côté interne du coude, ou sur le cubitus, jouit alors de toute son efficacité.

En supposant les luxations cubitales, dans les mêmes conditions que celles de notre malade, on fera faire la contre-extension sur la partie antérieure et inférieure du bras et aussi vers l'aisselle; l'extension portera sur le côté interne du poignet, que l'on tournera en supination, afin de relâcher le côté radial du membre, et de tirer un peu en avant et en dehors l'extrémité supérieure du cubitus, par le moyen du ligament annulaire, s'il a été conservé, du ligament inter-osseux et des muscles. L'opérateur entourant le coude de ses deux mains se chargera de la coaptation, et lorsque l'extension et le renversement de l'avant-bras en dehors seront jugés suffisans, il fera fléchir le membre, pendant qu'il rendra fixe le condyle huméral interne et qu'il repoussera l'olécrane en avant. La réduction s'opérera par cette manœuvre, et si je conseille de ne presser les os en sens inverse, pour les remettre en place, qu'après avoir rendu au membre sa longueur primitive, c'est qu'autrement on les ferait difficilement glisser l'un sur l'autre, qu'ils soient sains ou plus ou moins altérés dans leurs formes, par l'écrasement du bec coronoïdien, ou la destruction du cartilage huméral, et l'on augmenterait les obstacles de la réduction.

Si par suite d'une plus grande violence, et d'un plus grand désordre dans l'articulation du cubitus, comme dans le cas cité par sir A. Cooper, l'avant-bras se trouvait fortement fléchi, on saisirait le membre comme précédemment; le côté externe du coude, repoussé en dedans pendant que l'on soutiendrait l'humérus, permettrait de porter l'avant-bras en dehors, et lorsque le côté interne du membre aurait repris sa longueur normale, on pourrait alors étendre l'avant-bras, soit directement, soit en appuyant l'olécrane sur le genou, ou tout autre point d'appui, on ramènerait peu à peu le membre dans l'extension. On obtiendrait la réduction par ce procédé beaucoup mieux, je crois, que par celui de sir A. Cooper, qui ne me paraît guère susceptible de succès, que dans les cas de luxation récente où l'on n'a que peu d'obstacles à surmonter.

SIGNES DE LA RÉDUCTION. On reconnaît que la réduction est opérée, au rétablissement de la mobilité et de la conformation normale du membre; ainsi l'olécrane ne fait plus de saillie en arrière; son bord interne se rencontre à six lignes au moins en dehors du sommet de l'épitroklée, dont il est séparé par une fossette assez profonde; l'exagération du diamètre antéro-postérieur du coude a disparu, et le diamètre transversal n'est plus rétréci; enfin, on peut imprimer à l'avant-bras des mouvemens de flexion et d'extension, et il est bon de les répéter plusieurs fois, malgré la douleur qu'ils produisent, afin de rétablir plus exactement les rapports articulaires.

PANSEMENT. Le pansement qui suit la réduction a pour but de prévenir toute espèce de déplacement consécutif, et on doit y accorder d'autant plus d'attention que de très légers changemens dans les rapports articulaires du cubitus paraissent susceptibles de compromettre gravement les fonctions du membre, comme on en peut juger par les faits de Léveillé. Dans les cas ordinaires, lorsque les surfaces osseuses sont peu altérées, et que la luxation n'a pas de tendance à récidiver, l'appareil que j'ai employé me paraît très convenable; l'avant-bras est fléchi à angle droit, afin que toute l'apophyse coronoïde arc-boute contre la face antérieure de la troklée humérale, et ne puisse par conséquent glisser en arrière; on entoure le membre depuis les doigts avec un bandage roulé, et on fait un huit de chiffre, dont les deux anneaux embrassent, l'un la partie supérieure du bras, l'autre le poignet, et dont les croisés répondent au-devant du pli du bras; le coude et l'articulation restent libres, et on peut en constater à chaque instant l'état, et y prescrire des embrocations chaudes, ou tout autre topique jugé nécessaire. Dès qu'on a prévenu le développement des accidens inflammatoires, on imprime de légers mouvemens à l'article. Si les désordres n'out pas été considérables, la guérison doit s'effectuer assez rapidement, et sans laisser de traces; mais dans le cas où ils seraient graves, la luxation ancienne ou compliquée d'altérations dans la forme et la structure des os, s'il y avait enfin quelque tendance au déplacement, je crois qu'il faudrait soutenir l'articulation avec des attelles latérales; on emploierait plus tard ou sur le champ avec avantage, un appareil mécanique propre à empêcher le cubitus de se dévier en dedans ou en arrière; il serait assez facile de le faire confectionner au moyen de deux pièces articulées à charnières, et destinées à entourer et à maintenir le bras et l'avant-bras; une vis de rappel servirait à opérer lentement et avec douceur les mouvemens de flexion et d'extension, et les saillies naturelles des os permettraient de remplir facilement ces indications.

CLINIQUE DES DEPARTEMENS.

REVUE CLINIQUE DU SERVICE DES FIÉVREUX (MILITAIRES) A L'HÔPITAL ST-JACQUES DE LUNÉVILLE; par M. le docteur C. SAUCEROTTE, médecin en chef, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

282 malades sont entrés dans mes salles, depuis le 1er octobre 1838 jusqu'au 31 mars 1839. Sur ce nombre, 244 sont sortis guéris; 20 environ ont obtenu des congés de convalescence; 16 des congés de réforme; 1 seul est mort (1).

Néanmoins nous avions passé par diverses circonstances reconnues comme de nature à augmenter la mortalité dans ces établissemens; par exemple, un recrutement nombreux en janvier; la non-délivrance des congés de réforme à la fin de septembre; ce qui remplit nos salles, dans le trimestre suivant, de tous les infirmes appartenant aux divers régimens composant le camp, et incapables de suivre. Quant à l'individu mort (Dupin, soldat au 7e cuirassiers), il nous avait été enlevé dans vingt quatre heures, par une encéphalite tellement foudroyante dans sa marche, que deux heures après son entrée à l'hôpital il ne pouvait plus avaler et ne donnait aucun signe de connaissance.

Voici comment peuvent se classer distribuées par *saisons médicales*, les différentes affections dont étaient atteints nos malades (2).

OCTOBRE ET NOVEMBRE.

Angine	9	Entérite	1
Asthme	1	Fatigue	4
Bronchite	8	Gastrite	8
Colite	6	Gastro-entérite	3
Conjonctivite	4	Gastrodynie	1
Convalescence	1	Hépatite	2
Cystite	2	Hypertrophie du cœur	5
Diarrhée	2	Inflammatoire (fièvre)	17
Dysenterie	13	Intermittente (fièvre)	39
Embarras gastrique	8	Otalgie	1

(1) Ce relevé ne porte, je le répète, que sur les malades entrés dans mes salles depuis que j'ai pris le service. Voilà pourquoi n'y figurent pas les nommés Dutard (du 7e cuirassiers), mort avec des ulcères intestinaux, suite d'une dysenterie pour laquelle il avait été traité avant mon entrée à l'hôpital; et Muller (du même régiment), qui succomba à une phthisie pulmonaire arrivée à la dernière période; ni les vénériens, ni les galeux ne sont compris dans ce service.

Les hommes qui obtinrent des congés de convalescence étaient, pour la plupart, des sujets affaiblis par plusieurs rechutes de fièvres intermittentes. Ceux qui furent réformés étaient atteints d'affections organiques du cœur, des poumons ou des bronches.

(2) Plusieurs mouvemens ayant eu lieu dans la garnison, par suite du départ des régimens composant le camp, on ne peut tenir compte, dans ce relevé, du plus ou moins grand nombre d'admissions dans leur rapport avec la saison.

Otorrhée	1	Pneumonie	2
Phthisie pulmonaire	2	Simulation	1
Pleurodynie	7		

TOTAL... 148

DÉCEMBRE. — JANVIER. — FÉVRIER.

Angine	4	Intermittente (fièvre)	17
Bronchite aiguë	15	Laryngite	1
Bronchite chronique	3	Méningite	1
Convalescence	2	Péritonite	1
Diarrhée	2	Phthisie pulmonaire	3
Embarras gastrique	6	Pleurodynie	2
Fatigue	5	Pneumonie	3
Gastrite	4	Rhumatisme musculaire	1
Hypertrophie du cœur	6	Rougeole	1
Ictere	5	Varicelle et varioloïde	6
Inflammatoire (fièvre)	3	Variole	4

TOTAL... 98

MARS.

Angine	7	Hypertrophie du cœur	1
Bronchite aiguë	3	Méningite	1
— chronique, avec maladie du cœur	1	Névralgie du cuir chevelu	1
		Nostalgie	1
Céphalalgie	1	Ophthalmie	1
Convalescence	1	Phthisie pulmonaire	1
Douleur thoracique	1	Rhumatisme musculaire	1
Fièvre intermittente	3	Rhumatisme articulaire	1
Gastrite	4	Variole	1
Gastro-entérite	4	Varicelle	1
Hémoptysie	1		

TOTAL... 36

On voit que les affections phlegmasiques de l'appareil digestif, et celles de l'appareil respiratoire ont, jointes aux fièvres intermittentes, régné presque exclusivement dans nos salles, et l'on a pu remarquer sous quelle étroite dépendance étaient ces affections avec les circonstances atmosphériques environnantes. Ainsi, les mois de décembre, janvier et février nous amenèrent 33 hommes atteints des maladies des appareils respiratoire et circulatoire, et 22 seulement des maladies du tube digestif; tandis que les mois d'octobre et de novembre nons donnèrent 18 affections pulmonaires seulement, et 53 affections des voies digestives. Ainsi, pour les fièvres intermittentes développées en octobre, elles augmentèrent en novembre, qui fut presque constamment pluvieux, et cessèrent presque totalement en décembre (pendant lequel nous eûmes des gelées continues), pour se ranimer à la fin de janvier, qui fut très humide. Cependant, l'influence de la température n'explique pas seule comment certaines affections nous arrivent comme par *fournées*; pourquoi, par exemple, cinq cas d'ictères dans le mois de janvier, et pas un seul dans les autres; pourquoi les angines (toutes tonsillaires) ont été deux fois plus nombreuses dans le seul mois de mars que dans les trois mois qui ont précédé; les affections gastriques franchement inflammatoires, à la même époque, tandis qu'antérieurement elles s'étaient souvent montrées sous la forme d'embarras gastriques. Est-il, pour le retour des affections les plus communes comme pour certaines affections spécifiques de la peau, des époques marquées de l'année, ou certaines constitutions atmosphériques données ?

Notons bien qu'il n'y a pas eu, dans ce nombre assez considérable de malades, et à l'époque de l'année où elle apparaît le plus fréquemment, un seul cas de fièvre typhoïde, laquelle n'épargne guère, comme on le sait, la garnison de Paris. Cependant, mes confrères et moi en avions observé, dans le même temps, quelques cas en ville et dans le service civil de l'hôpital. Du reste, cette affection, qui a sévi quelquefois épidémiquement dans quelques villages de nos environs, est assez peu commune à Lunéville.

La rareté des affections de l'encéphale, dans le même relevé, n'est pas moins digne de remarque.

Un mot d'explication sur les nombreux cas de fièvre inflammatoire qui figurent sur notre tableau, bien que ce mot soit rayé du vocabulaire d'un certain nombre de praticiens. Ces affections résultaient presque toujours des fatigues de la manœuvre, sous un soleil encore chaud, et sous le poids d'une cuirasse et d'un casque fort lourds. Il y avait presque toujours, dans ces circonstances, congestion sanguine vers la tête; de larges émissions sanguines en faisaient justice. La plupart des hypertrophies du cœur dataient d'une époque antérieure à l'entrée au service, et il nous a paru que les conseils de révision (dans le sein desquels on néglige généralement l'emploi de l'auscultation), avaient en souvent peu égard à l'existence de ces affections, trompés sans doute par les apparences de belle santé qu'offrent parfois les individus qui portent une hypertrophie du cœur gauche. Les embarras gastriques ont été le plus ordinairement traités par les évacuans, et sans que j'aie eu lieu une seule fois de m'en repentir. Remettant à plus tard les considérations que j'ai à présenter sur la dysenterie, qui atteint annuellement notre garnison, je me bornerai cette fois à présenter quelques considérations relatives à certaines affections qui ont particulièrement fixé notre attention.

VARIOLES ET VARIOLOÏDES; MOYENS ABORTIFS DES PUSTULES.

Nous reçûmes à l'hôpital, dans le courant de janvier et de février, sept malades atteints de varicelles et de varioloïdes, et cinq atteints de variole, parmi lesquels deux paraissent avoir été vaccinés. Chez l'un, âgé de 27 ans (Richert, du douzième d'artillerie), les cicatrices, encore visibles, nous dit-il, à l'époque de son entrée au service, n'avaient disparu que depuis une couple d'années; nous ne saurions donc dire jusqu'à quel point cette vaccine était préservatrice. L'autre (Chapuliot, du septième cuirassiers), qui en offrait encore quelques traces, se souvenait d'avoir été vacciné à l'âge de 8 ans (il en a 21) et même d'avoir fourni de son propre vaccin au médecin qui l'avait opéré. Chez le premier, la maladie ne fut pas grave, mais elle fut suivie de nombreux abcès dans toutes les parties du corps. Nous faillîmes perdre le second, chez lequel l'éruption fut confluente et qui délira pendant plusieurs jours, durant la période de suppuration.

A la même époque, un de nos confrères fut appelé par une jeune fille, de 22 ans, qui avait été vaccinée par lui-même vers l'âge de 6 ans, et qui succomba à une variole confluente. Ainsi voilà deux cas dans lesquels un intervalle de 13 et de 16 ans seulement s'est écoulé entre l'inoculation du virus et l'infection variolique.

Du reste, nous avons observé des varioloïdes, qui avaient tant de traits communs avec la variole proprement dite, par l'intensité des symptômes gastriques et laryngés qui les précédaient, par la persistance de la fièvre, par l'existence des cicatrices, que nous nous sommes demandé si la démarcation qu'on a établi entre ces deux affections est réellement aussi absolue qu'on l'a faite? Si la varioloïde n'est qu'une variole modifiée par la vaccine, cette modification n'est-elle pas susceptible de tous les degrés, et le malade le plus faiblement préservé n'est-il pas dans des conditions, sinon identiques, du moins tout à fait voisines de celui qui n'a pas été vacciné? Il serait fort intéressant, au surplus, de constater si les varioloïdes ont généralement plus de gravité aujourd'hui qu'elles n'en avaient il y a plusieurs années : rien ne prouverait mieux l'affaiblissement du virus (1).

Je passe aux essais que j'ai faits sur les moyens propres à faire avorter les pustules, et à prévenir par là la difformité des cicatrices.

Le camphre uni au jaune d'œuf a été préconisé par plusieurs observateurs du siècle dernier. Je l'ai essayé sans succès. L'emplâtre de *vigo cum mercurio* a été proposé récemment dans la GAZETTE MÉDICALE. J'ai répété les expériences du docteur N*** avec le même succès sur mes malades. Cet emplâtre appliqué sur le bras, du premier au troisième jour de l'éruption, arrêta le développement des nombreuses pustules qui y apparaissaient, tandis que les pustules environnantes suivirent leur marche ordinaire. Regardant le mercure comme l'agent essentiel de ce phénomène, je fis concurremment l'expérience avec l'onguent mercuriel simple, étendu sur de la toile de diachylon : le résultat fut le même. Chez un de mes varioleux, cette pommade étendue sur la paupière produisit un gonflement œdémateux, qui disparut spontanément en deux jours. La pommade mercurielle a, sur l'emplâtre de *vigo*, l'avantage de pouvoir s'appliquer bien plus facilement. Il serait peut-être impossible d'en recouvrir complètement la face, par crainte d'une absorption trop considérable du métal; mais en l'étendant, dès le début de l'éruption, tantôt à une place, tantôt à une autre, et par doses fractionnées, on n'aura rien à craindre, et l'on atteindra le but que l'on se propose. Ne pourrait-on employer aussi un collyre avec le deuto-chlorure de mercure, dans le but de faire avorter les pustules qui se développeraient sur l'œil, et menaceraient l'exercice de la vision? Un pinceau de charpie avec lequel on se

(1) Je dois dire, toutefois, qu'il résulte des travaux des vaccinateurs de notre arrondissement, sur lesquels j'ai dû, en qualité de secrétaire du comité de vaccine, présenter un rapport général : 1° Que jamais l'éruption vaccinale n'a marché d'une manière plus régulière; 2° Que sur une population de 84,698 habitans, 28 individus seulement ont été atteints de la variole (deux, peut être trois avaient été vaccinés); 3° Qu'un très grand nombre d'individus s'exposèrent à la contagion sans contracter la maladie. — Relativement aux faits de variole, constatés par exception et contrairement à l'immense majorité des cas chez des individus vaccinés, ils n'ont rien de plus extraordinaire que les récidives de variole que nous avons observées chez plusieurs individus qui portaient encore les stigmates d'une première atteinte. Pourquoi demanderait-on au préservatif jennérien plus de garanties qu'à la variole elle-même?

bornerait à toucher les pustules rudimentaires me semble la méthode la plus convenable à employer. Il serait peut-être à propos de bassiner l'œil, dans l'intervalle, avec un collyre opiacé, pour éviter le développement d'une irritation trop vive.

FIÈVRES INTERMITTENTES.

Cinquante malades environ furent traités dans mes salles de fièvres intermittentes. La presque totalité était sous le type tierce.

Nous avons déjà parlé du rôle que la constitution atmosphérique nous avait paru jouer dans le développement de ces affections. Néanmoins à côté de cette influence générale, des causes spéciales durent exister, puisque ces fièvres ne régnaient pas ainsi en ville, à la même époque, et que deux de nos régimens furent particulièrement maltraités. Mais comme cette discussion nous entraînerait dans des détails de localités peu propres à intéresser nos lecteurs, nous passerons outre pour aborder une question d'un plus haut intérêt pratique.

Les fièvres intermittentes sont-elles simplement coïncidentes avec les affections dont elles se montrent accompagnées, ou leur sont-elles subordonnées?

Chez la grande majorité de mes malades, la fièvre était dégagée de toute complication. Chez quelques-uns, la céphalalgie, qui se développait avec l'accès, leur survivait plus ou moins longtemps, ou bien la bouche était pâteuse, amère; il y avait anorexie, ou même envies de vomir : c'était le très petit nombre. Il arriva dans ces cas qu'une saignée, qu'un purgatif, firent disparaître les accès pour quelque temps; mais, presque toujours, ils se renmontraient plus tard, et il fallait toujours, en dernier résultat, en venir à la quinine.

Enfin, comme complications de la fièvre intermittente, j'ai surtout eu à traiter des bronchites et des gastrites aiguës. Ces dernières mirent même deux ou trois de nos malades dans une position assez critique. La phlegmasie fut, comme de raison, la chose dont nous nous occupâmes exclusivement d'abord; mais, celle-ci amendée, nous dûmes nous appliquer bientôt à faire disparaître les accès qui n'avaient pas cédé, et qui compliquaient d'une manière fâcheuse la position des malades. C'est alors que la quinine en lavement, ou, si cela n'était pas possible, par la méthode endermique, nous réussit parfaitement.

Ainsi, en réponse à la question que nous nous sommes posée tout à l'heure, nous répondrons que, dans les faits qui se sont passés sous nos yeux, la fièvre intermittente a coïncidé avec certaines affections plutôt qu'elle ne leur a été subordonnée; elle est survenue comme un épiphénomène, sous la dépendance de la constitution régnante. Aussi, quand cette constitution a cessé, ces affections ne se sont plus compliquées de même.

Quant au traitement, le sulfate de quinine s'est montré, comme toujours, d'une efficacité merveilleuse. Néanmoins, quoique donné à doses successivement décroissantes et longtemps continuées, il ne mit pas quelques-uns de nos malades à l'abri d'opiniâtres récidives. Nous remarquâmes que ces rechutes atteignaient de préférence des hommes signalés dans le régiment par une conduite irrégulière : ainsi, très souvent, nous avons vu une débauche, des excès de boissons, avoir ce résultat. Et puis ces individus, qui nous quittaient guéris depuis quinze jours ou trois semaines seulement, ne devaient-ils pas, en se retrouvant au sein des mêmes conditions, contracter derechef une maladie dans laquelle une première atteinte est une des plus puissantes prédispositions? Je voulus toutefois m'assurer si un purgatif, précédant l'emploi de la quinine, préviendrait, conformément à l'opinion soutenue par quelques médecins, plus efficacement les récidives. Chez quelques malades, cette médication était assez bien indiquée par l'anorexie, l'empâtement de la langue, la pesanteur de la digestion, etc.; chez d'autres, on pouvait la considérer comme un moyen perturbateur, dont l'expérience démontrait l'utilité, puisque, chez quelques-uns de nos malades, il avait suffi à lui seul pour couper la fièvre. Quoi qu'il en soit, nous observâmes des récidives chez les malades que nous avions purgés avant de leur administrer le quinine, comme chez ceux qui avaient pris d'emblée le fébrifuge. Sur 10 cas, deux furent guéris par un purgatif, et ne récidivèrent pas. Chez les autres, la fièvre fut coupée, mais seulement pour un temps plus ou moins long; les uns furent repris à l'hospice même, les autres au quartier; les uns au bout de quelques jours, les autres au bout de plusieurs semaines.

PLEURO-PNEUMONIES. — DU TRAITEMENT PAR L'ÉMÉTIQUE.

Les doses énormes auxquelles Laënnec donnait l'émétique effrayèrent, non sans raison, les praticiens; et quoique ce traitement pût revendiquer d'étonnans succès, comme les esprits étaient encore, à cette époque, plus ou moins imbus de *physiologisme*, il ne put passer dans la pratique. Aujourd'hui encore, bien que l'efficacité des préparations antimoniales ait été constatée par de très habiles praticiens, et que plusieurs d'entre eux les donnent à des doses bien moins élevées, on trouve, dans une grande partie du public médical, des répugnances assez prononcées pour cette médication. Il me semble donc nécessaire de porter, par des observations répétées, la conviction dans l'esprit des praticiens qui doutent encore, et de faire voir à ceux qui n'emploient l'émétique qu'aux doses rasoriennes, qu'à des quantités bien moindres, il produit les effets héroïques qu'on lui demande, sans exposer les malades aux mêmes dangers; qu'enfin il ne constitue pas un traitement exceptionnel qu'on ne doive employer qu'en désespoir de cause, mais une médication d'une efficacité au moins égale, si ce n'est supérieure, au traitement antiphlogistique. Non pas, certes, que je veuille dire par là qu'il faille négliger les émissions sanguines, mais parce qu'on peut compter sur l'antimoine, lorsméme que les saignées n'ont pu enrayer les progrès du mal. C'est ce qui m'a paru de toute évidence dans les cas suivans, dont je ne donne que le sommaire, peu de maladies étant aussi connues dans leur marche et dans leurs symptômes que les phlegmasies pulmonaires à l'état aigu :

Obs. I. — Simian, soldat au 10e cuirassiers, bilio-sanguin, m'offrit, dès le troisième jour d'une pleuro-pneumonie, pour laquelle on venait de l'amener à l'hôpital, les signes d'une hépatisation assez étendue à gauche et en arrière; un peu de râle crépitant s'étendait au-dessus des points hépatisés; les crachats étaient encore rouillés, la fièvre forte, l'agitation très grande : le malade se découvrait sans cesse. On l'avait saigné au quartier; trois autres saignées, secondées par deux applications de sangsues sur le point pleurétique, produisirent de l'amendement dans les symptômes, sans enrayer cependant la marche de la phlegmasie. Simian était très affaibli. La potion stibiée, à la dose de six grains seulement, avec demi-once de sirop diacode, continuée deux jours de suite, et donnée d'heure en heure, produisit des sueurs, sans évacuations. Dès le lendemain, le point de côté et la gêne de la respiration avaient presque totalement disparu; la fièvre avait décru dans la même proportion, et le malade marcha rapidement, à dater de ce moment, vers la convalescence.

Obs. II. — Charrue, soldat au 7e cuirassiers, tempérament sanguin, entré à l'hôpital pour une angine tonsillaire, avec une vive douleur dans l'oreille gauche et surdité, était à peine convalescent de cette affection, lorsqu'il fut pris subitement, sans cause connue, des symptômes d'une pleuro-pneumonie intense du côté gauche. Quatre saignées et deux applications de sangsues avaient amendé la phlegmasie, qui continuait néanmoins à révéler son existence par la douleur pleurétique, les crachats toujours rouillés, le râle crépitant, la fréquence du pouls, etc. L'affaissement dans lequel se trouvait le malade (qui avait déjà perdu du sang pendant sa première maladie) ne me permettait pas d'insister sur les mêmes moyens. Je prescrivis le tartre stibié de la même manière que chez le précédent; le succès fut le même, bien qu'obtenu par un résultat différent. Cette fois la crise s'opéra par des évacuations alvines, de nature bilieuse, sans beaucoup fatiguer le malade, qui, dès ce moment, marcha rapidement vers la guérison. Quelque temps après, trop faible pour reprendre son service, quoique complètement guéri, il obtint un congé de convalescence.

Obs. III. — Galissot, âgé de 24 ans, soldat au 7e cuirassiers, tempérament bilioso-sanguin, entre à l'hôpital avec les symptômes d'une pleuro-pneumonie du côté gauche. Une saignée est pratiquée et des sangsues appliquées le premier jour. La saignée est répétée une seconde, une troisième fois. A cette époque (troisième jour de la maladie), le pouls était plein, fréquent et dur; la peau très chaude, la respiration courte et fréquente, la douleur pleurétique assez vive; le râle crépitant s'entendait dans une assez grande étendue vers la partie postérieure et latérale du poumon gauche; les crachats étaient toujours rouillés. Je prescris la potion stibiée à la dose de huit grains. Il y eut trois vomissemens, cinq à six selles, des sueurs. Le lendemain, les crachats étaient blancs; je ne pus reconnaître de râle crépitant là où je l'avais distinctement perçu la veille; la peau n'était plus que médiocrement chaude; le pouls, encore fréquent, avait perdu sa plénitude et sa dureté; la respiration se faisait beaucoup plus librement. Cependant, comme le malade disait sentir encore de la douleur dans le dos, je lui fis appliquer derechef une douzaine de sangsues, qui le débarrassèrent complètement. Depuis ce moment, son état s'améliora de jour en jour.

Je n'eus pas moins à me féliciter de l'emploi des préparations antimoniales chez le nommé Clément (soldat au 3e dragons), et Vairelle (du 8e cuirassiers). Ces deux hommes, chez lesquels la résolution d'une pneumonie qui se faisait mal entretenait un état fébrile inquiétant, se rétablirent promptement, à la suite de l'administration de 20 grains d'oxide blanc d'antimoine, qui déterminèrent d'abondantes évacuations alvines, et firent tomber immédiatement la fièvre. Jamais je n'ai vu l'antimoine agir d'une manière plus franchement hyposthénisante.

Si je ne m'étais proposé de ne parler ici que du service des fièvreux militaires, je pourrais citer de plus nombreux exemples pris dans ma pratique en ville, et dans lesquels j'ai employé le tartre stibié avec les mêmes résultats: Je l'ai administré dans deux cas, après une seule saignée (Noirtin de Damelevières et Huguet de Blainville); dans un autre, appelé plus tard, je n'ai pas saigné du tout, et l'émétique, employé d'emblée, m'a pareillement réussi (femme Rose, de Lunéville). L'existence antérieure d'une affection du tube digestif ne m'a pas même paru, dans tous les cas, une contre-indication absolue. Je l'ai employé quelque temps après une

diarrhée aiguë, chez la femme Prévost, âgée de 50 ans, et chez le nommé Gerardin, âgé de 17 ans, de Lunéville. Il n'y eut pas, chez ces deux malades, plus d'évacuations alvines que dans d'autres circonstances, et l'antimoine ne se montra pas moins héroïque.

Les phénomènes de cette médication dans les cas qui se sont offerts à mon observation ont été : 1° une diaphorèse, parfois très abondante; 2° des vomissemens, assez rarement; des évacuations alvines, beaucoup plus fréquemment; 3° dans un certain nombre de cas, une sécrétion extrêmement abondante, ou comme une plaie de la muqueuse, phénomène analogue au précédent, mais devant produire un dégorgement bien plus immédiat des tissus enflammés; 4° enfin, dans le plus petit nombre des cas, point d'autres phénomènes sensibles qu'une diminution de la caloricité, de la fréquence et de la force du pouls. Ainsi, débarrasser, par des sécrétions abondantes, les tissus des fluides qui les engagent, voilà le phénomène matériel, palpable; modifier l'inervation, en tuant le *stimulus* qui les y attire, voilà probablement le phénomème vital caché derrière.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 3 JUIN.

Dans le comité qui a eu lieu à la fin de la séance dernière, la section d'astronomie a présenté, dans l'ordre suivant, les candidats pour la place vacante par la mort de M. Lefrançais de Lalande : MM. Liouville, G. de Pontécoulant, Francœur. Les titres de ces divers candidats ont été l'objet de discussions animées. Aujourd'hui on procède à l'élection; 51 membres prennent part au scrutin; deux billets blancs se trouvant dans l'urne, le nombre des votans est réduit à 49; majorité, 25. Les suffrages sont répartis de la manière suivante : M. Liouville obtient 29 voix; M. de Pontécoulant, 18; et M. Francœur, 2; en conséquence, M. Liouville est proclamé membre de l'Académie : sa nomination sera soumise à l'approbation du roi.

ANATOMIE DES POISSONS.

M. Duvernoy lit une note sur quelques particularités de la structure de ces animaux.

NERFS SENSITIFS ET MOTEURS.

M. Magendie communique de nouvelles recherches sur les fonctions du système nerveux. On a vu précédemment que la racine des nerfs rachidiens reçoit la sensibilité de la racine postérieure, et que cette sensibilité vient de la circonférence au centre. Il était curieux de rechercher si la moelle n'offrirait pas, dans ses faisceaux, un phénomène du même genre; on sait que, dans cet organe, les cordons postérieurs présentent une exquise sensibilité, tandis qu'elle est beaucoup moins développée dans les cordons antérieurs : or, la section des racines postérieures d'une paire lombaire, opérée d'un seul côté, est suivie d'un grand affaiblissement dans la sensibité du cordon; on pouvait supposer que l'influence était transmise par les racines motrices laissées intactes; pour le vérifier, les racines motrices ont été coupées par le milieu, les racines sensitives conservant leur intégrité, la sensibilité du cordon a éprouvé la même altération tant au niveau qu'au-dessus de leur origine. Il faut en conclure que les cordons postérieurs, les racines sensitives, les ganglions, les nerfs rachidiens, les racines motrices, et enfin les cordons antérieurs ou moteurs, forment une chaîne circulaire, dont chaque élément sert à transmettre la sensibilité des cordons postérieurs aux cordons antérieurs; mais quelle peut être l'utilité d'un chemin aussi long et aussi détourné; c'est ce que l'on ignore jusqu'à présent; en n'en est pas moins un phénomène fort remarquable que cette influence d'une partie du système nerveux central sur une autre partie, et les recherches auxquelles il peut donner lieu ne manqueront pas d'être fécondes en résultats importans.

M. le docteur Longet écrit à l'Académie pour revendiquer la priorité d'une partie des observations annoncées par M. Magendie, dans la séance du 20 mai, et que nous venons de rappeler, avec de nouveaux détails. Voici la lettre de M. Longet :

« Il y a environ trois semaines, j'eus l'occasion de constater, au collége de France, un fait physiologique auquel j'attache quelque intérêt à cause des conséquences que je crois pouvoir en déduire, de la nouvelle voie qu'il ouvre aux expériences sur le système nerveux, et parce qu'enfin il confirme la division des nerfs en ceux du mouvement et en ceux de la sensibilité : un illustre physiologiste en ayant fait sa propriété, je vais exposer à l'Académie l'historique de ce fait avec une religieuse exactitude.

» Frappé dès longtemps de cette vérité que le nerf facial n'est sensible qu'à cause de l'influence exercée sur lui par le nerf trijumeau, je énonçus l'idée que, malgré des connexions anatomiques différentes, la racine postérieure d'une paire rachidienne pourrait bien avoir sur l'antérieure une influence analogue : en d'autres termes, sachant que toutes deux, dans leur intégrité, sont sensibles quoiqu'à des degrés différens (ce qui m'explique l'opinion erronée de ceux qui leur assignent des propriétés et des fonctions identiques), je pensai que *la racine antérieure emprunte sa propriété de sentir, non à ses relations avec le faisceau antéro-latéral de la moelle, mais à son union, au niveau du ganglion spinal, avec la racine postérieure correspondante.* Cette conjecture fut érigée en certitude par l'expérience; en effet, sur un chien auquel, pour le cours de M. Magendie, avait été pratiquée, d'un côté, la section de toutes les racines postérieures lombaires seulement, je stimulai, *en présence de ce professeur*, les racines antérieures correspondantes sans déterminer aucune douleur, tandis que du côté opposé m'adressant à une paire rachidienne intacte, et excitant sa racine antérieure, j'arrachai un cri à l'animal; depuis j'ai pleinement vérifié ce résultat par l'application du galvanisme chez les lapins. Voilà ce qui m'appartient. — Voici maintenant la part de M. Magendie. Dès le lendemain, il envoya au collége de France deux personnes pour tenter l'expérience suivante qu'il a répétée lui-même : une paire rachidienne fut mise à nu et l'on pratiqua la division de sa racine antérieure en deux parties; la partie restée à la moelle fut excitée sans douleur, tandis que la stimulation de la partie adhérente au ganglion fit souffrir l'animal. Or évidemment cette expérience découlait de celle que j'avais faite la veille, elle ne faisait que la confirmer et prouvait de nouveau que la racine antérieure n'emprunte point sa propriété de sentir à ses connexions avec le faisceau antéro latéral de la moelle, mais à son union, au niveau du ganglion, avec la racine postérieure correspondante. Ces deux expériences sont assurément bien présentes à l'esprit de M. Magendie qui seulement ne voit pas quel rapport les unit, dans quelle subordination elles se trouvent. J'aime à m'expliquer ainsi comment, avec beaucoup de bonne foi, ce professeur a pu se croire l'auteur d'une idée et d'un fait qui sont l'œuvre d'un autre.

» Quoi qu'il en soit, je tenais à rétablir les faits dans toute leur sincérité et à informer l'Académie qu'en ce moment je cherche à déterminer, par la voie expérimentale, les conséquences d'un fait dont l'observation m'est propre. »

Cette réclamation est l'objet d'une courte explication de M. Magendie, qui représente l'auteur de la lettre comme ayant pris part à quelques-unes des expériences du collége de France.

Aux faits que nous venons de rapporter, M. Magendie en ajoute quelques autres sur les fonctions du nerf facial : ce nerf, comme l'on sait, doit sa sensibilité à la cinquième paire. Dernièrement on put reconnaître chez un lapin la sensibilité exquise de la branche moyenne; les supérieure et inférieure étaient alors insensibles. Une dissection attentive a fait reconnaître une anastomose très déliée de cette branche moyenne du nerf facial avec la cinquième paire; la section de cette anastomose amena l'insensibilité de ce rameau, expérience qui prouve qu'il n'y avait là qu'un accollement de deux nerfs, l'un moteur et l'autre sensitif, et non pénétration ou mélange de leur substance propre; ajoutez à cela que chez l'homme le nerf facial est insensible à son origine, et qu'après avoir offert une sensibilité exquise dans son trajet, il reprend son insensibilité première, ce qui vient encore à l'appui de cette proposition que ce nerf doit sa faculté sensitive aux ramuscules de la cinquième paire, qui accompagnent ses divisions pendant un temps plus ou moins long; chez le chevreau, le nerf facial n'est insensible que vers sa terminaison; chez le chien, il ne l'est dans aucune partie de son trajet : quand on le coupe près de sa sortie du crâne, non seulement l'opération ne diminue en rien la sensibilité du tronc et de ses branches, mais l'extrémité coupée est elle-même sensible, ce qui démontre la transmission de cette propriété de la circonférence au centre.

INJECTION DE SUBSTANCES SALINES DANS LES VEINES.

M. Blake présente un mémoire sur les effets qui succèdent à l'injection, dans le système circulatoire de diverses solutions salines. Les premières recherches que fit l'auteur sur ce sujet ont été communiquées, en 1838, à l'Association anglaise pour les progrès des sciences, et publiées dans le JOURNAL MÉDICO-CHIRURGICAL D'EDIMBOURG (avril 1839).

Depuis cette époque, M. Blake a fait de nouvelles expériences qui, réunies aux anciennes, lui permettent de poser comme règle générale, que la soude et les sels que forme cet alcali, par sa combinaison avec les acides, entravent la circulation pulmonaire, et font périr l'animal par une véritable asphyxie : les sels de potasse, d'ammoniac, de baryte, de chaux et de magnésie, anéantissent l'irritabilité du cœur. Quant au procédé opératoire suivi dans ses expériences, il consistait à mettre à nu la veine jugulaire, à y introduire le tube à injection, et à mettre l'artère crurale en rapport avec l'hématodynamomètre, instrument propre à mesurer la force d'impulsion du sang, et qui consiste en un tube recourbé d'abord à angle droit, puis de manière à former un siphon renversé : du mercure remplit les deux branches verticales de ce siphon, tandis que la branche horizontale de l'instrument, celle qui doit être reçue dans le vaisseau sanguin, est pleine d'une solution de carbonate de soude, dont le rôle est de transmettre au métal la pression qu'elle reçoit du sang, tout en empêchant la coagulation de ce dernier. La différence de hauteur du mercure dans les branches verticales mesure la force impulsive de la colonne sanguine.

ORGANES DE LA RESPIRATION.

M. Bazin lit une analyse abrégée d'un premier mémoire sur la structure intime du poumon de l'homme et des animaux vertébrés, avec application à la physiologie et à la pathologie de cet organe. Les considérations présentées dans cette première partie du travail de M. Bazin sont purement historiques, et sont relatives aux opinions émises, tant par les anciens que par les auteurs contemporains, sur l'anatomie du poumon.

SÉANCE DU 10 JUIN.

RECHERCHES SUR LA TEMPÉRATURE DES PLANTES.

M. Dutrochet, qui avait envoyé l'an dernier à l'Académie, sous enveloppe cachetée, un précis de ses recherches sur ce sujet, en demande aujourd'hui l'ouverture. Ce précis est conçu dans les termes suivans :

« Les végétaux ont une chaleur propre à laquelle s'ajoute celle de l'atmosphère. Cette chaleur totale est absorbée par la vaporisation de la sève, par la gazéification de l'oxigène pendant le jour, et par la gazéification de l'acide carbonique pendant la nuit. Il résulte de là que, dans l'état naturel, les végétaux ont une température toujours inférieure à celle de l'atmosphère; ils semblent ainsi produire du froid. Parmi les causes du refroidissement des végétaux, il en est une qu'il est facile d'éliminer, c'est la vaporisation de la sève. Il suffit pour cela de placer le végétal dans une atmosphère complètement saturée d'eau. C'est ce que j'ai fait au moyen de l'appareil dont je joins la figure à

ma note. Cet appareil consiste en un grand bocal fermé avec un bouchon de liége et contenant un peu d'eau; les deux soudures du circuit thermo-électrique sont situées dans l'intérieur de ce bocal. L'une des soudures est occupée par une partie végétale tuée au moyen de l'immersion dans l'eau chaude et ensuite refroidie; l'autre soudure est occupée par une partie végétale exactement semblable, mais vivante.

Les aiguilles sont enduites de gomme-laque pour les préserver de l'oxidation et de l'action des acides. Les deux parties végétales, l'une morte et l'autre vivante, dans l'intérieur desquelles sont les deux soudures, sont ainsi placées dans les mêmes conditions par rapport aux causes extérieures qui peuvent modifier leur température; celle qui est morte prend la température de l'atmosphère ambiante; celle qui est vivante prend cette même température, et de plus elle manifeste alors la chaleur dont elle jouit en vertu de son état de vie, et qui, dans l'état naturel, était absorbée par la vaporisation de la sève. Cette chaleur est de 1/4 de degré centésimal dans son maximum; elle n'est, le plus souvent, que de 1/6 de degré ou même de 1/10 ou 1/12 de degré. Je l'ai observée dans les jeunes tiges des végétaux, lorsque leur moelle est encore verte; dans les fleurs en bouton, dans les feuilles, lorsque leur épaisseur est suffisante pour qu'on puisse y placer l'aiguille; telles sont, par exemple, les feuilles de joubarbe (*semperuivum tectorum*), la chaleur propre des jeunes tiges et des feuilles des végétaux disparait pendant la nuit ou pendant l'obscurité artificielle, et elle reparaît sous l'influence suffisamment continuée de la lumière.

La chaleur propre des boutons de fleurs persiste pendant la nuit. J'avais cru d'abord voir que cette chaleur propre des boutons des fleurs disparait dans l'obscurité; mais c'était une erreur dont j'ai découvert la source. Plus la température extérieure est élevée, plus la chaleur propre des végétaux augmente, c'est au-dessus de + 15° centésimaux qu'il faut faire ces expériences pour avoir des résultats marqués: ils sont encore plus appréciables au-dessus de + 20°. C'est à l'heure du jour où il y a à la fois le plus de chaleur extérieure et le plus de lumière que la chaleur propre des végétaux a le plus d'élévation; or, comme c'est alors que les végétaux produisent le plus d'oxigène qui s'introduit dans leurs organes pneumatiques et respiratoires, il en résulte que leur production de chaleur est en rapport avec leur respiration, ainsi que cela a eu lieu chez les animaux. Au reste, la chaleur que manifestent les végétaux, lorsqu'on les environne d'une atmosphère saturée d'eau, n'est qu'une partie de la chaleur totale qu'ils produisent, puisqu'il y en a une autre partie qui est nécessairement absorbée par la gazéification de l'oxigène, sous l'influence de la lumière. Toutes mes expériences ont été faites à la lumière diffuse.

La lettre dans laquelle M. Dutrochet demande l'ouverture de la note cachetée que nous venons de transcrire contient aussi une note additionnelle que nous reproduirons aussi textuellement.

Le retard d'une année que j'ai mis à publier ces observations, dit M. Dutrochet, a été motivé par la crainte que j'éprouvais d'avoir été induit en erreur par un instrument qui est la source de bien des déceptions contre lesquelles il faut soigneusement se prémunir. L'appareil thermo-électrique dont je me servais l'an dernier me donnait six degrés de déviation de l'aiguille aimantée pour un degré thermo-métrique centésimal de différence de température entre les deux soudures. Cette année, muni d'un excellent galvanomètre de Gourgeon, j'obtiens seize degrés de déviation de l'aiguille aimantée pour un degré centésimal. Pourvu d'un appareil thermo-électrique aussi sensible, j'ai répété avec moins de chance d'erreur et avec bien plus de précision mes observations de l'année dernière, et j'ai constaté pleinement leur exactitude. L'appareil dont je me servais, et que j'ai fait connaître dans la note précédente, ne convient que pour soumettre à l'observation des plantes coupées dont la vie est entretenue par l'eau dans laquelle trempe leur partie inférieure tronquée. Cette année, j'ai employé un autre appareil plus parfait avec lequel je puis soumettre à l'observation, non-seulement des plantes coupées, mais aussi des plantes enracinées.

Je donnerai, dans le mémoire que je publierai plus tard, la description de ce nouvel appareil, construit sur les mêmes principes que le premier, et dans lequel le bocal dont je me servais d'abord a été remplacé par une cloche de verre cylindrique et assez élevée. Mes aiguilles sont autrement construites que celles que j'employais l'année dernière; faites avec des fils de cuivre et de fer très fins, elles sont reployées sur elles-mêmes à angle très aigu à l'endroit où se trouve la soudure de ces fils, en sorte que cette soudure occupe le sommet de l'angle dont les deux côtés, fer et cuivre, sont presque juxta-posés, et séparés seulement par une couche de vernis, lequel enduit toute cette partie des aiguilles. La soudure est enfoncée toujours à la même profondeur de cinq millimètres dans la partie végétale soumise à l'observation.

Je dois, poursuit M. Dutrochet, présenter ici quelques modifications et quelques additions à mes observations de l'année dernière ci-dessus exposées.

La chaleur des parties vertes des végétaux, chaleur dont j'ai établi le maximum à 1/4 de degré centésimal, s'élève quelquefois à 1/3 de degré; c'est ce que j'ai observé, par exemple, dans la tige de l'*euphorbia lathyris*. Les tiges n'offrent de chaleur propre que tant qu'elles conservent l'état herbacé; elles la perdent en devenant ligneuses, ou du moins alors leur chaleur propre n'est plus appréciable. J'ai constaté l'existence de la chaleur végétale, non seulement dans les parties que j'ai mentionnées dans ma note de l'an passé, mais aussi dans les racines, dans les fruits et même dans les embryons séminaux. Les gros cotylédons de la fève (*vicia faba*) lorsqu'ils sont encore verts se prêtent facilement à cette dernière observation. Enfin, j'ai constaté une chaleur propre dans les champignons. Les fleurs en bouton n'offrent de chaleur propre que lorsque la soudure se trouve placée dans l'ovaire. Lorsque cette soudure est placée dans les nombreux pétales reployés et pressés les uns sur les autres, ainsi que cela a lieu dans les fleurs en bouton de la rose aux cent feuilles ou de la pivoine double, on n'observe aucun indice de chaleur. La chaleur propre des jeunes tiges qui disparaît souvent pendant la nuit, persiste quelquefois pendant sa durée, mais elle éprouve alors une notable diminution.

C'est ordinairement dans le courant des trois heures qui suivent midi qu'existe le maximum de la chaleur végétale; c'est l'époque de la journée où il y a ordinairement, mais non cependant toujours, le plus de chaleur et de lumière. Au-delà de l'heure invariable à laquelle arrive, pour chaque plante, le maximum de sa chaleur propre, celle-ci va diminuant, bien que la chaleur extérieure et la lumière puissent alors quelquefois augmenter d'intensité. Ce paroxysme diurne, cette sorte de fièvre quotidienne qu'éprouvent les végétaux verts ne présente d'interruption que lors de l'absence complète de la lumière diurne, et, ce qu'il y a de très remarquable, cette interruption du paroxysme n'arrive point toujours dès le premier jour de l'obscurité, et son maximum arrivait toujours à la même heure. Le troisième jour de l'obscurité, le paroxysme n'est jamais revenu. L'exposition à la simple lumière diffuse suffit pour rendre à la plante la chaleur propre qu'elle a perdue, et cela assez promptement.

J'ai voulu comparer la chaleur propre des végétaux à celle de quelques animaux à basse température. Je me sers de cette expression, parce que je ne pense pas qu'il y ait des animaux froids, c'est-à-dire qui soient totalement privés de chaleur propre. J'ai trouvé que la chaleur des végétaux est généralement peu inférieure à celle des insectes et lui est souvent supérieure. La chaleur propre de la grenouille (*rana esculenta*) est fort inférieure à celle de la plupart des plantes. Je n'ai trouvé aucune chaleur appréciable chez l'écrevisse (*astacus fluviatilis*), non plus que chez la limace (*limax rufus*). Ainsi les végétaux sont plus haut placés que certains animaux relativement au degré de leur chaleur propre.

RÉSULTATS OBTENUS DE L'EXPOSITION EN VASE CLOS DE LA FÉCULE HYDRATÉE A DES TEMPÉRATURES CONSTANTES.

M. Jacquelant présente les résultats de ses recherches sur ce sujet; nous ne pouvons suivre l'auteur dans le détail des expériences qu'il a entreprises, et nous nous contenterons d'exposer les conclusions auxquelles elles l'ont conduit.

1° Puisque l'on est communément d'accord aujourd'hui sur l'existence d'un point appelé *hile*, situé à la surface du grain de fécule et presque toujours dans la même région, vers l'une des extrémités de ce grain ovoïde, puisque la substance intérieure de la fécule se trouve à peine azotée comparativement à la partie extérieure, et jouit seule de la propriété de faire empois à froid comme à chaud, enfin puisque l'ébullition prolongée dans l'eau pure ou acidulée ne saurait rendre soluble que cette même substance, il faut donc croire à l'existence incontestable de deux matières dans la fécule: l'une, intérieure, composée de couches concentriques, ainsi que l'a montré M. Payen; l'autre, très azotée, membrane ferme, car un grossissement de 800 diamètres n'y décèle aucune organisation cellulaire.

2° L'apparition constante des élémens granulaires, que l'on sépare de leur dissolvant aqueux par un abaissement de température ou par voie d'insolubilité dans l'alcool, quel que soit leur état de solubilité, atteste suffisamment que les granules, la dextrine colorable en bleu ou violet, et celle non colorable, sont toujours des produits organisés.

3° La concordance des analyses élémentaires de tous ces produits, appuyée du pouvoir rotatoire dans le même sens de leur dissolution, démontre d'une manière positive l'identité chimique de la matière féculeuse dans ses différens états d'agrégation.

4° La consistance mucilagineuse que prend la fécule porphyrisée quand on l'humecte d'eau froide est un phénomène intéressant, en ce sens qu'il permet d'asseoir quelques idées sur l'existence tant de fois mise en doute d'une partie enveloppante pour ce grain de fécule. En effet, la partie intérieure de la fécule, quelle que soit sa nature, est extensible: c'est un fait démontré; elle résiste à l'action de l'eau froide, et ne jouit alors d'aucune propriété plastique avant la trituration: c'est encore un fait; mais, après son déchirement, la partie amylacée, imprégnée d'eau et brusquement gonflée, s'épanche alors, et se soude, pour ainsi dire, à froid comme à chaud, en vertu de son peu de solubilité, même à 100 degrés.

Faisons maintenant réagir à la fois sur cette masse d'empois la pression, l'action dissolvante de l'eau, la température; évidemment les premiers effets se reproduiront encore sur les portions intérieures, les premières que l'eau froide avait déjà impressionnées. En résumé, le premier phénomène accompli, il restera des flocons qu'on est bien forcé de considérer comme la partie extérieure des grains de fécule, quelle que soit sa nature. Mais puisqu'en réitérant sur eux les mêmes expériences, il en résulte encore de la dextrine et une matière floconeuse très azotée, il faut nécessairement admettre qu'à la partie la plus interne des grains il siége une matière tout à fait distincte du principe féculent lui-même.

La théorie de la formation de l'empois se trouve donc ainsi liée aux notions que l'on possède maintenant sur la configuration de l'organe appelé grain de fécule.

Il n'est pas sans intérêt peut-être de rappeler ici que l'action désorganisatrice ou dissolvante de l'eau seule en vase clos m'a permis de reproduire tous les phénomènes de fluidification de la fécule, si bien étudiés par MM. Biot et Persoz, quand ils faisaient réagir l'amidon et l'acide sulfurique dilués à des températures variées. Ainsi ce qui manque d'énergie à l'eau se trouve compensé par le secours de la pression et d'une température plus élevée. Indépendamment de ces faits, je crois pouvoir assurer dès à présent que ce moyen d'investigation appliqué avec discrétion à l'étude des corps organisés peut conduire à des résultats intéressans en physiologie végétale. Ou se rend, comme je l'ai fait, indépendant de l'action possible du métal de la marmite sur la matière organique, lorsqu'on se sert d'un cylindre en porcelaine vernie fermé d'un bouton s'emboîtant à l'aise dans le vase métallique, de manière à recevoir la température du bain extérieur par l'intermédiaire de ses parois, et en second lieu d'une couche d'eau qu'elle peut contenir.

5° Sous le point de vue industriel, enfin, il est notoire qu'on obtient à volonté des granules d'amidon, de la dextrine ou du sucre dans un état de concentration peu éloigné de celui qu'exige la consommation de ces matières, par conséquent avec économie de temps et de combustible. L'emploi du noir peut être exclu.

S'il s'agissait de substituer avec succès un corps à la dextrine commerciale toujours hygrométrique, parce qu'elle contient toujours du sucre en pure perte, je conseillerais d'employer la solution faite à 70° des granules d'amidon; sous cette forme, le produit, lorsqu'il est desséché brusquement en plaques, conserve de la transparence et surtout une souplesse remarquable; mais les granules seraient préparées en moins de temps encore que la dextrine, et sa blancheur, son état de neutralité, le faible résidu salin laissé après incinération, seraient un cachet suffisant de sa pureté.

Sous tous ces rapports, il mériterait donc la préférence et sur les amidons torréfiés, produits brûlés auxquels on renonce déjà, et sur la dextrine, car son acidité variable doit lui interdire un certain nombre d'applications.

SUR L'ESSENCE DE MENTHE CRISTALLISÉE.

M. Walter, dans un précédent mémoire relatif à l'essence de menthe cristallisée, avait annoncé des recherches ayant pour objet de déterminer si ce produit doit être placé dans un groupe de corps à part dont le camphre serait le type, ou dans le groupe très voisin et à présent si nombreux des alcools, dont le type est l'alcool ordinaire.

Aujourd'hui, M. Walter communique à l'Académie un mémoire qui, selon lui, décide en faveur de la première opinion. Des expériences lui ont, en effet, prouvé que les réactions qu'exercent sur l'essence l'acide sulfurique ordinaire et le perchlorure de phosphore sont contraires à la manière de l'envisager comme un alcool ordinaire, et que en groupe, avec ses dérivés, est plus nombreux qu'on ne serait tenté de le supposer au premier abord; aussi M. Walter a obtenu les résultats suivans :

$C^{40}\ H^{36} + H^4\ O^2$ essence de menthe.	$C^{40}\ H^{36}$ menthène.
$C^{40}\ H^{32} + H^4\ O^2$ inconnu.	$C^{40}\ H^{32}$ essence de térébenth.
$C^{40}\ H^{28} + H^4\ O^2$ camphre.	$C^{40}\ H^{28}$ camphrène.
$C^{40}\ H^{24} + H^4\ O^2$ inconnu.	$C^{40}\ H^{24}$ inconnu.
$C^{40}\ H^{20} + H^4\ O^2$ anis.	$C^{40}\ H^{20}$ anisène.
$C^{40}\ H^{16} + H^4\ O^2$ inconnu.	$C^{40}\ H^{16}$ naphtaline.

L'essence de menthe se présente sous la forme de prismes incolores, d'une saveur et d'une odeur qui est propre à l'essence de menthe poivrée; elle est peu soluble dans l'eau, très soluble dans l'alcool, l'esprit de bois, l'éther et l'essence de térébenthine; son point de fusion est à 34° C. Le point d'ébullition à 213,5° C, sous la pression 0m, 76. Les acides phosphorique, anhydre et sulfurique ord., le perchlorure de phosphore, le chlore sec agissant tantôt dans l'obscurité, tantôt aidés par les rayons solaires, exercent des réactions particulières.

Les analyses de M. Walter et la densité de la vapeur de l'essence de menthe s'accordent avec les résultats obtenus par M. Dumas; voici les données d'une de ces analyses.

0,3225 essence de menthe;
0,9055 acide carbonique;
0,372 eau.

Ce qui donne en centièmes 77,68 carbone, 12,83 hydrogène, 9,19 oxigène; les résultats s'accordent avec la formule rationnelle C40 H40 O2, qui donne 77,27 de carbone, 12,63 hydrogène, 10,11 oxigène. La densité de la vapeur a de même été trouvée 5,62, le calcul donnait 5,455.

Un équivalent d'essence renferme quatre volumes de vapeur.

MENTHÈNE. En faisant réagir l'acide phosphorique anhydre sur l'essence de menthe on obtient un corps liquide particulier à qui M. Walter donne le nom de menthène. Il suffit, pour le purifier, de le distiller une ou deux fois sur l'acide phosphorique anhydre; ce liquide est clair, transparent, d'une odeur agréable, sa saveur est fraiche, il est soluble dans l'alcool, l'éther, etc. Il brûle avec une flamme fuligineuse, il bout à 163° C sous la pression 0,76, son poids spécifique est 0,851, à 21° C le chlore et l'acide nitrique réagissent sur lui d'une manière particulière. Le brôme y produit une coloration rouge foncé très caractéristique. Soumis à l'analyse, il donne pour résultat, 0,372 menthène, 1,178 acide carbonique, 0,426 eau, résultat qui se rapporte parfaitement à la formule C40 H36.

La vapeur de menthène = 4,9, le calcul donnerait 4,8; un équivalent de menthène renferme donc 4 volumes de vapeur.

A froid, l'acide sulfurique ne fait que rougir l'essence de menthe, mais, si l'on chauffe au bain-marie, le mélange se sépare en deux couches, une incolore, fluide, l'autre épaisse et forcément colorée et rouge. La couche inférieure, traitée à plusieurs reprises par l'acide sulfurique à froid, donne tous les caractères et la composition du menthène pur. L'autre, épaisse, saturée par différentes bases, ne m'a présenté aucun caractère qui puisse me faire présumer l'existence de monohydrate de menthène ou de l'acide sulfomenthique.

CHLOROMENTHÈNE. En faisant agir sur l'essence de menthe du perchlorure de phosphore, la réaction est très vive, et il redégage d'abondantes vapeurs d'acide chlorhydrique. En distillant le tout sur un petit excès de perchlorure de phosphore, on voit passer dans le récipient d'abord du protochlorure de phosphore, puis du perchlorure de phosphore; enfin, un corps oléagineux. Le mélange, traité par l'eau, fait apparaître à la surface du liquide ce corps oléagineux. Après l'avoir lavé à l'eau, et avec une dissolution de carbonate de soude, et l'avoir ensuite distillé sur du perchlorure de phosphore, lavé, mis en contact avec du chlorure de calcium fondu et placé dans le vide, M. Walter la soumit à l'analyse, et trouva que 024 de matière donnait 0,608 acide carbonique et 0,214 eau.

0,35 45, idem, décomposés par la chaux incandescente, ont fourni 0s,3 de chlorure d'argent.

Les résultats traduits en centième présentent :

Carbone	70,09
Hydrogène	9,89
Chlore	20,87

Ils s'accordent avec la formule du chloromenthène, qui est :

C^{40}	=	69,91
H^{34}	=	9,77
Ch^2	=	20,23

– Le chloromenthène est un liquide d'un jaune pâle; son odeur est aromatique, rappelant l'odeur des fleurs de macis; sa saveur est fraiche; il bout à 201° C; il brûle avec une flamme fuligineuse bordée de vert; une dissolution concentrée de potasse caustique est sans action sur lui. On peut donc conclure par l'ensemble de ces caractères que le menthène et le chloromenthène sont deux corps de même type, ayant entre eux les mêmes rapports que le gaz oléfiant et le gaz chloroléfiant, ou bien encore que l'acide acétique et l'acide chloro-acétique.

L'action qu'exerce le chlore sur l'essence de menthe donne naissance à des corps d'une composition assez compliquée; en faisant passer le chlore dans l'essence de menthe, il se dégage d'abondantes vapeurs d'acide chlorhydrique, et on obtient en définitif un liquide jaune plus dense que l'eau, qui, purifié et soumis à l'analyse, a présenté le résultat suivant : 0,888 matière; 0,7 acide carbonique; 0,22 eau; 0g,365 matière, ont donné 0,557 de chlorure d'argent, ou en centièmes :

Carbone	49,92
Hydrogène	6,29
Chlore	37, 6

Composition qui s'accorde facilement avec la formule :

C^{40}	=	1530	=	50,4
H^{31}	=	193x	=	693 =
Ch^5	=	1106	=	36,5
6^2	=	200	=	6,8

Ce produit, exposé à l'action du chlore et de la lumière solaire, devient plus pâle, visqueux, et perd encore l'équivalent d'hydrogène qui est remplacé par l'équivalent de chlore; en effet, 0,321 matière employée, ont donné 6,811 acide carbonique; car 0,112-0,283 matière ont fourni 0,645 de chlorure d'argent qui, traduits en centièmes, s'accordent aussi avec la formule.

M. Walter, après de nombreux essais, ne peut produire avec divers réactifs des composés analogues à ceux que nous présentent l'alcool et l'esprit de bois placés dans les mêmes circonstances; d'un autre côté, l'action de l'acide sulfurique, du perchlorure de phosphore et de l'acide phosphorique, n'ayant donné que des résultats tout particuliers et nouveaux, M. Walter est porté à placer l'essence de menthe dans un même groupe avec le camphre et l'acétone, dont elle se rapproche beaucoup, et à ne point le regarder comme un alcool ordinaire.

M. le ministre de l'instruction publique adresse ampliation de l'ordonnance royale qui confirme l'élection de M. Liouville comme membre de l'Académie des sciences, pour la section d'astronomie.

INDIGO DU POLYGONUM TINCTORIUM.

M. Joly, professeur d'histoire naturelle au collége de Montpellier, écrit à l'occasion d'un mémoire présenté à l'Académie au mois d'avril dernier par M. Collin, dans lequel ce chimiste s'attache à prouver que l'oxigène est loin d'exercer sur la production de l'indigo du polygonum tinctorium toute l'influence qu'on lui avait attribuée jusqu'à présent. M. Joly représente qu'il avait été déjà conduit aux mêmes conclusions par des expériences directes, dont les résultats ont été consignés dans le bulletin de la société d'agriculture du département de l'Hérault, numéros de janvier et février 1839.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 11 JUIN.

La correspondance renferme :

1° Une lettre de M. Ségalas, qui rapporte l'histoire d'une opération de lithotritie récemment pratiquée chez un malade qui avait inutilement pris une énorme quantité de carbonate de soude (150onces). Il rapproche de ce fait l'observation d'un autre calculeux qui avait bu sans le moindre résultat avantageux 630 bouteilles d'eau de Vichy.

2° Une réclamation de M. Magendie, sur un fait relatif à la dernière discussion sur les nerfs du sentiment et du mouvement.

3° Un paquet cacheté de M. Bousquet; dans la note qui y est incluse, l'auteur fait part à l'Académie des résultats avantageux qu'il a obtenus en pratiquant l'inoculation sur des vaches; de beaux boutons se sont développés; et le virus vaccin qui en a été extrait a eu la même action sur des enfans. Quinze vaches choisies ont été soumises à ces expériences, suivies dans tous les cas d'un succès complet. Cet heureux résultat, qui résout une question importante, amène nécessairement celle-ci : à savoir si le vaccin recueilli dans ces pustules a conservé les qualités qu'il possédait au moment de son insertion, ou bien s'il en a acquis de nouvelles, s'il a augmenté d'activité. M. Bousquet serait disposé à penser qu'il n'a pas éprouvé de modifications notables.

M. VELPEAU annonce à l'Académie avoir reçu de M. Philippe, de Reims, l'histoire d'une opération césarienne pratiquée chez une femme dont le bassin présentait un rétrécissement tel que le broiement du fœtus eût été impossible.

TRAITEMENT DE LA MORVE.

M. BOUDET fait un rapport sur un travail de M. Monédière, de Montauban, qui annonce avoir trouvé de nouveaux moyens curatifs de la morve. (Commissaires : MM. Cullerier, Gérard et Boudet). L'auteur emploie les préparations mercurielles (mélilite mercuriel), et dit avoir guéri jusqu'à ce jour huit chevaux morveux.

La commission ne regarde pas le moyen préconisé par M. Monédière comme nouveau; elle ne trouve pas les succès qu'il invoque à l'appui de son efficacité assez bien constatés, et ne pense pas qu'il y ait lieu d'appuyer la demande au ministre de faire continuer ces expériences. (Adopté.)

NOUVEAU MODE DE CAUTÉRISATION POUR LES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE.

M. Ségalas fait, au nom de M. Gimelle et au sien, un rapport sur un nouveau procédé pour la cautérisation des rétrécissemens de l'urètre proposé par M. le docteur Berton. Il s'agit de remplacer le cautère potentiel par le cautère actuel. Rien n'est changé dans les procédés explorateurs ni dans le traitement consécutif; une fois le rétrécissement reconnu, sa position, son étendue, sa forme appréciées, on introduirait dans le canal de l'urètre une sonde creuse appelée *porte-cautère* renfermant une éponge de platine, qu'on ferait rougir à volonté par un courant de gaz hydrogène fourni par une vessie adaptée à l'extrémité qui reste au dehors, munie d'un pavillon. Par suite de l'action du gaz sur l'éponge métallique, il y a production de chaleur qu'on active à volonté; une fois la cautérisation faite, l'auteur veut qu'on introduise des corps dilatans pour maintenir écartées les parois de l'urètre. Du reste, il n'a point encore employé cet appareil sur le vivant, et n'indique pas spécialement les cas dans lesquels ce moyen lui semblerait indiqué; d'une manière générale il pense que toutes les fois que les caustiques ordinaires peuvent être utiles, lorsqu'il s'agit de rétrécissemens variqueux, etc., on trouvera de l'avantage à employer cette sorte de cautérisation.

La commission pense que ce moyen ingénieux ne doit pas être considéré autrement que comme un objet de curiosité; elle propose d'adresser des remercîmens à son auteur, et de déposer le travail aux archives de l'Académie.

M. Blandin dit qu'on fait tous les jours un pas vers l'abandon de la cautérisation dans les rétrécissemens de l'urètre. On ne doit plus maintenant considérer cette méthode comme précieuse par elle-même, mais seulement comme moyen accessoire, utile surtout pour faire un traitement complémentaire dirigé contre l'irritation qu'aura développée la dilatation, destiné à combattre les fongosités de la muqueuse urétrale. L'ignorance où nous sommes, dans le plus grand nombre des cas, de la position, de la forme, de l'étendue, de la nature du rétrécissement, même après l'emploi des bougies à empreintes qui nous exposent à de fréquentes erreurs, cette ignorance, dis-je, rend la cautérisation plus qu'incertaine; l'emploi du cautère actuel serait donc encore plus dangereux, car il exige plus que les cautérisations légères avec le nitrate d'argent, cette connaissance exacte du rétrécissement.

Quant aux rétrécissemens variqueux dont a parlé M. Berton, je ne saurais les admettre, je n'en ai jamais vu pour ma part, et je ne connais pas d'observation qui démontre positivement leur existence. Je sais que beaucoup d'opérateurs ont parlé de cette espèce de rétrécissement; mais l'anatomie normale, en démontrant que la muqueuse de l'urètre ne renferme même pas des vaisseaux susceptibles de devenir variqueux, fournit une preuve positive à ajouter aux preuves négatives tirées de l'anatomie pathologique.

M. Ségalas croit qu'on peut déterminer le siége, l'étendue, la forme des rétrécissemens, à l'aide des instrumens de Ducamp; il est nécessaire seulement que les renseignemens fournis par eux soient contrôlés par une bougie emplastique laissée plusieurs minutes à demeure dans l'urètre.

M. Velpeau : Puisque la question de la cautérisation a été soulevée, je veux dire à ce sujet toute ma pensée. Je crois la cautérisation dangereuse par elle-même, si on l'entend comme beaucoup de gens, qui ont cru qu'il s'agissait de détruire les rétrécissemens, de faire par le caustique des déperditions de substances, de donner lieu ainsi à la formation de cicatrices, plus dures, plus rétractiles, analogues à celles que déterminent les brûlures à l'extérieur. Sans aucun doute, le raisonnement doit faire rejeter la cautérisation ainsi entendue. L'expérience a confirmé cette idée, en faisant voir que lorsque les chirurgiens ont associé la cautérisation à la dilatation, les rétrécissemens sont revenus plus promptement que lorsque la dilatation avait été seule employée. Voilà pour la cautérisation dans les cas de brides, de cicatrices, qu'on se proposait de détruire. Mais à considérer l'action du nitrate d'argent, on ne peut admettre qu'il cautérise à proprement parler; c'est un puissant modificateur des surfaces enflammées superficiellement; sous ce rapport, c'est un excellent antiphlogistique. Mis en contact avec la membrane muqueuse de l'urètre, il est dissous en petite quantité, et produit une irritation légère analogue à celle qu'on obtient en touchant de la même manière des surfaces cutanées atteintes de certaines formes d'eczéma, ou d'autres surfaces muqueuses envahies par une phlegmasie chronique. Il agit donc comme modificateur, mais non comme caustique, comme destructeur des brides ou des tissus. La potasse vantée en Angleterre, le fer rouge et tout autre moyen analogue me paraissent essentiellement mauvais, car ils détruisent les tissus et doivent déterminer la formation des tissus inodulaires; c'est pour cette raison que je repousse les caustiques qui seraient destinés à produire des déperditions de substance.

Quant au diagnostic des rétrécissemens, je crois qu'il peut être assez exactement établi dans beaucoup de cas, moins avec les sondes porte-empreintes, qu'avec les instrumens munis de boutons ou de lentilles. Du reste, cette connaissance exacte est moins importante lorsqu'on envisage, comme je le fais, l'action du nitrate d'argent, car il n'y a pas grand inconvénient à ce que son action dépasse en quelques points les parties malades, elle n'en est pas moins sûre, ni plus dangereuse.

M. Ségalas ne partage pas l'opinion de M. Velpeau sur la proportion des récidives après la cautérisation, comparée à ce qu'elle est après la dilatation; cette dernière lui semble amener des guérisons moins solides dans la plupart des cas.

M. Amussat pense que le diagnostic des rétrécissemens peut être établi d'une manière positive, à l'aide des instrumens convenables. Il s'attache surtout à montrer que dans la plupart des cas on soupçonne beaucoup trop tard les rétrécissemens, et qu'il importe cependant de les reconnaître à leur origine. Au début, ce n'est souvent qu'une simple bride, que de grosses bougies ne feront même pas soupçonner, et qu'on ne pourra reconnaître que par l'exploration faite d'arrière en avant. Loin de moi l'idée de détruire par le caustique les brides qui forment une sorte de virole étroite, car je redoute aussi la formation d'une escarre profonde, et le développement d'une cicatrice qui amènerait un rétrécissement plus marqué.

S'il y a une simple bride, c'est le cas de scarifier, en se servant d'un instrument qui ne soit pas trop tranchant, et en faisant grande attention à ne pas aller trop profondément. Quant aux rétrécissemens fort étendus, comprenant les tissus sous-muqueux et sous-cutanés même, accompagnés d'induration profonde, etc., il faut cautériser, non, je le répète, pour détruire la virole qui rétrécit le canal de l'urètre, mais pour modifier cet état d'induration et pour en amener la résolution. J'arrive maintenant aux rétrécissemens plus étendus, qui déterminent des rétentions d'urine complètes; dans ces cas il y aurait un grand danger à vouloir pénétrer de force avec les caustiques ou d'autres moyens violens; c'est alors qu'on perfore l'urètre, qu'on produit des fausses routes, et qu'on détermine des accidens graves, presque toujours mortels. Plusieurs fois et tout récemment encore, j'ai été appelé pour remédier à de pareils désordres; la seule ressource qu'on ait alors consiste à inciser le périnée, on n'a souvent pas d'autres moyens d'arrêter les accidens.

M. Moreau appuie et reproduit les argumens de M. Velpeau contre la cautérisation considérée comme moyen de destruction des tissus; il l'admet comme modificateur des surfaces enflammées, indurées, mais pas à d'autres titres.

M. Castel est d'un avis tout opposé; il pense que la cautérisation seule peut détruire les coarctations de l'urètre, et qu'elle doit être combinée avec la dilatation. Suivant lui, on veut aller beaucoup trop vite dans le traitement de ces maladies, une telle précipitation favorise singulièrement la tendance des rétrécissemens à la reproduction.

M. Amussat insiste sur cette tendance des rétrécissemens à reparaître; par aucun moyen, dit-il, on ne peut espérer de guérir toujours complètement. On doit être bien pénétré de cette fréquence des récidives, afin de conseiller aux malades de faire longtemps usage de bougies, et de ne pas les laisser dans une fausse sécurité qui, en les portant à se négliger, pourrait amener consécutivement de graves accidens.

On a rejeté l'existence des varices dans le canal de l'urètre; mes observations ne me permettent pas de mettre en doute leur existence, ni le rôle qu'elles jouent dans certains rétrécissemens. Je les ai vues plusieurs fois coïncider avec des hémorrhoïdes; je dois dire toutefois que le plus souvent elles existent au col de la vessie. Je ne suis pas de l'avis de M. Blandin sur l'infidélité des résultats obtenus par les sondes porte-empreintes. J'ai vu dans des cas de rétrécissemens étendus, à ouvertures multiples, la cire revenir avec plusieurs divisions ou digitations qui retraçaient exactement la forme des parties, telle que le cathétérisme pratiqué avec des petites sondes la faisait soupçonner; mais afin d'arriver à un degré de certitude plus parfait, il faut recourir aussi au petit instrument muni d'un onglet, que l'on retire avec précaution d'arrière en avant, et qui indique chaque point rétréci, chaque bride, qu'il rencontre à son passage. On peut arriver par la combinaison de ces divers moyens, à une rigoureuse appréciation de l'état du canal de l'urètre.

M. Gerdy n'est pas de l'opinion de M. Velpeau sur la manière d'agir de la cautérisation; on obtient souvent de véritables escarres, et, par suite, des pertes de substances, sans que la cicatrice qui en résulte ramène le rétrécissement. Rapprochant ce fait de ce qui se passe à la peau dans les brûlures, dont les cicatrices ne sont pas toujours aussi dures ni aussi saillantes qu'on l'admet généralement; rappelant les résultats obtenus par E. Home dans les maladies de l'œsophage, ceux qui ont été signalés par M. Moudière, on ne saurait douter, dit M. Gerdy, que dans beaucoup de cas il y ait autre chose qu'une simple modification de tissus enflammés chroniquement. Les coarctations étaient souvent portées à un tel degré qu'il a bien fallu, pour arriver à de tels résultats, cautériser et détruire réellement les brides; eh bien! alors, on a amené souvent une ampliation considérable, que la formation des cicatrices n'a pas détruite plus tard. Du reste, je ne suis point le défenseur exclusif de la cautérisation, puisque je préfère la dilatation; mais je tenais à faire voir que l'action de la première n'était pas tout à fait ce que le raisonnement semblerait indiquer.

M. Gerdy passe en revue les divers moyens explorateurs, les procédés nombreux de dilatation, de cautérisation, d'incision; insiste sur la fréquence des récidives, sur l'insuffisance du traitement dans beaucoup de cas, et serait disposé à conclure que la science et la pratique n'ont pas beaucoup gagné à tant de perfectionnemens.

Il est cinq heures, la séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

MÉMOIRE SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE, SUR LES DIVERSES FORMES QU'ELLE PEUT PRÉSENTER ET SUR LE TRAITEMENT QUI LUI EST APPLICABLE. Mémoire honoré d'une médaille d'or par la Société médicale de Toulouse; par J.-B. Delarroque, médecin de l'hôpital Necker. — 235 pages in-8. Paris, 1839, chez Just Rouvier, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine.

DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, DE SA NATURE ET DE SON TRAITEMENT; par A. Gaussail, D. M. P. Mémoire qui a remporté au concours la première médaille d'or décernée par la Société royale de médecine de Tou-

louse. — 195 pages in-8. Paris, 1839, chez Germer-Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Nous réunissons ici ces deux mémoires sur le même sujet que le hasard a fait tomber en même temps sur notre bureau, et qui déjà, comme on le voit par les récompenses qu'ils ont reçues de la Société royale de médecine de Toulouse, se sont trouvés ailleurs dans une rivalité d'un autre genre. Sans chercher ici à les comparer, sans prétendre soumettre à notre examen le jugement de la Société de médecine qui a donné à l'un le premier prix et à l'autre le second, nous nous bornerons à présenter ici une analyse aussi succincte que possible et laisserons le soin d'établir cette comparaison au lecteur qui pourrait y trouver quelque intérêt.

Le mémoire de M. Delarroque a pour objet principal de faire connaître la méthode par les purgatifs, qu'il dit avoir opposé à la fièvre typhoïde avec un succès qu'aucun des médecins qui ont voulu imiter son exemple n'a pu encore obtenir. Il y a dans le travail de ce médecin deux choses qu'il est indispensable de distinguer: la méthode et la théorie sur laquelle elle repose; la manière dont il dirige sa médication et les motifs, les preuves sur lesquelles il appuie sa nécessité, la manière dont il explique ses effets. La première ou la médication elle-même n'est pas nouvelle, puisque l'auteur dit l'avoir empruntée à Stoll, à Pringle et autres, et qu'il lui aurait été facile de la retrouver chez les Anglais, et surtout chez les partisans d'Hamilton, qui l'employaient et l'emploient encore dans des cas probablement analogues à ceux où M. Delarroque la recommande, avec une énergie dont ce dernier n'a jamais approché. Déjà aussi cette méthode a été l'objet d'un rapport à l'Académie, si étendu, d'une discussion si longue et si animée, et dans les colonnes de la GAZETTE MÉDICALE, elle a été tant de fois discutée (année 1837, p. 161), qu'il nous semble inutile de revenir sur ce sujet, sur lequel nous nous bornerons à exprimer notre opinion en quelques mots. C'est que dans l'état actuel de la science, il nous semble impossible d'admettre une méthode de traitement aussi absolue que celle que M. Delarroque a proposée et mise en pratique, pour une maladie dont non-seulement les formes offrent d'aussi nombreuses variétés, mais encore dont le fond et les principaux caractères pathologiques sont si rarement semblables. Une méthode absolue ne peut convenir que dans un état pathologique dépendant d'une cause toujours identique ou spécifique. Ainsi, le mercure dans les affections syphilitiques; le soufre dans quelques affections cutanées; le fer dans certaines maladies du sang; le sulfate de quinine dans les affections intermittentes, etc., etc. Or, peut-on aujourd'hui encore rapprocher la fièvre typhoïde de ces maladies sur lesquelles le médecin agit avec une si grande puissance? Nous ne le pensons pas. M. Delarroque rentre, il est vrai, tout à fait dans l'hypothèse que nous repoussons ici, ce qui nous amène à examiner la théorie sur laquelle repose cette médication dont il assure avoir retiré des effets si constamment heureux dans le traitement de la fièvre typhoïde.

La fièvre typhoïde n'est, pour M. Delarroque, ni une affection générale de l'économie, ni une inflammation d'une partie du tube digestif; mais « elle dépend, ainsi que l'altération organique, à laquelle on l'attribue assez généralement, de la présence de cette bile abondante qui devient acrimonieuse et putride, exerçant, d'une part, une action désorganisatrice; de l'autre introduisant le désordre dans l'organisme, en pénétrant et se répandant dans le système circulatoire. » Quant aux lésions qu'on rencontre constamment à la partie inférieure de l'intestin grêle, loin d'embarrasser M. Delarroque, elles viennent au contraire, et très à propos, à l'appui du rôle qu'il fait jouer dans cette maladie à l'âcreté des humeurs et à l'acrimonie de la bile; ces lésions sont le produit de l'action que les liquides dégénérés exercent sur le canal alimentaire; aussi est-ce particulièrement dans le lieu où ces liquides sont accumulés en quantité que se rencontrent les altérations organiques; et comme, d'autre part, la corruption de ces fluides est proportionnelle à l'ancienneté de la maladie; comme, malgré les évacuations spontanées, ils séjournent très longtemps à la fin de l'intestin grêle, leur stagnation ne saurait se prolonger sans qu'ils finissent par pénétrer en plus ou moins grande masse dans le torrent circulatoire.

Trouvant toutes les autres théories de la fièvre typhoïde sans fondement, M. Delarroque crut pouvoir se rendre compte des troubles généraux, en établissant comme un fait probable, que les matières contenues dans le tube alimentaire passaient en partie dans la masse des humeurs, et produisaient nécessairement sur les divers organes inaccoutumés à leur impression des troubles fonctionnels proportionnés à la putridité et aux qualités stimulantes de ce liquides.

« Le délire, les soubresauts des tendons, les tremblemens musculaires et tous les autres symptômes et accidens qui se présentent en si grand nombre pendant le cours de la fièvre typhoïde, pouvaient, en admettant cette hypothèse, être plus ou moins facilement expliqués, tandis que, sans elle, il devenait impossible de s'en rendre un compte qui approchât de la vraisemblance. »

Jusqu'ici nous n'avons trouvé dans la théorie de M. Delarroque que des assertions dénuées de preuves et reposant sur de simples probabilités. Maintenant, si nous cherchons comment de simples probabilités, ou plutôt des idées purement hypothétiques, se sont transformées, dans l'opinion de l'auteur, en des vérités incontestables, nous trouverons ici deux ordres de preuves, et en premier lieu, la présence, qu'il regarde comme constante, d'une grande quantité de bile dans les intestins des sujets qui ont succombé aux fièvres graves, et la manière dont se comporte ce fluide sur les différentes portions du tube digestif. Les preuves du second ordre sont puisées dans les succès qu'il a obtenus dans ces cas de l'emploi des purgatifs; succès qui dépassent de beaucoup, si nous l'en croyons, les résultats les plus heureux et qu'il croit ne pouvoir être expliqués que par l'expulsion du fluide bilieux, qu'il regarde comme la cause de la fièvre typhoïde, car, pour M. Delarroque, la fièvre typhoïde est la fièvre bilieuse par excellence et les purgatifs sont le spécifique qu'on doit lui opposer.

Ce court aperçu de la théorie sur laquelle M. Delarroque appuie son traitement de la fièvre typhoïde par les purgatifs suffit pour donner une idée du genre d'humorisme qui domine dans sa médecine. Au reste, bien que nous ne soyons pas d'accord avec M. Delarroque sur les causes des lésions si remarquables du tube digestif dans la fièvre typhoïde, qu'il n'a décrites que d'une manière très incomplète; et, bien que nous n'admettions pas, dans toute sa rigueur, la formule qu'il a adoptée pour l'emploi des purgatifs dans cette grave maladie, nous pensons cependant avec lui qu'on avait beaucoup trop négligé, depuis une dizaine d'années, parmi nous, l'emploi des purgatifs, non seulement dans le traitement de la fièvre typhoïde, mais encore dans celui d'une foule d'autres affections, où ils sont employés journellement avec le plus grand succès.

La brochure de M. Gaussail n'est point, comme la précédente, un plaidoyer en faveur de telle ou telle médication. C'est un petit traité qu'on pourrait croire complet sur la fièvre typhoïde si l'auteur eût tenu compte, dans son travail, des recherches faites sur ce sujet depuis 1830. Il résulte de ce fait singulier, et que nous ne pouvons nous expliquer, que son ouvrage, bien que publié en 1838, est cependant en arrière de plus de cinq ou six ans. Ce défaut se fait surtout sentir dans les chapitres où il traite des lésions des glandes de Peyer, qui y sont décrites d'une manière obscure et incomplète. Il en est de même du chapitre des causes, de la contagion surtout, qui n'a pas reçu toute l'importance qu'elle mérite, même à Paris, où, lorsqu'on tient un compte exact de toutes les circonstances dans lesquelles la fièvre typhoïde se développe ou trouve encore quelques cas où l'on peut supposer que la maladie s'est propagée de cette manière. Dans les départemens il en est tout autrement; nous en voyons des preuves dans les nombreuses relations de fièvre typhoïde qui sont observées dans des localités où l'état de la population permet de suivre la marche de la maladie, et qui semble souvent se développer par la contagion.

La fièvre typhoïde est, pour M. Gaussail, une maladie générale, dont la cause est une altération primitive du sang. Mais quelle est cette altération? Quelle est la cause qui la produit elle-même? Quel rôle joue-t-elle dans les divers accidens qui forment, par leur réunion, la fièvre typhoïde? C'est ce que nous chercherons en vain dans le travail du lauréat, qui se fait remarquer par la clarté et l'élégance du style et par l'ordre avec lequel les matériaux y sont rangés.

MALADIES DE LA PEAU. M. le docteur MATUSZYNSKI a recommencé son cours sur les maladies de la peau le 11 de ce mois, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine à son domicile, rue de Verneuil, 20 (faubourg St-Germain).

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 25. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 22 JUIN 1839.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier juillet. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES HÉMORROÏDES ET LES FISSURES A L'ANUS; par A.-J. Jobert (de Lamballe), chirurgien à l'hôpital St-Louis, etc.

Je ne fatiguerai pas l'attention du lecteur par un long mémoire; je viens seulement soumettre à son appréciation quelques considérations pratiques sur deux affections, dont les travaux des auteurs modernes, des Boyer, des Dupuytren, attestent toute l'importance : je veux parler des tumeurs hémorroïdales internes et des fissures à l'anus.

En effet, sans parler de leur fréquence, ces deux maladies déterminent souvent des accidens fâcheux; elles finissent même quelquefois par compromettre l'existence des malades; aussi faut-il reconnaître que c'est à juste titre qu'elles ont fixé l'attention des chirurgiens.

Les tumeurs hémorroïdales internes se développent, comme on le sait, dans le rectum, à l'extérieur de la membrane muqueuse, dans l'épaisseur de cette membrane, ou même dans celle des sphincters, formées, suivant les uns, par des veines dilatées, suivant les autres, par des kystes (je passerai sous silence les recherches de Stahl, Morgagni, J.-L. Petit, Boerhaave, Cullen, de MM. Récamier, Delaroque, Blandin, et les patientes et curieuses investigations de M. le docteur Ribes père), ou bien encore par un tissu particulier; elles peuvent exister pendant un espace de temps variable, sans donner lieu à d'autres symptômes qu'à des douleurs plus ou moins vives, accompagnées de gêne dans la défécation : à cette époque de leur développement, elles ne réclament d'ordinaire aucun traitement. Des soins ordinaires suffisent presque toujours pour combattre efficacement les complications légères qui peuvent survenir. Mais ces tumeurs s'ulcèrent souvent; ou bien elles dégénèrent; alors la muqueuse du rectum se renverse : des écoulemens sanguins ou séro-purulens épuisent

Feuilleton.

DE LA SUBSTITUTION DU POIDS MÉTRIQUE AU POIDS MÉDICINAL OU POIDS DE MARC;

Par le docteur Ed. Eissen, médecin cantonal à Strasbourg (1).

Les lois du 18 germinal an III et du 4 juillet 1836 ont doté la France d'un système complet de poids et de mesures, admirable autant par le génie qui a présidé à la conception des unités fondamentales que par la parfaite prévoyance de tous les besoins des arts et de l'industrie.

Toutes les classes de la société ont déjà reconnu les avantages du système monétaire; les étrangers sont unanimes à lui accorder la préférence sur les systèmes des autres pays, et quelques états déjà l'ont adopté.

S'il n'en est pas de même pour les mesures de capacité, linéaires ou de surface, on peut dire pourtant qu'il y en a qui, malgré l'esprit de routine inné au genre humain, se sont fait jour à travers les ténèbres du préjugé : les unes par rapport à leur précision, les autres parce que les autorités et les administrations ont exigé avec une louable persévérance leur emploi dans les actes publics.

C'est ainsi qu'en Alsace même, dans les transactions privées, même dans la conversation, la mesure agraire, l'*are*, a remplacé l'ancien *arpent*, dont la valeur différait souvent d'un village à l'autre; et si le cultivateur aujourd'hui parle d'arpens, il se sert de ce terme plutôt pour désigner des terres labourables, tandis qu'il aura soin de vous instruire que les arpens dans tel canton contiennent 16 ares, lorsque dans tel autre ils vont jusqu'à 20 et même 25 ares.

La loi du 4 juillet 1837 rend obligatoire l'emploi des poids légaux à dater de l'année 1840, dans toutes les écritures publiques et même *dans les écritures privées susceptibles d'être produites en justice*.

Or nous pensons ne pas faire trop d'honneur aux ordonnances des médecins en les rangeant dans cette dernière classe. Nous voilà donc obligés de faire nos adieux aux signes cabalistiques de l'once, du gros et du scrupule, ainsi qu'à l'antique chiffre romain, et de substituer à ce griffonage mystique et pittoresque des formules froidement claires et mathématiques. Il est vrai que quelques esprits paresseux s'obstineront à conserver les bonnes traditions du moyen-âge, et continueront à formuler comme leurs bons aïeux; mais

(1) L'article qu'on va lire était en notre possession depuis plusieurs jours : il nous a été adressé fort à propos pour corroborer l'excellent rapport fait sur le même sujet par M. Double dans la dernière séance de l'Académie.

(Note du Réd.)

les malades, et une opération chirurgicale devient nécessaire, si toutefois elle n'est pas contr'indiquée par des circonstances dont je n'ai pas à m'occuper ici.

Sans entrer dans une appréciation détaillée des divers procédés opératoires qui ont été successivement proposés, je rappellerai en peu de mots :

Que la cautérisation avec le cautère actuel est un moyen très douloureux, qui entraîne des accidens inflammatoires graves, souvent une gangrène étendue, et consécutivement des cicatrices qui peuvent donner lieu à un rétrécissement de l'intestin ;

Que la compression est rendue presqu'impossible par les fonctions de la vessie et du rectum lui-même, par la mobilité de cet intestin, par l'éloignement de toute surface osseuse propre à servir de point d'appui ; par les douleurs atroces qu'elle détermine ; que, dans les conditions supposées, elle resterait, d'ailleurs, inutile, puisqu'elle ne saurait faire rentrer dans le torrent circulatoire le sang coagulé qui forme les tumeurs hémorroïdales ; qu'elle est, du reste, assez généralement abandonnée, pour que je n'eusse pas dû la mentionner, si plusieurs fois encore je n'avais vu des chirurgiens recourir sans succès à l'emploi d'un pessaire;

Que la ligature ne me paraît applicable qu'aux tumeurs pédiculées, et que, du reste, comme l'avait constaté J.-L. Petit, elle expose aux accidens inflammatoires et même à l'étranglement ;

Que l'incision, qui expose à des hémorragies graves, ne procure aux malades qu'un soulagement momentané en dégorgeant les tissus, et permet à la maladie de reprendre en peu de temps toute sa gravité ;

Que l'ablation incomplète, vantée par quelques chirurgiens, présente les mêmes inconvéniens, sans offrir aucun avantage.

L'extirpation complète des bourrelets hémorroïdaux est, ainsi que l'avait annoncé Dupuytren, le seul moyen efficace ; c'est celui qui doit être préféré à tous les autres : mais nous allons voir que, telle que l'a pratiquée ce grand chirurgien, elle n'était pas elle-même exempte de tout danger. « Chez les deux cinquièmes des opérés, dit Dupuytren, chez lesquels, après l'opération, on n'eut pas recours à l'emploi des moyens hémostatiques, une hémorragie interne consécutive est survenue. »

Ainsi donc, l'excision expose souvent à une hémorragie interne fort grave, « car, dans plusieurs cas, dit encore Dupuytren, on a évalué jusqu'à trois, quatre ou cinq livres la quantité de sang qui s'était épanchée dans le colon descendant, dans le colon transverse et jusque dans le cœcum. »

Quant à moi, je l'ai vue devenir mortelle chez un malade dont j'aurai tout à l'heure occasion de parler, et la crainte de la voir survenir a maintes fois retenu des chirurgiens fort habiles.

De quelle nature est cette hémorragie ? Est-elle artérielle ou veineuse? appartient-elle à ces deux ordres de vaisseaux? Comment des conduits si vasculaires peuvent-ils donner lieu à un écoulement de sang si abondant? J'ai cherché à répondre à ces questions, qui offrent un véritable intérêt.

L'examen du sang apprend que, le plus ordinairement, l'hémorragie est artérielle. Dupuytren a semblé croire qu'elle ne pouvait être d'une autre nature. Cependant on reconnaît souvent, d'une manière évidente, que la plus grande partie du sang est fournie par les veines hémorroïdales, qui ont subi une dilatation plus ou moins considérable, et chez un malade qui avait succombé à une hémorragie interne consécutive à l'extirpation des tumeurs hémorroïdales, j'ai trouvé les gros intestins remplis par des caillots noirs, fournis évidemment par du sang veineux.

Nous verrons bientôt qu'une considération anatomique importante découle de ce fait. Dans la dilatation des veines hémorroïdales formées par la veine-porte, dans l'absence de valvules à l'intérieur de ce vaisseau, absence qui paraît, d'ailleurs, favoriser le développement des tumeurs elles-mêmes (car sur les solipèdes chez lesquels elles existent, on ne rencontre pas d'hémorroïdes) on trouve l'explication de l'abondance d'une hémorragie que la mollesse, la fluctuation des bourrelets hémorroïdaux peut faire prévoir d'avance, et que favorisent encore quelquefois les différens obstacles à la circulation, qui peuvent avoir leur siége dans le foie, le poumon ou le cœur.

Pour prévenir cet accident si redoutable et si fréquent, Dupuytren, après avoir tenté différens moyens hémostatiques, déclare qu'il n'en connaît qu'un seul auquel le chirurgien puisse accorder une entière confiance, et il établit en précepte de recourir, après l'extirpation de tumeurs hémorrhoïdales internes, à l'application du cautère actuel. Par ce moyen, il assure avoir toujours évité l'écoulement du sang.

Sans mettre en doute l'exactitude de cette assertion, je puis affirmer que j'ai vu plusieurs fois survenir après la cautérisation des hémorragies d'autant plus graves que les vaisseaux étaient remontés et perdus dans un tissu cellulaire lâche.

Mais si Dupuytren regardait la cautérisation comme un moyen sûr, il lui reconnaissait du moins plusieurs inconvéniens, et il avoue que son application détermine constamment une violente inflammation, une tuméfaction des tissus cellulaire et adipeux de l'anus, une phlegmasie du rectum et de la vessie.

C'est après avoir vu plusieurs fois ces accidens portés à un très haut degré, que je me suis demandé si un autre procédé opératoire ne pourrait pas les éviter, et opposer un obstacle plus insurmontable encore à l'hémorragie; l'expérience a répondu par l'affirmative.

Voici le procédé auquel j'ai eu recours déjà un assez grand nombre de fois avec succès.

Après avoir, par l'administration d'un lavement, ou en faisant faire au malade des efforts de défécation, provoqué l'issue des tumeurs hémorrhoïdales, je les saisis avec des pinces érigues de manière à les maintenir au dehors pendant tout le temps nécessaire à l'opération; avec un bistouri convexe, conduit en dédolant de dedans en dehors, je les divise lentement, et à mesure qu'un vaisseau fournit du sang, j'en opère la ligature au moyen d'un fil simple; mais c'est ici qu'il est important de tenir compte de la double source hémorragique que j'ai signalée, et de se rappeler qu'il est nécessaire de lier, non seulement les artères, mais encore toutes les veines un peu considérables. Si, lorsqu'au bout de quelques instans la crispation déterminée par la douleur ayant cessé, et le cœur ayant repris sa force d'impulsion, la plaie bien épongée ne fournit plus de sang, on peut alors l'abandonner à elle-même sans crainte; une hémorragie consécutive est impossible. Le malade n'éprouve que de légers symptômes inflammatoires, suite inévitable de la division des parties, et une guérison exempte de tout accident ne se fait pas longtemps attendre.

Quelques courtes observations suffiront pour exposer ce que j'ai dû résumer si succinctement.

Obs. I.—M. G., d'un tempérament bilioso-sanguin, fortement constitué, com-

l'intérêt des malades, autant que la responsabilité du médecin, seront-ils suffisamment garantis lorsque le pharmacien, qui ne peut plus avoir chez lui le poids de marc, se verra obligé, avant de composer la formule, de faire la réduction en poids décimal, et comment cette réduction se fera-t-elle dans une pharmacie très achalandée où chef et commis se trouvent quelquefois assiégés de cliens ? Comment surtout se fera-t-elle dans un moment de presse, pendant le règne d'une épidémie ou dans un cas d'empoisonnement? Comment se fera-t-elle dans les pharmacies des hôpitaux où quelques centaines de formules doivent souvent s'expédier dans un temps très limité? Dans tous les cas cette réduction ne se fera pas d'une manière uniforme partout et par tous les pharmaciens. La réduction tout à fait exacte est impossible, elle se fera donc d'une manière approximative, quelquefois en plus, quelquefois en moins, les petites quantités se hérissant d'un nombre infiniment trop multiplié de milligrames et de fractions plus petites. Les intentions du médecin ne seront donc toujours qu'imparfaitement remplies et le seront certainement d'une manière variable.

Eh bien! tous ces inconvéniens les médecins les éviteront en consacrant une heure, un quart d'heure, peut-être seulement le temps de la lecture de cet article, à l'étude du poids métrique appliqué aux besoins de la posologie.

Le premier résultat qui nous est fourni par la comparaison du poids de marc et du poids décimal est la découverte que le dernier est beaucoup plus commode pour les besoins des formules que le premier. En effet, les subdivisions du poids de marc, de la livre à l'once se font par douzièmes; de l'once au gros, par huitièmes; du gros au scrupule, par tiers; et du scrupule au grain, par vingt-quatrièmes. Déjà cette arithmétique hétérodoxe devrait nous convaincre qu'une subdivision uniforme, depuis les plus fortes quantités jusqu'aux plus faibles, est de beaucoup préférable. Mais il y a plus, pour avoir des quantités intermédiaires entre les différentes subdivisions, ce qui était souvent exigé pour l'exactitude ou l'élégance des mélanges, on était obligé d'ajouter des scrupules aux gros et des gros aux onces, ou bien de multiplier ces subdivisions par un nombre donné pour arriver à la quantité voulue. Toutes ces opérations pouvaient amener des erreurs également préjudiciables au salut du malade et à la réputation du médecin.

Pour arriver à se servir avec facilité du poids décimal, il faut d'abord renoncer à vouloir traduire servilement les quantités du poids de marc en quantités métriques. La dernière édition du Codex nous donne déjà à peu près la clé de la méthode à employer. Le Codex admet les quantités approximatives, et qui restent ordinairement au-dessous des quantités du poids de marc. Mais les quantités admises par le Codex ont quelquefois l'inconvénient d'obliger le pharmacien à déplacer trop de poids pour peser, et à prendre ainsi beaucoup plus de temps que le déplacement du poids de l'once, du gros et du scrupule. Elles ont en outre aussi l'inconvénient de rendre plus difficile l'établissement du prix des différentes substances qui entrent dans la composition d'une formule, et par conséquent sa taxation rapide. Il sera donc convenable de tâcher d'arranger autant que possible des chiffres divisibles du nombre dix, surtout pour les grandes quantités, telles que les véhicules, les sirops, les espèces : et alors cette perturbation apportée dans les proportions séculaires des formules n'aura pas les inconvéniens que certains médecins redoutent en ce moment. Quand nous aurons comparé quelques formules réduites d'après ce système la vérité se fera comprendre facilement.

mença à éprouver, en 1824, les symptômes hémorroïdaires à la suite d'un exercice à cheval très prolongé. Il parut à la marge de l'anus une tumeur du volume d'une amande, qui occasionna de si violentes douleurs que M. G. fut obligé de garder le lit pendant cinq à six jours. L'usage des bains finit par amener quelque soulagement; mais le malade, déjà habituellement constipé, le fut dès lors bien plus encore.

En 1825, il se manifesta pendant la défécation une sensation douloureuse qui devint de plus en plus vive, et bientôt la violence des douleurs fut telle que chaque évacuation plongeait le malade dans un abattement profond qui ne se dissipait qu'au bout de dix à douze minutes.

Des tumeurs en grand nombre occupaient l'intestin et formaient autour de l'anus deux cercles complets : l'un externe, l'autre interne; la muqueuse rectale se renversait sous l'influence du moindre effort, et plusieurs heures de tentatives douloureuses devenaient nécessaires pour en opérer la réduction.

En 1832, tous ces symptômes étaient arrivés à un degré d'intensité tel, que le malade ne goûtait plus un instant de repos : les tumeurs formées par des veines volumineuses, accompagnées elles-mêmes par des artères considérables, étaient ulcérées en plusieurs points, et donnaient lieu à des écoulemens fréquens et abondans de sang artériel et veineux.

Lorsque je fus appelé auprès de ce malade, son état était fort grave; tous les traitemens auxquels il avait eu recours étaient restés sans résultat. L'ablation des tumeurs me parut seule offrir des chances de guérison. Je proposai l'opération, qui fut acceptée avec empressement, et je la pratiquai d'après le procédé que j'ai décrit, en présence de mon honorable collègue M. le docteur Biett.

Des artères et plusieurs grosses veines furent liées; aucune hémorragie n'eut lieu, et au bout de quinze jours, sans avoir éprouvé aucun accident, M. G. était complètement guéri.

Obs. II. — La dame C., d'un tempérament bilioso-sanguin, souffrait de tumeurs hémorrhoïdales depuis au moins huit ans. Elle était en proie aux angoisses les plus violentes lorsque je fus appelé pour la soigner. Elle éprouvait alors de la gêne, de la pesanteur à l'anus, de vives douleurs lorsqu'elle allait à la selle; elles étaient même parfois assez violentes pour lui arracher des cris, quoique le besoin de la défécation se fît sentir et se répétât à des intervalles assez rapprochés. Après des efforts multipliés, elle ne pouvait réussir à produire des évacuations; ces efforts amenaient la chute du rectum, et alors les souffrances ne faisaient que s'exaspérer; plus tard même, il suffisait du plus léger effort pour que le rectum se renversât : alors on observait à l'anus une tumeur, grosse environ comme le poing, entourée d'autres tumeurs en forme de bourrelet; elles fournissaient du sang, les unes par exhalation; les autres par des points ulcérés; c'était là un bourrelet hémorroïdal, formé par des veines volumineuses, accompagnées elles-mêmes par des artères d'un volume considérable; il fallait une pression assez forte, exercée avec des compresses trempées dans l'eau froide pour faire rentrer ces tumeurs; en interrogeant la malade, j'ai appris qu'il lui arrivait quelquefois de perdre une assez grande quantité de sang, à une époque où sans doute les veines n'étaient encore que le siége de dilatation avec fluidité.

Cette malade avait suivi à diverses époques des traitemens opposés : on eut d'abord recours aux antiphlogistiques sans succès; bientôt on employa les pessaires; les accidens augmentèrent au point que leur présence devint insupportable.

Madame C. s'abandonna alors à l'homœopathie, qui ne produisit aucun effet; les accidens devinrent même plus sérieux. Appelé dans ces circonstances, je conseillai l'enlèvement des tumeurs; la malade y consentit : j'examinai quel était le procédé opératoire que je devais mettre en usage; le volume des tumeurs hémorroïdales, l'hémorragie qui était à craindre pouvait faire hésiter entre l'extirpation pure et simple que j'ai conseillée ailleurs et la ligature; mais réfléchissant aux accidens inflammatoires qui auraient pu suivre l'emploi de ce dernier mode, je me demandai s'il ne serait pas possible de pratiquer à la fois l'enlèvement des tumeurs par l'excision de la muqueuse, puis la ligature des veines et des artères; bien qu'il fût évident que l'opération ainsi pratiquée serait longue, douloureuse; qu'elle pourrait, malgré tout, être accompagnée d'une inflammation plus ou moins grave du tissu cellulaire extérieur à la muqueuse. Était-ce le cas d'avoir recours à l'extirpation et ensuite à la cautérisation avec le fer rouge? Mais ce moyen pouvait être inefficace pour arrêter l'écoulement du sang; de plus, une cautérisation assez forte pour arrêter l'hémorragie pouvait produire une vive inflammation. Je me décidai donc à pratiquer l'extirpation des tumeurs par le procédé que j'ai conseillé plus haut, c'est-à-dire la section graduée et la ligature des vaisseaux à mesure qu'ils étaient divisés, c'est ce que je fis encore en présence de M. le docteur Biett et de plusieurs élèves.

L'opération une fois pratiquée, les vaisseaux volumineux, artères et veines, qui fournissaient du sang, furent liés. Au bout de vingt jours, la malade était guérie, et de son renversement du rectum, et de ses besoins fréquens de défécation : depuis ce moment elle a repris sa santé.

L'examen des tumeurs nous fit reconnaître des poches dont les parois étaient évidemment celles des veines : des vaisseaux oblitérés, imperméables au sang, et fermés par un volumineux caillot; la muqueuse était épaissie ainsi que le tissu cellulaire extérieur.

Je pourrais multiplier les observations, mais je me bornerai à dire que des faits analogues nombreux paraissent m'autoriser à regarder le procédé opératoire que je propose pour l'ablation des tumeurs hémorroïdales internes, comme un moyen plus sûr que tous les autres de prévenir les hémorrhagies consécutives.

Je passe aux considérations pratiques sur les fissures à l'anus.

Les fissures à l'anus ont été pendant longtemps confondues avec les rhagades et les ulcérations syphilitiques. Les chirurgiens trompés par le peu de désordres locaux n'avaient apporté à cette affection que peu d'importance et n'avaient pas pensé sans doute que son traitement méritât quelque attention. Boyer, le premier, reconnaissant la véritable nature de cette maladie, découvrant les symptômes graves et douloureux qu'elle détermine, appréciant la résistance à tous les moyens qu'on lui opposait, en fit le sujet d'intéressantes recherches et décrivit avec précision sa marche et les accidens auxquels elle donne lieu. Regardant ensuite la fissure comme le résultat d'une contraction spasmodique du sphincter, il pensa que l'incision était la première indication thérapeutique à laquelle il fallait obéir, et il proposa un procédé opératoire qui, aujourd'hui encore, est presque exclusivement suivi par les chirurgiens.

Avant de rechercher si des moyens plus simples, moins douloureux et surtout moins graves dans leurs suites ne peuvent faire obtenir la guérison de la fissure à l'anus, je dois faire remarquer que depuis les travaux de Boyer, il est devenu évident que la contraction du sphincter, loin d'être la cause de la fissure est au contraire la conséquence de la douleur qu'elle occasione.

Cette manière de voir n'est pas une simple assertion; il est facile d'en vérifier l'exactitude. En effet, si l'on veut observer avec soin, on verra que, toutes les fois que la fissure est peu profonde et qu'elle ne s'étend pas au-dessous de la muqueuse anale ou du tissu cellulaire sous-jacent, il n'existe aucune contraction, et que celle-ci ne se manifeste que lorsque la solution de continuité atteint les fibres musculaires elles-mêmes et détermine ainsi, en les irritant, leurs contractions. Cette distinction est d'ailleurs également justifiée par la symptomatologie : ne voit-on pas des malades dont tout le pourtour de l'anus est sillonné par de petites fissures superficielles, sans qu'ils en éprouvent aucune douleur, tandis qu'une seule fissure plus profonde suffit pour donner lieu à tous les accidens si bien décrits par Boyer?

En procédant d'une manière synthétique, nous admettrons comme terme fondamental de comparaison le *grain*, qui a servi jusqu'ici. Or, d'après l'annuaire du bureau des longitudes, le grain correspond à 53 milligrammes, ou 5 centigrammes, 3 milligrammes. Il est évident que pour des substances qui doivent être administrées par quantités aussi petites, il n'y aura aucun inconvénient à supprimer les 3 milligrammes, et à regarder les 5 centigrammes comme devant désormais représenter la quantité normale dans la division des médicamens énergiques. Cette quantité est, du reste, admise par ce système; car les 5 centigrammes forment un poids d'une pièce; elle est admise également par le Codex. Rien n'empêchera la division de cette quantité en subdivisions plus petites d'une valeur quelconque. Celui qui tiendra absolument à une subdivision en quarts et en huitièmes et seizièmes de grains pourra, parce que la base à diviser se trouve toujours mêlée à un excipient ou à un correctif, faire partager la masse totale en autant de portions qu'il voudra avoir de subdivisions, ce qui est très facile. Toutefois, comme beaucoup de médecins ont l'habitude, pour se rendre plus facilement compte de la valeur de chaque dose, de la prescrire telle qu'elle doit être administrée, soit en poudre, soit en pilules, et de faire préparer autant de doses semblables qu'ils pensent devoir employer, il sera plus facile et plus avantageux à ceux-ci de se servir des subdivisions décimales représentées exactement par les poids légaux. Si un agent thérapeutique est assez actif pour devoir être administré par quart de grain, nous ne voyons aucun inconvénient à ne donner en suivant le système décimal qu'un centigramme, au lieu d'administrer en faisant la division par quarts 1 centigramme 2 milligrammes, 1 dix-millième de gramme. Si elle exige la division du grain en seize parties, nous ne voyons point pourquoi on ne la diviserait pas aussi bien en vingt. Ainsi, des substances telles que les préparations d'or, l'arsenic, etc., se prescriront dans les plus petites quantités par milligrammes, et on aura la faculté de choisir depuis 2 jusqu'à 9 milligrammes, *pro dosi*. A partir du centigramme, on est déjà bien près du quart de grain. Voudra-t-on avoir un grain bien faible, rien n'empêche de prendre 3 ou 4 centigrammes. Désire-t-on avoir un grain fort; eh bien! on donnera 6, 7 centigrammes. Le décigramme nous donne faiblement 2 grains. Nous voulons augmenter la dose; nous donnons 1 décigramme, 5 centigrammes; et ainsi de suite.

Quand on se sera bien pénétré de ce qui vient d'être dit du grain et de ses subdivisions, et de leur réduction posologique en quantités décimales, on aura la clé de tout l'art de formuler avec les poids légaux, et ce qui nous reste à dire de la comparaison des autres quantités sera d'autant plus facilement compris, et se gravera ainsi dans la mémoire même des lecteurs qui n'auront consacré qu'une attention de curiosité à cet article.

L'unité fondamentale du poids légal est le *gramme* ou le poids d'un centimètre cube d'eau distillée à 4° centigrade. Quand on pensera : *scrupule* on pensera *gramme*, et la réduction est faite. Toutefois si dans l'administration de la poudre d'ipécacuanha, par exemple, vous craignez trop peu d'effet, ajoutez à votre gramme autant de décigrammes que vous jugerez convenables pour produire l'effet voulu. Le Codex admet aussi cette réduction. La valeur exacte du scrupule est 1 gramme 27 centigrammes.

Le *gros* ou *drachme* est représenté dans la table de réduction du Codex par 4 grammes, c'est la réduction approximative la plus exacte, le gros équivalant à 3 grammes 81 centigrammes. Cependant dans l'intérêt de notre

Ces considérations qui n'ont point encore été mises au jour ne sont pas seulement théoriques; elles m'ont conduit à un résultat auquel on reconnaîtra, j'espère, quelque importance pratique.

Boyer, conséquent avec ses opinions, proposa, comme nous l'avons vu, l'incision du sphincter anal; incision qu'il pratiquait, tantôt au niveau de la gerçure elle-même, tantôt latéralement, sans tenir compte du lieu occupé par celle-ci, et il assura avoir guéri tous ses malades par ce procédé.

Depuis Boyer, les chirurgiens, tout en reconnaissant que l'incision du sphincter, dans la presque totalité des cas, guérissait la fissure à l'anus, ne tardèrent pas à remarquer que cette opération n'était pas exempte d'inconvéniens, et qu'indépendamment de la douleur, de l'ennui d'une suppuration et d'une cicatrisation toujours longues, elle déterminait souvent, comme accident consécutif, une incontinence des matières fécales et des gaz, c'est-à-dire une incommodité aussi fâcheuse que la maladie elle-même.

On s'est aperçu que d'autres fois il survenait des accidens plus graves encore: l'inflammation, par exemple, des tissus cellulaire et adipeux qui entourent le rectum; des abcès, souvent nombreux, peuvent même revêtir le caractère gangréneux on donner lien à des fistules; ou a vu l'inflammation se propager jusque dans le bassin lui-même, et M. Velpeau cite deux malades qui ont succombé de cette manière.

Comme on le voit, l'incision du sphincter anal est loin d'être une opération insignifiante, et l'on conçoit que les chirurgiens aient dû chercher à lui substituer un moyen moins dangereux.

Dans ce but, MM. Cabanellas, Béclard, J. Cloquet, Dupuytren, Delaunay, etc., proposèrent successivement différens moyens. La cautérisation mise en usage par Béclard et Delaunay parut à ces chirurgiens offrir de grands avantages. D'un antre côté, MM. Richerand et Velpeau déclarent qu'elle a constamment échoué entre leurs mains, et ce dernier professeur résume son opinion dans ces termes: « Les résultats de l'incision sont si satisfaisans et si généralement connus maintenant, que la nécessité de l'instrument tranchant une fois admise, on ne voit nul motif de ne pas suivre les préceptes établis par M. Boyer. »

Voyons donc si l'incision est en effet, malgré ses dangers et ses inconvéniens, le meilleur procédé opératoire auquel on doive avoir recours dans tous les cas.

L'expérience nous a démontré que pour opposer à la fissure anale un traitement rationnel, il était indispensable de tenir compte de la division que nous avons établie, et l'on ne tarde pas à reconnaître que, toutes les fois qu'elle est superficielle et n'atteint pas les fibres musculaires du sphincter, la cautérisation suffit toujours pour obtenir la guérison assez promptement, et que ce moyen ne devient insuffisant que dans les conditions opposées, alors qu'il existe une contraction que la cautérisation vient ensuite augmenter et rendre plus douloureuse.

Mais, dans ce cas lui-même, l'incision ne peut-elle être remplacée avec avantage par une opération plus simple et moins dangereuse? Sur une malade qui refusa de se soumettre an procédé opératoire que je vais décrire tout à l'heure, je préfère, au lieu dediviser complètement le sphincter par une on deux incisions profondes, pratiquer, sur toute la circonférence de l'anns, plusieurs incisions très petites, superficielles, suffisantes néanmoins pour permettre une dilatation assez considérable, mais ne pouvant exposer à une incontinence des matières fécales consécutives. Cette espèce de débridement multiple suffit pour amener une guérison complète; mais ce moyen, préférable peut-être à l'incision, doit encore céder la place à un procédé déjà ancien, sur lequel j'ai voulu rappeler l'attention, et dont l'efficacité m'a été démontrée un grand nombre de fois.

Après avoir déplissé l'anus de manière à mettre la fissure complètement à découvert, je saisis avec des pinces la membrane qui tapisse son trajet, et je l'incise dans toute son étendue avec une petite portion des parties molles sous-jacentes, au moyen d'un bistouri porté en dédolant, ou de ciseaux droits ou courbes. A l'aide de cette perte de substance si peu considérable, la fissure est ramenée à l'état d'une plaie simple; la douleur occasionnée par le contact des deux lèvres n'existant plus, la contraction qu'elle déterminait cesse également.

Il ne se développe qu'une inflammation superficielle, circonscrite, et la guérison a lieu sans accident en huit ou dix jours, tantôt favorisée par l'emploi des mèches; tantôt même sans qu'on ait besoin de recourir à ce moyen.

Obs. III. — Le 7 juillet 1835 est entrée à l'hôpital St-Louis, une nommée L., âgée de 22 ans, pour y être traitée d'une fissure à l'anus; cinq mois auparavant, pour la première fois, il s'était développé à l'anus et à sa partie postérieure une petite tumeur de neuf lignes environ d'étendue; elle offrait des crevasses du côté de l'intestin rectum, par lequel s'écoulait une fort petite quantité de sang; les matières fécales présentaient des stries sanguinolentes, et n'étaient expulsées qu'après de grands efforts et avec un sentiment très pénible de déchirure et de cuisson.

Le médecin consulté à cette époque prescrivit des lavemens, fit couvrir les fissures de cérat opiacé; il y eut seulement une amélioration sensible dans le volume des tumeurs.

Lorsque la malade entra à l'hôpital, je constatai la présence de la fissure; elle m'assura n'avoir jamais eu de maladie vénérienne; elle me dit seulement qu'elle avait toujours été sujette à la constipation.

Je mis en usage le procédé dont j'ai parlé; le lendemain la malade put aller à la garderobe sans éprouver d'autre douleur que celle d'une plaie récente; douleur que les malades distinguent fort bien de celle occasionnée par la fissure.

Le 27 juillet, la guérison était complète; il n'y avait aucune évacuation involontaire de gaz ou de matières.

Obs. IV. — Catherine P., âgée de 33 ans, entra à l'hôpital Saint-Louis, le 19 janvier 1836, pour y être traitée d'une fissure à l'anus survenue, après le traitement d'une blennorrhagie. Cet écoulement était à peine guéri, que tous les symptômes de cette maladie se déclarèrent; bientôt les selles devinrent plus rares et la défécation s'accompagna de douleurs si violentes que la malade la comparait à celle du fer rouge, et qu'elle provoquait quelquefois la syncope. La fissure avait dix à douze lignes de longueur; elle occupait la partie gauche et postérieure du pourtour de l'anus; sa surface était d'un rouge vif à sa circonférence, et recouverte d'un enduit grisâtre dans le fond; son extrémité externe aboutissait à une petite tumeur de la grosseur d'un pois; l'introduction du doigt dans le rectum était très douloureuse.

L'existence antérieure d'une blennorrhagie et l'apparition de pustules m'engagèrent à faire usage de mèches enduites d'onguent napolitain pendant que j'administrais intérieurement la liqueur de Van Swiéten. L'emploi des mèches et l'ablation du petit tubercule dont j'ai parlé n'ayant pas enrayé la maladie, je pratiquai l'excision le 22 février.

Le 8 mars, la constipation et les douleurs avaient cédé, et une cicatrice blanche, linéaire, indolente, avait succédé à la fissure.

Obs. V. — Un homme, âgé de 48 ans, entra le 13 mai à l'hôpital Saint-Louis, pour y être traité d'une constipation fort opiniâtre qu'il éprouvait de-

---

système des quantités fortes et des quantités faibles, nous devons ajouter que pour les substances fortes on peut se servir déjà de 3 grammes pour représenter un gros. Quand on fait entrer plusieurs gros dans une préparation, on peut, pour la commodité du pharmacien, se servir de 10 grammes pour représenter 2 ou trois gros, au lieu de 8 ou de 12 grammes que nous donnerait la réduction, ainsi de 15 grammes pour 3 gros ß, ainsi de 20 grammes pour 6 gros, etc.

L'*once* se trouve représentée dans les formules du Codex par 32 grammes, tandis qu'elle ne vaut que 30 grammes 48 centigrammes. Nous pensons que l'on peut sans inconvénient réduire ce chiffre qui oblige le pharmacien de déplacer au moins trois poids (10, 20 et 2 gm.) à celui de 30 grammes qui ne lui feront déplacer que deux poids. Ici on aura donc, comme il s'agit de substances moins actives, à procéder toujours par 5 grammes. 35 grammes représenteront une forte once, 40 grammes faiblement 1 once 1/2, 45 grammes aussi ℥jß, 50 grammes, presque deux onces, etc. Ainsi pour édulcorer une potion de 3 à 6 onces, on avait l'habitude de faire ajouter 1 once de sirop; on pourra donc, suivant le degré de saveur que l'on voudra produire et suivant la quantité de l'excipient, y mettre 30, 35, 40 grammes de sirop. De même pour les quantités normales de 2 jusqu'à 8 onces admises pour les excipiens; en admettre 30, 60, 100, 120, 150, 200, 250 grammes.

Il est bien entendu que l'on fera toujours peser les liquides, aussi bien que les substances solides; car les subdivisions du litre pourraient donner lieu à des erreurs si elles se trouvaient intercalées entre les subdivisions du gramme. On pourra toutefois faire exception à cette règle pour les fortes quantités de liquide, c'est-à-dire pour celles qui équivaudront au litre, par exemple:

℞. Racine fraîche de raifort sauvage. 50 gm. (℥j)
Feuilles sèches de ményanthe ..... 8 — (ʒij)

Versez dessus:

Vin blanc généreux............ 1 litre (1000 gm. ou ℔ij)

Après tout cela nous croyons inutile d'ajouter que la livre est représentée irrévocablement par 500 gm. et le ℔ij sacramentel des tisanes et des cataplasmes par le litre et le kilogramme.

La meilleure manière d'écrire les quantités sera celle de se conformer aux prescriptions de l'arithmétique. Tout le monde a appris à l'école que, dans le système décimal, la virgule sépare invariablement les unités des dixièmes; que la colonne après les dixièmes représente les centièmes, et ainsi de suite; de même que la colonne à la gauche de l'unité représente dix fois l'unité, etc. Ainsi on aura:

puis dix mois et qu'il ne pouvait vaincre que par les purgatifs; les selles étaient accompagnées de ténesme, de sensation d'un fer brûlant qui traversait l'anus. Les douleurs devinrent continuelles, et le malade à plusieurs reprises éprouva des accès de fièvre et des symptômes généraux assez graves. Je reconnus, à la partie postérieure de l'anus, une fissure longue de sept lignes à peu près; elle n'était pas compliquée de tumeurs hémorroïdales, et l'anus était violemment contracté.

Le 15 mai, je pratiquai l'opération.

Le 22, la plaie était vermeille, couverte de bourgeons charnus : il n'y avait presque plus de douleurs.

Le 6 juin, la cicatrisation était parfaite et les douleurs avaient disparu.

Ce procédé a si bien rempli mes intentions sous tous les rapports que j'ai cru pouvoir être utile en faisant connaître mes recherches sur l'emploi de ce moyen avec d'autant plus de confiance que je l'ai depuis longtemps mis en pratique et toujours avec un résultat heureux.

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR LES PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES ET VÉNÉNEUSES DE L'IODURE D'ARSENIC, SUR SON MODE DE PRÉPARATION ET SUR SA COMPOSITION; par le docteur Anthony Todd Thomson, professeur de matière médicale, de thérapeutique et de médecine légale au collége de l'Université de Londres (1).

Depuis l'introduction de l'iode comme agent thérapeutique, plusieurs de ses composés ont été employés en médecine, et les iodures de fer, de mercure et de potasse sont comptés aujourd'hui parmi les préparations de la pharmacopée de Londres. Les iodures de plomb, de zinc, d'arsenic et de soufre ont été également employés en médecine; mais on n'a que des connaissances fort peu étendues sur leur action physiologique, et on n'en a pas du tout sur leurs propriétés vénéneuses. Cependant quand on songe à l'influence énergique que quelques-uns de ces iodures exercent sur l'économie animale, on ne peut s'empêcher de reconnaître combien il serait à désirer, dans l'intérêt de leur emploi en médecine pratique, que leur mode d'action fût soumis à une investigation convenable. C'est dans la conviction de l'utilité de l'un de ces iodures comme médicament énergique que je me suis livré à la série d'expériences sur l'iodure d'arsenic dont je vais offrir ici les principaux résultats.

Mode de préparation. On peut obtenir cet iodure en triturant ensemble 75,4 d'arsenic métallique pur, bien lavé, et 631,5 d'iode sec, et facilitant la combinaison par un médiocre degré de chaleur; mais une méthode encore préférable est celle qui a été donnée par M. Plisson et qui consiste à faire bouillir ensemble dans un matras de verre 150 parties d'arsenic pur et 750 parties d'iode avec 7,680 parties d'eau distillée. Quand le fluide a pris la couleur jaune citron, on le filtre et on évapore le fluide filtré jusqu'à siccité complète, agitant continuellement et mêlant les parties solidifiées avec le fluide jusqu'à ce que le tout soit devenu solide; on peut ensuite sublimer cette préparation dans des vases clos, sans qu'elle subisse aucune décomposition.

L'iodure d'arsenic non sublimé est d'un rouge de brique pâle et inodore, et laisse un léger goût métallique sur le palais. Lorsqu'il a été sublimé, il est sous forme d'écailles brillantes. Quand on en met dans l'eau une quantité trop considérable pour qu'elle soit tout entière dissoute; il se fait une décomposition. Un hydriodate acidule reste dans l'eau, tandis qu'un subhydriodate est précipité. Quand la quantité d'eau est assez considérable pour que tout l'iodure soit dissous il forme une solution jaune-citron, qui a une réaction acide, et qui, lorsqu'elle est restée longtemps à l'air, se décompose graduellement, prenant une couleur brun foncé et dégageant une forte odeur d'iode.

La solution d'hydriodate neutre est décomposée par les acides nitrique, sulfurique et nitro-hydrochlorique, et conséquemment par le chlore, l'acide hydro-sulfurique, les solutions d'ammoniaque, de sulfate de cuivre, de bichlorure de mercure, par le nitrate de mercure, l'acétate et le diacétate de plomb, les chlorures d'or et de cuivre et enfin par l'iodure de potassium. L'ammoniaque fait passer la couleur à un violet pâle, mais sans fournir de précipité.

Bien que cet iodure se sublime facilement en belles écailles cristallisées et brillantes, cependant si la température est élevée au-delà de 280° Farenheit, il y a décomposition et les deux élémens se subliment séparément.

L'action physiologique de l'iodure d'arsenic sur l'économie animale ressemble beaucoup à celle de l'acide arsenic, mais modifiée par l'iode, à petites doses; il arrive promptement dans la circulation, est probablement décomposé et l'iode converti en acide hydriodique. On peut constater la présence de l'iode dans l'urine et les autres sécrétions peu de temps après que l'iodure a été pris, mais je n'ai jamais pu trouver l'arsenic dans aucune des sécrétions. Son influence dans le premier cas est celle d'un tonique et l'appétit ne tarde pas à être augmenté; mais si on en continue l'usage pendant dix ou douze jours, le malade ne tarde pas à ressentir une douleur à l'épigastre avec soif, sécheresse de la gorge, légère fièvre, et quelquefois de la diarrhée et du ténesme. La peau aussi devient sèche, et la sécrétion urinaire augmente de quantité; si on continue encore plus longtemps l'emploi de l'iodure, le système nerveux devient extrêmement irritable; il y a de l'insomnie. Je ne l'ai jamais vu déterminer la salivation, ce qui arrive quelquefois par l'usage longtemps continué de l'acide arsénieux. M. Biett a employé cet iodure à l'extérieur sous forme d'onguent dans quelques affections cutanées invétérées; mais je ne sache pas qu'il eût jamais été administré à l'intérieur avant le mois de juin 1837, époque où je l'ordonnai à petites doses dans un cas de *lepra vulgaris* grave et fort ancien; l'heureuse influence qu'il exerça dans ce cas et la rapidité avec laquelle il fit disparaître la maladie m'engagèrent à le prescrire dans plusieurs autres affections, et dans la plupart des cas avec succès. C'est spécialement sur le système capillaire qu'il agit avec le plus d'énergie; il y détermine une nouvelle activité, et c'est probablement à cette influence sur les capillaires cutanés que nous devons attribuer ses heureux effets thérapeutiques. Lorsque l'administration de ce médicament a été discontinuée, aussitôt que la gorge commençait à être douloureuse, ou qu'il y avait de la sensibilité à l'estomac, je n'ai jamais vu son emploi déterminer l'amaigrissement ni le ramollissement ni l'atrophie des glandes, ni la fièvre d'irritation que produit l'emploi de l'iode; au con-

(1) The Lancet, année 1838.

Hectogm.	Decagm.	Gm.	Decigm.	Centigm.	Milligm.
100	10	1 gm.	1/10	1/100	1/1000
1	1	1	1	1	1
℥iij	ʒiij	℈j	2 gr.	1/5 gr.	1/50 gr.

C'est à dire :

3 fortes onces.	3 gros un peu faibles.	Un scrupule un peu faible.	Faibles................................

Si donc il entre dans la composition d'une formule des grains ou des demi-scrupules, on mettra, au lieu d'écrire décigm., centigm., la virgule après les gm., et on mettra les subdivisions à leur place, assignée par les règles de l'arithmétique. On pourra, pour plus de régularité, remplir par des zéros les colonnes qui resteront vides (1).

(1) Nous pensons, avec M. le rapporteur de l'Académie, qu'il vaudra mieux écrire les quantités en toutes lettres : un système contraire serait trop sujet à erreur.

(Note du Réd.)

EXEMPLE.

		Grammes.
℞ Eau distillée d'hyssope.....................		
— de roses.....................	ãã	30,00
Sirop de safran.....................		35,00
Gomme arabique.....................		1,00
Musc choisi.....................		0,40
Mêlez.		

On comprend aisément que cette formule est bien plus claire pour le médecin, lorsqu'il la relit, et pour le pharmacien, qui doit la préparer, que si elle se trouvait écrite de la manière suivante :

℞ Eau distillée d'hyssope.....................		
— de roses.....................	ãã	30 grammes.
Sirop de safran.....................		35.
Gomme arabique.....................		1
Musc choisi.....................		4 décigram.
Ou..............		40 centigram.

La manière que nous proposons rend presqu'impossibles les erreurs sur les

traire, la santé s'est améliorée, les forces se sont accrues et le volume du corps a évidemment augmenté...

Les deux observations suivantes prises sur un très grand nombre où j'ai employé ce médicament, soit dans ma pratique particulière, soit à l'hôpital feront connaître suffisamment son action thérapeutique.

Obs. I. — Ch. Brook fut admise à l'hôpital du collége de l'université, le 19 juin 1837; un an avant son admission, elle avait été prise de douleurs dans le sein gauche, au niveau du mamelon. Le sein présentait à la fois rougeur, chaleur et induration. Divers médicamens furent employés, mais la douleur n'en continua pas moins d'augmenter; elle s'accroissait par la pression et s'étendait à l'épaule droite et à tout le côté. Ces symptômes, sans aucun changement ni intermission, continuèrent pendant environ six mois; alors apparurent dans l'aisselle de petites tumeurs dures qui s'étendirent sur la poitrine et envahirent les deux seins. Ces tumeurs étaient le siége de picotemens et de démangaison, mais non de douleurs, sinon dans les mamelles elles-mêmes qui diminuèrent graduellement de volume et devinrent adhérentes et indurées.

Quand cette malade fut admise à l'hôpital, les deux mamelles avaient subi une atrophie manifeste, leur tissu adipeux avait été complétement résorbé, mais les mamelons existaient encore. La peau voisine offrait une teinte d'un rouge foncé, et de nombreuses rides. Il n'y avait ni suppuration ni écoulement de sang d'aucune espèce. Les tumeurs indurées étaient parsemées sur la poitrine et l'abdomen, le dos, les épaules et surtout les aisselles où elles étaient si nombreuses qu'elles empêchaient le mouvement du bras; il y avait aussi plusieurs de ces tumeurs sur le col, la face et le bras et la jambe du côté droit, il y en avait de toutes les grosseurs, depuis celle d'un grain de mil et jusqu'à celle d'une petite noix. La peau qui recouvrait les grosses tumeurs était légèrement rouge, tandis que sur les petites elle conservait sa couleur normale. Le facies de la malade n'avait rien qui indiquât l'existence d'une cachexie. Sa peau était sèche et dure; elle dit qu'elle n'avait jamais transpiré. Il y avait une constipation constante; la langue était couverte d'un enduit blanchâtre; le pouls était petit, anguleux et vif. Il y a eu quelquefois des douleurs dans la tête et du trouble dans la vue. L'une des tumeurs enlevée et examinée a paru pâle, presque aussi ferme que le cartilage, un peu lobulée, caractères qui dépendaient probablement de ce que ces tumeurs s'étaient développées dans l'épaisseur de la peau.

On conçoit toute la difficulté qu'offrait le diagnostic de cette maladie; le caractère des tumeurs, leur forme globuleuse, la réunion de plusieurs globules dans une capsule commune, leur couleur blanchâtre, leur texture uniforme, leur consistance cartilagineuse, leur tendance à se ramollir en augmentant de volume, leur siége principal aux environs des mamelles et de l'aisselle, l'induration et l'adhérence des glandes mammaires, les douleurs lancinantes et intermittentes qui les traversaient, plus intenses dans certains momens, et qui s'étendaient jusque dans les bras, devaient porter à les regarder comme de nature *carcinomateuse*; la faiblesse et la maigreur de la malade venaient encore à l'appui de cette opinion. D'un autre côté, l'absence de cette teinte jaune de la face qui toujours, mais à des degrés différens, accompagne la cachexie cancéreuse, l'absence de fièvre et l'état satisfaisant de la santé sous les autres rapports, devaient détourner de l'opinion que la maladie fût réellement cancéreuse; elle ne ressemblait à aucune des affections cutanées que j'aie jamais vues; elle ne pouvait être confondue avec le *molluscum pendulum* dont elle se rapprochait cependant plus que de toute autre maladie de la peau, surtout quand les tumeurs ne sont pas pédiculées. Dans le doute, je résolus de la traiter comme si c'eût été une affection cancéreuse, et de soumettre dans ce cas l'iodure d'arsenic à une expérimentation suivie.

Le 14 juin, après avoir purgé la malade avec le calomel et le séné, je lui prescrivis les pilules suivantes :

Prenez :	Iodure d'arsenic...........	1 gr.
	Extrait de ciguë..........	3 dragmes.

Faites deux pilules (1) égales dont on prendra une toutes les huit heures.

La malade devait prendre en outre trois grains d'iodure de potassium, et trente-six gouttes de liqueur de potasse entre chaque pilule; et le soir, elle devait prendre un bol composé de deux grains de *blue pill* et de trois grains d'extrait de ciguë.

Il n'y eut que peu de changemens appréciables jusqu'au 19; mais alors les tumeurs parurent plus mobiles, et les masses que contenait l'aisselle avaient évidemment diminué de volume.

Le 23, les glandes mammaires étaient aussi devenues plus mobiles; et chacun des jours suivans on remarqua quelqu'amélioration dans l'état des tumeurs.

Le 28, la malade s'était plaint de douleurs dans l'estomac et dans l'abdomen; on discontinua l'usage de l'iodure pendant quelques jours, et je prescrivis des laxatifs.

Elle reprit le traitement le 2 juillet et le continua, sans variation importante, jusqu'au 28 août, les tumeurs diminuant de volume et disparaissant graduellement en même temps que la santé générale de la malade s'améliorait. C'est à peine si à cette époque (le 28 août) il restait encore une seule tumeur visible. La malade fut donc renvoyée de l'hôpital guérie.

Plusieurs cas graves d'impetigo furent traités successivement par l'iodure d'arsenic à la dose d'un sixième de grain; en même temps on employait de petites saignées fréquemment répétées, et on administrait la décoction de salsepareille. Dans tous ces cas, la guérison fut rapide, et les sujets n'ont conservé aucune trace de leur maladie.

J'ai observé le second cas que je vais rapporter, dans ma pratique particulière; c'était un cas de carcinome de la glande mammaire, qui a été arrêté par l'iodure d'arsenic, conjointement avec l'iodure de fer. La malade jouit encore aujourd'hui, au bout de deux ans, d'une santé parfaite.

Obs. II. — Madame M., âgée de 46 ans, me consulta pour une tumeur qu'elle portait aux deux seins. D'un côté la tumeur était adhérente, et de l'autre elle était mobile. Il y avait de temps en temps des douleurs lancinantes très aiguës, les bras étaient œdémateux, la peau de la face jaune, avec anxiété, fièvre constante; la malade s'affaiblissait rapidement.

L'examen attentif de la nature des tumeurs et des symptômes généraux ne me permit pas de douter que ce ne fût un cancer commençant, et un autre médecin et un chirurgien partagèrent mon avis. Je prescrivis des applications fréquemment répétées de dix ou douze sangsues, et de cataplasmes de tête de pavot, de digitale et de ciguë, et, à l'intérieur, j'administrai l'iodure d'arsenic, à la dose d'un huitième de grain avec extrait de ciguë toutes les huit heures. La dose de ce dernier, qui n'était d'abord que de trois grains, fut élevée graduellement jusqu'à une drachme en vingt-quatre heures. Entre chaque dose d'arsenic, la malade prenait trois grains d'iodure de fer en solution; elle devait vivre de laitage et éviter surtout toute espèce d'alimens excitans.

Elle suivit ce traitement pendant plus de huit mois, pendant lesquels l'iodure d'arsenic fut porté plusieurs fois à la dose d'un tiers de grain. Toutes les fois qu'elle voulut dépasser cette dose, elle en éprouva immédiatement des effets fâcheux qui l'obligeaient à réduire la dose. Les tumeurs se ramollirent graduellement et disparurent, les douleurs cessèrent et la santé générale éprouva une amélioration complète, et à la fin il ne resta plus de traces de cette maladie.

On pourrait attribuer, dans le second de ces cas, la guérison à l'action

(1) Il y a probablement une faute d'impression dans le journal anglais auquel nous empruntons ce fait; au lieu de *deux* pilules, c'est, nous pensons, *huit* pilules qu'on doit lire ici.

---

doses, car le médecin se trompera bien difficilement de colonne quand il sera arrivé à se rendre clairement compte de la valeur posologique de chacune, et le pharmacien ne pourra pas se tromper, parce que les poids se trouveront énoncés d'une manière trop précise.

Pour désigner le gramme, quelques formulaires ont adopté le γ, ou gamma grec. Nous pensons que le gramme dont nous nous sommes servi jusqu'ici dans nos exemples est plus clair que la lettre grecque, qui prend les formes les plus bizarres lorsqu'on écrit un peu vite.

Ainsi les médecins qui voudront commencer à se servir des poids décimaux feront bien, même lorsqu'il ne se trouve point de subdivisions du gramme, de commencer par écrire toutes leurs formules de la manière suivante :

	Grammes.
℞ Racine de fougère mâle....................	30,00
Faites bouillir dans eau....................	300,00
jusqu'à la réduction d'un tiers.	
A la liqueur refroidie, ajoutez éther sulfurique	4,00
Sirop de tanaisie..............................	30,00

Cette méthode d'écrire les formules, outre sa précision mathématique, a l'avantage de familiariser rapidement le commençant avec la valeur des différentes colonnes de chiffres du système décimal. Une fois familiarisé avec cette méthode, on se dispensera d'ajouter les colonnes des décigrammes et des centigrammes, lorsqu'il ne s'en présentera pas dans la formule. On écrira alors :

	Grammes.
℞ Racine de fougère mâle..........................	30
Faites bouillir dans eau..........................	300
A réduction d'un tiers.	
Ajoutez éther sulfurique..........................	4
Sirop de tanaisie..................................	30

Nous avons dit plus qu'il sera bon de se servir de nombres ronds autant que possible, pour faciliter au pharmacien le pesage et la taxation.

Nous appelons ici nombres ronds les chiffres qui correspondent au plus petit nombre de poids à employer. Ainsi la loi permet d'avoir le poids du gm. de 2 gm., 5 gm., 10 gm., 20 gm., 50 gm., 100 gm ; les subdivisions intermédiaires comme 16 gm., 30 gm., 40 gm. sont interdites, parce qu'elles détruisent la symétrie du système décimal et servent à éluder la loi. Toutes les quantités peuvent se peser avec les poids permis, mais chacun conviendra qu'il est inutile quand on voudra prescrire, par exemple, 45 gm. d'une substance, d'obliger le pharmacien à déplacer un poids de 50 gm. et un de 5 gm, et de les placer dans deux plateaux différens, quand 50 gm., qui se trouvent sous sa main, d'une seule pièce, rendront absolument le même service au malade. Pour les centigrammes et les milligrammes on fera bien de s'en tenir aux chiffres exacts.

Ensuite, le pharmacien, lorsqu'il aura taxé son kilogramme, aura par cela même fait la taxe de toutes les subdivisions, et il lui sera beaucoup plus aisé d'établir le prix d'une formule si les quantités sont exprimées autant que possible en multiples de dix, que lorsqu'il s'y trouve une foule de nombres im-

de l'extrait de cigué et du régime doux auquel la malade fut soumise en même temps; sans doute on ne peut nier que la cigué, avec une diète régulière, n'excite une puissante influence sur les affections carcinomateuses; mais je n'ai point obtenu de succès aussi éclatans dans le traitement des cas analogues où j'avais employé l'extrait de cigué sans l'iodure d'arsenic. S'il fallait une explication, je dirais que l'iodure, par son action sur le système capillaire communique une telle activité an système glandulaire et aux fonctions sécrétoires, que non-seulement la matière carcinomateuse cesse de se déposer dans les organes, mais encore qu'il met l'économie en état de rejeter au-dehors celle qui a déjà été déposée. L'absorption de l'iodure est démontrée par la présence de l'iodure trouvé dans l'urine, soit à l'état de non-décomposition, soit à celui d'acide hydriodique, quelques jours après que l'on a commencé à faire usage du médicament, et comme on ne peut le découvrir, au plus tôt, qu'au bout de deux ou trois jours, nous pouvons en conclure qu'il s'accumule dans l'économie. Ce médicament n'offre aucun danger, s'il est administré à de faibles doses, et si l'on en surveille avec beaucoup de soin les effets; mais comme il est beaucoup plus énergique que l'acide arsénieux, et comme l'économie paraît s'accommoder moins facilement de son influence, on ne doit en augmenter la dose qu'avec la plus grande prudence, et son administration doit être entièrement suspendue au premier indice de son action corrosive sur les organes.

J'ai constaté que les mêmes circonstances qui contr'indiquent l'emploi à l'intérieur de l'acide arsénieux sont aussi défavorables à celui de l'iodure d'arsenic, savoir, la pléthore, l'irritabilité, la fièvre inflammatoire et la diathèse hémorragique. On doit encore s'abstenir de prescrire l'iodure d'arsenic dans les cas de phthisie et de fièvre hectique. Je n'ai éprouvé aucun désavantage de son emploi chez les enfans; au contraire, car, en ce moment même, je le fais prendre à une petite fille de douze ans qui est affectée d'impetigo, à des doses plus fortes que celles que j'aie jamais administrées à des adultes, et sans le plus léger effet délétère.

J'ai déjà dit que M. Biett a employé cet iodure à l'extérieur, sous la forme d'onguent, dans quelques affections cutanées rebelles; mais on comprendra, d'après les résultats de son application sur une plaie, dans l'une des expériences que je vais rapporter tout à l'heure, que ce n'est qu'avec la plus grande précaution qu'on doit l'appliquer sur les surfaces dénudées.

L'action de l'iodure d'arsenic est tellement énergique, il est si facile malheureusement d'en donner une dose trop forte, ou de le prendre par exemple pour le sulfure rouge de mercure que j'ai regardé comme une partie importante de mes recherches l'étude de son mode d'action comme poison. C'est dans ce but que j'ai fait les expériences suivantes sur les chiens; mais avant de les rapporter, il sera bon, je crois, que je fasse connaître la méthode que j'emploie pour constater la présence de cet iodure dans les sécrétions ou dans le sang.

RÉACTIFS POUR CONSTATER LA PRÉSENCE DE L'IODURE DANS LES FLUIDES SÉCRÉTÉS ET DANS LE SANG.

Lorsqu'il s'agit de l'urine ou de la bile, il suffit de mélanger avec le fluide, dans un vase cylindrique, un peu de mucilage d'amidon froid, et de faire passer à travers le mélange du chlore gazeux. S'il y a quelque composé d'iode, on le reconnaîtra immédiatement à la formation d'un cercle bleu d'iodure d'amidon sur les surfaces en contact. L'avantage que je trouve à employer le chlore à l'état gazeux, c'est qu'on est toujours sûr de ne point employer une trop grande quantité de réactif, ce qui souvent gêne beaucoup lorsqu'on emploie le chlore en solution aqueuse. Lorsqu'on emploie un vase cylindrique et qu'on verse le gaz sur le mélange, la décomposition ne s'opère que sur les points où le mélange est en contact. En agitant doucement le liquide, on met en contact successivement de nouvelles surfaces, et ainsi on obtient la preuve la plus évidente de l'iode à l'état libre.

Si c'est la salive qu'il s'agit d'examiner, ou la sérosité des plèvres, ou du péritoine, ou les matières évacuées par les selles ou par le vomissement, la méthode que je préfère consiste à prendre des bandelettes de papier brouillard, qu'on prépare en le plongeant dans un mucilage d'amidon et les faisant ensuite sécher. Ces bandelettes humectées avec la substance suspecte, et, immédiatement ensuite, introduites dans une bouteille de chlore, indiquent, lorsqu'elles prennent une couleur bleue, la présence de l'iode. Ce moyen est assez sensible pour le plus grand nombre des cas.

Le sang, que l'on soupçonne contenir un iodure soluble ou quelque composé d'iode, doit être d'abord étendu dans l'eau et soumis à l'ébullition, afin de coaguler la fibrine et l'albumine, et d'obtenir par la filtration un liquide clair et incolore. On concentre ensuite celui-ci par l'évaporation, et lorsqu'il est froid, on le mêle avec de l'amidon, et on achève l'expérience, comme je l'ai déjà dit, avec le chlore gazeux. Cependant, ce moyen n'indique que la présence de l'iode. Si on veut s'assurer si c'est de l'iodure d'arsenic, on acidule le fluide filtré et concentré, et on le fait traverser par un courant d'hydrogène sulfuré qui convertit l'iodure en acide sulfurique, et précipite l'arsenic en sulfure, lequel peut être réduit de la manière ordinaire; ensuite on examine le fluide qui surnage avec l'amidon et le chlore.

EXPÉRIENCES SUR LES CHIENS.

Dans les expériences suivantes, on liait l'œsophage des chiens auxquels le poison avait été administré. Quand l'iodure leur était donné en nature, on en faisait un bol avec de la farine de graine de lin, et on l'administrait au chien avant de lier l'œsophage. Quand on l'administrait en solution, on injectait le fluide par une ouverture pratiquée à l'œsophage, qu'on liait ensuite au-dessous de l'ouverture. On notait exactement les phénomènes à mesure qu'ils se présentaient, et l'époque exacte où ils se manifestaient après l'introduction du poison; l'examen des altérations pathologiques était fait sur le cadavre aussi promptement que le permettaient les circonstances.

EXP. I. — Une drachme d'iodure d'arsenic dissoute dans quatre onces d'eau distillée fut injectée par une ouverture pratiquée à l'œsophage dans l'estomac d'un gros chien qui paraissait bien portant, et on fit ensuite la ligature de l'œsophage.

Au bout de cinq minutes, l'animal commença à s'agiter, mais l'œsophage s'était déchiré, dans les efforts pour vomir, tout près du cardia on cessa de recueillir l'observation. Il est probable que cette déchirure fut produite par quelque maladie antérieure de l'œsophage.

EXP. II. — Une drachme d'iodure d'arsenic dissoute dans quatre onces d'eau distillée est injectée, comme dans l'expérience précédente, dans l'estomac d'un fort chien, et aussitôt après on fit la ligature de l'œsophage. Au bout de quel-

---

pairs. Nous pensons, du reste, être bien compris sur ce point, en ajoutant que le bien du malade et même l'élégance de la composition devront toujours passer avant la commodité du pharmacien.

Pour bien faire comprendre qu'une réduction servile des poids anciens en poids décimaux n'est pas toujours de rigueur, nous allons maintenant donner quelques exemples comparés.

N. 1.		RÉDUCT. MATHÉMAT.	RÉD. COMMODE.
		grammes.	grammes.
℞. Acétate de plomb cristallisé.	gr. iij =	0,159 =	0,10
Eau de plantain..........	℥vj =	182,880 =	200,00
Mucilage de g. adrag......	℥ß =	15,240 =	15,00
Alcool camphré............	gtt. vj =	6 gouttes. =	6 gouttes.

Nous avons choisi à dessein cet exemple, parce qu'ici la différence entre les chiffres exacts et le nombre rond est assez notable. Pour l'acétate de plomb, nous avons supprimé 9 milligrammes ou 9/30 de grain, l'eau de plantain se trouve augmentée de 15 gm 12 centigrammes à peu près 4 gros, et le mucilage de gomme adragant se trouve spolié de 24 centigrammes ou de 5 grains. Eh bien! un peu d'habitude vous démontrera que cette petite altération dans les proportions n'a aucune influence sur l'efficacité de la préparation, ce qui résultera du reste clairement de la comparaison du collyre composé avec les deux poids différens.

N. 2.		RÉDUCT. MATH.	RÉD. COMM.
		grammes.	grammes.
℞. Feuille de séné, sulfate de soude, āā	ʒij =	7,62 =	8,00
Rhubarbe choisie...............	ʒj℈j =	5,08 =	5,00
Manne..........................	℥ij =	60,96 =	60,00
Eau............................	℥jv =	182,88 =	200,00

Dans cet exemple les différences sont beaucoup moins sensibles, mais aussi on y voit d'une manière évidente que les quantités normales que nous avons données dans notre réduction peuvent toujours servir avantageusement. Les 32 centigrammes qu'il y a en plus pour le séné et le sulfate de soude ne produiront point de superpurgation, de même que les 8 centigrammes et les 96 centigr. qu'il y a en moins pour la rhubarbe et la manne ne feront pas manquer l'effet de la potion, ainsi que les deux cuillerées d'eau qui s'y trouvent en plus. Nous pouvons donc admettre pour base la table de réduction suivante:

ques minutes apparurent les premiers symptômes de malaise, auxquels succédèrent promptement les efforts les plus violens et continuels pour vomir. La douleur de l'estomac était évidemment très aiguë; car l'animal se pressait l'abdomen contre le sol, se levait ensuite à la hâte, et passait d'une position à une autre, comme pour chercher du soulagement; il était surtout tourmenté par l'abondante sécrétion de la salive, qui était très visqueuse, et qu'il était difficile d'extraire de la bouche.

Douze minutes après l'administration du poison, il y eut une selle fluide, composée surtout de mucosités; une autre suivit bientôt, et sembla procurer un instant de soulagement; il y avait dans la seconde un tœnia de dix ou douze aunes de long; les deux selles contenaient, comme on s'y attendait, de l'iodure. Les battemens du cœur étaient extrêmement irréguliers; le pouls, très rapide et vif. Il y avait des mouvemens spasmodiques dans les muscles des quatre extrémités. Les efforts pour vomir, qui avaient cessé pendant quelques instans, recommencèrent avec une nouvelle force; dans l'intervalle, il y avait un tremblement général et une diminution notable de la force musculaire.

Au bout de 20 minutes, l'animal tomba sur le flanc, et, tandis qu'il fut couché, la patte gauche de devant et la droite de derrière furent agitées de mouvemens continuels, tandis que les deux autres membres restèrent en repos; mais au bout de trente-neuf minutes, ils furent pris aussi des mêmes spasmes, ainsi que les muscles de la mâchoire inférieure; cinq minutes après, les spasmes étaient généraux et la respiration très embarrassée.

Au bout d'une heure, il y avait emprosthotonos; les deux membres opposés, qui les premiers avaient été pris de spasmes, étaient paralysés, mais la sensibilité générale était toujours la même.

Après soixante-dix minutes, la violence de la douleur força le pauvre animal à se tenir un instant sur les pattes; mais il retomba bientôt et ne se releva plus. Au bout d'une heure trois quarts, toute sensibilité était perdue, sinon auprès du museau. La mort arriva deux heures et demie après l'administration du poison.

Le corps fut ouvert une heure tout au plus après la mort. La muqueuse de l'œsophage et de l'estomac était d'un rouge foncé, produit par une vive inflammation. Dans l'estomac, elle était, en outre, ramollie et amincie, surtout dans la portion cardiaque. On reconnut promptement l'iodure dans le tissu ramolli. L'amincissement de la muqueuse n'était pas le produit de l'ulcération, mais d'une altération propre des tissus et de sa conversion en une substance gélatineuse.

Le péritoine n'offrait pas de traces d'inflammation, La rougeur de l'estomac s'étendait dans toute la longueur de l'intestin; il y avait çà et là de petites ecchymoses, et l'extrémité des valvules conniventes était d'un rouge foncé. Il n'y avait pas de taches rouges sur les valvules du cœur ni sur la membrane interne de cet organe, comme on l'observe fréquemment dans les cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux. Le cœur était distendu par le sang coagulé.

Le foie, la rate et les reins étaient à l'état normal. La présence de l'iodure fut constatée dans les matières rejetées de l'estomac, la bile, l'urine, la salive, et dans le sang des deux côtés du cœur.

Exp. III.— Elle fut tout à fait semblable à la dernière et produisit les mêmes résultats. La seule différence qu'elle a présentée, c'est que la mort est arrivée un peu moins promptement.

Exp. IV. — Elle eut pour but de s'assurer de la quantité d'iodure d'arsenic qui serait nécessaire pour déterminer la mort d'un fort chien, sur lequel on n'aurait pas pratiqué la ligature de l'œsophage.

Quatre grains d'iodure d'arsenic furent administrés, enveloppés dans un bol. Au bout de quatre minutes, il commença à vomir une matière écumeuse, légèrement teinte en jaune par l'iodure. L'animal vomit ainsi quatre ou cinq fois en quelques minutes et ensuite but un peu d'eau, se coucha et dormit.

Le lendemain, il paraissait bien et peut-être plus alerte que d'habitude. Huit grains d'iodure lui furent alors donnés sous la même forme que la veille; il n'y eut qu'un seul vomissement au bout d'une demi-heure et le lendemain matin il n'y paraissait plus.

Douze grains d'iodure produisirent le même effet le troisième jour.

Le quatrième jour, vingt grains furent administrés et ne produisirent pas plus d'effet que les plus petites doses; la seule différence fut que le vomissement commença deux minutes après l'ingestion du poison et fut plus fréquemment répété que les jours précédens.

Ayant constaté que les vomissemens empêchaient l'effet du poison, après deux jours de repos on administra au même chien un scrupule d'iodure et on lia l'œsophage. Les symptômes qui suivirent furent à peu près ceux de la seconde expérience, mais avec moins de violence, et l'animal mourut la nuit suivante.

Le lendemain matin, à l'ouverture du corps, on trouva l'estomac moins rouge que dans la seconde expérience, mais le ramollissement était plus étendu et la muqueuse de l'estomac offrait, en outre, plusieurs ulcérations. Sur deux points, il y avait une certaine quantité de lymphe plastique et qui adhérait fortement à la muqueuse. On constata la présence de l'iodure dans le sang, dans la bile, dans la salive, dans l'urine, dans la sérosité thoracique et péritonéale.

Exp. V. — Une demi-dragme d'iodure d'arsenic, dissous dans quatre onces d'eau, fut injectée dans la cavité abdominale d'une chienne. Les vomissemens commencèrent au bout de dix minutes et se répétèrent trois fois en deux minutes, après quoi l'animal tomba sur le flanc; la respiration fut soudainement arrêtée et une demi-minute plus tard l'action du cœur avait également cessé. Quelques secondes avant la mort, les muscles du dos éprouvèrent de violens mouvemens spasmodiques.

En ouvrant le corps, immédiatement après la mort, on trouve le péritoine violemment enflammé; on ne peut découvrir ni le mouvement péristaltique, ni le mouvement vermiculaire du tube intestinal. Les poumons sont le siége d'une forte congestion. Le côté droit du cœur est distendu par une grande quantité de sang, tandis que le gauche est presque vide.

On ne put, pendant la vie de l'animal, constater la présence de l'iodure dans l'urine, qu'il rendit cinq minutes après l'administration du poison; mais on en trouva des traces dans le lait qu'on pressa des mamelles de cette chienne, qui était pleine de deux mois. Après la mort, on trouva le poison dans la bile, dans l'urine et dans l'humidité des plèvres, mais non dans la salive.

Exp. VI. — Une demi-dragme d'iodure d'arsenic, dissous dans quatre onces d'eau, fut injectée dans le côté droit de la poitrine d'un fort chien. Au bout de cinq minutes, l'animal tomba sur le côté et fut pris aussitôt de mouvemens tétaniques d'une grande violence. La respiration était lente et à la fois abdominale. Au bout de dix minutes, l'action du cœur était ralentie et intermittente; une minute plus tard, les pattes de devant étaient agitées de violens mouvemens et tout le corps était frappé de spasmes tétaniques. Quinze minutes après l'administration du poison l'animal était mort.

On ouvre le corps aussitôt après la mort, et on trouve les poumons affaissés, sans crépitation, et d'un brun blanchâtre; on ne put exciter le diaphragme en irritant le nerf phrénique.

Le cœur était gorgé de sang des deux côtés et complètement insensible à toute espèce de stimulans chimiques ou mécaniques; mais les fibres musculaires des deux côtés présentèrent un mouvement d'agitation qui persista pendant dix minutes. Les tissus et les valvules du cœur parurent à l'état normal.

La plèvre du côté droit était légèrement injectée; celle de gauche était parfaitement saine.

L'estomac était très épaissi et enflammé et le duodénum offrait aussi quelques traces d'inflammation.

On retrouva l'iodure dans le sang du ventricule gauche, dans la salive et dans l'estomac; mais on ne put le constater ni dans la bile ni dans l'urine, ce qui ne put être expliqué que par la promptitude de la mort de l'animal.

Exp. VII. — Deux scrupules d'arsenic furent introduits dans une plaie faite sur le dos d'un fort chien. Le poison aussitôt après son insertion causa une vive douleur. Quinze minutes après une salive écumeuse s'écoule de la bouche, et l'on constate qu'elle contenait de l'iodure. Au bout de quarante-cinq minutes, horripilation de la peau et mouvemens du cœur trop fréquens pour pouvoir être

---

POIDS ANCIENS.		RÉDUCT. EXACTE.		RÉD. POSOLOGIQUE.
		grammes.		grammes.
1 grain........	=	0,053	=	0,05
1 scrupule....	=	1,270	=	1,00
1 gros........	=	3,810	=	4,00
1 once........	=	30,480	=	30,00

On aura de cette manière facilement toutes les proportions exigées pour les différentes formules, et quand on en aura bien acquis l'habitude, on pourra nuancer à l'infini ses doses, ce que l'on ne pouvait point faire avec les subdivisions de l'ancien poids de marc.

On reprochera peut-être à nos chiffres de ne point avoir ensemble des rapports arithmétiques exacts. Mais il ne faut point oublier qu'il ne s'agit plus de savoir en combien de parties semblables se divise l'once ou son chiffre équivalent, mais bien de connaître les proportions dans lesquelles on peut administrer les agens médicinaux. Comme toutes nos quantités se rapportent à l'unité fondamentale, c'est-à-dire au gramme, ce reproche ne saurait leur être adressé.

Pour donner une idée de la manière de se servir des petites quantités, nous allons ajouter ici quelques formules composées avec des substances énergiques.

N. 3.

			Grammes.
℞ Musc................	℈ß	=	0,50
Camphre............	℈j	=	1,00
Gom. ammon........	℈ij	=	2,00
Opium..............	gr. iv	=	0,20

Faites des pilules de 4 grains, ou de 20 centigrammes.

N. 4.

			Grammes.
℞ Acétate de morphine.....	gr. ij	=	0,10
G. adragant pulv........	℈j	=	1,00
Sirop d'œillet q. s.			

Faites 20 pilules, dont chacune contiendra 5 milligrammes à peu près 1/10 de grain d'acétate de morphine.

Une objection que l'on entend faire souvent contre l'introduction du système décimal dans les officines, c'est qu'elle achèvera la ruine de l'unité, de l'universalité de la science, déjà trop compromise par l'abolition de la langue latine. Mais d'abord l'application du système est un progrès pour l'art de formuler, et il est toujours louable de se mettre à la tête du progrès. Ensuite, il faut savoir que les quantités représentées par les mêmes signes dans les divers

comptés. Au bout de soixante-seize minutes, l'animal paraît lourd, laisse tomber la tête sur le sol, et est agité d'un tremblement général. Après quatre-vingt-six minutes, le tremblement continuait encore, et l'animal était dans un état de stupeur. Au bout de trois heures et demie, il sortit de la plaie un liquide opaque d'un blanc pâle. La mort arriva pendant la nuit.

A l'ouverture du corps, on constata que l'estomac était à l'état normal, mais qu'il y avait quelques traces d'inflammation dans le rectum. Les vaisseaux du cerveau étaient plus engorgés que d'habitude.

Exp. VIII. — Cinq grains d'iodure d'arsenic dissous dans une once d'eau distillée furent injectés dans la veine jugulaire d'un chien et ne produisirent aucun effet sur le cœur. Une quantité semblable injectée une seconde fois ne détermina également aucun effet; mais une injection de 15 grains dans 2 onces d'eau distillée arrêta l'action du cœur au bout de vingt secondes.

A l'ouverture du corps faite immédiatement après, on reconnut que l'irritabilité des organes avait entièrement disparu. Sur aucun point on ne trouva de traces d'inflammation, même sur la membrane interne du cœur.

Les conclusions qui suivent nous paraissent ressortir évidemment des observations et des expériences précédentes.

1° L'iodure d'arsenic administré à dose non vénéneuse pénètre dans la circulation et excite d'une manière générale le système capillaire, augmentant l'énergie de la plupart des sécrétions et agissant comme un puissant et bienfaisant altérant.

2° Il pénètre dans les sécrétions, et lorsqu'on veut l'administrer aux enfans à la mamelle, comme agent thérapeutique, on peut le faire arriver par le lait de la mère.

3° A doses modérées, et lorsqu'il n'est pas continué trop longtemps, il agit à la fois d'une manière favorable sur les fonctions digestives et assimilatrices; il donne plus d'énergie à la force musculaire et augmente le volume du corps.

4° On obtient ces heureux effets de l'emploi de l'iodure comme moyen thérapeutique sous quelque forme qu'on l'administre ou à l'état solide ou en dissolution.

5° Quand on en continue l'usage pendant longtemps, il s'accumule dans l'économie et finit par déterminer des symptômes d'empoisonnement, une douleur à l'épigastre et au bas-ventre, des tremblemens et un état fébrile général.

6° A forte dose, c'est un poison très virulent, enflammant les tissus sur lesquels il est appliqué, ramollissant et gélatinisant la muqueuse gastrique et même quelquefois y causant des ulcérations.

7° Lorsqu'il est administré à forte dose, appliqué sur des surfaces séreuses ou muqueuses, ou introduit dans des plaies ou sur un ulcère, il est absorbé et exerce une influence délétère sur les centres nerveux et sur le cœur.

8° D'après ses effets lorsqu'il est introduit en solution dans les veines, et d'après l'état des deux côtés du cœur qui sont toujours gorgés de sang coagulé; quand la mort est le résultat de fortes doses introduites dans l'estomac, on peut en conclure qu'indépendamment de son action topique et de celle qu'il exerce sur les centres nerveux, il tue surtout en détruisant l'irritabilité de l'estomac.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Lettre sur un nouveau cas de luxation isolée du cubitus en arrière de l'humérus; par M. le docteur Diday.

En traçant, d'après trois observations, l'histoire générale des luxations du cubitus en arrière de l'humérus, M. Sédillot ne s'est pas dissimulé que de nouveaux faits étaient nécessaires pour compléter son travail. En effet, les idées qu'il a émises, quoique théoriquement fort rationnelles, ne peuvent prendre rang dans la science qu'après avoir subi le contrôle de l'expérience clinique. Je réponds pour ma part à cet appel en vous communiquant l'observation d'un cas de ce genre, recueillie par moi en 1836. Je vous l'envoie telle que je l'ai présentée, la même année, au concours pour les prix des hôpitaux, dont étaient juges MM. Lisfranc et Malgaigne. Vous la trouverez sans doute trop laconique; mais, bien que j'eusse facilement pu ajouter de mémoire quelques détails, j'ai préféré m'en tenir à la rédaction faite au lit même de la malade, aimant mieux être incomplet qu'inexact.

Luxation du cubitus seul en arrière de l'humérus.

Obs. — La nommée Thévenot, âgée de 48 ans, entra, le 8 février 1836, à une heure de relevée, à l'hôpital Beaujon; elle nous dit qu'un instant auparavant elle avait fait, de sa hauteur, une chute d'abord sur la main, puis sur le coude droit, et qu'à partir de ce moment elle ne pouvait plus se servir de son bras. Le membre était dans l'extension presque complète, la malade le soutenait avec l'autre. La paume de la main était couverte de boue à moitié desséchée; le coude ne présentait aucune excoriation. La région du coude était très sensible au contact, et voilà les déformations qu'on y observait : l'olécrane était très saillant en arrière et en haut; il dépassait de beaucoup, dans ce dernier sens, le niveau des tubérosités humérales dont la saillie était un peu dissimulée par la traction en arrière de la peau et des chairs qui avaient suivi l'olécrane. En avant, le rond pronateur faisait un relief très apparent et bien dessiné, mais sans tension; au contraire, le doigt sentait en pressant sur lui un défaut de résistance qui ne s'observe pas dans l'état normal. La distance de l'épitrokléе à l'os pisiforme comparée à celle du côté opposé était diminuée d'un pouce; celle de l'épicondyle à l'apophyse styloïde du radius était conservée. On pouvait imprimer, sans beaucoup de douleur, des mouvemens de pronation et de supination aussi étendus que dans l'état naturel, et la malade pouvait les exécuter elle-même; pendant leur accomplissement, on entendait le bruit d'un frottement plutôt que d'une crépitation (bruit dû sans doute à ce que la tête du radius ne tournait plus dans la petite cavité sigmoïde, mais contre un point du cubitus situé plus bas). Les mouvemens de flexion étaient si douloureux que nous ne les poussâmes pas jusqu'à la demi-flexion. La peau était intacte, le gonflement et la douleur médiocres.

Ayant constaté cet état de concert avec mon collègue M. Gariel, nous procédâmes de suite à la réduction. Je tirai sur l'avant-bras tenu en supination, tandis qu'il pressait sur l'olécrane, et après une traction peu forte, il fut facile d'opérer la réduction par un mouvement brusque de flexion; un craquement distinct et sonore se fit entendre, la bonne conformation revint à l'instant même, comme on s'en assura en mesurant de nouveau la distance des parties, auparavant diminuée. La malade put dès-lors fléchir l'avant bras sans douleur, et l'on entoura avec une bande imbibée d'eau blanche le bras, qui fut tenu sur un oreiller, dans l'extension. La douleur consécutive fut très modérée.

A partir du 18 février, on commença à imprimer à l'articulation du coude quelques mouvemens qui, d'abord douloureux et très bornés, le devinrent peu

---

pays diffèrent cependant ensemble d'une manière plus ou moins notable. Déjà les chimistes de l'Allemagne, dans leurs travaux d'analyse, ont adopté presque généralement le poids décimal français; il y a même plus, ils ont eu recours à ce même poids pour bien faire apprécier les différences qui existent entre le poids médicinal des divers pays.

Le tableau suivant, extrait du Traité de posologie du docteur Phœbus (Berlin, 1831), pourra faire apprécier la valeur respective des poids médicinaux. Nous nous bornerons à l'indication de l'once et du grain.

			Grammes.
1° Poids médicinal de Prusse	℥j	=	29,23196
	gj	=	00,06090
2° — — de Nuremberg	℥j	=	29,80552
	gj	=	00,06209
3° — — de Bavière	℥j	=	30,00000
	gj	=	00,06250
4° — — d'Autriche	℥j	=	35,00075
	gj	=	00,07192
5° — — des Pays-Bas	℥j	=	31,25000
	gj	=	00,06510
6° — — d'Angleterre	℥j		31,09461
	gj	=	00,06428

Comme on voit, l'unité ne pourra que gagner par l'abolition successive de ces poids arbitraires.

Quand on voudra faire la réduction de quelque formule étrangère, on fera bien de tenir compte jusqu'à un certain point des différences indiquées par notre tableau.

Les pharmaciens auront, à la vérité, au commencement, bien plus de peine que les médecins. D'abord, il faudra qu'ils aient constamment sous les yeux une table de réduction pour pouvoir délivrer en poids décimal les formules à l'ancien système. Ensuite, il faudra qu'ils fassent la réduction, une fois pour toutes, de certaines formules magistrales non consignées au Codex, et qui cependant leur sont souvent demandées. Puis il faudra refaire la taxe de toutes leurs drogues, ce qui, du reste, sera plus fastidieux que difficile. Tant de francs le kilogramme, tant de millimes le gramme, de centimes le décagramme, et de décimes l'hectogramme. Mais quand la réforme sera complète, ils auront cent fois moins de peine, surtout les pharmaciens des hôpitaux, quand ils devront dresser les relevés de consommation. Ils ajouteront au bas des colonnes les quantités des drogues, comme on additionne les francs et les centimes, et ils seront dispensés à tout jamais de la pénible réduction des différentes quantités divisibles par 24, par 3, par 8 et par 12.

Nous pensons avoir démontré jusqu'à l'évidence, par ce qui vient d'être dit, les avantages de la réforme des poids médicinaux. Comme cette réforme s'adresse à une des classes les plus éclairées de la nation, il est permis d'espérer qu'elle se fera jour rapidement, et que l'on ne verra pas des savans se défendre comme des paysans ignares, contre un progrès qui devrait être accompli depuis quarante ans.

à peu moins, au point que, le 25, la malade pouvait elle-même toucher son épaule droite avec l'extrémité des doigts. Les mouvemens reprirent rapidement leur étendue et leur liberté primitive, et elle sortit parfaitement guérie dans les derniers jours de février.

Agréez, etc.

DOCUMENS SUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS EN ÉGYPTE, A ALGER ET A TOULON; communiqués à M. le docteur DEVERGIE par MM. les docteurs CLOT-BEY, FLESCHUT et DANY.

1° SUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS EN ÉGYPTE; par M. CLOT-BEY.

Monsieur et très honoré confrère,

J'espère que vous voudrez bien m'excuser de n'avoir pas répondu plus tôt à votre lettre du 10 septembre 1835. N'attribuez, je vous prie, ce retard qu'à mes courses fréquentes et aux travaux excessifs dont je suis accablé.

Je résumerai en quelques articles ce que j'ai à vous dire, en réponse à votre lettre concernant la syphilis.

1° Je suis convaincu que la syphilis n'est répandue nulle part au monde aussi généralement qu'en Égypte : ici elle est commune à toutes les classes de la société.

2° Nulle part encore les secours de la médecine ne sont plus rares. Je crois pouvoir assurer que, dans le nombre de ceux qui sont atteints de cette maladie, il n'y a guère que la trentième partie qui soit traitée par les médecins européens; il n'y a, en effet, que les riches, les gens aisés des capitales, et les militaires qui reçoivent leurs soins.

Les médecins européens sont presque tous imbus des anciennes doctrines et emploient généralement le traitement mercuriel; mais il est toujours suivi très imparfaitement. Les guérisons n'en sont pas moins aussi promptes et aussi nombreuses qu'en Europe.

3° Parmi la grande majorité des syphilitiques qui ne sont pas traités par les Européens, quelques-uns ont recours aux barbiers du pays. Ceux-ci leur font prendre la salsepareille en poudre et les soumettent à des fumigations de cinabre; ils leur administrent des purgatifs très violens et donnent rarement du mercure à l'intérieur. Ceux qui reçoivent ces secours ne forment pas la vingtième partie des malades. Ainsi la grande majorité guérit sans autre traitement que l'usage des bains de vapeur et de quelques boissons insignifiantes; cette guérison est due, sans doute, au régime habituel des individus, qui est presque exclusivement végétal, et à l'effet de la chaleur du climat.

Je vous citerai à l'appui de cette proposition un fait assez remarquable : sept cents militaires, atteints de la syphilis, furent renvoyés de la Syrie après une visite générale. Embarqués sur un bâtiment, dont la traversée fut très longue, ils manquèrent de vivres et furent réduits à ne manger que de la galette et des légumes. On leur fit faire quarantaine à Alexandrie, où leur régime n'éprouva d'autres changemens que la substitution du pain frais à la galette. Enfin, embarqués sur le Nil, ils arrivèrent au Caire. Je les visitai et je n'en trouvai plus que quatre-vingts chez lesquels existaient quelques symptômes dont la guérison avait été empêchée par l'état des désordres locaux dans les ulcères de la verge et les bubons ou des végétations. Il n'y eut pas moyen de retenir à l'hôpital ceux qui étaient guéris, tant ils étaient bien portans.

4° Le système que j'ai adopté depuis très longtemps dans le traitement de la syphilis, même avant ma venue en Égypte, et dont j'ai obtenu des succès presque constans, est parfaitement en harmonie avec ce que votre longue expérience vous a démontré, tant dans le service des hôpitaux que dans la pratique civile. Je retranche la moitié de l'alimentation habituelle; j'interdis l'usage du vin, des mets salés ou épicés; je fais presque toujours pratiquer une saignée; je fais prendre quinze ou vingt bains; je prescris des boissons délayantes; je combats les irritations locales par des applications de sangsues; je n'emploie pour les ulcères qu'un pansement simple; je resèque avec les ciseaux ou le bistouri les excroissances ou les végétations primitives et secondaires, ou je les détruis au moyen du caustique. Sous l'influence de ces moyens préparatoires, les symptômes se sont toujours amendés ou ont disparu. Ce n'est qu'après avoir obtenu l'un ou l'autre de ces deux résultats que je prescris les mercuriaux à petites doses et la décoction de salsepareille, et encore n'usé-je guère de cette médication que pour l'acquit de ma conscience, trop dominée peut-être par l'opinion des auteurs sur les récidives de la maladie, opinion à laquelle il faudrait donner moins d'importance.

5° J'ai remarqué que les douleurs, ainsi que les pustules, étaient très communes chez les syphilitiques qui n'avaient pas été soumis au traitement mercuriel, et que les exostoses, la carie, étaient infiniment rares, eu égard au grand nombre d'individus atteints des maladies vénériennes. Pour tâcher d'établir une proportion, je ne crois pas qu'il s'en trouve même un sur mille chez qui se manifestent ces accidens, et je ne pourrais pas vous dire, d'une manière positive, si celui-là même a fait ou non usage du mercure.

Veuillez, etc.

Au Caire, 9 mars 1837.

2° SUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS A ALGER; par le docteur FLESCHUT, chirurgien-major.

Mon très cher et honoré collègue,

C'est avec une bien agréable surprise que j'ai reçu, il y a quelques jours, votre lettre du 23 mars dernier, et ma joie eût été, sans doute, complète si un service chirurgical de plus de 400 malades, y compris 15 officiers, devenu aussi considérable par la suppression successive de quatre hôpitaux d'Alger, y compris l'hôpital civil, m'eût permis de vous donner des détails aussi étendus que vous le desirez sur le traitement de mes vénériens. En 1830 et 1831, des masses d'hommes, sortis de la classe ouvrière de Paris et des autres grandes villes du royaume, envoyés ici sous la dénomination de volontaires et de colons, habitués à vivre dans la débauche, et dont un grand nombre était déjà atteint de syphilis primitive, secondaire, ou d'affection mercurielle, firent augmenter rapidement le nombre des vénériens dans nos hôpitaux, où ils ne tardèrent pas à commettre toutes sortes d'excès, ce qui détermina l'autorité à les éloigner de la ville pour les faire traiter, tous réunis à l'hôpital de la Salpêtrière, situé sur le bord de la mer (extra muros), dont le service chirurgical m'avait été confié dès son origine, et que j'ai quitté, il a bientôt trois ans, pour être à la tête de celui du Jardin du Dey, situé un peu plus haut et séparé du premier par un mur mitoyen. Seulement, converti à la médecine physiologique depuis plusieurs années, avant notre arrivée en Afrique, par une conviction acquise au lit des malades, je n'eus point de peine à me conformer à la lettre circulaire du conseil de santé, relative aux expériences qu'elle invitait le conseil des officiers de santé en chef des hôpitaux à faire sur le traitement des maladies vénériennes par les antiphlogistiques. J'établis, en conséquence, deux salles de vénériens, dont l'une était destinée aux maladies soumises au traitement rationnel et l'autre à ceux qui devaient subir le traitement mercuriel. De nombreux accidens survenus parmi les derniers, et que je n'ai jamais observés, même jusqu'aujourd'hui, parmi les autres, m'ont obligé à renoncer à la dernière méthode et à m'en tenir exclusivement à la première, dont voici les résultats :

Depuis le commencement de l'année 1831, je compte un peu plus de cinq mille guérisons, d'affections vénériennes de toutes les formes connues, primitives et secondaires, sur lequel nombre il m'est rentré cent soixante-treize rechutes, dont la plupart étaient observées chez des individus connus pour avoir fait des écarts de régime pendant le traitement, ou pour s'être livrés à des excès de boissons, immédiatement après leur sortie de l'hôpital. Parmi ces derniers, les urétrites et les pustules humides, soit à l'anus, soit au scrotum, sont celles qui se sont présentées le plus fréquemment, mais avec un caractère de bénignité tel qu'elles ont toujours disparu en peu de jours sous l'influence du régime bien observé, de quelques bains locaux ou généraux, et de quelques topiques émolliens ou résolutifs, pour ne plus reparaître après. Je crois cette assertion à cet égard d'autant plus fondée, que plusieurs des corps de troupe qui formaient la garnison d'Alger alors se trouvent encore ici, et ceux qui ne s'y trouvent plus y ont fait un séjour de quatre ans au moins, pendant lequel laps de temps je n'aurais pas manqué de les revoir, s'ils fussent devenus de nouveau malades, étant chargé du traitement de tous les vénériens du corps d'armée, composé de 15 à 18,000 hommes, y compris les Arabes qui entraient dans nos rangs.

La pourriture d'hôpital a paru plusieurs fois dans nos rangs parmi les vénériens, mais elle a été combattue victorieusement par les saignées capillaires et les émolliens, sans jamais offrir ce spectacle affreux et horrible que j'ai observé dans ma jeunesse dans les hôpitaux où l'on traitait les vénériens exclusivement par le mercure, et où il n'était point rare de trouver, après un séjour de dix-huit mois, des malheureux ayant les parois du bas ventre rongée jusqu'au péritoine. J'en ai vu même encore un exemple dans un des hôpitaux de nos grandes villes de France, en 1825. On ne trouvera pas non plus parmi mes malades, ni ulcérations avec carie des os longs, ni perforation du palais avec destruction des os propres du nez, de l'ethmoïde des os palatins, etc., jusqu'à la base du crâne, comme il vient de m'en entrer par suite de plusieurs traitemens antisyphilitiques par les mercuriaux, et qui, sous l'influence d'un traite-

ment rationnel, se trouvent, après quelques mois seulement, déjà assez bien pour permettre de croire à une guérison radicale.

La durée moyenne de traitement dans mon service est de 54 jours, y compris celui des maladies mercurielles graves, telles que les exostoses, l'expériostose, les caries, qui demandent un laps de temps considérable. La durée du traitement serait beaucoup moins longue si les salles de mes vénériens n'étaient point humides, et si, en hiver, on pouvait, par le moyen de poêles, y entretenir une température convenable; mais, loin de cela, il y pleut tellement à travers les terrasses, qu'il faut déplacer les lits du plus grand nombre des malades pour les mettre à l'abri.

Le régime végétal, les saignées générales et locales, les bains généraux et locaux, les boissons adoucissantes, l'opium intérieurement et extérieurement, la liqueur caustique de Plenk (rarement), l'acétate de plomb, les préparations iodurées, les cataplasmes émolliens et les fomentations de même nature, le nitrate d'argent et le chlorure d'oxide de sodium, sont les seuls moyens thérapeutiques employés dans ma pratique pour combattre toutes les maladies vénériennes. Il y aurait sans doute beaucoup à dire sur le mode de leur administration et leur application aux cas qui les réclament; mais ce serait un travail qui nécessiterait un loisir beaucoup plus long que celui que me laisse mon service. Je ne désespère pourtant pas d'y revenir plus tard, si des circonstances plus favorables se présentent.

Le traitement des maladies des os ne diffère de celui des autres affections secondaires que par un régime plus sévère, par un plus fréquent usage des bains ordinaires, par l'usage de l'opium porté graduellement à d'assez hautes doses, tant à l'intérieur qu'en applications extérieures; les saignées capillaires n'en sont point exclues, mais plus rarement prescrites que dans les autres affections. Les saignées générales même précèdent quelquefois l'usage des autres moyens, mais rarement.

Telles sont les données que je puis vous offrir pour le moment; je vous les donne de cœur et comme positives et exemptes de toute prétention. Si l'ignorance ou la mauvaise foi, si les coteries médico-chirurgicales, si, enfin, puisqu'il faut les nommer, les charlatans, vraie vermine de notre profession, que je combats ici comme vous dans la capitale, réclament des preuves de ce que j'avance, je m'offre à les leur fournir au lit du malade et dans les registres; mais semblables aux oiseaux de nuit, ils fuient la lumière et préfèrent les ténèbres, digne enveloppe de leur abjection.

Recevez, etc.

3° SUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS A L'HÔPITAL MILITAIRE DE TOULON; par M. le docteur DANY, chargé du service des vénériens.

Toulon, le 22 juin 1837.

Monsieur,

Je m'occupe depuis plusieurs années de recherches sur le traitement des maladies vénériennes, et sans consulter nos écoles, recueillant mes souvenirs, j'avais fait un mémoire que je désirais vous faire parvenir. L'occasion favorable ne se présentant pas, j'ai pris la résolution de vous rapporter succinctement les idées qu'il renferme.

SYMPTÔMES PRIMITIFS.

1° L'URÉTRITE. Presque constamment guéri par les antiphlogistiques et le copahu, qui est le remède par excellence (potions ou lavemens), sa nature est vénérienne, comme le chancre; pour moi, il n'y a plus de doute à cet égard; un seul mot répond à toutes les objections, c'est que l'urétrite parfois donne lieu à des symptômes consécutifs très graves, moins fréquemment que le chancre, il est vrai, mais aussi rebelle aux moyens qu'on leur oppose. L'idée de M. Ricord sur l'existence simultanée des chancres primitifs indépendans de l'écoulement est erronée. Preuve : jamais les médecins n'ont eu à traiter des chancres isolés dans la profondeur du canal de l'urètre, parce que la matière fournie par le chancre n'exerce son action locale que sur le point contaminé, et non à distance. Dans les rapports sexuels, le contact n'a lieu qu'avec le méat urinaire et les alentours, aussi n'est-ce que de là qu'on rencontre le chancre. Aucun signe ne révèle l'existence de cette forme de la maladie dans l'intérieur du canal, et toutes les gonorrhées, à très peu d'exceptions près, guérissent par le baume de copahu, ce qui n'aurait certainement pas lieu si l'écoulement n'existait pas seul.

2° LE CHANCRE. J'ai essayé tous les moyens proposés pour combattre ce symptôme. Je suis arrivé souvent au même résultat par des voies diverses, mais après un laps de temps plus ou moins considérable, circonstance importante qui doit avoir une grande influence sur le choix des moyens curatifs. Les sangsues et les émolliens sont presque toujours insuffisans, et c'est perdre un temps précieux que d'attendre les résultats de leur action. J'ai recours à d'autres modifications locales, dont la nature varie suivant la gravité des ulcères et la constitution des sujets; ainsi les solutions d'opium, de sulfate de cuivre, de deuto-chlorure de mercure, le calomel, le chlorure d'oxide de sodium, etc., me suffisent ordinairement. Les insuccès sont fort rares, et, dans ce cas, les divers traitemens généraux éprouvent le sort des topiques, et sont infructueux, de sorte qu'après avoir tenté inutilement tous les moyens, de simples applications triomphent quelquefois de la maladie. J'ai essayé les mercuriaux sous forme de liqueur, et en friction, sans applications locales, et j'ai reconnu constamment que la guérison se faisait attendre plus longtemps, était plus incertaine, et les chances pour les accidens secondaires plus nombreuses; il m'est arrivé aussi de voir s'aggraver les symptômes que ces préparations tendaient à combattre, parce qu'il est des constitutions qui ne peuvent, sans accident, être soumises à l'action du mercure, et l'influence de ce dernier sur l'organisme se fait plus vivement sentir encore sur le point affecté. Malheureusement on ne peut arrêter l'action du remède dès l'instant où l'on reconnaît qu'il est nuisible, parce que déjà des doses nombreuses ont été administrées lorsque les premières seulement commencent à manifester leurs effets.

3° LE BUBON. Cette affection des ganglions inguinaux réclame, moins que tout autre symptôme syphilitique, l'usage des mercuriaux à tous les degrés et dans tous les états que le bubon s'est présenté. J'en ai obtenu la guérison sans employer un atôme de mercure. La liqueur ne produit ici aucun effet avantageux, les frictions mercurielles générales ne produisent quelque résultat que par leur action sur l'économie, et l'on conçoit alors que si l'on a affaire à une ardente inflammation, celle-ci puisse être avantageusement modifiée; mais comme l'action de ce moyen est très lente, la tumeur a le temps d'abcéder, et si l'on peut arriver au même but par une médication plus active, celle-ci doit avoir la préférence. Lorsque la guérison se fait attendre, c'est dans la constitution du sujet que réside la cause de ce retard, et presque toujours ce sont les hommes à tempérament lymphatique, chez lesquels les médications ordinaires ont une puissance d'action peu énergique. J'ai vu des individus qui, pour obtenir leur admission à l'hôpital, ont provoqué des ulcères factices sur le gland; j'ai vu les glandes inguinales s'engorger ensuite, comme si un chancre vénérien avait été la cause de ce phénomène, et la guérison se faire tout aussi longtemps attendre. Lorsque le bubon est ulcéré et que le malade est affaibli déjà par le séjour de l'hôpital, le régime et la suppuration, le mercure administré, soit en liqueur, soit surtout en frictions, porte une atteinte profonde à l'organisme, et l'état local, loin de s'améliorer, se ressent vivement de la secousse générale.

SYMPTÔMES CONSÉCUTIFS.

On les observe le plus ordinairement chez les malades qui, déjà, ont fait usage des mercuriaux. Quelquefois, cependant, ces derniers sont étrangers à leur développement, et nous devons convenir que quiconque a été atteint de la syphilis est exposé à des accidens secondaires, quel que soit d'ailleurs le mode de traitement qu'il a subi; avec cette seule différence cependant, que les chances favorables sont toujours pour ceux qui ont été soumis à un traitement local. Toutes les fois que les symptômes consécutifs ont pu, par le lieu qu'ils occupaient, être soumis à l'action des topiques, je n'ai point hésité à recourir à leur emploi, et j'ai obtenu presque constamment des résultats satisfaisans. Les cas exceptionnels sont rares, et les traitemens généraux sont alors aussi suivis du même insuccès.

1° VÉGÉTATIONS. Je les excise quand cela est praticable et cautérise les points qu'elles ont occupés avec le nitrate d'argent, ou la solution concentrée de sublimé. Lorsqu'elles offrent une large base, je les cautérise à diverses reprises avec le nitrate acide de mercure, la solution de sublimé (20 grains par once d'eau distillée), ou la pâte de sabine, qui n'est autre chose que la sabine mêlée à cette solution, jusqu'à ce que la guérison soit complète; j'ai essayé sans aucun succès la liqueur; j'ai mis en usage aussi les frictions mercurielles générales, et cette médication a produit à la longue la flétrissure des végétations; c'est-à-dire que de rouges et fermes qu'elles étaient, elles sont devenues pâles et molles, et leur excision a pu se faire avec plus de facilité et de succès. Ici, on le conçoit aisément, le mercure agit comme un antiphlogistique puissant et débilitant l'organisme, et produisant, *loco dolenti*, le même effet. Je n'ai pas toujours obtenu un semblable résultat, car il m'est arrivé souvent de n'observer aucune modification bien avantageuse, malgré l'emploi de 25 ou 30 frictions.

2° ULCÈRES AU VOILE DU PALAIS, AUX AMYGDALES, A L'ANUS, ETC. Je ne connais pas de modificateur plus actif et plus sûr que la solution

de sublimé. Le degré de concentration de cette solution varie de 2 grains jusqu'à 12 par once d'eau distillée, suivant l'état des parties. Très rarement les opiacés seuls ont suffi, il a fallu presque toujours, en les employant, leur associer la préparation métallique. Dans cette circonstance, les frictions mercurielles sont très nuisibles, tandis que la liqueur ou le sublimé en pilule produit à la vérité, après un temps fort long, une modification avantageuse, et souvent la guérison.

3° Pustules sur diverses parties du corps. Après l'essai de tous les moyens connus, je suis arrivé à cette conclusion, que le moyen le plus propre à combattre victorieusement cette forme de la syphilis, c'est sans contredit la solution de sublimé dans les bains généraux. Je dois même ajouter que cette médication a arraché au tombeau des victimes qu'on désespérait de sauver. La dose du sublimé dans le bain est d'abord d'une demi-once, augmentant progressivement jusqu'à 2 et même 3 onces.

Exostoses. Presque toujours développée après un traitement par le mercure, les exostoses surviennent cependant comme les autres accidens consécutifs, sans avoir mis en usage ce moyen; ces derniers sont rares, il est vrai, mais un peu d'expérience suffit pour acquérir la certitude de ce fait. L'action de la liqueur des pilules de sublimé, des cyanures, iodures de mercure est nulle et sans effet. Les sangsues, les opiacés, les bains, parviennent souvent à calmer les douleurs et à améliorer l'état du malade. Les frictions mercurielles locales m'ont souvent réussi. Les bains avec le deuto-chlorure dont j'ai élevé la dose jusqu'à 4 onces produisent souvent un merveilleux effet. Chez un malade chez lequel les douleurs se déclaraient tous les soirs, pour cesser presque entièrement le matin, j'ai mis en usage le sulfate de quinine, et suis parvenu à faire disparaître entièrement les douleurs, mais l'exostose persistait.

Recevez, etc.

Observation relative a un cas d'empoisonnement par des œufs pourris; communiquée par M. le docteur Marchal, médecin à Lorquin (Meurthe).

L'observation suivante *d'un empoisonnement déterminé par les œufs pourris* m'ayant paru offrir un certain intérêt, surtout en matière d'hygiène et de médecine légale, j'ai cru devoir vous la communiquer, afin que si vous l'en jugiez digne, vous l'insériez dans les colonnes de votre journal.

Obs. — Je fus mandé le 29 janvier 1838 de me rendre à Landange, petite commune du canton de Lorquin, près du sieur Barrikau, Polonais d'origine, exerçant la profession de menuisier, que l'on croyait tombé d'une attaque d'apoplexie. Là, j'appris que cet homme avait encore bien mangé la veille, et que depuis minuit seulement il était resté dans un état d'assoupissement dont on ne pouvait le faire sortir. Il était alors huit heures du matin, je le trouvai couché sur le dos; la face assez colorée présentait une teinte un peu livide, surtout autour des yeux; les lèvres étaient violettes, les yeux entr'ouverts et fixes; la bouche également entr'ouverte ne présentait point de déviation; les membres étaient flasques, le pouls petit et régulier, la respiration lente, la chaleur de la peau normale; la poitrine ne présentait rien de particulier ni à la percussion ni à l'auscultation. Je vis aussi sa femme, son frère et l'un de ses fils qui ressentaient, mais à un plus faible degré, les symptômes de la même maladie; ils se plaignaient de vertiges, de pesanteur de tête, de céphalalgie, de douleurs musculaires dans tous les membres et d'un sentiment particulier de gêne dans les mouvemens. Les accidens de cette maladie qui s'étaient manifestés de la même manière et en même temps sur quatre individus d'une même famille devant nécessairement reconnaître une cause commune, peut-être un empoisonnement par une substance narcotique, je leur adressai quelques questions, et ils m'avouèrent que la veille ils avaient tous mangé d'une galette faite avec des *œufs gelés* (le thermomètre avait marqué ce jour-là huit degrés centigrades au-dessous de zéro), et que c'était à ces œufs gelés qu'ils attribuaient tous les accidens qu'ils avaient éprouvés; ils ajoutèrent que la surface intérieure des coquilles de plusieurs de ces œufs était verdâtre, et qu'ils répandaient une odeur désagréable, mais faible, d'œufs pourris, et que c'était peu de temps après avoir mangé de cette galette qu'ils s'étaient sentis indisposés. L'état du sieur Barrikau m'ayant paru très grave, je lui pratiquai une saignée très abondante au bras droit; le sang noir et poisseux coula lentement et se recouvrit de quelques plaques cendrées analogues à ce que l'on appelle la couenne inflammatoire. La saignée n'ayant apporté aucun changement notable dans l'état du malade, je lui fis appliquer six sangsues au-dessous de la saillie mastoïdienne de chaque côté, de la glace sur la tête et de très larges emplâtres de moutarde sur chaque mollet, et ce ne fut que trois heures après qu'il commença à sortir de cet état de narcotisme et put enfin reconnaître ceux qui l'entouraient; mais il ne conservait aucun souvenir de tout ce qui s'était passé; seulement il se rappelait confusément avoir été tourmenté au commencement de son sommeil par des rêves fatigans. Il se rétablit parfaitement, mais sa convalescence fut un peu longue, et il lui resta pendant assez longtemps une paralysie du doigt auriculaire de la main gauche.

Quoique je ne connaisse pas d'observation d'empoisonnement survenu chez ceux qui auraient mangé des œufs corrompus, j'ai toujours cru en reconnaître un dans les accidens éprouvés par le malade qui fait le sujet de l'observation qu'on vient de lire. Les symptômes de sa maladie auraient, il est vrai, pu faire croire à une attaque d'apoplexie s'ils s'étaient déclarés sans cause connue sur un seul sujet; mais ici quand nous voyons quatre individus bien portans manger d'une galette, dans la composition de laquelle entrent des œufs qui présentent, à la surface interne de leur coquille, une couleur verdâtre et qui répandent une odeur désagréable d'œufs pourris, mais affaiblie probablement par leur état de congélation; quand nous voyons ensuite ces quatre individus éprouver tous et en même temps des vertiges, de la pesanteur de tête, de la céphalalgie et un état de narcotisme assez prononcé, symptômes qui se rapprochent beaucoup de ceux de l'asphyxie par le gaz hydrogène sulfuré, on ne peut que rapporter la cause de ces accidens à ces œufs pourris qui auront probablement pu les produire, soit par la présence du gaz hydrogène sulfuré qu'ils auront peut-être dégagé dans l'estomac, et c'est ce qui est déjà confirmé par les expériences de Chaussier qui, dans le temps, a fait périr des animaux en leur injectant de ce gaz dans l'estomac; soit en agissant à la manière de toutes les matières animales avariées ou corrompues qui ont quelquefois donné lieu à des symptômes d'empoisonnement. (Gaz. Méd. 1835, p. 41.)

J'ai l'honneur, etc.

Observation d'une tumeur stéatomateuse guérie par des frictions faites avec la pommade stibiée; par le docteur Leviez, directeur de l'école secondaire de médecine d'Arras, correspondant de la société royale de médecine de Paris.

Obs. — D. L. portait depuis plusieurs années une tumeur indolente, sans changement de couleur à la peau; molasse, mais sans fluctuation, allongée, du volume d'un œuf de pigeon, située au-dessous du menton. Cette tumeur augmentait sensiblement et présentait déjà une difformité inquiétante.

Des applications de sangsues faites sur la tumeur et réitérées un grand nombre de fois avaient été essayées sans succès. Je fis frictionner avec des substances résolutrices et fondantes, telles que des linimens savonneux, camphrés, volatils; le baume opodeldoch, la pommade avec l'hydriodate de potasse, aidée de cataplasmes émolliens, mucilagineux, de lotions savonneuses, avec l'hydrochlorate d'ammoniac. Tous ces moyens furent tentés et longtemps continués sans la moindre amélioration. Déjà l'extirpation de cette tumeur avec l'instrument tranchant avait été décidée; mais la patiente avait beaucoup de répugnance à se soumettre à cette opération.

J'imaginai de pratiquer des frictions avec la pommade stibiée. Après quelques jours apparut une éruption de boutons pustuleux. La continuation des frictions les fit augmenter considérablement. L'une de ces pustules acquit un volume énorme, et laissa apercevoir dans son fond un bourbillon blanc dont je favorisai la sortie; c'était une matière blanche, granuleuse, s'écrasant sous les doigts, ayant la consistance du suif ou de la graisse figée. La suppuration s'établit et fut soutenue pendant dix jours avec un petit plumaceau couvert de pommade stibiée. Les pansemens se faisaient deux fois le jour; il sortait de l'ulcération artificielle de cette matière suifeuse mêlée avec le pus. De temps en temps, je cautérisai avec le nitrate d'argent, soit pour détruire le kyste, soit pour favoriser son adhérence avec le tissu cellulaire voisin. Enfin la tumeur étant entièrement affaissée, ayant la presque certitude que la stéatome ne se reformerait plus, je laissai cicatriser la plaie, qui fut entièrement fermée dans l'espace de dix jours, laissant une cicatrice à peine sensible. Il ne resta plus les moindres vestiges de cette tumeur, ni la moindre apparence qu'elle dût se renouveler.

J'ignore si la pommade stibiée a été employée pour un cas semblable. Qu'elle l'ait été ou non, je la considère, quoique l'emploi en soit assez douloureux, comme préférable à l'instrument tranchant; principalement lorsque la tumeur est sous-cutanée, lorsqu'elle est située dans des lieux où l'opération est difficile à pratiquer, et lorsque les malades ont une grande répugnance pour toute espèce d'opérations sanglantes.

Je suis bien convaincu qu'un fait isolé ne suffit pas pour décider du mérite d'un procédé; il faudrait multiplier les tentatives. De mon côté, je ne négligerai pas les occasions qui se présenteront; mais j'ai cru devoir appeler l'attention des praticiens sur cet objet, afin de les engager à tenter aussi des essais qui deviendront plus concluans.

Note sur le traitement de l'incontinence d'urine par la méthode des injections; par M. le docteur Devergie.

En septembre 1835, la Gazette Médicale a publié un mémoire sur le traitement du catarrhe chronique de la vessie par la méthode des injections. Continuant mes recherches sur l'emploi de ce genre de traitement dans les autres maladies de cet organe, j'en ai fait l'application à la cure de l'hématurie idiopathique, la paralysie de vessie et l'incontinence d'urine,

Voici le sommaire des résultats obtenus dans le traitement de l'incontinence d'urine, dans l'espace de trois années, 1836, 1837 et 1838, soit à mon dispensaire, soit en ville.

MALADES TRAITÉS AU DISPENSAIRE....	31	EN VILLE...	11	TOTAL...	42.
INCONTINENCE NOCTURNE............	38	PERMANENTE.	4.		

ENFANCE. — Garçons	8	Filles....	2
ADOLESCENCE. — Hommes..	9	Femmes..	3
AGE MUR. — Hommes....	17	Filles....	3
VIEILLESSE. — Hommes...	9	Femmes..	1
	33		9

ANCIENNETÉ. Chez les malades de 6 à 20, la maladie datait de l'enfance; chez les adultes et les vieillards, elle existait depuis une année jusqu'à cinq.

CAUSES. Abus des alcooliques, 3; abus des femmes, 3; masturbation, 1; fièvres graves, 2; catarrhe de vessie, 6; paralysie de vessie, 4; rétrécissemens, 8; sommeil profond, 12; irritabilité de vessie, 1; blennorrhagie, 2.

TRAITEMENT. Sur 8 malades atteints de rétrécissemens, 4 ont guéri par la dilatation instantanée et progressive avec le cathéter Mayor, 2 par la cautérisation et la dilatation simultanée. Deux seulement ont exigé ces deux moyens, plus l'emploi des injections excitantes.

Sur 12 incontinences nocturnes entretenues par un sommeil profond, 7 garçons et 5 filles: 2 jeunes filles ont guéri par la noix vomique unie aux préparations ferrugineuses; 1 garçon par l'introduction seule des sondes; 7 par les injections légèrement excitantes. Deux filles de 16 à 20 ans qui sont en traitement depuis plusieurs mois, sont prouvé une amélioration notable, mais ne sont pas encore débarrassées de cette infirmité, malgré la vigueur des moyens employés; il y a eu quelques interruptions dans le traitement. L'une, dans ce moment, depuis cinq semaines, n'a pas eu de récidives.

Sur les 6 individus atteints du catarrhe vésical et d'incontinence, 3 ont obtenu guérison par l'emploi des sondes et des injections émollientes et narcotiques; seulement 1 par les balsamiques, 1 par la cautérisation, et le dernier s'est trouvé porter un calcul dans la vessie reconnu par une exploration plus attentive, après un traitement infructueux par les injections; il a été opéré et guéri par la lithotritie.

Sur 9 incontinences par abus des alcooliques, des femmes, et de la masturbation, on a employé le cathétérisme, les injections variées et les frictions aromatiques, stimulantes et aphrodisiaques.

Les quatre sujets atteints de paralysie de vessie ont été vivement modifiés par la strychnine, les frictions aromatiques et aphrodisiaques, les injections balsamiques et excitantes. Deux ont guéri parfaitement, un troisième évite cette infirmité en vidant régulièrement sa vessie; le quatrième n'a rien obtenu : il avait 81 ans.

Les deux incontinences suite de blennorrhagie ont été guéries rapidement par le baume de copahu en injection.

Celle produite par irritabilité de la vessie a cédé aux émolliens de tous les genres.

OBSERVATION D'ECTROPION COMPLET ET D'ULCÈRES SCROFULEUX GUÉRIS RADICALEMENT PAR LES PRÉPARATIONS DE SENCY; communiquée par M. LEMARCHAND, D. M. P.

OBS. — Augustine Lesage, demeurant rue au Maire, 21, âgée de 11 ans, de constitution lymphatique, assez développée pour son âge, appartient à une famille qui n'a jamais été attaquée de scrofule. Ses deux frères sont sains et bien portans.

Depuis deux ans elle était affectée d'un ectropion complet de la paupière inférieure de l'œil droit, survenu insensiblement sans cause externe appréciable, et que l'ensemble des symptômes concomitans nous oblige de rapporter à la maladie générale dont cette jeune fille présentait les caractères.

La tumeur formée par la conjonctive était volumineuse; les cils étaient entièrement tombés; chaque matin du pus agglutinait les paupières de l'œil malade, et des granulations nombreuses saillaient sur la muqueuse affectée.

D'ailleurs la lèvre supérieure, les ailes du nez étaient engorgées, épaisses; et de plus concurremment avec ces symptômes était survenu au tiers inférieur de la région postérieure de la jambe gauche un engorgement qui ne tarda pas à produire un ulcère de neuf lignes de superficie sur une égale profondeur.

En même temps les orteils du même pied offraient un engorgement insolite et de petites ulcérations à aspect violacé en déchiraient la surface.

Cette malade fut alors soumise à tout traitement rationnel possible; ainsi à l'intérieur, l'eau iodée, la teinture d'iode, le vin de gentiane et celui de quinquina, les préparations ferrugineuses, unis à un régime alimentaire fortifiant; à l'extérieur, l'hydriodate de potasse, des solutions ferrugineuses et sulfureuses furent conjonctivement ou successivement mises en usage; joignez à cela le séjour à la campagne pendant six mois.

En 1836, après deux ans de tentatives infructueuses, cette malade fut conduite, sur la proposition du sieur Bazières, à l'Académie royale de médecine, un jour de séance publique, et resta placée dans le bureau pendant trois heures soumise à l'attention de MM. les médecins.

Dès le lendemain, elle entreprit la médication dite de sency, préparée par le sieur Bazières, dont elle recevait par jour trois doses de poudre, à l'intérieur, pendant que conjointement des applications en étaient faites à l'extérieur sur les surfaces ulcérées. Et pendant un an de traitement régulier, voilà quel a été l'état de cette malade : l'œdème de la lèvre supérieure et du nez a disparu peu à peu; insensiblement les granulations se sont affaissées; l'engorgement de la conjonctive a diminué; la paupière est revenue sur elle-même; et aujourd'hui, après trois mois de suspension absolue du traitement mentionné, telle est sa position :

Cette jeune fille a les deux yeux absolument sains, ne présentant aucune difformité, seulement l'œil qui fut malade paraissait un peu plus grand que l'autre; les ulcères et l'engorgement des orteils ont disparu totalement sans trace aucune après guérison; et elle porte au-dessous du mollet gauche une cicatrice de bonne nature, solide, irrégulière, de un pouce environ de superficie; l'état général est très satisfaisant; les fonctions s'exécutent bien, et la maladie générale nous parait disparue chez elle pour toujours.

NOTE DU RÉDACTEUR. Nous avons nous-mêmes administré plusieurs fois avec un véritable succès la poudre de sency dans des cas de goître compliqué d'engorgemens scrofuleux. L'analogie qu'il y a entre ces deux sortes d'affections devait conduire à faire jouir les engorgemens scrofuleux du bénéfice de l'expérience acquise pour les engorgemens thyroïdiens.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 17 JUIN.

PROCÉDÉ POUR ÉVALUER LA TEMPÉRATURE DES VÉGÉTAUX.

M. Becquerel lit une note sur ce sujet. Après avoir, dit-il, fait l'application des effets *thermo-électriques* à la détermination de la température de l'homme et des animaux, j'essayai du même mode d'expérimentation pour évaluer celle des végétaux. Le procédé général consiste dans l'emploi de deux aiguilles parfaitement semblables, composées chacune de deux autres aiguilles, l'une d'acier et l'autre de cuivre, soudées par un de leurs bouts, tandis que les bouts libres sont mis en communication, savoir, les bouts acier avec un fil de même en acier, et les bouts cuivre avec les deux extrémités du fil, qui forme le circuit d'un multiplicateur. Quand la température est la même aux deux soudures, l'aiguille aimantée reste dans sa position d'équilibre; mais pour peu qu'il y ait une différence d'un dixième de degré, la déviation indique cette différence. Il résulte de là qu'en maintenant à une température constante connue l'une des soudures, on peut, au moyen d'une table qui donne les rapports entre les déviations de l'aiguille et les différences de température, trouver la température de la soudure, qui est variable.

Dans l'homme et les animaux, dont la température intérieure est bien supérieure à celle de l'air ambiant, on place une des soudures dans un appareil de température constante, marquant trente-huit degrés, et l'autre est introduite, par le procédé de l'acupuncture, dans la partie qu'on veut explorer. Lorsque je voulus appliquer ce procédé aux végétaux, je reconnus sur le champ l'impossibilité de me servir d'un appareil à température constante, en raison de la faible différence de température qui devait exister entre celles de l'air et des végétaux, l'appareil employé pour les animaux exigeant une différence d'un certain nombre pour être employé avec avantage. Désirant cependant résoudre la question pour les végétaux, comme je l'avais fait, conjointement avec M. Breschet, pour les animaux, je proposai à M. Mirbel de se joindre à moi, il y a deux ans, pour faire les expériences au Jardin-des-Plantes. On commença par percer un arbuste avec un foret très délié, afin d'y introduire une des soudures. L'aiguille introduite ne tarda pas à être altérée, ce qui produisit un courant électro-chimique. Pour remédier à cet inconvénient, les aiguilles furent recouvertes de plusieurs couches de vernis à la gomme laque.

Quant à l'autre soudure, elle était restée dans l'air où la température était sensiblement constante; mais le rayonnement n'étant pas le même aux deux soudures, puisque l'une était recouverte par le tissu ligneux et que l'autre était à l'air libre, il en résulta des effets complexes, qu'il était indispensable d'écarter. M. de Mirbel me proposa alors d'opérer au milieu du Jardin-des-Plantes, en plaçant l'appareil dans une cabane de jardinier. En y entrant, je vis à la porte un arbre en pleine végétation et à côté une branche détachée du même arbre. Il me vint aussitôt dans l'idée, pour éviter la différence du rayonnement, qui était un obstacle au succès des expériences, de mettre une des soudures dans l'arbre vivant et l'autre dans la branche morte du même arbre, et ayant sensiblement le même diamètre. Cette expérience, que la théorie indiquait, réussit parfaitement, et nous observâmes en peu de temps une différence entre la température de l'arbre vivant et celle de l'arbre mort. Le jardinier fut chargé de noter les déviations de l'aiguille aimantée de deux heures en deux heures; mais je m'aperçus le lendemain que, malgré son intelligence, il avait introduit dans les observations tant de causes d'erreur qu'il me fallut renoncer à ce travail jusqu'à ce que je pusse le suivre moi-même.

L'année dernière, M. Dutrochet me demanda quelques renseignemens sur les moyens à employer pour déterminer la température des végétaux. Je lui

communiquai tout ce que j'avais fait à ce sujet, l'engageant à se servir de mes procédés, qui pouvaient le conduire à la solution de la question. Je vois avec le plus vif plaisir qu'il en a fait usage (Voir le compte rendu de la séance précédente), et que les observations qu'il a déjà recueillies serviront aux progrès de la physiologie végétale. Je ne doute pas que le mémoire qu'il va publier incessamment ne renferme les détails que je viens de communiquer à l'Académie, et qui n'ont pu trouver place dans la note.

SUR LA PARALYSIE ET SUR LA NÉVRALGIE DE LA FACE.

M. Magendie, à l'occasion d'une discussion qui avait eu lieu dans une des séances précédentes, sur les fonctions des nerfs de la face, et les effets des sections de ces nerfs pratiquées comme moyen curatif, communique quelques nouveaux faits qu'il a observés dans sa pratique.

Les deux premiers cas sont relatifs à des cas d'hémiplégie survenus chez des jeunes gens, et qui ont été traités par l'électricité appliquée aux nerfs mêmes à l'aide d'aiguilles. En procédant à ces applications, M. Magendie a eu l'occasion de remarquer que le nerf devenu entièrement inhabile à exciter les contractions des muscles de la face conserve cependant une sensibilité qui ne paraît pas inférieure à celle qu'il a dans l'état sain. Ceci, dit M. Magendie, vient à l'appui de mes dernières expériences, qui prouvent que la sensibilité du nerf facial n'est qu'apparente, et n'est autre que celle des filets du nerf de la cinquième paire qui viennent se mêler aux filets du nerf facial.

M. Roux, en citant le cas d'un névralgique chez lequel il a coupé successivement toutes les branches faciales, et où il a vu successivement la douleur se réfugier dans les branches non coupées, a, dit M. Magendie, reporté mon attention sur les relations encore si mystérieuses qui se voient entre les branches d'un même nerf. J'en ai eu un exemple bien remarquable le mois dernier.

Une femme déjà âgée vint me trouver pour me consulter sur une névralgie des plus intenses, et qui depuis cinq ans ne lui laissait pas un instant de relâche. Cette névralgie n'occupait pas à la fois toutes les branches de la cinquième paire, mais se logeait tantôt dans l'une, tantôt dans l'autre. Le jour où elle vint me trouver, le mal siégeait dans le maxillaire inférieur droit. J'y appliquai le courant électrique, et la douleur passa aussitôt dans la langue, abandonnant le nerf maxillaire. J'enfonçai une aiguille dans le côté droit de la langue et je fis passer le courant. La douleur sauta dans le sous-orbitaire; je l'y suivis de même; elle se réfugia enfin dans le nerf frontal, où il n'était pas difficile de l'atteindre; je l'y attaquai par le même procédé, et elle disparut, n'ayant pas pris heureusement pour dernier refuge le filet nasal de l'ophthalmique, comme dans le cas cité par M. Roux, ce qui toutefois ne m'aurait pas découragé, car à l'aide d'une aiguille fine de platine, je ne regarderais pas comme impossible d'y parvenir, et par conséquent d'y diriger un courant électrique. Ma malade fut ainsi délivrée d'un mal qui depuis si longtemps faisait le tourment de son existence. Depuis, la douleur a fait quelques efforts pour se reproduire, mais faibles, et surtout ne s'opposant pas au sommeil, et une seule application de l'électricité suffit pour la faire disparaître.

Depuis quelques jours j'ai eu l'occasion de voir une dame de Paris travaillée aussi depuis longtemps d'une névralgie, mais gisant presque toujours dans le nerf lingual droit. J'y ai appliqué l'électricité, et la douleur a passé dans le nerf maxillaire supérieur, d'où je l'ai immédiatement fait disparaître; elle n'a pas été plus loin, et m'a évité ainsi la peine de la poursuivre.

ADDITION A LA SÉANCE DU 10 JUIN.

SUR LA VÉRITABLE CAUSE ET LE MÉCANISME DE L'INCONTINENCE, DE LA RÉTENTION ET DU REGORGEMENT D'URINE CHEZ LES VIEILLARDS; PAR M. AUG. MERCIER.

L'auteur commence par poser en fait que, sauf les cas où il y a maladie des centres nerveux, ou prostration générale, il n'existe pas de paralysie essentielle de la vessie ou de son col. Cet organe perd parfois sa contractilité; mais ce n'est que consécutivement à une rétention complète ou incomplète d'urine, par la distension ou l'inflammation de la tunique charnue qui en sont le résultat.

Pour M. Mercier, l'incontinence et la rétention d'urine chez les hommes âgés sont presque toujours une hypertrophie de la prostate. Une remarque qui avait échappé jusqu'à lui, c'est que la plupart des vieillards affectés de rétention ont commencé par éprouver une difficulté plus ou moins grande à retenir leur urines. Voici comment il explique cette incontinence :

Le col de la vessie ne se resserre pas circulairement, mais il se ferme par le rapprochement de ses deux moitiés latérales, de manière à représenter une fente antéro-postérieure. L'hypertrophie de la portion transversale de la prostate écarte les bords de cette fente en arrière, de sorte que l'orifice a alors la forme d'un triangle, et c'est par l'aire de ce triangle que les urines s'échappent involontairement. Les lobes latéraux peuvent également donner lieu à l'incontinence, quand, faisant tous deux saillie dans l'urètre, ils forment deux éminences adossées par leur sommet, et empêchent ainsi les bords latéraux du col vésical de se mettre en contact.

La portion transversale n'augmente pas seulement d'un côté à l'autre, mais encore d'arrière en avant, sous forme de valvule. La base de l'orifice triangulaire se rapproche par conséquent du sommet; il vient même un moment où elle se trouve en contact avec lui : alors la valvule ou bord postérieur recouvre l'antérieur, et la rétention succède à l'incontinence. La rétention peut encore être produite par des tumeurs qui, s'élevant des portions latérales de la prostate, et surtout de la portion transversale, font saillie dans la vessie et s'inclinent au-dessus de son col, à la manière de soupapes. Enfin, le même accident peut être causé par le développement isolé de l'un des lobes latéraux qui, repoussant celui du côté opposé, dévie le canal.

Enfin, le regorgement a lieu surtout quand la portion moyenne de la prostate n'a acquis en volume que précisément ce qu'il faut pour oblitérer le canal. La distension de la vessie la tire un peu en arrière, et l'urine s'écoule jusqu'à ce que la distension ayant cessé, la valvule soit revenue à sa première position.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 18 JUIN.

M. le président annonce à l'Académie la mort de deux de ses membres, MM. Fabre et Maingault.

APPLICATION DU NOUVEAU SYSTÈME DES POIDS ET MESURES A LA MÉDECINE ET A LA PHARMACIE.

M. Double lit, au nom d'une commission composée de MM. Guéneau de Mussy, Delens, Boullay, Breschet, Pelletier et Double, un rapport demandé par le ministre sur l'application de la loi du 4 juillet 1837, relative à l'adoption du nouveau système des poids et mesures pour la médecine.

M. le rapporteur fait sentir que l'extension du nouveau système métrique à la médecine dut trouver des obstacles tout naturels, car il ne s'agissait pas ici d'une question de négoce, de causes de contravention, c'était à la vie des hommes qu'on s'adressait, d'où la nécessité de conserver ce qui pouvait fournir le moins de chances d'erreur; la longue habitude de formuler avec les anciens poids, l'obligation de se familiariser avec une nouvelle nomenclature, et de nouvelles quantités rendaient cette adoption difficile. Cependant l'art médical n'étant pas moins libéral que toutes les autres professions qui déjà ont adopté les nouvelles mesures, le moment étant venu où il y a en quelque sorte nécessité de rendre uniformes les poids, considérant enfin qu'il est possible de transiger, d'adopter un moyen terme qui pourra faire appliquer le nouveau système d'une manière insensible, sans s'exposer à une transition brusque qui aurait de graves inconvéniens, la commission s'est arrêtée aux conclusions suivantes :

1° A partir du 1er janvier 1840, les pharmaciens ne se serviront plus que des poids du système décimal.

2° A partir de la même époque, les médecins n'en emploieront pas d'autres dans leurs formules.

3° Les anciennes dénominations pourront être tolérées à cette seule condition que dans la pensée du médecin qui prescrit et du pharmacien qui exécute, elles représenteront des quantités appartenant au nouveau système métrique.

4° Les professeurs aux écoles de médecine et de pharmacie se serviront exclusivement dans leurs cours des mesures du système métrique.

5° Les médecins dans leurs formules écrites ou imprimées exprimeront en toutes lettres les doses des médicamens.

— Une longue discussion s'engage au sujet des conclusions de ce rapport; on les adopte, avec une légère modification proposée par MM. Pelletier et Moreau.

ÉTABLISSEMENT D'UN ANUS ARTIFICIEL EN OUVRANT LE COLON LOMBAIRE GAUCHE, SANS PÉNÉTRER DANS LE PÉRITOINE.

M. Amussat communique l'observation suivante :

Obs. — Une dame de Paris, âgée de 48 ans, depuis longtemps sujette à une constipation opiniâtre précédée quelquefois d'hémorrhagies par le rectum, éprouvait des douleurs vagues dans le bassin et dans la région lombaire. M. Barras, son médecin, me fit appeler pour la première fois le 2 août 1838; nous ne découvrîmes alors et depuis qu'une légère affection de l'utérus, des excroissances polypeuses de l'urètre et une hernie crurale droite ancienne.

Vers le commencement du mois de mai 1839, Mad. D., faisait ses préparatifs de départ pour la campagne, avec les apparences d'une assez bonne santé.

Le 29 mai dernier, je fus appelé de nouveau par M. Barras, pour Mad. D..., qui était revenue de la campagne le 13, fatiguée par une constipation opiniâtre qui datait déjà de huit jours; tous les purgatifs les plus énergiques avaient été employés sans succès. Je reconnus que le rectum était complètement vide et qu'il existait un obstacle au-dessus de cet intestin.

Des douches ascendantes, des injections à l'aide de sondes et de canules portées très haut ne purent vaincre l'obstacle. La tympanite stercorale faisant des progrès, les douleurs éprouvées par la malade étant devenues intolérables et ayant reconnu qu'une obstruction organique complète ne me permettait plus d'espérer de rétablir la voie naturelle, je demandai une consultation, je compris qu'une opération devenait urgente; mais avant de la pratiquer, je demandai une consultation : MM. Breschet, Récamier et Fouquier furent appelés; il fut unanimement convenu qu'une tumeur obstruait le gros intestin au-dessus du rectum; il fut décidé alors qu'on tenterait encore l'électricité et le cathétérisme du rectum avant toute opération. Ces moyens furent inutiles; il y avait déjà vingt-quatre heures de constipation. La malade demandait une opération avec instance.

Le lendemain dimanche 2 juin, nous nous réunîmes de nouveau et l'opération fut décidée à l'unanimité; elle fut pratiquée en présence de MM. Récamier, Breschet, Barras, Prujoo et Erichesen. Dès que la malade fut couchée sur le ventre, la poitrine et l'abdomen soulevés par des oreillers, nous fûmes frappés de la saillie du flanc gauche, c'est-à-dire que le colon lombaire gauche proéminait fortement entre les fausses côtes et la crête de l'os des îles. Il avait été décidé par avance que je suivrais le procédé de Callisen, modifié de la manière suivante : une incision transversale fut pratiquée sur cette saillie, à deux travers de doigts au-dessus de la crête de l'os des îles; elle s'étendait depuis le bord externe de la masse commune du sacro-lombaire, jusque vis-à-vis le milieu de la crête illiaque; elle avait à peu près cinq travers de doigt d'étendue; le fascia superficiel, le grand dorsal et le grand oblique furent incisés dans le même sens et couche par couche; le petit oblique et le transverse furent incisés de même et de plus crucialement; une artériole musculaire fut tordue; puis un feuillet aponévrotique fut incisé en croix. Enfin le tissu cellulaire graisseux qui recouvre immédiatement l'intestin a été incisé et réséqué avec des ciseaux courbes; deux fils ont été passés en haut et en bas dans l'épaisseur des

parois de l'intestin, afin de le retenir et de prévenir son affaissement. Après avoir bien reconnu l'intestin colon *largement dépourvu de péritoine*, un troicart fin a été plongé dans le point le plus saillant de l'intestin fortement distendu, et aussitôt que le poinçon du troicart a été retiré, des gaz et des matières fécales liquides se sont échappés. Un soulagement subit s'en est suivi. Un bistouri boutonné a été insinué à côté de la canule; ce trou a été largement agrandi en plusieurs sens; des gaz et des matières délayées sont sortis en abondance; la malade a aussitôt exprimé vivement le soulagement qu'elle éprouvait; son visage n'avait plus le même aspect, la teinte livide avait disparu. Après avoir fait deux injections, une dans le bout inférieur et l'autre dans le bout supérieur du colon, trois envettes de matières délayées ont été retirées. L'ouverture de l'intestin a été attachée à l'angle antérieur de la plaie par quatre points de suture. Les suites de l'opération elle-même ont été nulles ou presque nulles; il n'y a eu aucun phénomène local qui nous ait donné la moindre inquiétude sur le succès de l'opération; la marche de la plaie a été des plus simples; il n'y a pas même eu d'inflammation érysipélateuse des bords de la plaie; la propreté extrême et les cataplasmes ont prévenu cette complication; mais un grave incident est venu troubler notre sécurité; la hernie crurale droite dont nous avons parlé s'est tout à coup enflammée, deux jours après notre opération, et pendant plusieurs jours elle nous a donné de sérieuses inquiétudes; la malade avait le triste pressentiment d'une double opération grave. Heureusement un traitement antiphlogistique énergique nous a fait triompher de ce redoutable accident. Sans la hernie crurale dont il a été question, nous n'aurions pas eu la moindre inquiétude.

Maintenant, seize jours après l'opération, la malade est parfaitement bien.

Depuis plusieurs jours elle a repris ses habitudes; ses repas sont réguliers, ainsi que ses selles. Les matières sont moulées : elle les rend deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures. Tout nous fait espérer une guérison aussi durable que le permettra la tumeur du bassin.

Réflexions. J'ai considéré comme un devoir, continue M. Amussat, de me hâter de vous communiquer ce fait pour encourager les chirurgiens à ne pas hésiter de faire cette opération dans les cas analogues qui ne sont malheureusement pas rares.

J'insiste surtout pour faire remarquer que ce n'est pas seulement un fait heureux d'une opération basée sur des données positives d'anatomie chirurgicale. C'est la seule voie sûre; mais elle avait été rejetée, dédaignée et abandonnée par les hommes les plus capables de l'apprécier, cependant, faute d'examen et de méditation. Maintenant que j'ai reconnu et démontré que c'est une voie sûre et facile, c'est-à-dire qu'on peut établir l'anus artificiel *sans intéresser le péritoine, sans pénétrer dans l'abdomen*. Enfin, je suis heureux de pouvoir ajouter que ce n'est pas seulement mon opinion, mais celle des hommes les plus éclairés qui ont pris la peine de vérifier le fait depuis, et M. Breschet, qui a bien voulu m'aider de ses conseils, est de cet avis, c'est-à-dire que ce procédé est facile et infiniment moins dangereux que tous les autres.

M. Amussat termine en engageant les praticiens à essayer sur le cadavre le procédé qu'il a employé chez sa malade, soit que le gros intestin soit ou non distendu par de l'air qu'on y aurait insufflé, et après avoir incisé les parties qui recouvrent l'intestin, à attirer fortement celui-ci aux bords de la plaie à laquelle on le fixera en dehors et en avant, par quatre points de suture. On examinera ensuite l'état des parties en ouvrant l'abdomen, et on mesurera la longueur de l'intestin au-dessous de l'ouverture pratiquée vis-à-vis de la région lombaire.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

DIE SCROPHELKRANKHEIT, ETC. (LA MALADIE SCROFULEUSE, ET PARTICULIÈREMENT L'OPHTHALMIE SCROFULEUSE); par M. le docteur Ruete. Gœttingue, 1838, avec huit lithographies.

UEBER DIE SCROFELN AM AUGE (DES SCROFULES DE L'ŒIL); par le docteur Rohm. Dissert. inaugurale. Vienne, 1838.

Quand on considère combien les maladies scrofuleuses qui affectent l'organe de la vision sont fréquentes, on est étonné qu'elles ne fassent pas plus souvent le sujet de monographies; et ceci s'applique à l'Allemagne comme à la France; car je ne sache pas qu'avant 1838 on ait publié un travail *ex professo* sur cette matière chez nos voisins, quoiqu'ils s'adonnent bien plus que nous à l'étude des maladies des yeux. Enfin, cette lacune paraît avoir été sentie en même temps dans le nord et dans le midi de l'Allemagne; les deux ouvrages dont nous avons transcrit les titres ont paru à peu près à la même époque. Examinons d'abord celui du docteur Ruete, comme le plus important, et par son étendue, et par la position de l'auteur, qui est professeur particulier à l'Université de Gœttingue.

La première moitié de l'ouvrage est consacrée aux scrofules en général. L'auteur décrit d'abord ce qu'il appelle l'*habitus* scrofuleux; ensuite, il passe aux symptômes de la maladie. Cette partie de l'ouvrage ne nous paraît pas complète, M. Ruete néglige trop une foule d'accidens scrofuleux, tels que les éruptions cutanées, le coryza, l'otorrhée, les caries, les tumeurs blanches, pour s'arrêter plus particulièrement à la description de ce qui se passe dans les glandes mésentériques. Du reste, l'auteur ne considérant cette première partie que comme accessoire, pouvait n'insister que sur les points essentiels. Les recherches qu'il a faites, tant à l'œil nu qu'au microscope, le conduisent à admettre quatre périodes dans la dégénérescence des glandes chez les scrofuleux. Dans la première, les glandes présentent deux aspects différens; tantôt elles sont congestionnées, leur tissu est rouge et ferme; tantôt elles ne présentent point d'injection, elles sont d'un blanc mat, jaunâtres, plus dures qu'à l'état normal. Dans cette période, on ne trouve pas encore cette matière albumineuse, exsudée, qui se rencontre plus tard; on fait pénétrer facilement de la matière à injecter dans les vaisseaux lymphatiques et les glandes. La deuxième période est caractérisée par l'exsudation d'une matière jaunâtre, qui, vue au microscope, paraît formée de globules un peu plus grands que ceux du sang, et qui se déposent dans l'interstice des vaisseaux sanguins et lymphatiques, quelquefois aussi à la surface de la glande, entre celle-ci et la membrane qui la recouvre. Deux fois ces globules paraissaient formés d'une enveloppe et d'un noyau. Les vaisseaux sanguins et lymphatiques continuent à être perméables. Dans la troisième période, la matière tuberculeuse exsudée est tellement abondante qu'elle comprime les vaisseaux, les rend imperméables, et détruit peu à peu le tissu des glandes. Cette matière consistante se ramollit dans la quatrième période et devient puriforme.

En parlant des causes des scrofules, M. Ruete fait voir que M. Baudelocque a été trop exclusif en n'attribuant qu'à l'influence de l'air vicié le développement de cette maladie; tout ce qui peut altérer profondément la nutrition peut devenir cause de scrofules.

Avant de parler du traitement de la maladie, l'auteur indique les moyens à employer pour la prévenir; ensuite il s'arrête au traitement diététique, lequel est le plus essentiel, car il guérit souvent seul, et sans lui les médicamens resteront toujours sans effet. Lorsqu'on est obligé d'avoir recours à ces derniers, il suffit quelquefois dans les cas légers d'administrer des purgatifs, puis des toniques pour régulariser les fonctions digestives. L'auteur blâme avec raison l'abus qu'on fait si souvent du calomel comme purgatif; ce médicament donné pendant long temps, au lieu d'être favorable aux scrofuleux, augmente souvent encore leur état cachectique; il faudrait cependant se garder de le proscrire; associé au soufre doré d'antimoine, le calomel constitue un moyen précieux que nous avons employé avec succès dans un grand nombre de cas où d'autres antiscrofuleux avaient été inefficaces. L'iode, le brôme, les fleurs d'arnica et le camphre, mais surtout le premier, sont des médicamens puissans, qu'il faut employer avec précaution, surtout chez les individus disposés à la phthisie. L'huile de foie de morue n'a pas réussi entre les mains de l'auteur; nous avons été plus heureux en obtenant quelques beaux succès au moyen de ce médicament.

M. Ruete termine cette première partie en indiquant le traitement local des engorgemens glanduleux et des ulcères qui en sont souvent la suite.

La seconde partie de l'ouvrage du docteur Ruete est consacrée à l'ophthalmie scrofuleuse, ou plutôt aux affections scrofuleuses de l'œil et de ses annexes; car l'auteur ne borne pas ses recherches à l'inflammation des différentes parties du globe de l'œil; il parle également de l'amaurose scrofuleuse et des affections scrofuleuses de l'appareil lacrymal. Avant de passer à ces différentes formes, il consacre une dixaine de pages aux généralités sur l'ophthalmie scrofuleuse; il fait voir que celle-ci commence d'ordinaire par la conjonctive palpébrale, et les glandes de Meibomius, pour s'étendre de là soit aux organes lacrymaux, soit au globe de l'œil. Presque toutes les formes de cette ophthalmie sont accompagnées d'un symptôme qui manque rarement: la photophobie. L'auteur ne connaissait pas le dernier ouvrage de M. Sichel, sans cela il n'aurait pas manqué de réfuter l'opinion de cet ophthalmologiste qui soutient que la photophobie ne s'observe point dans l'ophthalmie scrofuleuse simple; opinion dont nous avons cherché à démontrer l'inexactitude ailleurs. M. Ruete se borne à combattre la manière de voir de M. Mirault qui considère la photophobie comme dépendant d'une rétinite; la longue durée de ce symptôme sans qu'il en résulte un affaiblissement de la vue, sa terminaison quelquefois subite, la nature des moyens qui la guérissent, sont effectivement contraires à cette opinion.

Le traitement de l'ophthalmie scrofuleuse doit être général et local. Dans le cas d'une inflammation intense des parties importantes de l'œil le traitement antiphlogistique est à employer. M. Ruete aurait dû ajouter cependant que ce cas est rare et qu'on fait un grand abus de sangsues dans cette ophthalmie qu'on prolonge quelquefois indéfiniment par ce mode de traitement. On peut en dire autant des applications émollientes que l'auteur accuse avec raison de rendre l'ophthalmie plus opiniâtre et plus dangereuse. Les résolutifs plus ou moins irritans, les astringens, les

toniques ne conviennent, suivant M. Rnete, que dans la période passive de l'inflammation; mais, encore ici, il aurait dû ajouter que l'état passif ou chronique est inhérent à l'ophthalmie scrofuleuse; que du moins l'état aigu est beaucoup plus rare, et que dans l'immense majorité des cas, on emploie avec succès, dès le début, les préparations stimulantes, telles que les solutions de sublimé, de sulfate de zinc, de pierre divine, les teintures d'opium, les pommades de précipité rouge ou blanc de mercure, de fleurs de zinc, etc.; c'est là ce que nous a démontré l'observation de quelques centaines d'ophthalmies scrofuleuses.

La photophobie suit d'ordinaire les phases de l'ophthalmie, et n'exige point de traitement particulier; cependant elle est quelquefois très intense, quoique l'œil soit à peine enflammé, et d'autres fois elle persiste après la disparition presque complète de l'inflammation. Dans ces cas, M. Ruete préfère, de tous les moyens proposés, celui d'Arnemann, qui consiste dans des fomentations faites par intervalles avec une solution d'un grain de sublimé dans deux onces d'eau distillée, avec addition de deux gros de teinture d'opium. Le moyen qui nous a le mieux réussi, c'est la révulsion à la nuque par le vésicatoire ou la pommade stibiée, quelquefois aussi les fomentations ou les frictions avec la décoction ou l'extrait de belladone.

Les bains exaspèrent l'ophthalmie scrofuleuse, suivant l'auteur. Nous ne pouvons être de cet avis, du moins pour ce qui concerne les bains aromatiques, qui constituent l'un des moyens que nous employons le plus constamment pour toutes les formes de scrofules. M. Rnete leur substitue les lotions tièdes de tout le corps, suivies de frictions avec de la flanelle chauffée.

A la suite de ces généralités vient ensuite la description des différentes formes de l'ophthalmie scrofuleuse, qui sont: A la blépharite glandulense; B l'orgelet; C l'anchylops; D la conjonctivite; E l'inflammation de la glande lacrymale; F l'hypertrophie lacrymale; G l'inflammation du sac lacrymal; H l'amaurose.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans ces détails, qui doivent nécessairement être longs pour être complets, mais que l'auteur aurait néanmoins pu abréger; car, après avoir indiqué les altérations que chacune de ces formes occasionait quelquefois, il devait se dispenser de suivre ces altérations et d'en décrire le traitement; c'est ainsi, pour en citer un exemple, qu'il a bien fait de dire que la blépharite glanduleuse peut occasioner l'entropion et l'ectropion; mais le traitement de ces deux maladies n'appartient plus à l'ophthalmie scrofuleuse et pouvait être omis sans inconvénient. Il vaut cependant mieux qu'un auteur en dise trop que trop peu, surtout lorsque ce qu'il dit est bon, et, sous ce rapport nous ne pouvons donner que des louanges à l'ouvrage du docteur Ruete. Les huit lithographies noires et coloriées qui représentent des engorgements glanduleux de la poitrine, de l'abdomen et des ophthalmies scrofuleuses, sont bien exécutées.

Le second ouvrage, dont nous avons inscrit le titre en tête de cet article, est beaucoup moins long que le précédent. M. Rohm commence par établir une théorie toute chimique sur les scrofules; suivant lui, cette maladie consiste dans une altération de la lymphe, par suite de laquelle il se forme une matière scrofuleuse, qui est déposée dans les organes, a une couleur sale, blanche, jaunâtre, une odeur pénétrante nauséeuse, et ressemble, pour sa composition chimique, le plus à l'acide oxalique et à l'acide benzoïque. Nous ne savons sur quelles recherches sont basées ces assertions, qui servent à l'auteur pour établir sa médication, laquelle consiste d'abord à empêcher la formation de l'acide par un régime bien ordonné et l'usage des alcalis: carbonates de soude, de potasse, magnésie, eau de chaux, savon. Si cela ne suffit pas, il faudra évacuer et décomposer la matière scrofuleuse; l'évacuation s'obtient par les purgatifs, les mercuriaux, les antimoniaux, la digitale, l'assa fœtida, la belladone. La décomposition se fait par l'iode, le brôme, la baryte. En dernier lieu, on améliore la composition du sang et l'on fortifie les organes digestifs par les amers.

La description des différentes formes sous lesquelles la maladie scrofuleuse se manifeste à l'œil nous a mieux satisfait que la première partie de la dissertation. M. Rohm les traite d'une manière complète, quoique succincte; il parle même de deux variétés qui s'observent fréquemment et que M. Ruete a oubliées: l'éruption impétigineuse des paupières et la tuméfaction et la carie du bord de l'orbite. Les traitements conseillés par l'auteur dans ces différentes affections sont basés sur l'expérience et ne se ressentent pas des idées théoriques qu'il a émises au commencement de son travail; ils ne présentent, du reste, rien de nouveau, ce qui nous permet de les passer sous silence, pour ne pas augmenter encore l'étendue de cette analyse.

V. Stoeber.

VARIÉTÉS.

— M. le docteur Trousseau a été nommé professeur de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Paris, à la suite du concours dont nous avons rendu compte. La nomination de M. Trousseau a réuni tous les suffrages. Les candidats qui ont obtenu des voix au scrutin sont MM. Guérard, Requin et Cazenave. Voici comment les votes ont été répartis:

Premier tour: M. Guérard, 4 voix; M. Requin, 3; M. Trousseau, 3; M. Cazenave, 1.

Deuxième tour: M. Trousseau, 5; M. Guérard, 4; M. Requin, 2.

Troisième tour: M. Trousseau, 7; M. Guérard, 4.

— On lit dans le Journal de l'Aube:

« La fille du faubourg de Preize, Ed... C....., frappée il y a quelques semaines d'un mandat d'arrêt, sous la prévention du crime d'infanticide, vient d'être mise en liberté. Son enfant, découvert dans la fosse des lieux d'aisance de la maison de son père, était né avec une affection morbide des plus extraordinaires. Vues à l'extérieur, sa conformation et son organisation ne différaient point de l'état naturel chez l'enfant né à terme et viable. Les viscères contenus dans la cavité du bas-ventre et de la poitrine étaient aussi dans l'état naturel; mais les deux tiers environ de la cavité du crâne ne contenaient que de la sérosité. Quant au cerveau, il n'en existait d'autres vestiges qu'une petite saillie située à la partie inférieure de la cavité qu'il devait remplir en totalité. Les deux lobes du cervelet se voyaient encore, mais tellement ramollis, que ce ramollissement était évidemment morbide. La protubérance annulaire et le bulbe de sa tige rachidienne (la queue de la moelle épinière) étaient donc les seules parties de la masse encéphalique qui restassent distinctes et intactes.

Si les médecins experts (MM. les docteurs Pigeotte et Bédor) qui ont procédé à l'autopsie eussent cru pouvoir se dispenser de faire l'ouverture du crâne, cette maladie, qui devait nécessairement causer la mort de l'enfant peu de temps après sa naissance, fût restée inconnue, l'enfant eût été déclaré viable, et la mère, traduite devant la cour d'assises, eût peut-être été condamnée à mort.

— Un concours pour le grade de médecin-adjoint des hôpitaux militaires s'est ouvert au commencement de ce mois au Val-de-Grâce; les épreuves viennent de finir; M. Casenenve, chirurgien aide-major, a obtenu la première place.

— Traité de médecine opératoire, bandages et appareils, avec planches explicatives intercalées dans le texte; par le docteur Charles Sédillot, professeur de médecine opératoire au Val-de-Grâce.

Première livraison, pag. 1 à 210.

A Paris, chez Crochard et comp., rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.

— De la nécessité de la cautérisation antéro-postérieure dans certains rétrécissements du canal de l'urètre; par le docteur Barré neveu, de Rouen.

Brochure in-8 avec fig. Prix: 2 fr.

— Lettres sur le magnétisme animal et le somnambulisme à l'occasion de mademoiselle Pigeaire, à MM. Arago, Broussais, Bouillaud, Donné et Bazile; par le docteur Frappart.

Un vol. in-8 de 160 pages. Prix: 2 fr. 25 c.

— De l'exercice de la médecine en province et à la campagne considéré dans ses rapports avec la pratique; par D. Thaumière, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Brochure in-8. Prix: 2 fr.

Ces trois ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

— Recherches philosophiques sur la médecine considérée comme science et comme art, suivies d'une dissertation médico-pratique sur la miliaire et sur les maladies épidémiques en général; par P.-H. Duvivier, docteur-médecin, ancien chirurgien en chef de l'hôpital de la maison militaire du Roi, ancien professeur à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, officier de l'ordre royal de la Légion-d'honneur, etc.

Un vol. in-8. — Prix: 4 fr. 50 c.; franco par la poste: 6 fr.

Paris, à la librairie des sciences médicales de Just Rouvier, rue de l'Ecole-de-Médecine, 8.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier juillet. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée en domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la GAZETTE MÉDICALE, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

ANATOMIE GÉNÉRALE.

RECHERCHES ANATOMIQUES SUR LA STRUCTURE DES MEMBRANES MUQUEUSES GASTRIQUE ET INTESTINALE; par M. FLOURENS.

J'ai fait voir, dans un précédent mémoire, que la membrane muqueuse des lèvres, de la bouche et de l'œsophage se compose de trois membranes distinctes, le derme, le corps muqueux et l'épiderme.

Avant moi, on n'avait guère étudié le corps muqueux que sur la langue; je l'ai suivi sur les lèvres, sur les joues, dans l'œsophage. On supposait d'ailleurs, d'après Malpighi, que le corps muqueux de la langue était disposé en réseau; et j'ai montré qu'il forme, au contraire, une membrane continue (1).

Quant à l'épiderme, on l'a signalé de bonne heure sur les lèvres, dans la cavité buccale, dans l'œsophage, et même quelques anatomistes sont allés plus loin : ils ont cru le reconnaître jusque dans l'estomac et dans les intestins. Mais cette dernière opinion de l'existence d'un épiderme

(1) Voyez GAZ. MÉD., années 1837-38.

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

Mon cher confrère,

Les assemblées les plus graves ont leurs heures de distraction savante et de délectable abandon; les auteurs du système décimal ne prévoyaient pas que leur simple et ingénieuse création fournirait un jour à une publique réunion de médecins le sujet d'une de leurs séances les plus ébahissantes. Avez-vous assisté, cher confrère, à cette discussion entre les fauteurs de la numération décimale et les zélateurs émus des vieux usages et des signes cabalistiques? L'Académie a son parti conservateur, aussi bien que certaine autre assemblée délibérante; les conservateurs de la rue de Poitiers s'efforcent de maintenir, par l'autorité de la tradition, le grain, le drachme, le scrupule, l'once et la livre, tels que les indiquaient nos pères dans leurs vénérables formules; de plus, ils réclament la continuation d'un privilége qui ne laissait pas jadis que d'aider à la considération du praticien, et qui consiste à remplacer les dénominations des poids médicinaux par ces bienheureux hiéroglyphes que chacun sait, chiffres mystérieux qui donnaient aux formules leur *couleur locale*. L'époque approche où la loi sur l'usage des mesures métriques devient exécutoire dans toute l'étendue du pays; l'administration prélude déjà à cette rigoureuse exécution par des ordonnances, des saisies et des procès-verbaux, suivis d'arrêts et d'amendes en bonne et due forme. En vérité, nous ignorons jusqu'à quel point la pratique médicale peut se soustraire aux prescriptions administratives, et transiger avec une loi générale : ce sera beaucoup, à notre avis, que d'obtenir du gouvernement la concession transitoire qu'a formulée M. Double dans un rapport plein de bon sens et de sagesse. Or, l'alarme a été grande dans le camp des conservateurs, quand ils se sont vus sous l'imminence décimale : aucuns ont déployé une sorte de tendresse pour l'ancien système, y compris les signes traditionnels; ils se sont récriés contre l'obligation qu'on va leur imposer d'étudier, à leur âge, une arithmétique nouvelle, dont le labeur effraie leur sénile intelligence; il est vrai qu'à deux pas de la rue de Poitiers, des enfans de dix ans, guidés par les frères chrétiens, s'aventurent avec quelque succès dans le dédale de la numération décimale, et que le caractère excellent de ce système n'est autre que sa facile simplicité même; il est encore vrai que, depuis quarante ans, il est mis en pratique dans les prescriptions des hôpitaux militaires, sans qu'il en soit jamais résulté ni erreur dans la dosation, ni embarras dans la comptabilité : mais, que voulez-vous, il y a dans l'Académie royale de médecine des hommes qui ont vu naître le système décimal, et qui déclarent, quarante ans après, dans une séance publique, en ignorer encore les bases.

Le concours de matière médicale et de thérapeutique est enfin terminé; le scrutin vient d'éditer un heureux de plus; le nom qui en est sorti est assez connu dans le monde médical pour n'avoir pas besoin d'un accompagnement

dans l'estomac et dans les intestins u'a jamais été admise saus contradiction.

Aiusi, dès la fin du dix-septième siècle, Glisson soutenait déjà que l'épiderme manquait daus les iutestins, et qu'il était remplacé par le mucus qui les lubrifie (1). Plus de cent ans après Glisson, Bichat niait de nouveau, et d'uue manière presque aussi absolue que Glissou, l'épiderme de l'estomac et des intestins. « Daus l'estomac, dit-il, et dans les intestins, l'instrument le plus délicat ue peut soulever l'épiderme; jamais dans la macératiou et dans l'ébullitiou de ces parties, je u'ai vu l'épiderme se soulever à leur surface; j'ai extrait du veutre d'un chien une portion d'intestiu, et j'ai appliqué dessus un épispastique: aucune pellicule ne s'est soulevée. »...... « D'après ces considératious, coutinue-t-il, il paraît que l'épiderme n'existe pas sur ces membranes muqueuses. »...... « Du moins ne pourra-t-il y être admis qu'après un exameu nouveau qui, je crois, prouvera plutôt contre que pour sou existence (2). »

Béclard partage l'opiuion de Bichat. « Cette question, dit-il (celle de l'existence de l'épiderme sur les membranes muqueuses de l'estomac et des intestins), ne peut guère être résolue autrement qu'elle ue l'a été par Bichat, qui, ajoute-t-il, penche beaucoup vers la négative (3). »

Enfin, Meckel, qui, comme Béclard, semble s'être imposé la tâche de soumettre à uue nouvelle étude presque tous les grands travaux de Bichat, s'exprime, sur la question qui nous occupe, eu termes plus formels encore que Bichat lui-même. « Les épispastiques, dit-il, pendant la vie, et la macération après la mort, sont impuissans pour démoutrer l'existence d'un épiderme sur la tunique villeuse de l'estomac et des intestins. »...... « Il est donc fort douteux que cet épiderme existe, et que, comme le penseut Haller et Bichat, sou existeuce soit attestée par la sortie de membraues ayaut la forme des cauaux d'où elles s'échappeut, puisque la formatiou de ces membranes peut très bieu s'expliquer autrement (4). »

Ainsi, Glissou, Bichat, Béclard, Meckel, nient l'épiderme de l'estomac et des iutestins; mais, d'un autre côté, plusieurs auatomistes uon moins célèbres l'admettent : Ruysch, Lieberkuhn, Haller, etc.

Ruysch l'admet, et le uomme *epithélium*. Il u'est pourtant pas sûr qu'il l'ait réellement séparé de la tunique villeuse des intestins, car il se borne à dire *qu'on voit les villosités de cette tunique sans avoir besoin d'ôter l'epithélium* (5).

(1) Mucus interiorem tunicam sua mucilagina crusta oblinit, et eamdem, velut cuticulæ vicarius, à cruentatione tuetur. Etenim interior superficies hujus tunicæ caret cuticule..., et muco illo, loco cuticulæ, tegitur. (Glisson, DE VENTRICULO ET INTESTINIS.)

(2) Bichat (ANAT. GÉNÉR.), t. IV, p. 471.

(3) Béclard. (NOTES SUR BICHAT.)

(4) Comme la formation de toute fausse membrane : par l'effet de l'inflammation. (Meckel, MANUEL D'ANAT., t. I, p. 499.) Les membranes rendues dans les phlegmasies des intestins ne sont aussi, aux yeux de Béclard, que de simples produits de l'inflammation : « L'analogie, dit-il, doit les faire regarder comme des pseudo-membranes. » (NOTES SUR BICHAT.) On ne pourra plus douter, quand on aura lu ce qui suit, que *les membranes rendues dans les phlegmasies des intestins* ne soient le véritable épiderme de ces membranes.

(5) In prolabiis papillæ haud in conspectum veniunt, nisi epithelia prius sit ablata; in intestinis vero, instar villorum serici villosi surrectorum visui apparent, sine integumenti aut epitheliæ ablatione. (RUYSCH, *Thesaur.*, VII, n. 40.)

Lieberkuhn est, à ce que je crois, le premier qui ait nettement vu l'épiderme des intestins; et peut-être même le seul de ces anciens auatomistes qui l'ait bien vu. Il dit qu'uue membrane semblable à l'épiderme recouvre les villosités des iutestins; et, ce qui est plus précis eucore, il dit que cette membraue se continue avec l'épiderme de l'estomac, de l'œsophage et de la bouche (1).

Pour Haller, il admet, comme Lieberkuhu, l'épiderme de l'estomac et des iutestins; mais, ce qui ôte beaucoup de poids à sou assertiou, c'est qu'il semble coufoudre partout le véritable épiderme avec la tunique villeuse de ces parties (2).

Depuis Haller, plusieurs anatomistes habiles, nommément M. Dœllinger, ont vu l'épiderme de l'estomac et des intestins; et même M. Dœllinger a fait, à cette occasiou, la remarque très juste que les villosités de l'intestin sont euveloppées par cet épiderme comme les doigts de la main le sont par les doigts d'un gaut (3).

De tous les anatomistes que je viens de citer, Lieberkuhn est donc le premier qui ait bieu connu l'épiderme des muqueuses gastrique et intestinale. Il est, de plus, le premier qui, pour détacher cet épiderme de la tunique villeuse, ait procédé d'une manière régulière, c'est-à-dire à l'aide d'une macération bien conduite.

C'est aussi à l'aide d'une macération bien conduite, et conduite même avec des précautions que n'y avait pas apportées Lieberkuhn (4), que j'ai réussi à détacher l'épiderme de l'estomac et des intestins; et à le détacher, non par fragmens, par lambeaux, non par une sorte de bonne fortune et comme au hasard, mais par larges plaques, mais par lames entières et continues, mais d'uue manière sûre et constante.

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie deux portions d'intestin grêle qui présenteut, daus toute leur étendue, l'épiderme de la tunique villeuse, partout distinct et détaché de cette tunique.

Cet épiderme forme une membraue continue, fine, transpareute. La face externe est toute hérissée de petites saillies; l'interne offre une foule de petits eufoucemens. Ces saillies exterues, ces enfoncemens internes

(1) Si pars intestini, elota prius et aperta, immittatur in aquam, et sat diu intra banc relinquatur vase clauso, membrana illa (epidermidi similis) secedit, et non adeo facile putrescit, ac reliquum intestinum. Est quoque hæc membrana epidermidi continuata: nam....... similis membrana eum bac cohærens, de interiore oris, œsophagi, ventriculi et intestinorum superficie secedit....... (LIEBERKUHN, *De fabrica et actione villorum intestinorum tenuium*)

(2) Epidermis per os, et gulam, in ventriculum producta, demum in intestinum propagatur, estque ejus tunica intima....... Etsi nunc villosa, mollior, obque villos alia prædita habitu, parum videtur de epidermidis habere natura, multas tamen et præcipuas ejus notas retinet. Ut enim amissa epidermis restituitur; ita plurima sunt exempla hominum, quibus late de ano membrana villosa decessit, qui iidem tamen sensim convaluerunt. (HALLER, *Elem. physiolog.*, t. VII, p. 22.)

(3) Obducit villos tenuis epidermis vaginulas formans, quibus insunt sicut digiti manicæ. (DOELLINGER, *De vasis sanguiferis quæ villis intestinorum tenuium hominis brutorumque insunt.*)

(4) La première de ces précautions est de purger entièrement, et par des moyens qu'une longue expérience a pu seule me donner, la membrane muqueuse de tout mucus. Mais je ferai connaître plus tard, dans tous ses détails, la méthode nouvelle de macération que j'emploie dans ces travaux.

biographique; M. Trousseau promet à la Faculté un professeur distingué; le talent d'élocution qu'il a montré dans les épreuves orales n'a pas peu contribué à son succès : l'éclat de ses luttes antérieures, son activité comme écrivain et comme professeur particulier, enfin les promesses d'une organisation facile et brillante, ont achevé d'entraîner le jury. Sa nomination a été bien accueillie par la foule des élèves; nous notons cette circonstance, moins pour relever la valeur de certaines démonstrations, que pour faire ressortir la fortune du candidat victorieux qui a cumulé, bonheur rare! le bénéfice du scrutin avec les joies explosives de la popularité. Quoique le public se soit moins occupé de ce concours que du précédent, il est juste de reconnaître ce qui s'est dépensé de solide science et d'esprit et d'élocution dans la série des épreuves dont nous avons rendu compte. M. Trousseau n'a pas eu bon marché de ses compétiteurs; il en est qui ont abordé la chaire avec une remarquable maturité de talent et d'intelligence; tel a laissé entrevoir un fonds très riche de connaissances accessoires; tel a mêlé à l'exposition du détail scientifique la verve d'un esprit original et l'assaisonnement d'une érudite causticité. Espérons que l'heure de rémunération est aussi marquée pour eux dans l'avenir et que la fortune ne fera pas défaut à tant de persévérance et de capacité. Le concours de pathologie interne qui n'est plus éloigné est une nouvelle occasion offerte à leur émulation : de la thérapeutique à la pathologie il n'y a qu'un pas; peut-être suffira-t-il pour enjamber la chaire qui va susciter de nouvelles luttes.

La province est aussi en mal de concours : la faculté de Strasbourg va se mettre en quête d'un professeur pour l'enseignement de l'hygiène et de la physique médicale, deux sciences qui sont distinctement enseignées à Paris et qui sont encore accouplées à Strasbourg. Tout annonce que le jury sera dispensé de comparer et de choisir parmi les concurrens, un seul candidat se présentant, dit-on, pour la succession de feu M. Meunier. Naguère cinq compétiteurs ont disputé la chaire de médecine légale, et pour la seconde fois la faculté s'est abstenue de nomination : voilà que le précédent deux fois négatif porte ses fruits, et que les candidats s'éloignent de cette école. Trois concours pour les trois branches de l'agrégation se sont succédé récemment dans son sein. On sait combien ces luttes sont populeuses et brillantes à Paris; Montpellier voit aussi de nombreux concurrens se débattre au seuil de l'agrégation : qu'a-t-on vu à Strasbourg? Six places d'agrégés étaient vacantes dans les trois sections; six compétiteurs, disons mieux, six aspirans se sont présentés, et, après les formalités accomplies, ont reçu l'investiture des places vacantes en nombre égal; ce résultat était prévu, presque nécessaire; mais alors à quoi bon le concours? Il n'existe plus, dès que le nombre des prétendans ne dépasse point celui des emplois à distribuer; il devient un simple mode de répartition, mais un mode dispendieux et accompagné d'une sorte de parade officielle. La pénurie des sujets autour de la faculté de Strasbourg est un fait avéré; il lui manque une pépinière de jeunes hommes d'une portée sérieuse et d'une valeur positive, parmi lesquels elle ait à choisir les héritiers de ses défuntes notabilités. Ce n'est pas que les places qui ont successivement vaqué dans son sein n'aient été convenablement remplies : mais dans l'intérêt même des hommes distingués qu'elle a recrutés pour son enseignement, il eût été à désirer qu'il y eût lutte vive et concours de fait : les chaires de physiologie, d'accouchement, de botanique, de chimie, ont été adjugées coup sur coup à la suite de concours où figuraient un ou deux candidats seulement; même chose se serait reproduite dans les récens concours pour les chaires de physiologie (nouvelle vacance) et de

marquent les points de l'épiderme qui répondent aux papilles du derme, et qui servent de gaînes à ces papilles.

Mais, ce n'est pas seulement un épiderme, membrane propre et continue, qui se voit sur les deux pièces que je mets sous les yeux de l'Académie. On y voit aussi un véritable corps muqueux, interposé entre les papilles du derme et de l'épiderme, un peu plus épais que l'épiderme, et formant la première gaîne des papilles du derme, dont l'épiderme ne forme que la seconde.

A l'épaisseur près, la lame du corps muqueux répète exactement la lame de l'épiderme : toute hérissée, comme elle, de petites saillies à la face externe; et toute parsemée de petits enfoncemens à la face interne.

Il faut pourtant ajouter que lorsque les gaînes de ce corps muqueux restent attachées aux papilles du derme, ce corps forme un véritable réseau; mais un réseau factice, un réseau qui, comme le fameux *réseau de Malpighi* ou du corps muqueux de la langue, ne dépend que de l'adhérence artificielle des gaînes du corps muqueux aux papilles du derme.

J'ai retrouvé cette même structure d'une membrane muqueuse composée de trois membranes superposées, le derme, le corps muqueux et l'épiderme, sur l'estomac; et je l'y ai retrouvée malgré la finesse extrême de la membrane muqueuse de cet organe.

On peut dire que les papilles, et particulièrement les papilles, d'ailleurs si remarquables, de l'intestin grêle, ne paraissent, dans toute leur richesse et dans toute leur admirable régularité que lorsqu'elles sont dépouillées et du corps muqueux et de l'épiderme, qui, dans l'état ordinaire, les masquent et les recouvrent.

On peut dire de plus que ce n'est qu'alors qu'on s'assure bien de toute la généralité de ce fait, déjà établi dans mes précédens mémoires, savoir : que les villosités ou papilles ne sont partout que des productions du derme; qu'elles tiennent partout à ce derme, et que le corps muqueux et l'épiderme ne font jamais que leur servir de gaînes ou d'enveloppes.

Un second fait non moins important, et qui tire également une nouvelle force de ces nouvelles recherches, c'est que le caractère général des membranes muqueuses, même des membranes muqueuses les plus profondes, est d'offrir un derme recouvert d'un corps muqueux et d'un épiderme, comme le caractère général de la peau est d'offrir un derme recouvert de deux épidermes.

Il est aisé de voir enfin que la structure mieux connue de l'estomac et des intestins donne un secours nouveau à l'étude physiologique de ces organes. Il a toujours répugné à la physiologie, et cela malgré l'autorité des plus grands observateurs, des Glisson, des Bichat, des Béclard, des Meckel, d'admettre que cette surface interne, cette surface papillaire de l'estomac et des intestins, siége des fonctions les plus délicates et les plus actives de l'économie, et sur laquelle s'exerce l'action des substances les plus irritantes et les plus énergiques, fût une surface nue et dépouillée de tout autre moyen de protection que le simple mucus, plus ou moins abondant et, pour ainsi dire, éventuel, qui la lubrifie.

Or, comme on vient de voir, la surface interne et papillaire de l'estomac et des intestins n'est point, en effet, une surface nue : elle est recouverte de deux membranes continues et superposées, par où elle rentre dans la loi générale et de la peau et des membranes muqueuses déjà étudiées dans mes précédens mémoires ; c'est-à-dire qu'étant soumise, comme cette peau et comme ces membranes, à l'action incessante des corps extérieurs, elle est recouverte, comme elles, de deux lames superposées et protectrices.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

LETTRE SUR LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS LATÉRALES DE L'ÉPINE PAR LA SECTION SOUS-CUTANÉE DES MUSCLES DU DOS ET DE LA COLONNE VERTÉBRALE; adressée à l'Académie des sciences le 24 juin 1839, par le docteur JULES GUÉRIN.

J'ai l'honneur de communiquer à l'Académie les premiers résultats d'une opération nouvelle, que j'ai déjà pratiquée douze fois (1) avec succès chez des sujets atteints de déviations latérales de l'épine. Cette opération consiste dans la section de certains muscles du dos et de la colonne vertébrale. Ceux que j'ai divisés jusqu'ici sont : le trapèze, le rhomboïde, l'angulaire de l'omoplate, le sacro-lombaire, le long dorsal et les transversaires épineux. Je demande la permission à l'Académie de lui exposer en peu de mots les faits et les considérations anatomiques et pathologiques qui m'ont conduit à cette nouvelle méthode de traitement, ainsi que les principaux résultats immédiats qu'elle a produits.

J'ai établi dès longtemps dans mon travail sur les difformités du système osseux, couronné par l'Académie, que le plus grand nombre des difformités articulaires sont le résultat de la rétraction musculaire convulsive, dépendant d'une affection du cerveau, de la moelle ou des nerfs eux-mêmes qui se distribuent aux muscles. Cette doctrine, démontrée dans sa généralité pour les difformités du *cou*, de la *colonne*, des *hanches*, des *mains*, des *pieds* et des *autres articulations* du squelette, devait me conduire naturellement à deux résultats importans pour le diagnostic et le traitement de ces difformités, à savoir :

1° Que les formes diverses que chacune de leurs variétés est susceptible de revêtir sont le produit de la rétraction différemment distribuée dans tels ou tels muscles;

2° Que le traitement actif de chacune d'elles doit consister dans la section des tendons ou des muscles, à la rétraction desquels leurs formes spéciales sont subordonnées.

Mais pour réaliser ce double résultat il fallait, d'une part, préciser rigoureusement quels sont, pour chaque difformité et pour chacun des élémens de déformation qui les constituent, les muscles dont le raccourcissement actif produit ces déformations; de l'autre, il fallait obtenir par la section de ces mêmes muscles la disparition des formes anormales du squelette, et confirmer par cette expérience décisive la justesse de la théo-

(1) Depuis que j'ai adressé cette communication à l'Académie, j'ai fait trois autres fois la même opération, ce qui porte le nombre total à 15.

pathologie externe, sans l'émigration de rares compétiteurs venus de Montpellier. Loin de nous toute pensée défavorable à l'école de Strasbourg dont le monde scientifique connaît les travaux antérieurs et les sages tendances; constater un fait, ce n'est pas se répandre en inductions ambigues; l'espèce d'abandon où languit cette faculté ne saurait être contesté; le professorat médical est une trop haute situation pour qu'il ne faille s'étonner de la voir négligée par les jeunes ambitions qui se détournent de telle école pour se ruer en foule sur telle autre. Nous sommes frappé, nous l'avouons, de la superfétation des talens qui se pressent à Paris dans toutes les avenues de l'enseignement médical, et de la rareté des candidats que rassemble l'école de Strasbourg autour de ses chaires en litige. Ce contraste est un mal, et s'il se prolonge, il y aura lieu d'y aviser. Cette question ne saurait être traitée en passant, mais une idée qu'il nous tarde de jeter dans la discussion nous paraît contenir le remède; elle consisterait à instituer à Paris le concours pour les postes qui viendraient à vaquer en province, quand, après un délai déterminé, le registre d'inscription pour les candidats n'aurait pas reçu un certain nombre de noms; peut-être y aurait-il plus d'avantage encore à statuer en principe que tous les concours auraient lieu à Paris; combien de jeunes médecins distingués hésitent à quitter la capitale pour aller prendre part à une lutte instituée à cent vingt lieues de distance, tandis qu'ils s'empresseraient de s'y associer, si elle avait lieu sur place! Si les candidats provinciaux redoutaient le jugement d'un jury parisien et l'effet des influences parisiennes, n'est-ce donc rien que les menues influences de localité départementale et l'âpreté des préventions indigènes auxquelles sont exposés les compétiteurs venus de la capitale en province? Il est vrai que la centralisation recevrait par cette mesure un supplément d'extension, et la centralisation est une si terrible chose comme vous savez! c'est un mot qui sonne si mal aux oreilles des chefs-lieux de département et d'arrondissement!

Les plus beaux génies ont leur sommeil homérique; mais il en est un qui ne s'endort point, c'est celui de certains confrères, gens d'affiche et de réclame. Le charlatanisme avait conquis une assez large place dans notre société; il s'étale, depuis longues années en affiches monstrueuses sur les murs de nos maisons; il tapisse de ses merveilles stéréotypées tous les coins des rues et ruelles de Paris; il possède enseignes et bannières, médaille et brevet d'invention. Ses avis, encadrés et rehaussés par des majuscules, encombrent, dans les journaux les plus répandus, les colonnes des insertions payées; de tels succès ne pouvaient suffire à son ambition, c'est-à-dire à sa cupidité. Le besoin d'un nouveau mode de réclames se faisait généralement sentir; il était urgent que le charlatanisme ajoutât une nouvelle transformation à celles qui marquent ses phases dans le passé; il s'est donc fait écrivain, auteur d'un ou de deux volumes : le livre fait, il s'est mis en frais de spéculation bibliographique; des comptes-rendus, dont l'impartialité était garantie par un désintéressement bien connu, ont été glissés dans quelques journaux, et voici que des lambeaux de bibliographie laudative nous reviennent, apportés par le flot quotidien de la presse politique; les extraits, ingénieusement combinés avec les comptes-rendus, remplacent les annonces brutes; le traitement végétal vous est révélé à la fin d'une anecdote dont vous ne soupçonniez point le but; un fragment de controverse sur l'origine de la syphilis sert de véhicule insidieux à l'adresse du scrupuleux confrère. Et que l'on refuse encore à notre époque son caractère progressif et novateur! — Tout bien a son mal; vous connaissez, comme moi, l'institution de la rue de la Jussienne pour la distribution des

rie et la validité de la pratique. Or, ce double résultat, je l'avais déjà obtenu à l'égard du torticolis ancien et des différentes variétés du pied-bot congénital, dont j'ai fixé sur cette base la détermination anatomique et le traitement chirurgical. Comme conséquence de ces travaux, j'ai étendu la même doctrine à la détermination anatomique des différentes variétés de la déviation latérale de l'épine et à leur traitement chirurgical, et je suis parvenu à démontrer, par l'expérience, les deux propositions suivantes :

1° Le plus grand nombre des déviations latérales de l'épine sont le produit de la rétraction musculaire active, et leurs variétés anatomiques, l'expression de cette rétraction différemment distribuée dans les muscles de l'épine et du dos ;

2° Le traitement actif de cet ordre de difformités doit consister dans la section sous-cutanée des muscles, au raccourcissement desquels elles sont dues.

Voici maintenant quelques détails sur les applications que j'ai faites de cette nouvelle méthode de traitement :

Je l'ai appliquée à des sujets des deux sexes et d'âges différens : le plus jeune avait 13 ans, le plus âgé 22. Toutes les déviations étaient au second et troisième degré, avec torsion de la colonne et gibbosités proportionnées. Chez quelques-uns une seule section des muscles rétractés a suffi; chez d'autres, j'ai dû en faire deux ou trois; chez tous j'ai obtenu, immédiatement après l'opération, un degré marqué de redressement de la colonne, et chez un jeune homme de 21 ans, dont la déviation était soumise depuis 18 mois à un traitement mécanique, j'ai obtenu, par la section du long dorsal et des transversaires épineux correspondans, un redressement immédiat de toute la déviation. Chez les autres sujets, j'ai pu poursuivre, avec un succès constant, le traitement par les appareils mécaniques. Dans aucune des douze opérations que j'ai faites je n'ai eu le plus petit accident : point d'hémorragie, peu de douleur, point de fièvre, et chez tous les sujets, à l'exception d'un seul, réunion immédiate des plaies, sans suppuration. J'ajouterai que, quoique délicate, cette opération se fait presque aussi facilement qu'au col et au pied, et par des procédés analogues.

L'Académie sera à même de juger la valeur de cette nouvelle application de ma théorie générale des difformités articulaires et de la méthode de traitement qui en est la conséquence, si elle veut bien se rappeler que jusqu'ici l'étiologie des déviations latérales de l'épine était restée dans le vague des hypothèses, et leur traitement exclusivement circonscrit dans les moyens mécaniques. Or, toutes les personnes qui se sont livrées à cette branche de l'art de guérir savent combien les résultats étaient longs et difficiles à obtenir, et combien peu de ces résultats étaient complets.

J'aurai l'honneur d'adresser prochainement à l'Académie un mémoire détaillé, où chacune des opérations que j'aurai pratiquées sera décrite avec soin et où je discuterai les indications et les procédés que comprend mon nouveau mode de traitement.

En attendant, j'ai cru devoir prendre date par cette communication, parce que, mes premiers essais étant connus depuis assez longtemps d'un très grand nombre de personnes, il n'était peut-être pas sans importance de m'en assurer la propriété.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS ET DE LA BELGIQUE.

I. JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Les cahiers de février, mars, avril, mai renferment les articles originaux suivans : 1° *Considérations médico-légales sur la monomanie homicide;* par M. Bonnet; 2° *Observation d'une luxation en bas de l'extrémité sternale de la clavicule;* par M. A. Burgnet (la luxation était ancienne; on ne la réduisit pas); 3° *Observation d'un empoisonnement par l'extrait alcoolique d'aconit napel, à la dose de cinq grains;* par M. E. Pereyra; 4° *Autre observation d'empoisonnement par la même substance, avec autopsie cadavérique;* par M. Perrin; 5° *Tumeurs dans le scrotum, simulant deux hydrocèles;* par M. Dubreuilh; 6° *Pied-bot équin et en dedans, section du tendon d'Achille; guérison;* par M. Pouget; 7° *Luxation en haut de l'extrémité humérale de la clavicule;* par M. Ulysse Marie; 8° *Observation du spina-bifida;* par M. Dubourg de Marmande; 9° *Conséquences théoriques ou exposé des lois de la production des gaz dans l'organisme vivant;* par M. Henri Lagarde; 10° *Quelques réflexions sur la méthode opératoire conseillée par M. Dubourg, pour guérir le spina-bifida;* par M. Bermond; 11° *Emploi de la solution aqueuse d'opium dans le traitement local des végétations vénériennes;* par M. Vénot; 12° *Revue des fractures observées à l'Hôtel-Dieu-Saint-André de Bordeaux, pendant les cinq derniers mois de l'année* 1838; par M. E. Bermond, chirurgien chef interne (article non terminé); 13° *Localisation des divers modes de motricité:* par M. Lafargue; 14° *Observation d'un empoisonnement par l'oxalate acide de potasse,* recueillie par M. Magonty, pharmacien.

OBSERVATION D'EMPOISONNEMENT PAR L'EXTRAIT ALCOOLIQUE D'ACONIT-NAPEL ; par MM. PEREYRA et PERRIN.

Les deux observations rapportées dans ce travail sont pleines d'intérêt sous le point de vue d'une circonstance qui leur a été commune et sur laquelle on ne peut trop fréquemment appeler l'attention des praticiens. Il s'agit de deux personnes qui sont mortes et de plusieurs autres qui ont été gravement indisposées, parce qu'étant soumises à un traitement par une préparation d'aconit-napel pour des douleurs de nature chronique ou rhumatismale, et ayant achevé de prendre toute la quantité préparée, elles prirent à la même dose la même préparation plus récemment préparée, ou plutôt préparée dans d'autres circonstances. On n'est pas encore d'accord sur la cause à laquelle on doit attribuer d'aussi grandes différences d'action entre des préparations faites avec les feuilles de la même plante, suivant la même méthode et souvent par le même pharmacien. Mais c'est là un obstacle grave à l'emploi des préparations de ce genre, qui peuvent produire subitement des effets aussi désastreux. Voici les deux observations abrégées :

OBS. I.—Boy, piqueur, âgé de 45 ans, atteint depuis neuf mois d'une af-

---

imprimés; connaissez-vous aussi l'abus que les pharmacopoles lutéciens font de cette nouvelle facilité offerte à leur industrie? Sirop, pilules, baumes, etc., chaque jour nous sont vantés, conseillés pour nos malades par voie de facteur; les circulaires avec échantillons médicamenteux sont la perfection du genre; les petites boîtes de pilules de copahu, collées sur la feuille imprimée, sont un véritable tour de force.

Une grande question d'hygiène publique, qui a depuis longtemps préoccupé les esprits dans plusieurs états des deux mondes, commence à fixer chez nous l'attention de l'administration supérieure; il s'agit de la réforme des prisons. C'est une œuvre mixte : le législateur et le moraliste en retiennent la plus grande part; l'autre échoit aux médecins, puisqu'elle a pour objet de déterminer les conditions sanitaires de l'établissement pénal. Or, un arrêté du ministre de l'intérieur a nommé il y a un mois une commission chargée de discuter la question de l'économie intérieure des prisons, de leur chauffage, de leur aération, du couchage des prisonniers, etc., en un mot, dit le texte de l'arrêté ministériel, toutes les conditions qui ressortent de l'hygiène pénitentiaire; dans cette commission figurent des pairs, des députés, des conseillers-d'état, des chimistes, etc., mais de médecin, point. On ne saurait affecter un plus opiniâtre oubli de tous les droits d'une indéclinable compétence.

Si l'administration supérieure nous oublie, la justice n'en fait pas autant. Le tribunal correctionnel vient de condamner à l'amende trois de nos plus honorables confrères, accusés d'avoir procédé à l'autopsie d'un cadavre d'enfant avant le délai voulu par la loi pour la constatation du décès. Cette petite tribulation judiciaire ne saurait porter aucune atteinte à la considération justement acquise de ces confrères; ajoutons que quelques-uns font déjà partie de l'Académie de médecine, et qu'ils n'ont pas à redouter les aménités investigatrices du comité secret.

Finissons notre causerie habituelle par une nouvelle que tous nos confrères accueilleront avec plaisir : on espère que le projet de loi sur l'organisation médicale sera présenté à l'une des prochaines sessions.

Y.

— TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES ENFANS, considérées dans leurs rapports avec l'organogénie et les développemens du jeune âge; par RICHARD (de Nancy), ex-chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité, professeur d'anatomie et de physiologie à l'école secondaire de médecine de Lyon. 1 très fort volume in-8. Prix : 8 fr.

— DES PURGATIFS ET DE LEURS PRINCIPALES APPLICATIONS (Thèse pour le concours de matière et de thérapeutique); par A.-P. REQUIN, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin du bureau central des hôpitaux. Brochure in-8. Prix : 2 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

fection rhumatismale très douloureuse qui s'était portée successivement sur plusieurs articulations, entre le 19 décembre à l'hospice St-André, et y est soumis à l'usage de l'extrait alcoolique d'aconit-napel; on commence à la dose de quatre grains par jour, deux le matin et deux le soir, et on continue jusqu'à celle de dix. Déjà, depuis dix jours, le malade s'en tenait à cette dose, et les douleurs avaient presque disparu, les articulations revenaient à leur état normal, quand, le 12 janvier, à cinq heures du matin, l'extrait d'aconit dont on se servait étant fini, on donna au malade cinq pilules faites avec de nouvel extrait pris chez le fournisseur. Un quart d'heure après qu'il les eut prises, il ressentit, comme à l'ordinaire, des frémissemens dans les muscles des cuisses et des bras, des élancemens peu douloureux; mais, au lieu de disparaître, au bout de deux minutes, ces mouvemens devinrent de plus en plus forts; de véritables convulsions se manifestèrent et durèrent l'espace d'un quart-d'heure. Ardeur extrême dans la bouche et dans la gorge; vomissemens qui continuent par intervalle toutes les fois que le malade prend quelque liquide. Pendant ces convulsions, le malade perd tout à fait connaissance; puis il répondait juste; mais sa vue ne se rétablissait que lentement. Douleur fixe à la tête comparée par le malade à une barre de fer brûlante qui aurait traversé le crâne d'une tempe à l'autre.

A dix heures, grande anxiété; outre les symptômes précédens, la respiration est fréquente (25 par minute); le pouls est à 55, inégal et mol; les membres sont d'un froid glacial; il y a un grand désordre dans les mouvemens du cœur et dans ses bruits; il n'y a pas eu une seule évacuation alvine. Reconnaissant dans les principaux symptômes un défaut d'inervation, bien sensible pour le cœur, et qui commençait pour le poumon, et sachant qu'un malade qui avait succombé, pendant la nuit précédente, à un empoisonnement semblable avait péri par la cessation progressive de la circulation et de la respiration, M. Pereyra crut devoir, pour réveiller le système nerveux, recourir à une forte infusion de huaco, plante qui paraît avoir une action stimulante spéciale sur le cœur; il prescrivit donc: application de corps chauds, frictions avec la teinture de cantharides sur le rachis et la région précordiale, forte infusion de huaco et potion de six onces, contenant deux gros d'ammoniaque liquide, à prendre par petites cuillerées. La potion étant prête plus tôt fut vomie deux fois; le huaco fut gardé.

Le soir, la réaction était complète, les vomissemens avaient cessé depuis que le malade avait pris le huaco; la guérison marcha rapidement, et le 15 février, il ne ressentait plus de douleurs, pas même ses anciennes douleurs rhumatismales.

M. Pereyra rapporte que le même jour des accidens semblables, dont il n'eut connaissance qu'en arrivant à l'hôpital, le jour même de l'empoisonnement, avaient été produits par la même préparation sur trois malades du même hôpital, et dont un, qui avait pris quatre grains le matin, était mort au bout de trois heures.

Après que M. Pereyra eut communiqué ce fait à la société royale de médecine de Bordeaux, en l'accompagnant des réflexions qui ressortaient naturellement de ce sujet, M. Perrin rapporta le fait suivant.

Obs. II.—Un douanier était traité à l'hôpital St-André d'arthrites anciennes; il avait éprouvé un grand soulagement de l'emploi de l'extrait alcoolique d'aconit napel qu'il prenait depuis assez longtemps, quand un matin, immédiatement après l'administration de son remède, il fut pris d'accidens graves dont la succession rapide amena la mort, après quatre heures de souffrances, pendant lesquelles les principaux symptômes furent un sentiment d'ardeur extrême à la gorge, des vomissemens, des sueurs froides, des anxiétés, une sorte d'arrêt de la circulation, des défaillances, des lipothymies, etc.

L'extrait d'aconit donné ce jour-là n'était pas celui dont le malade usait habituellement. Le même jour on avait entamé un nouveau pot de ce remède. Deux autres malades subirent l'influence fâcheuse du même médicament; mais de fortes infusions de café, et la chaleur artificielle appliquée sur la peau dissipèrent les accidens.

Autopsie 24 heures après la mort.

Crane. Congestion veineuse des membranes cérébrales. Pointillé noir très abondant de la substance du cerveau.

Thorax. Les poumons très engoués, fortement remplis de sang noir, ne sont presque plus crépitans. Le cœur vide à gauche offre ses cavités droites remplies d'un sang épais, ressemblant assez à de la gelée de groseille.

Abdomen. L'estomac est zébré et offre des plaques brunes d'autant plus marquées qu'on les observe plus près de l'œsophage. Le foie et la rate sont fortement injectés de sang noir; le canal vertébral n'a pas été ouvert.

Quelle que soit la cause de la différence prodigieuse qui existe entre des préparations en apparence tout à fait semblables, il n'en est pas moins vrai qu'une grave responsabilité reposerait maintenant sur le pharmacien qui, dans le cours d'un traitement par l'extrait alcoolique d'aconit et les extraits des autres plantes âcres, et lorsque par l'augmentation successive des doses le malade serait arrivé à prendre une dose un peu considérable, lui fournirait cette même dose prise sur une masse qui aurait été préparée dans d'autres circonstances que celle sur laquelle il aurait pris toutes les doses précédentes sans en avertir le médecin; de même aussi quand un médecin commence à employer chez un malade quelqu'une des substances âcres qui sont sujettes à ces variations, dans l'intention d'en élever la dose graduellement, il doit, dans son ordonnance, demander que les doses suivantes soient prises chez le même pharmacien et sur la même masse.

Tumeurs dans le scrotum simulant deux hydrocèles; par M. Dubreuilh.

Obs. — Un malade, âgé de 56 ans, portait depuis douze ans dans le côté gauche du scrotum une tumeur dont le développement paraissait s'être fait de bas en haut. Jamais il n'y avait eu de douleur ni dans le point malade, ni dans l'abdomen. M. Y... n'était incommodé que par le volume et le poids que cette tumeur avait acquis et qui le forçait de marcher les jambes écartées. Six ans plus tard une tumeur parut dans le côté opposé des bourses; elle prit un volume considérable; ses progrès se firent de bas en haut; il arriva un moment où le malade ne pouvait que très difficilement se livrer à ses travaux qui l'obligeaient de faire tous les jours de nombreuses courses à pied.

Au mois d'avril 1837, M. Dubreuilh constata l'état suivant:

L'ensemble des bourses a acquis un énorme développement; la verge est confondue dans cette masse qui descend jusqu'au milieu des cuisses, et qu'on ne peut qu'à grand'peine être soutenue par un suspensoir.

On distingue par le toucher deux tumeurs d'un volume à peu près égal, placées dans chaque côté des bourses, molles, élastiques, oblongues, donnant l'une et l'autre par la pression ou la percussion la sensation d'un flot de liquide. Les testicules semblent être portés en arrière et en dedans, sans avoir subi d'autre altération appréciable. L'examen à l'aide d'une bougie fait des deux côtés ne donna aucun signe positif. On jugea que le malade portait deux hydrocèles, avec épaississement de la tunique vaginale, et l'on se décida à pratiquer la ponction. Elle fut faite à gauche le 1er mai 1837; il sortit par la canule du trois-quart deux livres de sérosité de couleur citrine. Le testicule demeura flottant dans la tunique vaginale; son volume parut peu au-dessus de l'état normal; il n'était ni dur, ni douloureux au toucher.

Six jours après, on fait une ponction à droite sans pouvoir obtenir autre chose que quelques gouttes de sang. Une seconde ponction pratiquée à la partie moyenne et externe de la tumeur ne donna pas d'autre résultat; cependant on croyait bien avoir trouvé de la fluctuation. Dès-lors on songea à l'incision, qui fut pratiquée peu d'heures après cette dernière ponction. Un pli fait à la peau sur le milieu de cette tumeur fut incisé jusqu'à sa base, et la plaie agrandie en haut et en bas du niveau de l'anneau à la partie inférieure du scrotum; le tissu lamelleux fut coupé avec précaution en s'aidant d'une sonde cannelée. La tunique vaginale se présenta, bombée, élastique, cédant sous le doigt qui semblait repousser un liquide abondant. Une tumeur graisseuse du volume du poing, molle, diffluente, de couleur jaune, fit hernie par l'ouverture pratiquée à la tunique vaginale. A peine cette ouverture fut-elle agrandie, qu'une matière à demi-fluide semblable à la première, et ayant trois fois son volume, s'échappa au dehors. Ces tumeurs, constituant un véritable lipôme, étaient formées d'une infinité de lobes de diverses grosseurs, logés chacun dans des cellules particulières, et enveloppés d'un tissu membraneux fort délié. Le testicule et le cordon parurent sains; ils reposaient sur la face interne de cette tumeur, et occupaient un espace étroit entre la cloison vaginale en dedans, et la tumeur en dehors; ils furent facilement isolés de cette dernière, tantôt avec les doigts, tantôt en coupant avec des ciseaux les brides celluleuses lâches qui les attachaient. La tumeur se prolongeait vers l'anneau inguinal par un pédicule de trois pouces de circonférence, et se perdait en se confondant dans la graisse abondante du pli de la cuisse. On pratiqua la ligature de cette tumeur à un pouce environ au-dessous de l'anneau, et on en fit la section à un travers de doigt au-dessous de la ligature. Un point de suture suffit à ramener les lèvres de la plaie pour recouvrir le testicule; pansement à plat. Hémorragie abondante six heures après ce premier pansement; l'appareil est enlevé; on lie une petite artère; une autre qui fournissait du sang ne put être saisie, cachée profondément qu'elle était dans l'angle supérieur de la plaie, sous une énorme couche de tissu cellulaire graisseux (boulettes de charpie saupoudrés de colophane, maintenus par un bandage). L'hémorragie reparaît le soir; pouls fréquent (saignée du bras d'une livre).

Plus tard, il y eut des phénomènes d'adynamie, qui déterminèrent à administrer les toniques. (Eau vineuse, infusion de quinquina.)

Le dix-huitième jour, on constate en avant et en bas du scrotum, à peu près vers le centre, une petite tumeur fluctuante, dont l'incision ne donna issue qu'à du sang.

La plaie fait chaque jour des progrès vers la cicatrisation; le 5 juin, son angle supérieur, jusque-là très profond, s'était rempli; le scrotum, encore diminué, n'offre plus que la grosseur du poing; le pénis, autrefois confondu dans la lapeau qui recouvrait cette vaste tumeur, est maintenant détaché et saillant. Le 25, il ne reste plus à cicatriser que l'angle supérieur de la plaie dans une étendue de vingt lignes, et la contre-ouverture en bas du scrotum; celle-ci laisse écouler de la sérosité. Le ventre s'est développé, on y constate une fluctuation obscure.

Peu de jours après, dans un effort occasionné par une légère quinte de toux, le malade sent se développer au pli de la cuisse gauche une tumeur qui a bientôt envahi et distendu la totalité des bourses, le fourreau de la verge, tout le périnée et la partie interne et supérieure des cuisses; elle est œdémateuse et conserve l'impression du doigt. Malgré l'administration des purgatifs et des diurétiques, l'hydropisie abdominale ne va qu'en augmentant; on fait la paracenthèse le 10 août; le malade succombe le 12.

A cette époque, la contr'ouverture et les deux ponctions qui laissaient écouler de la sérosité s'étaient cicatrisées.

Autopsie. Le ventre est distendu; en pressant ses parois, on trouve sur la ligne médiane, à gauche et au-dessous de l'ombilic, une tumeur dure, un peu allongée, ayant le volume du poing. Il existe des taches violettes à la partie postérieure des bourses; l'épiderme de cette partie s'enlève facilement

dans plusieurs points ; la peau ne paraît pas altérée. Deux onces de sérosité un peu jaune dans la tunique vaginale du côté gauche, qui est épaissie et présente une teinte rosée, le testicule a trois fois son volume ordinaire. L'incision y fait découvrir quelques points ramollis, comme putrilagineux et deux petits foyers purulens. Dans d'autres points, son tissu est dur, lardacé, jaune, criant sous le scalpel. Du côté droit, en incisant dans la direction de la cicatrice, on constate son adhérence à la surface externe du testicule, qui est un peu atrophié, mais sain du reste. Le cordon, suivi jusqu'à l'anneau inguinal, est également sain. On ne découvre aucune trace du pédicule, sur lequel a été portée la ligature de la tumeur. L'anneau inguinal n'offre rien de particulier.

L'abdomen renferme plusieurs litres de sérosité. La graisse sous-cutanée est abondante, jaune. Le péritoine est sain. La portion transverse du colon repose sur une masse graisseuse considérable, de consistance très dure, d'un blanc nacré, et qui répond à la tumeur que la pression faisait découvrir à travers les parois abdominales avant leur incision.

Le foie, qui a son volume normal, présente à la surface une multitude de petites granulations.

Dans le fait qu'on vient de lire, la tumeur fut donc, avant son extirpation, confondue avec une hydrocèle. Il est vrai que la transparence manquait, et que l'absence de ce signe aurait pu conduire à un autre diagnostic; mais de grands chirurgiens, J.-L. Petit, Pott, Boyer, Dupuytren, ont vu ce signe manquer, et d'autres fois être très peu marqué, alors qu'il fut possible de constater par la ponction l'existence de l'hydrocèle. Du reste, dans l'observation qu'on vient de citer, tout se réunissait pour faire admettre une hydropisie de la tunique vaginale, et cependant l'on avait affaire à un véritable lipôme. Aucun auteur n'a parlé de cette maladie, malgré les observations nombreuses qui ont trait aux affections du testicule et de ses dépendances. Les tumeurs graisseuses, dont il est question dans le mémoire de Macferlane sur la hernie épiploïque (ŒUVRES CHIR. d'A. Cooper), et qui adhèrent, suivant lui, à la gaîne du cordon spermatique, immédiatement au sortir de l'anneau, celles dont a parlé Pelletan, dans sa clinique chirurgicale, sont dans le fait étrangères à la tunique vaginale, ce sont de véritables hernies graisseuses. Les tumeurs énormes des bourses décrites par Dionis, Morgagni, M. Larrey, etc., appartiennent bien plus aux congestions lymphatiques du tissu cellulaire des bourses qu'à la présence d'une matière graisseuse dans la cavité de la tunique vaginale. Suivant M. Dubreuilh, la tumeur qui fut enlevée était due à une accumulation graisseuse, à une sorte d'hypertrophie dans le tissu cellulaire lamelleux qui termine supérieurement le feuillet externe de la tunique vaginale, en se confondant avec celui du cordon. L'énorme quantité de graisse dont étaient surchargés tous les organes revêtus d'un tissu adipeux, chez ce malade, ne peut guère laisser de doutes à cet égard.

Comme conclusion pratique, l'auteur insiste sur ce point, à savoir : que lorsqu'une tumeur des bourses présentant tous les caractères assignés à l'hydrocèle n'offrira pas la transparence qu'on y remarque le plus souvent, le diagnostic devra toujours demeurer douteux, la fluctuation pouvant n'être qu'illusoire; que la ponction sera toujours le meilleur moyen d'exploration, et qu'on devra la pratiquer avant de recourir à tout autre méthode opératoire.

LUXATION EN HAUT DE L'EXTRÉMITÉ STERNALE DE LA CLAVICULE; par M. ULYSSE MARIE, D. M. M.

OBS. — Une dame, âgée de 25 ans, en courant dans un magasin où se trouvait une trappe ouverte, se précipita dans une cave carrelée, de 12 pieds de profondeur. Dans sa chute, elle essaya de se cramponner aux rebords de la trappe, et retomba sur le moignon de l'épaule droite. Arrivé peu d'instans après l'accident, M. Marie constata que le moignon de l'épaule était beaucoup plus bas que celui du côté opposé, que l'extrémité acromiale de la clavicule faisait une saillie de 2 pouces. La tête de l'humérus avait conservé ses rapports avec la cavité glénoïdale. (Application de compresses graduées, imbibées d'eau végéto-minérale camphrée.) L'épaule est maintenue par le baudage de Desault pour la fracture de la clavicule; un coussin préalablement placé sous l'aisselle du côté malade, et soutenu par deux liens venant se nouer sur l'épaule du côté sain.

Au bout de quarante-deux jours de ce traitement, le bras a été rendu à la liberté. Le moignon de l'épaule n'a conservé qu'une légère saillie, et la malade se sert aussi bien de ce bras que de l'autre.

La persistance d'une légère difformité, après un traitement rationnel et suffisamment prolongé, n'a rien qui doive surprendre. Tous les chirurgiens savent que les parties ne reprennent jamais exactement, après cette luxation, leur conformation normale. En revanche, les mouvemens du bras sont rarement gênés, c'est ce que tous les auteurs ont également signalé. « On ne doit pas s'attendre, dit A. Cooper, à voir les luxations de la clavicule se guérir sans difformité; toujours l'os forme une légère saillie. Aussi doit-on en avertir le malade dès le début du traitement, afin qu'il n'attribue pas cette circonstance à la négligence ou à l'impéritie du chirurgien. On peut l'assurer en même temps que les mouvemens du bras n'en subiront aucune altération (1). »

OBSERVATION D'UN EMPOISONNEMENT PAR L'OXALATE ACIDE DE POTASSE, recueillie par M. MAGONTY, pharmacien.

Les observations d'empoisonnement par l'oxalate acide de potasse sont si rares que le fait suivant, bien qu'il soit incomplet, puisque les détails de l'autopsie manquent complètement, ne peut manquer d'offrir de l'intérêt.

OBS. — La femme Lehui, âgée de 28 ans, voulant sévrer son enfant, se procura *du sel pour faire passer son lait*. On lui avait recommandé d'en prendre tous les matins une cuillerée à café qu'elle devait délayer dans une tisane appropriée. Le premier jour, peu après qu'elle eut avalé son antilaiteux, elle éprouva des vomissemens assez abondans qu'elle attribua à une révolution de lait.

Le lendemain, après la seconde dose, accidens plus alarmans : les vomissemens deviennent noirâtres, sanguinolens et beaucoup plus abondans que la veille; des douleurs vives se font sentir dans la région épigastrique.

Le troisième jour, à cinq heures du matin, troisième dose du sel; alors cette femme perd la raison; elle devient comme folle. On rapporte qu'elle est allée à la fontaine chercher de l'eau dans des vases qui en étaient déjà remplis. Des vomissemens survinrent, et la mort arriva si promptement que le médecin qu'on avait appelé auprès de la malade pour lui donner des soins, ne trouva plus qu'un cadavre; elle était morte à six heures du matin. La mort ayant été constatée, on chercha les restes du sel antilaiteux que la femme avait pris; on le mit sous scellés, et, en cet état, on le soumit à l'auteur de l'observation pour qu'il en fît l'analyse en présence de témoins désignés.

ANALYSE DU PRETENDU SEL ANTILAITEUX. Le sel est blanc, en poudre, pèse trois gros; le contenu d'une cuillerée à café pèse un gros et quarante grains. Sa saveur était acide, styptique, et était soluble dans l'eau, et la solution rougissait le papier de tournesol.

Après avoir constaté, en chauffant le sel dans un tube avec de la chaux, qu'il était à base de potasse, on y reconnut par l'opération suivante, la présence de l'acide oxalique. De l'acétate de plomb ayant été versé sur une solution de sel à examiner, on y détermina par l'acide sulphydrique la formation d'un sulfuré de plomb qui fut séparé par filtration pendant que la liqueur fut concentrée avec ménagement; par le refroidissement, il se forma des cristaux blancs, aiguillés, très acides, rougissant le tournesol, solubles dans l'eau, et donnant avec les sels calcaires en solution un précipité blanc que l'acide azotique redissolvait; enfin, quelques-uns de ces cristaux furent redissous dans un peu d'eau distillée additionnée d'une goutte de chlorure d'or en dissolution. Le liquide placé dans une capsule de porcelaine fut porté à l'ébullition, et à l'instant une couche d'or métallique tapissa la capsule. Ce caractère inhérent à l'acide oxalique est si sensible, ainsi que M. Magonty dit s'en être assuré directement, qu'on peut, à son aide, reconnaître dans une once d'eau distillée la présence d'un cent vingt huitième de grain d'acide oxalique; on pourrait même aller au-delà.

Les matières vomies et celles que l'estomac renfermait soumises à l'analyse ont confirmé en tout point l'analyse indiquée ci-dessus. Le sel donné pour un antilaiteux, par une fatale méprise, était bien de l'oxalate acide de potasse, mêlé de sulfate de même base. Les matières vomies quelques instans avant la mort en contenaient beaucoup. On en a extrait quarante grains d'acide oxalique parfaitement purifié et très salin. La malade avait pris en tout, et en quarante-huit heures, environ cinq gros d'oxalate acide de potasse dont une grande partie a dû il est vrai être rejetée par les vomissemens comme le démontra l'analyse des matières vomies.

II. BULLETIN MÉDICAL DU MIDI.

Les numéros d'avril et de mai contiennent les travaux originaux qui suivent : 1° *Maladies observées dans le quartier chirurgical de la maison centrale de Nîmes, avec les observations météorologiques et le mouvement général de l'infirmerie, pendant le second semestre de* 1838: par le docteur Boileau, de Castelnau; 2° *Considérations et observations sur quelques cas de ligature d'artères*; par M. Haspel, aide-major au 10e léger; 3° *Observations et réflexions sur la rupture spontanée du cœur*; par M. Lafargue; 4° *Mémoire sur l'emploi du sirop de goudron en médecine*; par le docteur E. Peraire; 5° *Des cachexies des anciens à propos de la chlorose*; par M. J.-S. Cazenave, de Bordeaux.

(1) A. Cooper, ŒUVRES CHIR., Traduction de Chassaignac et Richelot, page 78.

MALADIES OBSERVÉES DANS LE SERVICE CHIRURGICAL DE LA MAISON CENTRALE DE NISMES; par M. BOILEAU, de Castelnau, chirurgien de l'établissement.

Parmi les faits consignés dans cette revue, nous choisirons les deux suivans:

PLAIES PAR INSTRUMENT TRANCHANT, DONT UNE INTÉRESSE LE TENDON DU CUBITAL ET DEUX TENDONS DU FLÉCHISSEUR COMMUN DES DOIGTS; SUTURE DES TENDONS; GUÉRISON.

OBS. I.—S., dans une lutte contre un des gardiens, reçut plusieurs coups d'instrument tranchant; une plaie de huit centimètres de longueur dans le sens vertical au devant de l'oreille droite, une autre plaie de même nature, placée de devant en arrière, qui a coupé l'extrémité de l'apophyse acromion et la partie correspondante du deltoïde du côté droit. Une autre plaie sur l'épaule gauche, à la partie postérieure; une petite plaie à l'avant-bras; enfin au poignet gauche se trouve une plaie par instrument tranchant qui a intéressé les tégumens dans leur moitié interne, l'extrémité du cubitus, le tendon du cubital antérieur, trois tendons du fléchisseur commun, l'artère cubitale. Le malade perdit beaucoup de sang; cependant l'hémorragie s'arrêta d'elle-même. La faiblesse était si grande qu'on fit le pansement en deux temps, et qu'on renvoya à un autre moment la suture des tendons (suture de la plaie de l'épaule droite, ligature de l'artère cubitale: on ne dit pas si on lia les deux bouts).

Le lendemain, 9 août, on fait la suture des tendons. Retirés à un pouce et demi au-dessus du lieu de leur section, on ne put les atteindre qu'en faisant une incision longitudinale.

Le 10, douleur et tuméfaction au poignet.

Le 16, bonne suppuration, la plaie de l'épaula gauche est cicatrisée.

Le 17, issue de deux ligatures des tendons.

Le 19, toutes les ligatures et sutures sont sorties. L'articulation scapulo-humérale conserve ses mouvemens.

6 septembre. Cicatrice complète au poignet dont les mouvemens conservent de la raideur.

Cette observation est intéressante par le grand nombre de plaies qu'a présentées le malade, par leurs progrès rapides vers la guérison, par l'absence de toute complication. Elle démontrerait en outre, s'il était nécessaire, l'efficacité et l'innocuité des sutures pratiquées sur les tendons. Leur rétraction, qui nécessita l'incisiod longitudinale dont il est fait mention, prouve, à n'en pas douter, que la position aurait été insuffisante pour rapprocher et maintenir en contact les surfaces divisées.

HÉMIPLÉGIE DE LA FACE; FRICTIONS AVEC L'HUILE DE CROTON TIGLIUM; GUÉRISON.

OBS. II.—C. T., âgé de 45 ans, laboureur de la Corse, d'un tempérament lymphathique, d'une constitution forte se présente à la visite le 11 octobre. Les muscles du côté gauche de la face sont dans un état de relâchement; ceux de droite sont contractés; la bouche se tourne à droite, surtout lorsque le malade l'ouvre. L'œil gauche reste ouvert quand le malade veut fermer les yeux. C. attribue sa maladie à un courant d'air qui aurait passé rapidement sur le côté gauche de la face (vésicatoire sur le passage du nerf facial, sur la branche du maxillaire inférieur; il est appliqué trop en arrière). Aucun changement après le vésicatoire.

Le 10 octobre, entrée à l'infirmerie (frictions avec six gouttes d'huile de croton tiglium). La première friction agit peu, sans doute à cause de la dureté de la peau.

Le 13, autres frictions.

Le 15, éruption marquée, crouteuse; un peu d'amélioration, moins toutefois dans les mouvemens du muscle orbiculaire.

Le 16, purgatif.

Le 21, troisième friction avec huit gouttes; l'œil se ferme mieux.

7 novembre. Quatrième friction avec huit gouttes.

Le 20, cinquième friction avec huit gouttes; les deux côtés de la face sont parallèles.

Le 2 décembre, il y a un peu de paresse dans la paupière; le malade sort.

Une observation semblable a été rapportée dans le BULLETIN MÉDICAL DU MIDI (t. v., p. 280).

L'existence des lésions du nerf de la septième paire, indépendamment de toute affection cérébrale, est un fait maintenant hors de toute contestation. Mais rien de plus variable que les causes qui déterminent la suspension des fonctions du nerf facial; tantôt ce sont des tumeurs développées sur son trajet; d'autres fois une carie; dans certaines circonstances, un gonflement du périoste qui tapisse le long conduit osseux qu'il traverse; quelquefois c'est le névrilème seulement ou la pulpe nerveuse peut être qui se trouve malade; dès lors le pronostic n'est plus le même, et le traitement doit varier aussi. Mais il serait permis de demander si la maladie ne guérirait pas tout aussi bien en l'abandonnant tout simplement à elle-même, qu'en ayant recours à un traitement qui sera presque toujours empirique. On s'est bien trouvé dans quelques cas de la strychnine sous forme de pommade (méthode endermique) ou bien donnée à l'intérieur en teinture. Le MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW, troisième trimestre 1838, contient une observation intéressante sous ce rapport; elle a été publiée par le docteur O'Brien (GAZETTE MÉDICALE, 1838, p. 744).

CONSIDÉRATIONS ET OBSERVATIONS SUR QUELQUES CAS DE LIGATURE D'ARTÈRES; par M. HASPEL, aide-major au 10e léger, D. M.

Les faits relatés dans ce mémoire ont pour objet des lésions d'artères de différens calibres, traitées par des méthodes différentes aussi, de sorte que s'il ne ressort pas de ces observations des conclusions bien précises, au moins sont-elles intéressantes au point de vue pratique.

OBS. I. — Dans la première observation, il s'agit d'une section complète de l'artère axillaire, par un coup de sabre qui pénétra en le divisant, par le bord antérieur de l'aisselle; l'hémorragie fut considérable. L'artère sous-clavière, mise à découvert suivant le procédé de M. Lisfranc, bien isolée dans une partie de son étendue, fut entourée d'un fil ciré simple dont la constriction suspendit immédiatement l'hémorragie.

Le membre demi-fléchi fut plongé dans un bain de sable, maintenu toute la nuit à la même température, dans l'intention d'entretenir la chaleur du membre.

Le lendemain matin, 5 février, le pouls n'existait plus; mais la chaleur du membre était plus considérable qu'auparavant; plus tard, elle baisse, mais pas assez pour faire désespérer du succès; enfin elle persiste deux fois vingt-quatre heures. Le membre prend une couleur marbrée, livide et violacée; une sensation de froid se manifeste, et le sphacèle se déclare à la partie inférieure de l'avant-bras. On fait l'amputation dans l'articulation scapulo-humérale; rien de particulier dans l'opération; l'artère a donné peu de sang; il venait surtout des anastomose déjà établies.

AUTOPSIE. La plaie était linéaire et offrait déjà un commencement de suppuration. Epanchement considérable de sang dans le tissu cellulaire de la région postérieure de l'épaule, où il était ramassé en caillots. La plaie qu'on avait pratiquée pour la ligature de l'artère sous-clavière avait déjà suppuré. L'artère découverte a montré la ligature placée convenablement. Le vaisseau était divisé à un pouce et demi de la ligature. Le fil avait coupé les deux tuniques interne et moyenne, la celluleuse seule était intacte. La portion axillaire de la sous-clavière avait conservé sa couleur normale, tandis que la portion comprise au-dessus de la ligature était rouge et enflammée; il n'existait pas de caillot, ce qui tenait probablement aux pertes de sang qu'avait souffertes le blessé et au peu de plasticité du reste de ce fluide.

« Ne pourrait-on pas se demander s'il n'eût pas mieux valu amputer de suite le bras; on aurait écarté ainsi, dit M. Haspel, la circonstance d'un sphacèle étendu; on aurait pu alors aussi vider l'épanchement sanguin qui aurait seul pu suffire à entraîner la perte du malade, mais c'eût été agir contre les règles les plus généralement établies. »

OBS. II. — Dans ce cas, on avait affaire à une section complète de l'artère brachiale; l'hémorragie fut abondante; le vaisseau considérablement rétracté; ligature des deux bouts de l'artère dans la plaie, en même temps qu'on acheva la section du nerf médian incomplètement divisé; le pouls n'était plus perceptible pendant quatre jours, mais la chaleur persistait. Le quatrième jour les pulsations de l'artère radiale sont manifestes. Les mouvemens du médius et de l'index qui avaient été demi-paralysés commencent à revenir; la sensibilité est plus vive; la plaie suppure légèrement. La ligature se détache le 8 décembre, c'est-à-dire douze jours après l'entrée du malade à l'hôpital; il a recouvré assez de mouvemens pour soutenir des corps passablement lourds.

La plaie se trouvant parallèle à la direction de l'artère et longue d'un pouce et demi environ, il suffit de l'agrandir légèrement en haut pour placer un fil sur le bout supérieur qui s'était plus rétracté que l'inférieur; ce dernier fut également lié. L'opération fut donc en réalité très simple; mais cela tenait en grande partie à la direction de la plaie, à son étendue, à sa régularité, en même temps qu'à l'absence de toute accumulation ou épanchement de sang, de toute extravasation dans les gaînes cellulaires, circonstances favorables à la recherche du vaisseau divisé, recherche qui devient si difficile dans des conditions opposées; alors, comme dans le cas précédent, ce serait folie que de songer à lier les extrémités du vaisseau ouvert; on doit le découvrir plus haut; c'est le cas d'appliquer la méthode d'Anel qui, en principe, doit être préférée.

L'observation qui vient après et celles qui la suivent démontrent l'efficacité de la compression seule exercée sur le trajet ou sur l'extrémité du vaisseau divisé.

OBS. III. — Un capitaine de cuirassiers reçoit en duel un coup de sabre qui ouvre l'artère brachiale. On comprime le bras à l'aide d'un bandage fortement serré, qui est remplacé par une compression plus énergique que la première sur le trajet de l'artère elle-même. Les deux jours suivans le pouls radial n'avait

pas reparu; mais vers la fin du troisième jour, il était revenu; les trois doigts indicateur, médius et annulaire étaient paralysés. Peu à peu le mouvement et la sensibilité reparurent dans les doigts médius et annulaire: l'indicateur seul est resté le siége d'une paralysie incomplète.

On possède déjà un certain nombre de faits relatifs à des plaies de l'artère brachiale où la compression a suffi pour arrêter l'hémorragie. Malgré cela, M. Haspel n'en persiste pas moins à croire à l'insuffisance et aux dangers même de la compression dans les blessures d'artères d'un calibre, tel que celui de la brachiale, parce qu'elle a été souvent l'origine d'anévrismes faux consécutifs, pour lesquels il a fallu recourir à l'amputation du membre.

Obs. IV. — Un enfant tombe, portant une bouteille qui se brise en éclats dans sa main. De la plaie s'élance par jets saccadés une grande quantité de sang vermeil. M. Scoutetten établit une compression directe sur le lieu de la blessure, et pour diminuer la force d'impulsion du sang, ou l'empêcher d'arriver à la main, il place des compresses graduées sur les artères radiale et cubitale. Au bout d'un temps très court, la cicatrisation était complète.

Obs. V.—Plaie à la paume de la main, lésion de l'arcade palmaire, ligature de la radiale, compression sur le lieu de la blessure et sur l'artère cubitale; guérison après neuf jours.

Obs. VI.—Un soldat du 8e chasseurs entre à l'hôpital de Sedan. En voulant fendre une noix, le couteau avait glissé et s'était enfoncé profondément dans la paume de la main; un jet de sang rutilant et par saccades jaillit de la plaie; en vain avait été exercée la compression, le sang s'écoulait toujours. On fit la ligature de l'artère radiale à la partie inférieure du bras; on établit une compression sur le lieu de la blessure, à l'aide d'un gâteau de charpie et d'une planchette maintenue par plusieurs tours de bande. Au bout de quelques jours, la double plaie était complètement cicatrisée.

La vigueur du sujet, l'énergie de l'impulsion circulatoire, l'étendue de la plaie, les vains efforts tentés pour arrêter l'hémorragie ont contraint d'avoir recours à la ligature.

Obs. VI.—Une femme à laquelle le docteur Scoutetten avait fait récemment pratiquer une saignée du pied, défait le bandage, et dans un accès de délire s'empare d'un couteau et se fait une incision profonde, étendue d'une malléole à l'autre; un jet de sang vermeil et saccadé se manifeste aussitôt; lorsque nous arrivâmes le sang ne coulait plus; on put s'abstenir de comprimer. Cependant, la nature des accidens, la situation de la plaie, sa profondeur ne permirent pas de douter que l'artère pédieuse n'ait été ouverte. L'hémorragie ne reparut plus, mais bientôt toute la peau, et le tissu cellulaire sous-jacent de la face dorsale du pied sont frappés de gangrène.

On ne saurait nier que parmi les lésions d'artères qui réclament la compression, la blessure de la pédieuse ne soit celle qui ne fasse espérer le plus de succès par l'emploi de ce moyen. La position superficielle de l'artère, le plan solide sur lequel elle repose, la possibilité d'exercer une compression limitée paraissent être des circonstances qui doivent rendre la compression plus efficace ici que partout ailleurs. Quant au développement de la gangrène, dans ce cas, on aurait grand tort de l'attribuer aux effets de la suspension de la circulation, puisque d'autres voies restaient encore bien suffisantes pour l'entretenir. Le plus souvent, c'est une circonstance tout opposée qui l'amène, et les chirurgiens le savent bien: c'est la dilatation immédiate et subite des vaisseaux de troisième et quatrième ordre, et du système capillaire, qui détermine cette augmentation de caloricité si manifeste à la vue et au toucher, que le malade perçoit bien manifestement. C'est une gangrène par inflammation, on par abord trop considérable des fluides à la périphérie du membre. On pourrait rapprocher de ce mécanisme de la mortification, ce qui se passe dans certaines gangrènes par congélation; au moment de la réaction, le sang aborde en trop grande quantité aux capillaires, il les remplit et les distend outre mesure; de là cette chaleur, cette turgescence; de là aussi la gangrène de nature congestive ou inflammatoire. Les théories seraient ici d'un grand secours pour qui se paierait de mots, n'y cherchons que les faits, et tirons-en cette conclusion pratique qu'il ne faut pas s'appliquer à échauffer les membres, comme on le faisait autrefois, comme le font encore beaucoup de chirurgiens; cette chaleur factice, dont le degré ne peut être calculé par le malade, dont la sensibilité est alors presque toujours obtuse, est nécessairement pour beaucoup dans le développement d'un accident dont, il faut bien le dire, on s'est exagéré la fréquence et les dangers.

Observations et réflexions sur la rupture spontanée du cœur; par M. Lafargue.

Les causes auxquelles on a attribué les ruptures du cœur sont nombreuses, et méritent de fixer l'attention des praticiens. Dans les cas rapportés ici par M. Lafargue, cet accident paraît avoir été produit par une altération propre du tissu musculaire du cœur, altération chronique, latente, particulière aux vieillards, et qui tient aux modifications que l'âge amène dans le tissu musculaire, et qui le rend friable. L'auteur rapproche cette altération du tissu musculaire du cœur, de celle que l'on observe dans les vaisseaux sanguins, de leur ossification; c'est-à-dire de l'imprégnation calcaire de leurs parois. Sans nier l'influence de cette modification du tissu musculaire du cœur, qui est réelle, nous pensons cependant que dans les cas rapportés par M. Lafargue, comme dans les autres, cette cause n'a pas suffi seule pour déterminer l'accident dont nous parlons, mais a été aidée de quelqu'une des autres causes signalées par les auteurs, telles que l'énergie de la contraction musculaire, l'impulsion du sang accru par un obstacle à la circulation artérielle, l'ulcération de la surface interne du cœur, ou la présence d'abcès développés dans l'intérieur des parois de cet organe. L'observation suivante est la plus remarquable de celles que cite M. Lafargue dans ce travail.

Obs.—Un homme, âgé de 65 ans, d'une constitution sanguine, habituellement bien portant, entre à l'hospice de Bicêtre, se plaignant d'une douleur lancinante dans la région du cœur. Comme il n'y avait ni toux, ni fièvre, ni matité dans la poitrine, on conclut à l'existence d'une simple pleurodynie, et l'on prescrivit des cataplasmes, le repos et un régime doux. Au bout de deux jours passés sans autre phénomène qui appelât l'attention, ce malade mourut subitement dans la nuit du deuxième au troisième jour.

Autopsie. Le péricarde est distendu par une assez grande quantité de sang fluide, au-dessous duquel on trouve d'énormes caillots d'un rouge foncé, faciles à détacher de la membrane séreuse qui paraît à l'état normal. Le cœur, de volume ordinaire, présente sur son bord gauche, à un pouce au-dessus de sa pointe, une fissure longue de trois lignes, communiquant avec l'intérieur du ventricule aortique. Les bords de cette fissure ne sont pas nettement dessinés comme ceux d'une plaie par instrument tranchant; mais ils semblent irrégulièrement découpés, et présentent çà et là, soit des pertes de substances, soit un tissu sec, jaune, friable, comme celui des muscles passés à l'état graisseux. On trouve sur plusieurs points du ventricule gauche la même altération portant liée à une faible résistance du tissu du cœur.

Les autres organes n'offraient rien de remarquable.

La douleur que ressentit le malade dans la région précordiale, pendant les derniers jours qui précédèrent sa mort, ne permettait pas de douter qu'il n'y eût là un travail morbide différent de la transformation graisseuse signalée dans l'observation. Cette douleur, qu'on a observée dans quelques autres cas de rupture du cœur, se rencontre dans trop d'affections diverses pour qu'on y attache une grande importance sous le rapport du diagnostic. Cependant, nous devons dire que généralement on n'accorde pas aux douleurs dites pleurodyniques toute l'attention qu'elles méritent, et que, dans quelques cas on pourrait, à l'aide d'un examen plus sérieux, arriver, sinon au diagnostic précis de l'organe qui en est le siége, au moins soupçonner le danger dont elles sont l'annonce.

Mémoire sur l'emploi du sirop de goudron en médecine; par le docteur Péraire.

L'eau de goudron n'est pas toujours facile à administrer: certains malades ne peuvent, par répugnance, en prendre la quantité nécessaire, quelques estomacs ne la supportent même qu'avec peine, et cependant ce médicament, bien qu'il ait joui, à une époque déjà éloignée, d'une faveur exagérée, ne méritepas cependant l'abandon complet dans lequel le laissent la plupart des praticiens de l'époque actuelle. Le moyen d'en faciliter l'usage, c'était d'en faire une préparation qui inspirât moins de répugnance que celle qui est employée généralement: c'est ce qu'a tenté de faire M. Péraire en administrant le goudron en forme de sirop. Voici la manière dont il le prépare:

Pour quatre parties de goudron, il emploie une partie d'eau de rivière bouillante, et traite le mélange en bain-marie. Il maintient le tout pendant soixante-quatre heures à une température de 60 degrés, ayant soin d'agiter de temps en temps; puis il laisse refroidir, décante et filtre. Il obtient un produit très odorant et très chargé des principes résineux. Il ajoute deux parties de sucre, qu'il fait dissoudre à froid et il filtre. Il résulte de ces manipulations un sirop assez actif pour qu'une cuillerée représente un verre d'eau de goudron préparée à la méthode ordinaire.

D'après ce mode de préparation, le sirop de goudron peut être administré soit seul, à la dose de trois ou quatre cuillerées à bouche par jour, soit coupé avec des tisanes appropriées, soit combiné avec d'autres substances pharmaceutiques et rentrer dans la composition des potions ou des lochs. M. Péraire dit l'avoir employé sous ces diverses formes, et

préfère cependant le sirop pur, qui lui a paru être d'un effet plus certain.

L'auteur ne se contente pas de donner la formule du sirop de goudron; il rapporte encore plusieurs observations où l'emploi de ce médicament dans des affections différentes a été suivi de succès. Ne pouvant rapporter ces différentes observations, nous allons en analyser une, dans laquelle le goudron fut employé pour combattre une affection trop souvent rebelle aux médications les plus variées.

GASTRITE CHRONIQUE; DYSPEPSIE; TRAITEMENT ANTIPHLOGISTIQUE, ANTISPASMODIQUE; SIROP DE GOUDRON; LÉGÈRE FATIGUE; ARDEURS D'ESTOMAC DANS LE PRINCIPE; MIEUX SENSIBLE.

OBS. — Mme C., tempérament nerveux, mariée depuis quatre ans et sans enfans, est prise, à la suite de la suppression des menstrues, occasionée par une frayeur inattendue, d'une violente douleur à la région épigastrique, avec des vomissemens à la moindre ingestion d'alimens dans l'estomac. Quand ces vomissemens n'avaient pas lieu, elle éprouvait à l'épigastre de vives douleurs pendant quatre ou cinq heures après le repas. Un traitement antiphlogistique n'empêcha pas la maladie de faire des progrès. Bientôt la malade éprouva des défaillances et pouvait à peine prendre quelques cuillerées de bouillon. Le régime antiphlogistique, puis les antispasmodiques et les narcotiques furent employés sans succès, ainsi que le nitrate de bismuth, l'eau de Seltz et les eaux de Vichy. On eut recours au sirop de goudron dans ces circonstances défavorables. La première cuillerée produisit un sentiment de chaleur insupportable vers le pylore. Il fallut y renoncer et le remplacer pendant quelques jours par le sirop d'acétate de morphine; mais le sirop de goudron, repris ensuite, et avec persévérance, fut bien supporté : la maladie s'améliora, l'estomac reprit ses fonctions et la malade son appétit et sa gaîeté, qu'elle avait entièrement perdus.

III. RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU DÉPARTEMENT D'INDRE-ET-LOIRE.

Le cahier du quatrième trimestre renferme les articles originaux suivans : 1° *Observation sur les bons effets du chlorure d'oxide de sodium*; par M. Thomas, vice-président de la société médicale de la Nouvelle-Orléans; 2° *Croup développé chez une fille âgée de trente ans; traitement par la dissolution concentrée de nitrate d'argent; guérison après dix cautérisations faites en cinq jours*; par M. Charcellay; 3° *Observation d'une hernie crurale étranglée*, opérée par M. le docteur Morand. (La malade s'étant refusée longtemps à l'opération, les intestins étaient gangrenés au moment du débridement; on incisa le sac; les parties frappées de mort se détachèrent au bout de quelques jours; le quarante-cinquième jour, la plaie était considérablement rétrécie, les matières commençaient à couler par le rectum; tout semblait assurer un heureux résultat, lorsque la malade ayant supprimé un cautère qu'elle portait au bras fut prise de fièvre, et succomba; pas d'autopsie.)

OBSERVATION SUR LES BONS EFFETS DU CHLORURE D'OXIDE DE SODIUM A L'INTÉRIEUR DANS LE TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES, CONSIDÉRÉ CONSTANT COMME PRÉVENANT LES RECHUTES; par le docteur THOMAS.

Si le chlorure d'oxide de sodium n'était vanté dans cet article que comme succédané du quinquina pour combattre les fièvres intermittentes, nous nous serions contenté d'indiquer ce travail sans nous y arrêter. Les expériences faites sur cette question sont assez récentes pour n'avoir point encore été oubliées (GAZ. MÉD., année 1836, p. 233); mais, l'auteur lui attribuant une supériorité sur le quinquina pour prévenir les rechutes que n'avait pu empêcher même le spécifique par excellence, nous avons dû examiner attentivement les preuves apportées par l'auteur à l'appui de son assertion, et, nous le disons avec regret, dans deux cas seulement, l'auteur a obtenu les brillans résultats dont il parle dans le titre. Or, tant de causes peuvent contribuer à faire disparaître une fièvre intermittente opiniâtre, telles que le repos, un changement dans les habitudes, d'habitation, ou même de température, qu'il faut un plus grand nombre de faits pour constater dans le chlorure d'oxide de sodium la propriété puissante que lui attribue ici M. Thomas. De nouvelles expériences sont donc nécessaires, et les occasions ne manquent pas aux praticiens.

CROUP DÉVELOPPÉ CHEZ UNE FILLE AGÉE DE TRENTE ANS; TRAITEMENT PAR LA DISSOLUTION CONCENTRÉE DE NITRATE D'ARGENT; GUÉRISON APRÈS DIX CAUTÉRISATIONS FAITES EN CINQ JOURS; par le docteur CHARCELLAY.

OBS. — Magery, âgée de 30 ans, d'une constitution robuste et habituellement bien portante, est admise, le 5 mai 1837, à l'hôpital de Tours. Cette fille d'une intelligence fort bornée rapporte que sa mère était sujette à des convulsions, et qu'elle-même éprouve souvent des attaques dans lesquelles elle perd connaissance complètement. Elle n'est point sujette aux maux de gorge.

Dans la nuit du 30 septembre, elle éprouve une légère douleur de gorge du côté gauche, et qui augmente les jours suivans.

Le 4 octobre, elle accuse un serrement du gosier; l'amygdale gauche un peu tuméfiée offre un très petit point jaunâtre. Peu de toux, pas de fièvre, pas d'altération du timbre de la voix.

Le 5 octobre, la douleur de gorge est plus forte; l'amygdale est recouverte dans son tiers inférieur d'une fausse membrane blanche jaunâtre, un peu plus étendue que la veille. Céphalalgie; pas de fièvre.

Le 6, aphonie complète; sons gutturaux, sifflans; l'amygdale gauche offre sur sa moitié inférieure une fausse membrane blanche jaunâtre, dont on ne peut voir la fin en bas vers l'ouverture du larynx. On la détache difficilement avec le manche d'une cuillère et la portion qu'elle recouvrait reste rouge et saignante. La douleur de gorge est très vive, état fébrile peu développé. M. Bretonneau consulté propose la cautérisation avec le nitrate d'argent en solution concentrée (4 gros de sel d'argent pour 12 gros d'eau distillée); elle est pratiquée à 2, 6 et 10 heures du soir suivant le procédé de M. Bretonneau, et, après chaque cautérisation, la malade accuse un sentiment de chaleur brûlante dans la gorge, et amène, après de nombreux efforts de toux, quelques fragmens de membrane jaunâtre (cataplasme émollient autour du col; gargarisme émollient; bain de pied sinapisé; julep diacode, etc.).

Le 7 octobre, la fréquence du pouls augmente (80); la voix reste sifflante, et la douleur vive à gauche; mucosités abondantes dans le pharynx coagulées et ressemblant à des fausses membranes sur la luette et le pilier antérieur droit; salivation; crachats muqueux, parmi lesquels on trouve des fausses membranes. Trois cautérisations sont pratiquées à six heures du matin, à midi et à huit heures du soir.

Le 8, la voix est moins étouffée et moins sifflante, ainsi que la toux. Quelques fausses membranes ont été expulsées depuis hier. La moitié inférieure de l'amygdale est toujours recouverte d'une fausse membrane jaunâtre, ainsi que la luette. L'épiglotte est rouge. Deux cautérisations sont faites dans la journée.

Le 9, pouls, 76; voix demi-naturelle, et presque sans sifflement. Plusieurs fausses membranes ont été expulsées depuis hier. La luette est en partie dépouillée de sa fausse membrane, ainsi que l'amygdale gauche; l'exsudation pelliculaire tapisse le fond du pharynx à droite et à gauche, derrière les piliers postérieurs. Pas de cautérisation.

Le 10, beaucoup de fausses membranes ont été expulsées depuis hier; quatre ou cinq en lanières, et plusieurs autres sous la forme de petits lambeaux, et toutes légèrement noircies par le nitrate d'argent. Les deux plaques pelliculaires du pharynx sont moins prononcées qu'hier; il existe quelques granulations pseudo-membraneuses sur la luette et l'amygdale gauche; la muqueuse offre plusieurs points saignans. La cautérisation est pratiquée; puis elle l'est de nouveau pour la dixième et dernière fois le lendemain 11, avec la dissolution de nitrate d'argent au 1/5. Depuis cette époque, l'état de la malade s'améliore continuellement. Cependant la malade n'est considérée comme entièrement guérie qu'après le 6 décembre, ayant éprouvé, pendant sa convalescence, une nouvelle aphonie à la suite d'un refroidissement, mais sans production de fausse membrane, et le gonflement des ganglions sous-maxillaires n'ayant disparu qu'avec lenteur.

Cette observation est intéressante sous plusieurs points de vue, et en premier lieu pour la facilité avec laquelle on a pu suivre le développement graduel des fausses membranes, d'abord sur l'amygdale gauche, puis sur les piliers du voile du palais et la luette, puis sur l'épiglotte et les parties postérieures du pharynx. Un autre point de vue sous lequel cette observation offre de l'intérêt, c'est pour l'énergie du traitement employé d'après la méthode de M. Bretonneau, que nous allons rappeler en quelques mots. Une fine éponge piriforme, du volume du pouce, est fendue crucialement sur sa petite extrémité, pour recevoir celle recourbée d'une tige flexible de baleine, destinée à lui servir de manche, sur lequel on la fixe solidement avec de bonne cire à cacheter. Le malade, s'il n'est forcé de garder le lit, est assis au jour sur une chaise, la tête renversée en arrière et fixée par un aide : alors le chirurgien imbibe d'une forte dissolution de nitrate d'argent l'éponge, qu'il a soin d'exprimer ensuite, de sorte qu'elle reste simplement humectée; alors il abaisse la langue avec une cuiller tenue de la main gauche et cautérise directement le pharynx. Ce n'est qu'indirectement qu'il peut opérer la cautérisation du larynx : pour cela, l'éponge est portée au-dessus de la glotte, et, par un mouvement rapide de compression, exercé sur la base de la langue, de haut en bas et d'arrière en en avant, il en exprime quelques gouttelettes, qui vont ruisseler sur la muqueuse laryngée. On revient à cette manœuvre deux ou trois fois de suite, de façon à ce que la quantité du liquide n'atteigne que les surfaces malades. On peut répéter la cautérisation trois ou quatre fois par jour; puis on la fait moins souvent et on la rend moins énergique, en employant une dissolution un peu moins concentrée.

IV. JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

15ᵉ volume. — La 63ᵉ livraison contient : 1° *Recherches sur l'opportunité de l'amputation de l'utérus dans le cas d'abaissement ou de renversement et sur le procédé le plus convenable pour la pratiquer*; par M. Gély, D. M. P. (travail d'érudition); 2° *Observations et réflexions relatives à l'engorgement dit vénérien du testicule*; par M. Baré, D. M. P. (Rien de neuf.)

V. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les cahiers de mars, avril et mai 1839 renferment les articles originaux suivans : 1° *Observation d'atrésie du rectum*; par M. E. de Nobèle; 2° *Observation de gastro-hystérotomie*; par M. Hœbeke; 3° *Memoire sur la physiologie de la ténotomie*; par M. F. d'Ammon; 4° *De la leucorrhée des jeunes filles avant l'âge de la puberté*; par M. Martin Schoenfeld; 5° *Mémoire sur la nature, la marche et le traitement des granulations de la conjonctive palpébrale*; par M. A. Sotteau; 6° *Observation d'une luxation spontanée scapulo-humérale*; par M. Cornelis.

OBSERVATION D'ATRÉSIE DU RECTUM; par M. de NOBÈLE.

Obs. — Un enfant du sexe féminin, venu à terme, présentant une constitution et un embonpoint plus qu'ordinaires, et toutes les apparences d'une santé très robuste, n'avait pas rendu le méconium trois jours après sa naissance; on se borna à lui donner un peu d'eau miellée et à introduire dans l'anus des suppositoires de papier huilé. L'exploration du rectum fit voir qu'il se terminait en cul-de-sac à un peu plus d'un pouce au-dessus de l'orifice anal. Les liquides de divers lavemens et l'air poussé par le fondement au moyen d'une seringue ne passaient pas, et il était évident qu'il n'y avait aucune communication entre cette portion du rectum, l'intestin, le vagin et la vessie. L'enfant poussait de petits cris et des plaintes continuelles, interrompues par des vomissemens répétés de temps en temps; le ventre météorisé se distendait de plus en plus; la face était grippée, le pouls très faible et accéléré; on pensa qu'il importait d'établir le cours des matières fécales par une ponction faite au moyen d'un trois quart de large dimension. Les mouvemens de l'enfant, en poussant les intestins vers l'endroit où la continuité du rectum était interrompue, firent croire un moment à l'existence d'une cloison membraneuse obturant l'intestin. M. de Nobèle y introduisit la canule d'un trois-quart, et saisissant le moment où les cris étaient le plus vifs, il poussa le dard jusqu'au-delà de la canule. En le retirant il était enduit d'une substance olivâtre ayant toute l'apparence du méconium. Cependant malgré les cris de l'enfant et plusieurs ponctions faites dans la même direction, on ne put obtenir aucune évacuation. Un stylet introduit dans la plaie faite au moyen du trois-quart donna la conviction qu'au delà du cul-de-sac l'intestin ne se continuait point, et que si la première ponction avait été faite dans un endroit de l'intestin, celui-ci avait fui devant l'instrument dans les ponctions successives, et qu'il n'était plus possible de le reconnaître.

Le cinquième jour après l'opération, les accidens ayant atteint un haut degré d'intensité, on remarqua, à trois ou quatre lignes à droite de l'anus, une tache noirâtre ou plutôt olivâtre, qui s'étendit en peu de jours jusqu'au point d'acquérir la grandeur d'une pièce d'un franc; des points semblables, mais moins étendus, se manifestèrent, le dixième jour, au bas du dos et dans l'épaisseur de la vulve. L'enfant dépérissait à vue d'œil, et ses cris devenaient de jour en jour plus faibles.

Le 8 mai, douzième jour de l'opération, quinzième de la naissance, après un redoublement de cris, il sortit tout d'un coup par l'anus un petit tampon de substance noire, putréfiée, excessivement fétide; cette expulsion fut suivie de la sortie d'une quantité très grande de méconium en état de décomposition putride et répandant une odeur des plus infectes. Dès ce moment, la petite malade fut soulagée, la tuméfaction du ventre diminua et la santé s'améliora insensiblement.

A trois mois, le calibre des matières fécales devint peu à peu moindre, et, au quatrième mois, il s'ouvrit à droite de l'anus un petit pertuis fistuleux, suivi bientôt d'un second, situé un peu plus bas, et qui tous deux donnèrent issue, ainsi que l'anus, aux matières fécales.

Un peu plus tard, on s'aperçut qu'une ouverture fistuleuse s'était fait jour dans le vagin.

Plus tard, on dilata la fistule intestinale au moyen de l'éponge préparée, et les matières sortirent avec la plus grande facilité par le rectum. Malheureusement des symptômes d'irritation intestinale, accompagnée d'une tuméfaction considérable du ventre, firent renoncer pour le moment à tout projet d'opération.

Il s'agit, dans le fait qu'on vient de lire, non d'une simple occlusion, mais d'une absence complète de l'extrémité inférieure du rectum, qui se terminait en cul de sac à une hauteur assez considérable. On ne saurait dire toutefois quelle partie de l'intestin a été lésée par l'opération. « Les différentes ponctions ont-elles produit une inflammation adhésive, qui a servi en quelque sorte, de conductrice à l'escarre et au méconium? De quelle nature étaient ces taches violacées, ayant la teinte du méconium, que l'on a observées à la marge de l'anus, à la vulve et au bas du dos? Était-ce du méconium? Je suis tenté de le croire, et je m'expliquerais de cette manière et l'inflammation adhésive et l'espèce de canal que les matières intestinales se sont creusé depuis l'intestin jusqu'à l'anus. D'ailleurs, il est à remarquer que ces taches n'ont pas suivi la marche ordinaire des ecchymoses, et qu'après avoir été apparentes pendant une quinzaine de jours, elles se sont insensiblement évanouies. »

OBSERVATION DE GASTRO-HYSTÉROTOMIE; par M. HOEBEKE, de Sottegem.

Les guérisons à la suite de l'opération césarienne sont assez rares pour que les faits suivans méritent d'être reproduits avec détails. Dans un cas, la guérison était complète et ne s'est pas démentie; dans l'autre, tout alla bien jusqu'au septième jour, époque à laquelle une hémorragie utérine enleva la femme en peu d'instans.

Obs. I. — Marie Thérèse Van Laukeren, âgée de 29 ans, et mariée depuis dix ans, eut un premier accouchement au quinzième mois de son mariage; vingt-neuf mois après eut lieu sa seconde couche, et, deux ans après, sa troisième; les enfans vinrent vivans et par les seules forces de la nature. Pendant sa troisième grossesse, elle commença par sentir aux lombes des douleurs rhumatismales, qui s'étendirent aux cuisses et aux épaules. Elle prit, pendant quelque temps, de l'huile de baleine, qu'elle abandonna vers le terme de cette gestation. Retour des douleurs à l'approche de l'hiver : on administra de nouveau l'huile de baleine; la malade en prit jusqu'à douze litres sans éprouver le moindre amendement. Bientôt après, on s'aperçut que la taille se courbait, et, le 23 juin 1838, époque à laquelle les douleurs de la parturition de cette quatrième grossesse se déclarèrent, on reconnut l'impossibilité de l'accouchement par les voies naturelles.

Le toucher fit reconnaître que les os des îles avaient chevanché, de manière que la tubérosité ischiatique gauche était d'environ un demi-pouce plus en avant que la droite, et que la distance qui les séparait n'était pas suffisante pour permettre l'introduction du doigt. La nécessité de l'hystérotomie reconnue, la poche des eaux étant rompue, on procéda immédiatement à l'opération en pratiquant une incision sur la ligne blanche. Le reste de l'opération ne présenta rien de particulier (sept points de suture séparée; fomentations froides sur l'appareil, tant pour exciter les contractions utérines que pour prévenir une hémorragie secondaire.)

Dès le lendemain, les lochies coulèrent, l'excrétion des urines se fit avec facilité.

Le troisième jour, il y eut une selle, fièvre de lait, la sécrétion s'établit bien. L'enfant qui avait été retiré vivant prit le sein.

Vers le septième jour, la plaie était réunie à sa partie supérieure; on supprima les points de suture; les bords de la plaie des parois abdominales avaient contracté des adhérences avec l'ouverture faite à l'utérus (pansement avec la charpie sèche, bandelettes agglutinatives et bandage de corps). Au bout de quelques semaines la guérison était parfaite.

Obs. II. — Chez la femme qui fait le sujet de cette observation, les douleurs existaient depuis huit heures, l'obstacle existait au même endroit que chez la malade dont il vient d'être question. Les tubérosités ischiatiques étaient rapprochées au point de ne laisser entre elles qu'un pouce d'intervalle. L'enfant était situé en travers, la tête dans le flanc gauche et les pieds du côté droit; de légères pressions parvinrent à ramener la tête sous la ligne blanche. L'opération fut pratiquée de la même manière que précédemment. Une grande quantité de liquide s'écoula; c'étaient les eaux de l'amnios, mêlées à du sang, qui s'étaient épanchées dans l'abdomen. Tout le liquide ayant été vidé, la plaie fut réunie par quelques points de suture, et le pansement fut achevé comme dans l'autre opération. Tout alla bien les premiers jours; il semblait que la malade n'avait eu qu'un accouchement naturel.

Dès le troisième jour, on lui accorda des alimens.

Le sixième jour, la plaie était cicatrisée.

Depuis le premier pansement aucun suintement ne s'était fait par la plaie; aucune douleur ne s'était manifestée; le ventre était souple, la langue fraîche, les facultés intellectuelles entières; tout enfin était dans le meilleur état : on pouvait avec raison la regarder comme guérie, lorsque deux à trois heures après la visite que lui fit le chirurgien, dans l'après-dînée du septième jour, une hémorragie utérine enleva cette femme en peu d'instans. On ne put lui porter à temps quelque secours. Pas de renseignemens sur la cause de cette métrorrhagie qui a amené la mort au moment où on s'applaudissait du succès de l'opération. La rupture de la matrice s'était faite à la face antérieure de cet organe et un peu du côté gauche.

Des détails plus circonstanciés seraient à désirer relativement surtout à cette dernière malade. Quelle était au juste l'étendue des diamètres du bassin; quelle en était la forme et la direction; on ne dit rien du volume du fœtus; etc.; tous ces points sont cependant importans à connaître pour savoir au juste quelle était l'indication réelle d'opérer, et quel avantage on aurait pu espérer de la symphysiotomie. D'après les quelques

mots relatifs à la nature de la viciation on doit penser qu'elle était extrême. On voit en même temps qu'on ne songea pas un instant à pratiquer l'embryotomie, les enfans étant vivans. Sous ce rapport, les accoucheurs belges adopteraient la doctrine française, au sujet de la préférence à accorder à l'opération césarienne sur le morcellement du fœtus, lorsque ce dernier est vivant, doctrine qu'on doit admettre d'autant plus volontiers qu'elle est à la fois et plus humaine et plus rationnelle.

Resterait à discuter maintenant la cause de la viciation du bassin, la nature de ces douleurs dont se plaignaient les malades; l'influence qu'a pu exercer sur le développement de la lésion du système osseux l'usage de l'huile de baleine à doses élevées. Cette substance aurait-elle la propriété, donnée, dans de certaines proportions, de favoriser le développement de l'ostéo-malaxie? M. Hoebeke serait disposé à le croire. Ceci pourrait fournir matière à contestation, puisque, d'une part, dans les effets connus de ce médicament, tels qu'ils ont été indiqués depuis le premier travail de M. Scherer, de Siegen (BULLETIN DES SCIENCES MÉDICALES, février 1822), et dans les dissertations de M. Buyze, de Terneusen, des docteurs Aroy, de Réderer, de Sparman; dans l'ouvrage complet de M. Brefeld, publié en 1835, etc., rien de semblable ne se trouve mentionné; et que, d'un autre côté, on pourrait très rationnellement, au lieu de considérer les douleurs térébrantes de tout le système osseux comme appartenant à des affections rhumatismales, les regarder comme les signes avant-coureurs de l'ostéo-malaxie. Cette présomption se trouve justifiée par le rapport de deux médecins envoyés sur les lieux pour constater les beaux succès obtenus par M. Hoebeke, et qui ont insisté sur ce point, à savoir : que les habitations froides et humides, la grande misère, la nourriture entièrement végétale à laquelle les femmes sont soumises, doivent être envisagées comme des causes plus que probables de la fréquence du ramollissement des os qu'on observe dans cette partie de la Flandre, « et si, ajoutent les rapporteurs, ces difformités s'observent principalement au détroit inférieur, c'est que l'occupation journalière de ces femmes consiste à filer l'étoupe et à rester assises auprès de leurs rouets du matin au soir, de manière que tout le poids du corps portant constamment sur les tubérosités ischiatiques doit nécessairement déformer et rétrécir la sortie du bassin. »

DE LA LEUCORRHÉE DES JEUNES FILLES AVANT L'AGE DE LA PUBERTÉ; par le docteur MARTIN SCHOENFELD.

Ce sujet est un des plus intéressans qui puissent occuper l'attention du médecin ; car jusqu'ici il a été trop négligé, et cependant la leucorrhée chez les jeunes filles est une maladie non seulement grave par elle-même, mais encore bien plus grave par l'influence fâcheuse qu'elle exerce sur l'avenir de leur santé, qu'elle détruit trop souvent pour toujours. La leucorrhée simple chez les jeunes filles dépend, suivant l'auteur, d'un orgasme inflammatoire caractérisé par de la rougeur, de la chaleur, et quelquefois de la douleur au clitoris, aux grandes et aux petites lèvres et au vagin. L'écoulement muqueux, qui est formé par ces parties, et dont la couleur offre de nombreuses variétés, est quelquefois mêlé de rares filets de sang, et donne, dans certains cas, naissance à des excoriations et même à des plaies plus ou moins profondes et souvent d'un aspect rouge foncé.

La maladie s'établit ou insensiblement ou subitement, par une légère rougeur avec chaleur aux grandes lèvres, etc., et continue ensuite avec une intensité variable, suivant la rapidité avec laquelle les accidens se succèdent et suivant l'importance des altérations qui se développent. Lorsqu'elle n'est pas intense et exempte de complications, sa durée varie de quelques semaines à trois mois et même davantage et présente trois périodes parfois bien distinctes : 1° l'inflammation ; 2° l'exhalation ; 3° la résolution ou décroissance.

Le diagnostic de la leucorrhée simple exige quelquefois une certaine attention, et se lie dans quelques cas à des questions médico-légales d'une certaine importance; c'est ainsi qu'on ne doit pas le confondre avec le flux muqueux déterminé par le viol avec l'écoulement dépendant d'une infection syphilitique.

Le siége de la maladie varie presqu'autant chez les enfans que chez les adultes; le plus souvent, le flux muqueux est fourni par la partie antérieure du vagin, et, dans le plus grand nombre des cas, l'utérus n'en fait point les frais ; car, dans l'enfance, et à une époque où cet organe n'est pas encore entré en activité, il doit rarement prendre part au travail morbide que produit ce flux. Cependant, quand ce flux est opiniâtre, on doit soupçonner que sa source se rencontre réellement, comme chez les adultes, dans une phlegmasie latente du corps ou du col de l'utérus.

Les causes de la leucorrhée chez les enfans sont très nombreuses; l'auteur les distingue en prochaines, parmi lesquelles la disposition héréditaire est l'une des plus actives, ainsi qu'un certain état de faiblesse de l'économie, et en causes déterminantes, dont la masturbation est la plus importante ; il place ensuite la malpropreté, le refroidissement après des jeux et, enfin, une alimentation insuffisante et une habitation humide et malsaine. On dit aussi avoir observé cet état morbide régnant épidémiquement. Le pronostic de la leucorrhée chez les jeunes filles n'est pas grave lorsque cette maladie suit une marche aiguë et ne dépend que d'une cause passagère ; mais, si elle est le résultat de la masturbation, il en est tout autrement. Il arrive parfois que la leucorrhée des petites filles, lorsqu'elle se prolonge jusqu'à l'âge de la puberté, empêche le système utérin de fonctionner d'une manière normale et qu'elle retarde l'établissement de la menstruation.

Le traitement doit varier suivant la forme qu'offre la leucorrhée et suivant l'époque à laquelle elle se trouve, et aussi suivant l'état général du sujet. Toutes les indications que donne ici l'auteur ressortent de la thérapeutique générale et de la connaissance des causes qui ont amené les accidens. Nous citerons cependant le succès qu'il dit avoir obtenu dans deux cas de masturbation des applications d'eau froide à l'occiput et à la nuque, conseillées par Gall. Le même moyen paraît lui avoir réussi également chez un jeune garçon, chez lequel ce vice avait déterminé des accidens cérébraux d'une extrême gravité.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 24 JUIN.

L'Académie procède, par voix de scrutin, à l'élection d'un correspondant pour remplir la place vacante dans la section de minéralogie et de géologie par suite du décès de M. Reboul.

La liste de candidats présentés par la section portait, dans l'ordre suivant, les noms de MM. Buckland à Oxford,—Sedgwick à Cambridge,—Delabèche à Londres,— F. Naumann à Freyberg, — Murchison à Londres, — Hausmann à Gœttingue,—Greenough à Londres,—d'Omalius d'Halloy à Namur,—Fitton à Londres.

Sur la proposition de plusieurs membres de l'Académie, les deux noms suivans sont ajoutés à la liste : MM. Lyell à Londres et Fournet à Lyon.

Le nombre des votans est de 42; majorité, 22.

Au premier tour de scrutin, M. Buckland obtient 36 suffrages, M. Sedgwick 3, M. Fournet 2, M. d'Omalius d'Halloy 1.

M. Buckland ayant obtenu la majorité absolue des suffrages est proclamé correspondant de l'Académie.

SUR LA RESPIRATION DU FOETUS PENDANT LES TROIS PREMIERS MOIS DE LA VIE.

M. Serres lit un mémoire sur ce sujet que nous insérerons textuellement dans notre prochain numéro.

SUR LA STRUCTURE INTIME DES ÉCAILLES DES POISSONS ET DES REPTILES.

M. Mandl présente un mémoire sur ce sujet.

Les écailles, dit l'auteur, se composent d'une couche supérieure et d'une couche inférieure.

La couche supérieure est composée : 1° De canaux longitudinaux partant d'un foyer qui n'est pas toujours le centre de l'écaille; 2° de lignes cellulaires, lignes dans lesquelles tous les auteurs ont cru voir les bords de couches d'accroissemens successifs, mais qui, d'après les observations de M. Mandl, ne seraient autre chose que des lignes produites par la réunion ou fusion de cellules (granules creuses ou remplies); 3° de corpuscules jaunes analogues aux corpuscules des os et des cartilages, contenant comme ceux-ci des sels; 4° du foyer occupé par des lignes cellulaires interrompues, de cellules imparfaites, de corpuscules, etc. Cette partie paraît être le premier rudiment de l'écaille.

Dans la plupart des acantho-pterygiens les écailles offrent des dents qui n'existent que sur le bord terminal. Ce sont d'abord des germes enveloppés d'un sac qui peu à peu acquièrent une pointe, des racines, etc. Ces dents manquent dans la plupart des malacopterygiens.

La couche inférieure est composée de lamelles fibreuses, dont celles du milieu sont les plus courtes, les extérieures les plus longues.

M. Mandl considère aussi, comme l'avait déjà fait M. Agassiz, les écailles comme caractère servant à la classification des poissons.

TRAITEMENT DES DÉVIATIONS LATÉRALES DE L'ÉPINE PAR LA SECTION DES MUSCLES.

M. le docteur Jules Guérin communique à l'Académie les premiers résultats de cette nouvelle opération qu'il annonce avoir pratiquée douze fois avec succès (voir la lettre de l'auteur ci-contre).

CONSIDÉRATIONS SUR LES FORCES CHIMIQUES.

M. Gay-Lussac lit sur ce sujet un premier mémoire qu'il annonce devoir être suivi de plusieurs autres. Dans ce mémoire, il s'occupe de la cohésion.

Dans l'année 1718, époque encore obscure de la chimie, Geoffroy l'aîné avait cherché à classer les corps d'après les rapports chimiques observés entre eux. Il établit la proposition que « toutes les fois que deux substances, qui ont quelque disposition à se joindre l'une avec l'autre, se trouvent unies ensemble, s'il en survient une troisième qui ait plus de rapport avec l'une des deux, elle s'y unit en faisant lâcher prise à l'autre. »

A l'appui de cette proposition, Geoffroy avait dressé une table fort simple des rapports entre les diverses substances alors connues. On la trouve dans les Mémoires de l'Académie pour l'année 1718, p. 102.

Il paraît que pendant lontemps on a attaché peu d'importance à cette table des rapports. Soumis à plusieurs causes perturbatrices qui souvent les faisaient varier, on était disposé à les considérer comme vagues, indéterminées, dépendant uniquement des circonstances.

Mais Bergman, avec la pensée que toutes les opérations de la chimie, synthèses ou analyses, sont fondées sur des attractions qu'on ne saurait méconnaître, parce qu'elles sont soumises à certaines conditions qui les provoquent, les arrêtent ou les troublent, a enfin attiré l'attention et l'intérêt des chimistes sur les causes des phénomènes chimiques, et sa Dissertation sur les affinités électives, publiée, en 1775, fixe aussi une époque remarquable dans l'histoire de la science.

Bergman distingue dans un corps l'attraction des molécules similaires, qu'il désigne par le nom d'attraction d'agrégation, et l'attraction des molécules hétérogènes, qu'il appelle attraction de composition. Quand celle-ci s'exerce, de manière qu'une substance en déplace une autre dans un composé, elle prend alors le nom d'attraction élective simple; et si elle s'exerce entre deux composés dont les élémens puissent s'échanger réciproquement, elle prend celui d'attraction élective double.

Malgré l'opinion qu'avaient quelques chimistes de l'inconstance des affinités, Bergman paraît les considérer comme des forces déterminées, absolues, mais dont les effets peuvent être modifiés par certaines causes dont il apprécie l'influence d'une manière souvent ingénieuse, quelquefois aussi très incomplète.

Bergman, à l'imitation de Geoffroy, ne s'est point expliqué sur la mesure des affinités, et il a eu raison; cette question encore aujourd'hui est délicate et peu abordable; il s'est borné à grouper les corps par ordre de leur plus ou moins grande affinité.

Les idées de Bergman prévalurent jusqu'à l'époque où Berthollet fit paraître ses Recherches sur l'affinité et sa Statique chimique; mais alors elles furent éclipsées par l'éclat que jetèrent ces deux productions.

Berthollet, dans l'étude des affinités, a été préoccupé de deux idées principales : l'influence de la force de cohésion dans les phénomènes chimiques, et la mesure des affinités qu'il a cru trouver dans la masse des corps qui entrent en combinaison.

Suivant lui, la cohésion ou l'attraction réciproque des molécules similaires est une force puissante qui peut balancer l'affinité des molécules hétérogènes, déterminer des combinaisons et des décompositions. Elle existe non seulement au moment où elle se manifeste par ses effets, mais même longtemps avant qu'elle devienne effective. Il le démontre d'après cette analogie que, près du moment où un liquide devient gazeux et un gaz liquide, la dilatation du premier, influencée déjà par l'état gazeux qu'il va prendre, et la contraction du second, influencée par l'état solide ou liquide qui va survenir, suivent une progression plus rapide qu'à une distance plus grande de ce terme. Mais ce raisonnement de Berthollet pour établir l'influence de la cohésion, longtemps avant que ses effets se manifestent, reste sans fondement, dès que l'on considère qu'il n'y a pas un terme unique, constant, pour le changement d'un liquide en fluide élastique, et réciproquement; qu'au contraire, ce changement est incessant à toutes les températures et sous toutes les pressions.

Quelle que soit, au reste, l'opinion que l'on se forme de la démonstration de Berthollet, il suffit de constater qu'il adopte l'influence préexistante de la cohésion, et qu'il la fait intervenir dans toutes les précipitations et les dissolutions chimiques. L'affinité, dit-il, qui peut produire l'état solide, doit être considérée comme une force qui agit, non seulement lorsque la solidité se manifeste, mais même avant ce terme; de sorte que toutes les fois qu'il se produit quelque substance solide, soit par une séparation, soit par une combinaison, il faut chercher dans l'action réciproque des parties qui acquièrent la solidité, la cause même qui la produit, quoiqu'elle ne se manifestât pas auparavant.

La théorie des décompositions par double affinité a reçu de Berthollet des perfectionnemens inattendus. On lui doit le principe que l'échange d'acides et de bases entre deux sels a lieu toutes les fois que les sels provenant de l'échange, ou seulement l'un d'eux, ont moins de solubilité que les sels donnés. Ce principe est d'une heureuse fécondité, et l'on peut dire qu'il constitue une des plus belles acquisitions de la chimie. Mais Berthollet, en prenant la cohésion pour cause première de la double décomposition, ne paraît pas en avoir donné la véritable démonstration. Il suppose que c'est la cohésion des sels non encore existans qui détermine cependant leur formation, et cette supposition est inadmissible.

Bergman avait supposé que l'affinité était une force absolue, n'admettant pas de partage dans ses effets, et n'avait établi entre les corps qu'un ordre relatif d'affinité. Berthollet au contraire a cru que l'affinité ne s'exerçait point d'une manière absolue, sans partage; qu'ainsi une base, en présence de deux acides, ne se combinait pas exclusivement avec le plus puissant des deux, comme le voulait Bergman, mais qu'elle se partageait entre eux, en raison de leur affinité et de leur quantité. De là le principe de Berthollet, que « l'affinité des différens acides pour une même base alcaline est en raison inverse de la quantité pondérable de chacun d'eux, qui est nécessaire pour la neutralisation d'une quantité pondérable de la même base alcaline. » Aujourd'hui, et l'on peut dire depuis longtemps, cette mesure de l'affinité est abandonnée; l'auteur lui-même, quelques années plus tard, n'aurait certainement pas proposé, pour mesurer l'affinité, un mode qui ne donne autre chose que les poids atomiques ou équivalens, qu'on sait être indépendans des attractions chimiques, ou du moins n'avoir avec elles que des rapports éloignés.

On a distingué avec raison, d'après Bergman, l'attraction des molécules hétérogènes de l'attraction des molécules homogènes ou similaires, que depuis Berthollet on désigne sous le nom de cohésion. Ces deux forces ont, sans nul doute, la même origine; mais en paraissant avoir dans les différens corps aucun lien commun, leurs effets ne sauraient être confondus.

Avant de traiter de la cohésion sous le rapport de son influence dans les phénomènes chimiques, je me permettrai, dit M. Gay-Lussac, de porter l'attention sur une opération physique qui paraît liée à la cohésion et qui me semble très propre à jeter du jour sur le mode d'influence de cette force : je veux parler de la volatilisation.

Supposons un corps volatile pouvant se présenter, solide et liquide, dans des limites de température abordables à l'observation : de l'eau, par exemple. Si l'on détermine la force élastique de sa vapeur, en partant de la température de 20 degrés au-dessous de zéro, à laquelle elle est solide et possède une grande cohésion, on trouve que la progression de cette force élastique n'est nullement affectée du passage de l'état solide à l'état liquide, ou réciproquement de celui de l'état liquide à l'état solide; c'est-à-dire que la force élastique de la glace à zéro est rigoureusement égale à celle de l'eau à la même température. Observation semblable pour tout autre degré du thermomètre auquel on peut obtenir à la fois l'eau à l'état solide et à l'état liquide; la force élastique de la vapeur restera la même de part et d'autre; et cependant, sans avoir besoin de préciser exactement le degré de cohésion de la glace, comparativement à celui de l'eau, on peut admettre qu'il est incomparablement plus grand. Cette observation, ajoute l'auteur, je l'ai aussi vérifiée sur l'acide hydrocianique qu'on sait se solidifier vers 15 degrés au-dessous de zéro et conserver encore une très grande volatilité. La progression de la force élastique de sa vapeur n'a été nullement affectée au moment du changement d'état, et l'on peut considérer ce résultat comme général.

Ces préliminaires établis, nous allons nous occuper des effets de la cohésion et les suivre plus particulièrement dans les dissolutions.

Cherchons des corps réunissant la double condition d'être solubles dans un dissolvant, et de pouvoir se présenter solides et liquides dans des limites abordables de température pour la détermination de leur solidité.

Parmi les corps inflammables, la cétine, la paraffine, les acides gras solides ne présentent aucune anomalie dans leur solubilité dans l'alcool, en passant de l'état solide à l'état liquide : la progression, à mesure que la température s'élève, est parfaitement continue et régulière. Or, la cohésion de ces différens corps, pendant qu'ils sont solides, étant plus grande que lorsqu'ils sont liquides, et leur solubilité n'étant pas troublée à l'instant du passage d'un état à l'autre, ni avant, ni après, aux environs, il faut, de toute nécessité, qu'elle soit indépendante de la cohésion.

Si, d'ailleurs, on prend la solubilité d'une huile dans l'alcool, on trouve qu'elle se comporte en général absolument comme celle d'un corps solide : la solubilité, quoique très faible à une basse température, va croissant progressivement avec elle. Ainsi un corps, soit qu'il reste constamment liquide, soit que, d'abord solide, il devienne ensuite liquide, présente dans chacune de ces circonstances le même genre de solubilité.

Les substances gazeuses elles-mêmes, telles que le chlore, n'ont pas paru présenter d'altération dans la progression de leur solubilité au moment de leur changement d'état.

Enfin, si la cohésion d'un sel avait une grande influence sur sa dissolution, le dissolvant ne s'en saturerait jamais complétement par simple contact avec lui, et la dissolution, séparée du sel, pourait être refroidie d'un certain nombre de degrés sans abandonner du sel. Or, il n'en est point ainsi; à part la circonstance accidentelle, par cause d'inertie des molécules, la dissolution abandonne du sel aussitôt qu'elle éprouve le moindre refroidissement.

Il y a donc lieu de penser que la cohésion n'a rien à faire en général dans la dissolution. De même que l'élasticité des vapeurs, la dissolution d'un corps varie avec la température; elle est sans doute liée aussi à l'affinité réciproque du dissolvant et du corps dissous; mais les effets de l'affinité n'étant pas variables avec la température, tandis que ceux de la dissolution en dépendent essentiellement, il serait difficile de ne pas admettre que dans la dissolution, comme dans la vaporisation, le produit est essentiellement limité à chaque degré de température par le nombre de molécules pouvant exister dans une portion donnée du dissolvant; elles s'en séparent par la même raison que les molécules élastiques se précipitent par un abaissement de température, et probablement encore, comme ces dernières, par la compression et la réduction de volume du dissolvant.

Ainsi, quand la température baisse dans un dissolvant saturé d'un corps, les molécules en excès par rapport à la nouvelle température se précipiteraient, non en vertu de la cohésion, qu'on suppose devoir les solliciter à se séparer et à s'agréger, mais parce qu'elles ne peuvent plus être maintenues dans le dissolvant, comme cela a lieu pour une vapeur dans un espace saturé qu'on vient à refroidir. Peu importerait donc que les molécules qui sont repoussées du sein d'un dissolvant prennent, une fois séparées, la forme solide ou liquide, ou même la forme élastique.

La dissolution serait donc essentiellement liée à la vaporisation, en ce sens que l'une et l'autre sont dépendantes de la température et obéissent à ses variations. Dès-lors, elles doivent offrir toutes deux, sinon une identité d'effets complète, du moins beaucoup d'analogie.

Cependant, s'il existe des analogies entre la vaporisation et la dissolution, on peut se demander pourquoi, tandis que la force élastique des vapeurs suit une loi ascendante régulière, la solubilité de quelques sels, tels que le sulfate, le séléniate de soude, présente tout à coup un point de rebroussement et une marche décroissante.

Remarquons d'abord que la difficulté reste la même, soit qu'il y ait des ana-

logies entre la dissolution et la vaporisation, soit qu'il n'y en ait pas, et qu'ainsi elle ne peut constituer une sérieuse objection. En second lieu, le point de rebroussement dans la dissolution peut s'expliquer facilement par la considération, qu'à ce point ce n'est plus le même corps qui va continuer à se dissoudre. Ainsi, pour le chlore, de 0° à 8° environ, espace de température pendant lequel le chlore est à l'état d'hydrate, la solubilité est ascendante; mais à ce dernier terme l'hydrate se défait, et tout aussitôt la solubilité suit une progression décroissante jusqu'à 100°, où elle est presque nulle. C'est bien évidemment de l'hydrate de chlore qui se dissout de 0° à 8°, puis du chlore seulement au-dessus.

En comparant la dissolution à la combinaison, on peut assigner entre elles une différence remarquable, savoir : que la dissolution varie à chaque instant avec la température, tandis que la combinaison n'obéit pas sensiblement à ces variations.

Si mes observations sont exactes, dit M. Gay-Lussac, elles affaibliraient beaucoup l'influence que Berthollet a attribuée à la cohésion dans tous les phénomènes chimiques; mais je sens trop moi-même tout le poids de cette illustre autorité pour n'être pas en défiance de mes propres argumens.

Berthollet a souvent répété que lorsqu'un corps en précipite un autre, ce n'est pas toujours un indice d'une supériorité d'affinité; que c'est la cohésion que doit prendre le précipité qui détermine la décomposition. Au contraire, d'après les principes qui viennent d'être établis, la cohésion ne joue qu'un rôle secondaire dans la précipitation, de même que dans la dissolution. La précipitation est constamment la preuve d'une plus grande affinité; la cohésion ne fait que l'accuser en rendant sensibles ses effets.

A l'égard des décompositions par double affinité, ajoute M. Gay-Lussac, nos explications sont également divergentes. Si l'on mêle une dissolution de sulfate de soude avec une dissolution de nitrate de chaux, il se fait un précipité de sulfate de chaux, et il reste en dissolution du nitrate de soude. Suivant Berthollet, il y a double décomposition, parce que le sulfate de chaux est le plus cohérent des quatre sels que l'on peut concevoir après le mélange dans la dissolution préalablement à toute précipitation. Berthollet conçoit que, bien que le sulfate de chaux n'existe pas encore, la cohésion qu'il doit prendre en détermine la formation, ainsi que la séparation.

Cette explication n'a jamais paru bien satisfaisante. Tant que le sulfate de chaux est censé ne pas exister encore dans la dissolution, la cohésion qu'il devra prendre ne peut être invoquée pour expliquer sa formation et sa précipitation; on ne peut non plus, et par les mêmes raisons, invoquer l'insolubilité; elle ne détermine pas l'échange comme cause première, elle ne fait que le rendre sensible, effectif, quand il a été opéré, en déterminant la séparation de ses produits. Quelle est donc la cause qui préside réellement aux échanges dans les doubles décompositions par double affinité ?

Si l'on porte son attention sur les précipités résultant du jeu des doubles affinités, on reconnaît que ce ne sont pas les précipités les plus stables, ceux renfermant les acides et les bases les plus puissantes qui se forment nécessairement. Ainsi, le sulfate de potasse, quoique formé d'élémens doués d'une puissante affinité, se laisse transformer dans son mélange avec l'acétate de chaux en sulfate de chaux, dont la base a beaucoup moins d'affinité que la potasse pour l'acide sulfurique. Dans le mélange du sulfate de chaux avec le carbonate d'ammoniaque, la chaux se précipite avec l'acide carbonique, en combinaison beaucoup moins stable que celle qu'elle formait d'abord. Il serait facile de citer une foule d'exemples semblables.

Il ne serait donc pas vrai de dire que, après le mélange de deux dissolutions salines, l'acide le plus fort se réunit toujours à la base la plus forte; il paraîtrait au contraire que les sels, à l'état de neutralisation, peuvent faire échange d'acides et de bases indépendamment de leurs affinités réciproques.

L'échange entre les acides et les bases des deux sels peut avoir lieu, suivant Berthollet, de plusieurs manières. En outre, de l'insolubilité, qui détermine le plus ordinairement une différence de fusibilité, de densité, de volatilité, il peut tout aussi bien le produire. Or, dans le cas, par exemple, d'une différence de volatilité, on ne peut plus invoquer l'affinité réciproque des molécules, comme pour un solide ou même pour un liquide, puisqu'au contraire les molécules du sel qui se sépare sont dans un état de répulsion, et qu'on pourrait aussi démontrer, comme on le fait pour le cas de l'insolubilité, que, dans celui de la volatilité, c'est toujours le sel le plus volatil qui se forme. Ainsi, l'échange ayant lieu suivant l'opinion reçue, dans des circonstances très différentes de solubilité, de densité, de fusibilité, de volatilité, l'une d'elles ne peut être la véritable cause de l'échange à l'exclusion des autres, et conséquemment cette cause doit être cherchée ailleurs, hors de ces diverses circonstances.

Puisque l'échange n'est point déterminé par l'affinité réciproque des acides et des bases, puisqu'aussi il ne l'est pas non plus par les causes secondaires que nous venons d'énumérer, et que cependant ces dernières opèrent des séparations, il faut de toute nécessité que l'échange les précède, et on ne peut satisfaire à ces diverses causes de séparation qu'en admettant qu'au moment du mélange, avant toute séparation, il y a un véritable *pêle-mêle* entre les acides et les bases, c'est-à-dire que les acides se combinent indifféremment avec les bases, et réciproquement, peu importe l'ordre de combinaison, pourvu que l'acidité et l'alcalinité soient satisfaites, et bien évidemment elles le sont, quelque permutation qui s'établisse entre les acides et les bases.

Ce principe d'indifférence de permutation (*d'équipollence*) établi, les décompositions produites par double affinité s'expliquent avec une très heureuse simplicité. Au moment du mélange des deux sels neutres, il s'en forme deux nouveaux dans des rapports quelconques avec les deux premiers; et maintenant, suivant que l'une de ces propriétés, l'insolubilité, la densité, la fusibilité, la volatilité, etc., sera plus prononcée pour les nouveaux sels que pour les sels donnés, il y aura trouble d'équilibre et séparation d'un sel, quelquefois même de plusieurs.

Toutefois, il est essentiel d'avertir, dit M. Gay-Lussac, que, quoique nous admettions un pêle-mêle au moment du mélange de deux ou un plus grand nombre de dissolutions salines, il peut ne pas avoir toujours rigoureusement lieu. On sait, en effet, que les molécules d'un composé opposent une espèce d'inertie au changement, et qu'il faut souvent ou du temps ou un ébranlement pour opérer ce changement.

Beaucoup de dissolutions salines, et particulièrement celle de sulfate de soude se maintiennent sursaturées à des températures très inférieures à celle de laquelle elles devraient commencer à abandonner du sel. Une dissolution de sulfate de magnésie, mêlée à une dissolution d'oxalate d'ammoniaque, ne donne un précipité d'oxalate de magnésie que longtemps après le mélange en l'abandonnant au repos, tandis qu'il se produit en quelques secondes, au moyen d'une rapide agitation. A part cette circonstance d'inertie des molécules qui s'oppose au changement, on peut admettre entre les acides et les basses, dans le cas d'une saturation réciproque complète, un état d'indifférence, ou, si on l'aime mieux, un état d'instabilité tel, que la moindre circonstance, une cohésion même très faible, peut troubler l'équilibre et déterminer l'échange.

Et puis, en admettant que le pêle-mêle ait commencé, on pourrait concevoir encore que la séparation des nouveaux sels formés ne s'effectuât pas instantément, et cela par la même raison encore que l'on voit de l'eau rester liquide plusieurs degrés au-dessous de zéro. C'est alors qu'il est possible de concevoir que l'action réciproque des molécules pour se réunir en une masse liquide ou solide; je la considère toujours dans les phénomènes chimiques, dit M. Gay-Lussac, comme ne jouant qu'un rôle secondaire.

Il est facile de démontrer l'échange entre les élémens de deux sels, quoiqu'il ne soit pas accompagné de la formation d'un précipité. Qu'on mêle, en effet, une dissolution d'acétate de soude avec une dissolution de sulfate de protoxide de fer, et qu'on fasse passer dans le mélange un courant d'hydrogène sulfuré, à l'instant il se fera un précipité de sulfure de fer, ce qui suppose qu'il s'était préalablement formé de l'acétate de fer. A la vérité, dans ce cas, on pourra objecter que l'échange a eu lieu parce que l'acide le plus fort, l'acide sulfurique, s'est réuni à la base la plus forte, qui est ici la soude; mais l'objection ne paraîtra pas fondée, si on se rappelle que l'affinité réciproque des acides et des bases paraît tout à fait étrangère à la formation des précipités obtenus par le concours des doubles affinités.

Le principe d'équipollence chimique que nous venons d'admettre à l'égard des substances salines paraît devoir s'étendre à tous les composés analogues, c'est-à-dire à tous ceux dans lesquels la somme des neutralisations sera, après le mélange, la même qu'avant, comme, par exemple, pour l'eau et un chlorure.

Ici se passe quelque chose de très remarquable. Il semblerait que, dans la combinaison réciproque de deux acides avec deux bases, il se dépense une certaine quantité d'action, soi chimique, soit électrique, qui reste constante dans l'échange.

M. Arago, à l'occasion d'une partie du mémoire de M. Gay-Lussac, rend compte de quelques expériences qu'il a faites sur le passage des corps de l'état solide à l'état liquide.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 25 JUIN.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend : 1° Diverses lettres relatives aux vaccinations des départemens de la Sarthe, de Maine-et-Loire, du Haut-Rhin, de la Charente-Inférieure, etc.; 2° l'observation d'une plaie pénétrante de l'utérus chez une femme primipare enceinte de huit mois; 3° Une lettre M. Rayer sur un cas de morve aiguë qui s'est montré chez un élève de l'école d'Alfort; le malade a succombé. Rapprochant ce fait d'autres observations analogues, et montrant à quel point ces observations se multiplient, l'auteur de la lettre fait sentir l'importance de prendre des mesures sanitaires contre l'extension de cette terrible maladie; 4° Lettre de M. Leuret, qui transmet, de la part de M. Hamon, directeur de l'école vétérinaire d'Abouzabel, un cas de morve observé chez l'homme; 5° Une lettre de M. Ferrier, accompagnant un mémoire sur les modifications à faire subir à l'institution des lazarets. MM. Double, Chervin, Rochoux, Chevallier, prenant successivement la parole, insistent sur la nécessité, pour l'Académie, de s'occuper promptement d'un sujet aussi grave, afin de provoquer de la part du gouvernement l'établissement d'une nouvelle législation.

Une commission sera nommée dans la prochaine séance pour examiner la question soulevée par le mémoire de M. Ferrier.

NOUVEAU TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

M. Sédillot fait un rapport sur un mémoire ayant pour titre : DE L'EMPLOI DES LAVEMENS RÉPÉTÉS, ET DES BOISSONS ABONDANTES DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE. L'auteur du mémoire donne aux malades atteints de fièvre typhoïde des boissons acidulées en grande abondance (limonade sulfurique, etc.), des lavemens purgatifs d'abord, avec le sulfate de soude (une once); puis simplement aqueux ou avec le petit lait; il veut qu'on en administre toutes les trois ou quatre heures. Le but qu'il se propose est de débarrasser complètement les intestins des matières putrides, dont l'absorption doit jouer un rôle si important dans le développement des accidens généraux. Du reste, il n'est point exclusif; les antiphlogistiques, les révulsifs, sont également employés suivant les circonstances. Dans certains cas où les phénomènes fébriles offraient un caractère prononcé d'intermittence, le sulfate de quinine a été donné avec succès. Sous l'influence de ce traitement la maladie a paru généralement parcourir ses périodes plus rapidement, et se terminer d'une manière plus heureuse. La convalescence serait plus courte, les forces reviendraient plus vite, le chiffre de la mortalité serait un peu plus d'un sur trois.

M. le rapporteur conclut au dépôt dans les archives, à ce que des remerci-

mens soient votés à l'auteur pour un travail consciencieux; enfin, à ce que son nom soit inscrit sur la liste des membres correspondans.

M. Dubois (d'Amiens) ne trouve pas que ce travail renferme des idées neuves, ni des observations assez nombreuses et suffisamment détaillées pour justifier les conclusions de l'auteur.

M. Castel passe successivement en revue les divers traitemens préconisés contre la fièvre typhoïde; il fait voir que la thérapeutique de cette affection a varié autant que les théories si nombreuses qu'elle a fait naître, et les dénominations qui lui ont été appliquées. Il n'en reste pas moins hors de doute que pour le traitement comme pour l'histoire pathogénique des fièvres, tout reste encore à faire.

M. Rochoux revient sur la question de la contagion soulevée par l'auteur du mémoire. Pour lui, si le typhus est contagieux, il n'en est pas de même de la fièvre typhoïde; depuis vingt-cinq ans, on ne saurait citer un seul fait, dit-il, qui prouve que la dothinentérie soit contagieuse.

M. Bouillaud reproche à l'auteur, et à tous ceux qui, en général, se sont occupés de la fièvre typhoïde, de n'avoir pas assez bien caractérisé cette affection, d'avoir confondu souvent avec elle d'autres maladies qui en diffèrent essentiellement, et d'avoir fourni par conséquent des résultats thérapeutiques auxquels on ne saurait accorder la moindre valeur. Il faut, comme je l'ai fait, dit M. Bouillaud, recueillir des faits, les classer par catégories, avant d'en déduire des résultats généraux.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION DE STRASBOURG; par P. MALLE, professeur à cet hôpital, agrégé de la Faculté.

Voici un livre qui, n'aurait-il d'autre valeur que celle d'une compilation clinique, mériterait encore d'être signalé parmi les productions que la Gazette Médicale enregistre dans ses colonnes bibliographiques. Ce que nous approuvons sans réserve dans ce livre, c'est la pensée même qui l'a conçu. A-t-on songé à tous les grands établissemens que la science possède dans les provinces, et qui ne rendent rien à la science, terres obscures que sillonne la charrue d'année en année, et dont les produits ne sont pas même offerts aux regards du public? Que de vastes et beaux hospices nous avons visités dans nos départemens, et d'où ne jaillit aucune lumière! Les cas les plus variés s'y succèdent, les grandes opérations s'y pratiquent, des mains habiles y desservent la science, parfois une voix éloquente s'ajoute aux mérites ignorés de ces cliniques jetées au milieu de nos villes industrielles et manufacturières, ou séjour accoutumé de nombreuses garnisons: et toute cette activité se dépense au jour le jour, les enseignemens de cette multiple pratique expirent dans l'oreille de quelques adeptes; parfois une observation curieuse est recueillie par une plume amie, et franchit la frontière départementale pour venir prendre place dans l'un des journaux de cette capitale; c'est là une fortune presque exclusivement réservée aux faits rares, aux étrangetés cliniques; mais la masse de faits qui se succèdent sous les yeux de tant d'excellens praticiens que possède la province demeure inexploitée, se dissipe en détail; et c'est pourtant avec les données collectives des cliniques comparées, c'est avec les sommes accumulées de l'expérience individuelle que la science se construit, que s'obtiennent, après un sévère dépouillement, les préceptes et les indications dont l'ensemble forme pour ainsi dire la législation éternelle de l'art. A part le Mémorial du Midi, où s'entassaient un peu pêle-mêle les résultats isolés de l'exercice et des études de quelques chirurgiens, la province n'a fourni à la chirurgie aucune œuvre clinique, suivie, détaillée, fécondée par l'analyse, et qui soit l'expression complète d'une individualité pratique. L'ouvrage de M. Malle, qui s'est constitué l'interprète de la clinique de M. Bégin, est donc un essai qui mérite encouragement. Pour peu qu'il trouve des imitateurs en d'autres localités départementales, il aura fondé une nouvelle série de faits et d'observations qui viendront s'ajouter aux produits de l'activité chirurgicale à Paris, et élargiront ainsi la base des déductions dogmatiques. Professeur et chargé lui-même d'un service à l'hôpital d'instruction de Strasbourg, M. Malle n'a pas cru déroger à son amour-propre en consacrant sa plume à la publication d'une clinique qui n'était pas la sienne. C'est encore là un exemple à proposer, et aux jeunes chirurgiens de province, et à ceux de Paris. On est trop pressé de fonder une réputation sur les élémens hasardeux de l'originalité; trop de novices praticiens, riches seulement des exemples de leurs maîtres, se hâtent d'ériger chaire contre chaire, et se jettent dans les aventures de l'innovation comme dans une voie de célébrité forcée. En s'attachant plus longtemps aux cliniques de leurs maîtres, en s'appliquant à traduire leurs idées, à résumer leurs observations, ils prépareraient, par l'exercice prolongé de leur sagacité, la sûreté de leurs jugemens et le succès de leurs premières tentatives dans le champ de l'expérience.

Dans l'exposition des faits qui remplissent les deux volumes de la clinique chirurgicale de Strasbourg, M. Malle a suivi l'ordre physiologique, si favorable aux considérations positives qui doivent guider le praticien au lit des malades. Néanmoins, quelques maladies qui présentent toujours mêmes caractères et exigent même traitement ont dû être rapprochées et examinées à part, aux dépens de l'ordre physiologique; ainsi l'auteur a consacré, au commencement de son livre, un chapitre aux abcès, au phlegmon, aux érysipèles, etc., et a rejeté à la fin l'histoire des amputations.

L'érysipèle, les plaies, les abcès et les brûlures sont l'objet du premier chapitre. L'érysipèle règne fréquemment dans les salles de l'hôpital militaire de Strasbourg; M. Malle a choisi huit observations, qu'il accompagne de réflexions sur le traitement de cette affection et les circonstances qui en modifient la marche. Selon lui, les auteurs ont exagéré l'influence atmosphérique à laquelle ils ont rapporté la forme épidémique que revêt parfois l'érysipèle; il rejette les divisions de l'érysipèle, fondées sur des phénomènes indépendans de la maladie elle-même; il s'attache à faire ressortir l'importance du siége anatomique de l'érysipèle; pour lui, la seule division vraiment utile est celle qui repose sur la distinction des élémens anatomiques affectés; ce point de vue paraîtra peut-être un peu forcé aux observateurs qui savent ce qu'il y a de variable dans les allures de cette affection, et qu'elle se modifie plus souvent sous l'influence des médications générales que sous celle des topiques. M. Malle se trompe en notant l'efficacité *constante* du traitement antiphlogistique et des applications locales contre les érysipèles qui se sont présentés dans le service des blessés depuis quatre ans; car il rapporte lui-même un cas suivi de mort, malgré l'emploi des saignées et des sangsues. Nous somme loin d'adhérer au principe qu'établit M. Malle, à savoir que le traitement de l'érysipèle doit reposer constamment sur les antiphlogistiques. Tous les autres moyens proposés, il les confond dans une égale réprobation; malgré l'autorité de Stoll et de Desault, il blâme l'usage des vomitifs et des purgatifs, auxquels des praticiens moins exclusifs doivent souvent des succès que ne leur aurait pas procurés la méthode antiphlogistique. Après la saignée et les sangsues, ce sont les fomentations faites avec l'infusion de sureau qui paraissent le plus utiles à M. Malle. Notre expérience n'est pas favorable aux applications locales humides; dans les nombreux cas d'érysipèle que nous traitons annuellement au Val-de-Grâce, après avoir essayé sans résultat marqué les onctions mercurielles, c'est aux corps gras, tels qu'axonge, huile d'olive, que nous donnons la préférence; ils agissent en interceptant le contact de l'air sur la surface enflammée. M. Malle a d'ailleurs déroulé, dans l'examen des moyens thérapeutiques dirigés contre l'érysipèle, un luxe d'érudition qui brillerait partout ailleurs que dans un résumé de faits pratiques. A quoi bon se livrer à cette fastidieuse énumération de tous les traitemens expérimentés ou seulement proposés, et dont plusieurs, absurdes ou barbares, ne sauraient sauver de l'oubli le nom de leurs auteurs? Discuter toutes ces méthodes, c'est faire excès de critique; c'est de la bibliographie, non de la clinique.

On s'est efforcé récemment de mettre en doute l'utilité des débridemens dans les plaies d'armes à feu; trente ans de chirurgie de bataille semblaient avoir prononcé sur ce point; hardiesse est presque originalité, et c'était une tentative hardie que de renverser un précepte admis par tous les hommes qui ont pratiqué dans nos guerres, proclamé surtout par Percy et Larrey. M. Malle rappelle d'abord que l'opinion contraire à l'incision appartient à Botal et à quelques chirurgiens anglais (Hunter, *Treatise on the blood infl.*, etc., p. 529); puis il reconnaît avec M. Bégin que loin d'augmenter généralement l'inflammation, les débridemens la diminuent dans la plupart des cas, par la saignée locale qu'ils procurent et surtout en prévenant l'étranglement des parties. Suivant la plupart des auteurs, dans les plaies d'arme à feu à double ouverture, celle d'entrée est plus étroite que celle de sortie. Un fait rapporté par M. Malle a fixé de nouveau sur ce point l'attention de M. Bégin que des expériences entreprises autrefois au Val-de-Grâce avaient déjà conduit à des résultats opposés; M. Malle s'est livré à son tour à des expériences sur le cadavre, et toujours l'ouverture d'entrée s'est montrée plus étendue que celle de sortie; celle-ci était seulement moins régulière que l'autre et présentait des bords saillans qui contrastaient avec le contour arrondi et enfoncé de la plaie d'entrée. Ces recherches, jointes à de nouvelles observations cliniques qu'il relate, ont porté M. Malle à déclarer que non seulement plusieurs auteurs se sont trompés dans un des caractères qu'ils ont assignés aux ouvertures d'entrée et de sortie des plaies faites par des armes à feu, mais encore qu'ils ont mal compris les phénomènes dont les parties qui

avoisinent ces ouvertures sont le siége. Cet article sur les plaies d'armes à feu, l'un des meilleurs de l'ouvrage, se termine par un nouvel exemple des déviations bizarres qu'éprouvent les balles dans leur marche à travers les tissus. En 1836, M. Bégin assistait, en qualité de chirurgien, à un duel entre deux gentilshommes courlandais, arrivés tout exprès de Munich pour se battre au pistolet. Les deux adversaires étaient placés à quinze pas l'un de l'autre, et les deux armes ayant été déchargées presque en même temps, l'agresseur fut atteint d'une balle qui fractura les dixième et onzième côtes droites, près de leur angle, passa entre les deux apophyses épineuses des vertèbres dorsales correspondantes, puis remontant à travers la masse sacro-lombaire, alla se loger sous l'omoplate du côté opposé. Ce fut là qu'après des recherches longtemps infructueuses, elle fut trouvée à l'autopsie du cadavre.

Douze abcès par congestion ont été ouverts par M. Bégin; sur ces douze opérations, trois ont été suivies de succès. Boyer avait déjà émis l'opinion qu'il fallait ouvrir de bonne heure ces collections, mais il s'était prononcé contre les larges ouvertures; mais comme les opérations pratiquées sur les abcès par congestion, malgré toutes les précautions, sont fréquemment suivies du développement d'accidens graves et d'une mort rapide, il était passé en règle d'en retarder l'ouverture; c'était un autre précepte pratique que de prévenir, en cas d'ouverture, l'introduction de l'air, et dans ce but, on ne donnait au pus qu'une issue étroite. Sur ces différens points, la pratique chirurgicale tend à se modifier, et M. Bégin est un de ceux à qui l'art devra cet important changement: « En ouvrant les abcès par congestion en temps convenable, dit M. Malle, et à l'aide d'incisions suffisantes pour les vider complètement, d'une part, les sujets, non affaiblis encore, sont dans des conditions aussi favorables que possible pour supporter les symptômes primitifs et secondaires de l'opération; de l'autre, les parois morbides n'étant plus écartées obéissent à la tendance générale des cavités vides, au rapprochement; les foyers qu'elles circonscrivent diminuent de dimension; le pus, n'y séjournant pas et n'y entretenant pas d'inflammation, s'y altère moins facilement, et la guérison est moins incertaine. »

Le traitement suivi à l'hôpital de Strasbourg dans les cas de brûlure ne diffère pas de ce qui se fait à Paris; seulement M. Malle a remarqué que le coton qui, dans les premiers jours, paraît produire de bons effets, ne tarde pas à irriter les parties. La rareté des pansemens a le mieux favorisé la cicatrisation des brûlures, soit à l'hôpital civil, soit à l'hôpital militaire.

L'auteur passe ensuite en revue tous les faits observés à la clinique qui se rapportent à l'appareil nerveux. Les plaies de tête forment un chapitre intéressant, où les faits sont bien étudiés; après les avoir exposés en détail, M. Malle résume en une série de formules les bases du traitement adopté par M. Bégin et qui ne diffère pas du traitement préconisé par M. Gama; il est impossible d'en méconnaître les avantages: il est simple, facile et d'une application commode et sûre à l'armée. Tous les faits racontés par M. Malle confirment cette remarque de M. Gama, que c'est vers la région frontale que les symptômes d'irritation encéphalique se manifestent d'abord. On lira avec intérêt les résultats fournis par les trente-sept militaires atteints de plaies à la tête, qui ont été soumis à l'observation de M. Malle. Sur ces blessures, seize existaient à la région antérieure de la tête, huit aux régions pariétales, huit à la région occipitale; cinq se prolongeaient dans une grande étendue de la région frontale à l'une ou l'autre des régions pariétales; sous le rapport de leur cause, vingt-cinq étaient dues à l'action d'instrumens tranchans et contondans, deux à celle d'instrumens piquans, dix à des chutes; sept intéressaient le péricrâne et la surface externe des os; trente étaient exemptes de cette complication. Des phénomènes de commotion plus ou moins intenses accompagnaient quinze cas; vingt-deux en étaient exempts. Enfin, onze ont guéri par l'emploi du pansement inamovible et des moyens simples de traitement, sans qu'aucun phénomène d'encéphalite se soit manifesté; vingt-six ont nécessité l'emploi de saignées générales ou locales, à raison de l'apparition de ces phénomènes, qui ont acquis sur quatre sujets une très grande intensité. Le traitement des plaies de tête, sans lésion du péricrâne et sans accidens cérébraux, a été, terme moyen, de onze jours; celui des plaies sans lésion du péricrâne, mais accompagnées de phénomènes d'encéphalite, a été, terme moyen, de seize jours; enfin, les plaies avec lésion du péricrâne et de la table externe des os ont exigé pour leur guérison une moyenne de trente-deux jours. Une remarque importante, c'est que le développement d'accidens cérébraux, bien qu'ajoutant à la gravité de l'affection, n'a cependant pas exercé d'influence marquée sur la cicatrisation complète des blessures. Un cas de myélite aiguë, rapporté par M. Malle, nous a paru intéressant par le développement et la persistance de l'ensemble symptomatique, décrit sous le nom de rage; aussi M. Malle a-t-il cru pouvoir qualifier ce fait d'hydrophobie spontanée, quoique cette épithète de spontanée jure avec l'existence d'une altération phlegmasique étendue de la moelle, constatée après la mort. Enfin, un militaire, dont M. Hippolyte Larrey a consigné l'histoire dans sa relation du siége d'Anvers, et qui est venu mourir, trois ans après, à l'hôpital de Strasbourg, a fourni à M. Malle l'occasion d'étudier le mode de cicatrisation d'une plaie de tête avec perte de substance osseuse. Cet homme avait été atteint d'un éclat de bombe à la partie antérieure de la tête; il en était résulté une fracture avec de nombreuses esquilles; celles-ci furent extraites à la faveur d'un débridement étendu, et malgré la perte de substance considérable que présentait le crâne, le blessé survécut et suivit le régiment à Strasbourg. Adonné aux boissons alcooliques, il était devenu sujet, depuis sa guérison, à des accès convulsifs, mélangé de symptômes apoplectiques et épileptiformes; il mourut dans le retour d'un de ces accès, et voici comment M. Malle décrit l'altération locale: « A l'endroit correspondant à la cicatrice, la substance de l'hémisphère gauche adhère aux tégumens du crâne par un tissu dense, blanc, élastique, serré, analogue aux productions fibreuses. Cette adhérence est tellement intime qu'elle ne cède qu'avec difficulté aux efforts employés pour la rompre. Du reste, cette téoacité dans l'adhésion des organes rend parfaitement compte du soulèvement et du déplacement complets de la cicatrice par les pulsations cérébrales, pulsations très visibles à l'œil nu, quand le malade enlevait la plaque de cuir bouilli qu'il portait habituellement. A l'endroit correspondant à la cicatrice, la substance cérébrale offrait un surcroît de densité, comme si la nature prévoyant que cette portion de l'organe serait désormais plus exposée aux impressions physiques, avait voulu lui donner, pour résister, une consistance plus grande... N'oublions pas de signaler encore le mode de cicatrisation de la plaie à l'endroit correspondant à la perte de substance faite au coronal: le tégument nouveau, formant la cicatrice antérieure, se continuait en un tissu fibreux, solide, à la profondeur d'une ligne environ, et, par sa face interne, adhérait à la dure-mère, à l'arachnoïde, à la pie-mère et à la substance cérébrale elle-même. C'était une cicatrice épaisse, cutanée en dehors, confondue à l'intérieur avec les enveloppes du cerveau et unie intimement au cerveau lui-même. »

Le chapitre relatif aux maladies des yeux nous a paru traité avec moins de soin; une seule opération de cataracte a été faite dans l'espace de trois ans à l'hôpital militaire de Strasbourg. Dans les lésions qui ont intéressé l'appareil circulatoire figure une observation de plaie grave du cœur, dont le sujet a survécu quarante-neuf jours à l'accident. La ligature employée dans le traitement des varices n'a pas réussi entre les mains de M. Bégin. A la suite des maladies des organes circulatoires, l'auteur a placé deux observations de résorption purulente, bien qu'elles ne soient pas propres à corroborer l'opinion de M. Cruveilhier, qui attribue ces lésions à la phlébite capillaire. Il rapporte des exemples d'extirpation de goître, opération souvent faite avec succès par M. Bégin, et qu'il a étendue avec autant de hardiesse que d'avantage aux tumeurs ganglionnaires du cou. Dans le chapitre consacré aux lésions de l'appareil respiratoire, nous avons remarqué deux observations d'empyème purulent, opéré avec un plein succès, un cas d'abcès sous-pleural simulant un abcès du médiastin, un cas d'abcès froid au sternum avec carie superficielle, suivie de guérison, deux cas de croup d'adulte, dont l'un a été guéri par les mercuriaux et dont l'autre, opéré d'après la manière de M. Trousseau, s'est terminé par la mort; dans le système digestif, une blessure non pénétrante de l'abdomen, suivie de mort; dans l'appareil de la locomotion, une arthrite aiguë des articulations occipito-atloïdo-axoïdiennes; plusieurs exemples remarquables de fractures comminutives, suivies de guérison; une solution de continuité du tendon d'Achille, guérie sans substance intermédiaire, etc. Parmi les plaies des articulations, M. Malle en a noté quatre qui ont guéri, malgré l'ouverture de la cavité articulaire; il apporte aussi dans la question, encore pendante, de la terminaison du rhumatisme articulaire aigu par suppuration, trois nouveaux faits qui démontrent la possibilité de cette issue de l'arthritis.

Nous regrettons de ne pouvoir suivre M. Malle dans le détail des nombreuses observations qu'il a consignées dans son ouvrage, ainsi que dans les discussions qu'il soulève sur divers points de la pratique chirurgicale. Si tous les faits qu'il rapporte ne présentent pas un égal intérêt, ils sont tous au moins le produit d'une observation scrupuleuse et portent le cachet de la bonne foi; son œuvre, comme il le dit lui-même, se distingue en cela de quelques autres, où le merveilleux a trouvé une trop large place. Le livre de M. Malle s'adresse aux praticiens, avec l'autorité des maîtres dont il a recueilli les leçons. Sa rédaction est ce qu'elle doit être, simple et concise. Pour notre part, nous désirons voir publier un peu moins de traités dogmatiques de chirurgie et un peu plus de recueils cliniques du genre de celui que nous signalons. Deux volumes de faits exactement observés et judicieusement commentés seront toujours un

excellent titre à l'estime de ceux qui tiennent surtout au progrès positif de l'art.

VARIÉTÉS.

— M. Rayer a communiqué à la dernière séance de l'Académie un nouveau cas de transmission de morve aiguë à l'homme. Voici quelques détails extraits d'une note que M. le docteur Chavernac a bien voulu nous adresser de la part de M. Dodon, maire d'Alfort : Benoist (Charles), âgé de 23 ans, 4e année, sujet très distingué, reçoit un cheval attaqué de la *morve aiguë* à soigner. Au bout de 15 jours, la bête meurt; le directeur ordonne l'autopsie; Benoist est chargé par lui de peindre les poumons, qui présentaient des altérations remarquables; son camarade de chambre, étudiant tandis que Benoist peignait, remarqua que celui-ci trempa son pinceau dans la matière morbide des poumons, au lieu de prendre de la couleur sur sa palette : il lui en fit l'observation; Benoist avait déjà essuyé son pinceau dans sa bouche; il répondit que ce n'était rien; le camarade vit aussi plusieurs petits boutons noirs à la main gauche, qu'il attribuait à des piqûres faites pendant qu'il disséquait. Quand Benoist allait aux leçons, il répandait une odeur infecte, au point que ses camarades le priaient de s'éloigner d'eux. Il y a quelques jours Benoist revint de Paris à pied, n'ayant pas trouvé de voiture. Il était très fatigué; il se coucha, et pendant deux jours il se plaignit d'un mal de tête insupportable. Rendu à l'infirmerie, on lui mit des sangsues sur le sinciput. Bientôt des petits points noirs parurent auprès des piqûres des sangsues; la tempe, les environs de l'œil se noircirent, se gangrénèrent, l'œil aussi. Il décollait des petits boutons une humeur farcineuse; le bras gauche présenta aussi à la saignée de gros boutons formant un réseau, qu'on n'a pas ouverts, de crainte d'y faire naître la gangrène par le contact de l'air. Le malade avait des déjections nasales comme les chevaux morveux. Il est mort le 11 juin 1839.

L'autopsie n'a pu être faite.

— M. le docteur Fournet nous adresse la lettre suivante :

Monsieur le rédacteur,

Un fait vient de se passer, qui recèle en lui un principe dangereux, et qui, en même temps qu'il blesse mes sentimens personnels, intéresse la dignité du corps médical.

J'ai vendu à un éditeur un ouvrage auquel j'ai donné pour titre : Recherches cliniques sur l'auscultation des organes respiratoires, et sur la première période de la phthisie pulmonaire, faites dans le service de M. le professeur Andral; par Jules Fournet, *interne des hôpitaux de Paris, etc. Ouvrage couronné au concours des hôpitaux de Paris, année* 1837. En faisant afficher cet ouvrage, l'éditeur s'est cru permis d'ajouter au titre précédent une dernière phrase ainsi conçue : « Traitement hygiénique préservatif et curatif, le plus souvent suivi de succès », phrase tellement irréfléchie et inconvenante que j'ai dû sur le champ en demander avec instances la suppression; l'éditeur s'y étant refusé, il est devenu pour moi un devoir de dire publiquement que ces mots ont été ajoutés à mon insu, et que je les répudie complètement.

J'ai l'espérance, Monsieur le rédacteur, que vous voudrez bien accueillir cette explication dans votre journal.

Agréez, etc. J. Fournet.

Paris, ce 26 juin 1839.

— Nous croyons devoir faire connaître le jugement suivant, comme offrant des particularités curieuses, et d'où résulte la liberté absolue, sinon d'enseignement, au moins d'exercice de la médecine sur les animaux.

Tribunal de Corbeil. — Médecine vétérinaire. — Pharmacie.

Audiences des 20 et 21 février 1839.

Entre le sieur Pierre Durand, pharmacien, demeurant à Arpajon, demandeur comparant par Me Laterrade, avocat, assisté de Me Robert, son avoué, d'une part;

Et le sieur Caramija, vétérinaire, demeurant à Arpajon, défendeur, comparant par Me Vanier, avoué, d'autre part;

Le tribunal, oui à l'audience du mercredi 6 février, présent mois; Me Laterrade, avocat, assisté de Me Robert, avoué du sieur Durand, Me Vanier, avoué du sieur Caramija, après en avoir délibéré conformément à la loi jugeant en premier ressort :

Considérant que les lois et ordonnances sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie ont toutes pour objet la conservation de la santé publique;

Que l'art de la médecine ne concerne que le traitement des maladies dont peut être affligé le corps humain;

Que les pharmaciens doivent pour leurs préparations se conformer au Code pharmaceutique publié en exécution de l'ordonnance du roi du 6 août 1816;

Que la loi du 11 avril 1803 (21 germinal an xi) n'interdit que le débit de drogues et préparations médicamenteuses au poids médicinal;

Considérant que les écoles vétérinaires ont été instituées pour former des hommes capables d'exercer avec succès la médecine des animaux domestiques;

Que les élèves de ces écoles apprennent non seulement la théorie, mais encore la pratique de la pharmacie vétérinaire;

Que les doses et la qualité des médicamens à préparer pour les animaux diffèrent essentiellement des doses et qualité de médicamens à administrer à l'homme, et ne sont pas indiqués par le Code pharmaceutique;

Considérant qu'en médecine et en pharmacie les remèdes secrets sont formellement interdits, tandis qu'ils ne sont nullement défendus en médecine vétérinaire;

Considérant que l'exercice de la médecine et de la pharmacie est un délit de la part de ceux qui ne sont pas porteurs de diplômes, mais que la médecine et la pharmacie vétérinaires, n'offrant pas les mêmes dangers dans l'administration des remèdes, n'ont pu éveiller au même point la sollicitude du législateur;

Que si le grade de vétérinaire donné aux élèves reçus par le jury d'examen des écoles est une garantie pour les propriétaires d'animaux, il n'est cependant pas interdit à toute personne qui veut s'en occuper, d'exercer la médecine des animaux, car aucune loi ne déclare que cet exercice constitue un délit, soit une contravention;

Considérant qu'il résulte de ces considérations que le droit exclusif attribué aux pharmaciens de préparer et de vendre des médicamens, ne peut s'entendre que des médicamens qui concernent le traitement du corps humain;

Que la préparation des médicamens destinés aux animaux n'est pas interdite aux vétérinaires, et ne saurait constituer de leur part le délit d'exercice illégal de la pharmacie;

Sans qu'il soit besoin d'examiner si Caramija a ou non vendu des médicamens destinés aux animaux;

Déclare Durand mal fondé dans sa demande et le condamne aux dépens dont distraction est faite au profit de Me Vanier qui l'a requise et a affirmé les avoir avancés de ses deniers;

Ce qui sera exécuté suivant la loi;

Fait et jugé par MM. Lemaître, juge faisant fonction de président à cause de l'empêchement de M. Béquet, président; Silvestre, juge, et Magniant, juge suppléant, ayant voix délibérative à cause dudit empêchement, et de celui de M. Dessaulle, juge suppléant plus ancien, tenant l'audience publique à Corbeil, le 20 février 1839, assisté de M. Péron, greffier, où était présent M. Vallerand Delafosse, procureur du roi.

— Traité des maladies de plomb ou saturnines, suivi de l'indication des moyens que l'on doit mettre en usage pour se préserver de l'influence délétère des préparations de plomb, et de figures explicatives; par M. L. Tanquerel des Planches, D. M. P. — 2 vol. in-8. Paris 1839. — Prix : 15 fr.

A Paris, chez Ferra, libraire-éditeur, rue des Grands-Augustins, 19.
A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent Street.
A Bruxelles, chez J.-B. Tircher.

— Récit des expériences faites sur quelques animaux avec le sang de sujets morts du choléra; par le docteur Semmola; 32 pages in-8. Naples, 1837 (en italien).—Les expériences du docteur Semmola sont la réfutation de celles du docteur Namias, de Venise, dont la Gazette Médicale rendit compte à l'époque de leur publication (1836, p. 424), et desquelles il semblait résulter que le sang des sujets morts pendant la période algide du choléra contenait une substance vénéneuse d'une grande activité. Toutefois, en rendant compte de ces expériences dans la Gazette Médicale, nous avions fait observer que ces expériences ne tranchaient pas absolument la question, qu'elles laissaient encore quelques doutes dans l'esprit, et qu'il était à désirer qu'elles fussent répétées.

C'est ce qu'a fait le docteur Semmola à plusieurs reprises et en présence d'une commission nommée par l'Académie royale de Naples pour y assister et sur un nombre considérable d'animaux de diverses espèces tels que chiens, lapins, cochons d'inde, etc. Nous ne reproduirons pas les résultats de ces différentes expériences; il nous suffira de dire que dans toutes ils furent négatifs, et qu'il ne peut plus aujourd'hui rester de doute sur l'innocuité de l'inoculation sur les animaux du sang des cholériques morts pendant la période de froid. Les expériences du docteur Semmola ont donc eu pour résultat non seulement de détruire une erreur, mais encore de dissiper les craintes que cette propriété contagieuse du choléra aurait nécessairement suscitées par tout où ce fléau aurait apparu.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre.— On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

EMBRYOLOGIE.

RECHERCHES SUR L'APPAREIL RESPIRATOIRE BRANCHIAL DE L'EMBRYON HUMAIN, DANS LES TROIS PREMIERS MOIS DE SON DÉVELOPPEMENT; lues à l'Académie des sciences le 17 juin 1839, par M. SERRES, membre de l'Acad.

Depuis les premières recherches positives sur l'ovologie et l'embryologie de l'homme, les anatomistes et les physiologistes s'occupent de savoir comment s'opère la respiration de l'embryon, depuis son arrivée dans l'utérus jusqu'à la formation du placenta.

Parmi les hypothèses imaginées à ce sujet, nulle n'avait approché de la solution de ce problème fondamental de la vie embryonnaire, quand, en 1825, M. Ratké découvrit de petites fissures sur les parties latérales du cou des jeunes embryons. La ressemblance de ces fissures avec l'appareil branchial d'un poisson (le *Blennius vivipare*), lui fit supposer que leur usage était analogue; de là le nom de *fissures branchiales*, par lequel cet habile anatomiste les désigna.

La découverte des fissures branchiales des embryons fut reçue en Allemagne avec d'autant plus d'éclat qu'elle semblait répondre à l'un des plus pressans besoins de la physiologie embryonnaire. Comme la plupart des anatomistes, je m'empressai de les étudier avec soin dans les quatre classes des vertébrés, et l'un des premiers j'élevai des doutes, non sur leur existence qui est incontestable, mais bien sur leur usage qui me parut problématique. Aujourd'hui que de nouvelles recherches, que j'exposerai dans ce travail, m'ont fait connaître la nature de ces fissures, je crois pouvoir dire avec certitude qu'elles sont étrangères à la respiration de l'embryon. Il suit de là que nous en sommes encore à nous demander comment s'opère cette fonction, depuis l'arrivée de l'œuf dans l'utérus jusqu'à l'époque de la formation du placenta.

Cet état d'imperfection de la physiologie embryonnaire aurait lieu de surprendre, au milieu des découvertes nombreuses dont l'ovologie s'est enrichie dans ces derniers temps, si nous ne rappelions qu'en physiologie on ne peut asseoir quelques données probables sur l'usage des parties, que lorsque l'anatomie a déterminé avec précision toutes les conditions de leur existence ; or, ce n'est que de nos jours que les diverses conditions d'existence des enveloppes de l'embryon sont étudiées avec soin, parce que ce n'est que de nos jours que l'on a reconnu que la physiologie devait être le but des recherches anatomiques en ovologie et en embryogénie.

On conçoit, en effet, que si les fonctions de l'embryon se modifient selon les périodes diverses de son développement, les organismes qui con-

Feuilleton.

RAPPORT SUR LA NOUVELLE LOI DES POIDS ET MESURES, CONSIDÉRÉE DANS SON APPLICATION A L'EXERCICE DE LA MÉDECINE.

Membres de la commission : MM. CUENEAU DE MUSSY, MARC, RENAULDIN, RIBES, BRESCHET, BOILLORY, PELLETIER et DOUBLE, rapporteur.

Messieurs,

Une loi du 4 juillet 1837 contient, article 3, le dispositif suivant :

« A partir du 1er janvier 1840, tous poids et mesures, autres que les poids et mesures établis par les lois des 18 germinal an 3, et 19 frimaire an 8, constitutives du système métrique décimal, sont interdits, sous les peines portées par l'art. 479 du Code pénal. »

Elle est expresse, on le voit, la volonté de cette loi qui prescrit, à partir du 1er janvier prochain, l'usage exclusif des poids et mesures conformes au système métrique décimal, et qui répond d'ailleurs à des nécessités généralement et anciennement senties.

Ceux-là seuls qui en ont fait une étude spéciale se forment une idée exacte de la mobilité des anciens poids et mesures et de leurs fréquentes transitions d'une valeur à une autre valeur. Sur l'ancien sol du royaume de France, on comptait plus de trois mille mesures agraires. La livre avec ses subdivisions et ses multiples changeait de valeur depuis douze jusqu'à seize onces : et le reste. Ainsi des lois : elles variaient avec les contrées. Ici on suivait la loi salique; là on obéissait aux lois ripuaires. Les deux Bourgognes étaient soumises au code de Gondebaud, tandis que les lois romaines avaient envahi tout le Midi.

Dans le domaine intellectuel de l'espèce humaine, il est de certaines idées d'uniformité qui saisissent infailliblement tous les esprits éclairés. Les mêmes lois politiques dans l'état, un même code dans l'ordre judiciaire, les mêmes poids et mesures dans le commerce, et quelques autres, sont de ce genre. Ces idées, quant à ce qui concerne les poids et mesures le seul point qui doive nous occuper, sont si simples, si naturelles, si justes, qu'elles ont sans cesse fait effort pour s'implanter au cœur de la société, depuis Charlemagne jusqu'à nos jours, et cependant à peine si elles ont encore pu y prendre définitivement racine; tant il est difficile de vaincre, au nom de la raison, les résistances de l'habitude.

Et voyez quelle longue série, à peine parfois interrompue, de hautes tentatives pour l'introduction de cette unité des poids et mesures! Ce que Philippe-le-Long avait médité, et qu'un règne beaucoup trop court ne lui permet point d'effectuer; ce que Louis XI aurait voulu faire marcher de pair avec

courent à leur exécution doivent subir des modifications correspondantes. Sans cette harmonie des diverses parties les unes à l'égard des autres, le hnt qu'elles concourent à remplir serait manqué.

De la nécessité de cet accord résultent les variations de forme, de disposition et de structure, que nous offrent dans le cours de l'embryogénie les enveloppes de l'embryon.

L'bistoire de l'ovologie nous présente bien le tableau de ces variations observées et décrites avec nne rare persévérance; mais comme leur hut était méconnu, les nns les considéraient comme des cas pathologiques, les antres comme des anomalies on des moustrnosités; d'autres enfin s'en servaient pour établir l'imperfection de cette partie de la science; nul ne songeait qu'elles étaient commandées par les modifications que subissent les fonctions. L'introduction de la pbysiologie dans l'ovologie, en nous mettant snr la voie de l'usage des enveloppes embryonnaires, nous permettra donc de rattacher à lenr cause les trausformations nombreuses qu'elles subissent, ainsi que ces recherches sur l'appareil respiratoire branchial de l'embryon dès son arrivée dans l'utérus vont nous en fournir les preuves.

Cet appareil respiratoire se compose, chez l'embryon humain, du chorion, des deux feuillets de la membrane cadnque, du liquide contenu dans sa cavité, et d'un ordre particulier de villosités que j'ai nommées *tranchiales*; lesquelles, après avoir traversé l'épaisseur de la caduque réfléchie, viennent se mettre en contact avec le liquide. En exposant la disposition successive de ces parties, nous allons montrer comment chacune d'elles concourt à l'exécution de la fonction.

On sait, depuis la belle déconverte de Hnnter, qu'en arrivant dans l'utérus, l'œuf humain y rencontre la membrane caduque préparée à l'avance. On sait aussi que, d'abord appliqué sur un point de sa surface extérieure, il déprime la partie qu'il touche, la pousse devant lui; de manière à se former une enveloppe propre, nommée *caduque réfléchie*. L'œuf humain se tronve ainsi revêtu d'un double mantean, de celui que lui forme médiatement la cadnque externe, et de celui qui lui est fourni immédiatement par la cadnque interne on réfléchie. Entre ces deux enveloppes existe une cavité, et dans cette cavité se trouve nn liquide qui les maintient à une certaine distance l'une de l'autre. Tout œnf régulier, observé dans le conrs du deuxième mois, offre cette conformation constante, dont l'exacte connaissance est dne aux recherches de MM. Morean, Burns, Breschet et Velpeau.

L'œuf, qui s'est enfermé de cette manière dans le double repli de la caduque, est couvert sur toute sa surface par les villosités du chorion dont la vascularité reconnue des anciens anatomistes, mais niée dans ces derniers temps, a été rendue évidente par les belles injections de M. le docteur Martin Saint-Ange. En réunissant ainsi les notions positives acquises sur les caduques et le chorion, on se trouvait si rapproché de la vérité, qu'un pas de plus devait nécessairement la faire reconnaître; car on avait une masse de houppes vasculaires, séparées, par une simple membrane, d'une cavité renfermant nn liquide. Pour les amener au contact et compléter un appareil respiratoire branchial, il pouvait se faire on que la caduque réfléchie fût perforée, de manière à permettre an liquide d'aller baigner les villosités vasculaires; on hien encore, ces dernières pouvaient s'engager dans l'épaisseur de la membrane, et aller elles-mêmes à la rencontre du liquide.

Or, ces deux conditions se trouvent à la fois réunies dans cet appareil. D'une part, la caduque réfléchie réticulée dans sa structure est perforée par une multitude d'ouvertures que nous ne saurions mieux comparer qu'à celles qui existent sur la lame horizontale de l'ethmoïde; et de l'autre, les villosités branchiales s'engagent dans l'épaisseur de la caduque réfléchie, se logent dans des espèces de conduits et viennent se mettre en contact immédiat avec le liquide. Quelquefois les ouvertures branchiales de la caduque ont un on deux millimètres de diamètre, qu'oblitèrent de petites masses de villosités, reconvertes par une lame plus mince que l'arachnoïde, qui les empêche de se déplisser; d'antres fois l'écartement des mailles donne naissance à de véritables scissures, que traversent les villosités dont les extrémités viennent flotter sur le liquide. Telles sont les dispositions que j'ai observées aux villosités branchiales et sur lesquelles nous allons principalement fixer dans ce mémoire l'attention des anatomistes.

Sur un œuf humain du commencement du troisième mois, la caduque externe était intacte dans toute sa surface; en écartant les lèvres d'une incision faite sur son axe longitudinal, nous pénétrâmes dans la cavité qui la sépare de la caduque réfléchie : la cavité contenait environ deux onces (60 grammes) de liquide. La cadnque réfléchie, libre sur les deux côtés, adhérait en bas, en arrière et en haut avec la caduque externe; l'adhérence du haut paraissait appartenir au pédicule de réflexion. Sur les parties libres de la caduque réfléchie on voyait de très petites éminences qui rendaient sa surface rugueuse, et, çà et là, à côté des éminences, on distinguait des aréoles irrégulières. Des éminences partaient de petits flocons qui flottaient sur le liquide, et qui devinrent beaucoup plus apparens lorsque l'œuf fut plongé dans l'eau. Examinées à la loupe, nous reconnûmes que ces éminences étaient les villosités du chorion qui, après s'être engagées dans les mailles de la caduque réfléchie, faisaient ainsi saillie dans sa cavité, et se trouvaient, par conséquent, en contact immédiat avec le liquide qu'elle contenait.

Sur un second œuf du vingtième au vingt-cinquième jour, le chorion, villeux sur toute sa surface, n'était enfoncé qu'aux deux tiers de la caduque qu'il semblait déprimer par son propre poids. En cherchant à le détacher, nous reconnûmes qu'il adhérait intimement à la portion de la caduque qu'il poussait devant lui. L'adhérence du chorion à la caduque réfléchie avait lieu ainsi qu'il suit. Les villosités du chorion s'enfonçaient dans de petits sinus de la caduque réfléchie : ces sinus, ouverts dans une longueur de deux millimètres environ, débouchaient dans la cavité de la caduque, qui était presque remplie par un liquide un peu roussâtre. Les sinus étaient occupés par les villosités du chorion. Ces villosités, renflées à leurs extrémités, faisaient une légère saillie dans la cavité de la caduque; cette portion des villosités, en rapport avec la caduque réfléchie, était sensiblement plus développée que celles qui s'élevaient du reste de la surface du chorion.

Sans une dissection très attentive on eût pu croire que les villosités qui pénétraient dans les sinuosités de la caduque réfléchie faisaient corps avec cette membrane dont elles étaient parfaitement distinctes. Mais leur disposition était telle que, sans les rompre, on n'eût pu les détacher l'une de l'autre.

Sur un troisième œuf du deuxième mois et demi, qui fut rendu par une fille publique, en mai 1835, et que me remit M. Manec, chirurgien de la Salpêtrière, deux heures après son émission, j'observai ce qui suit. La cavité de la caduque contenait un liquide gélatineux légèrement rosé; la

---

ses chartes organiques des communes; ce que Louis XIV et Colbert avec leur persistance de vouloir et leur énergie de faire avaient inutilement résolu; ce que Louis XV, secondé par la puissance des sciences physiques et mathématiques, ne put obtenir; ce que Louis XVI et Turgot rangèrent en vain au nombre de leurs généreuses et patriotiques entreprises; ce que nos premières assemblées nationales, sous la spirituelle inspiration de l'évêque d'Autun, ont plusieurs fois décrété sans succès; ce que l'empereur Napoléon lui-même ne put réaliser, le temps, ce propagateur irrésistible de la raison publique, a pu seul l'opérer graduellement.

De cette innombrable variété des poids et mesures, le bon sens et l'intérêt public en ont fait justice sur tous les points. Il faut l'avouer, il n'y a guère aujourd'hui que la médecine qui fasse obstacle à l'universelle adoption de ce système : la médecine, armée, il est vrai, des justes susceptibilités qu'elle puise dans les considérations élevées de la santé et de la vie des citoyens; c'est que, en médecine, en effet, il ne s'agit pas seulement de mettre en accord les besoins du consommateur et les bénéfices du producteur; il ne suffit pas de combiner, dans de justes mesures, les avantages réciproques de celui qui vend et de celui qui achète, il faut encore préserver les malades de toutes les sources tarissables d'erreur et d'infidélité.

Ils se plieront difficilement, soyez-en sûrs, à ces nouveautés réclamées par la loi, les hommes adonnés aux fatigues incessantes de la médecine des campagnes, et qui, placés constamment en face du grand livre du monde et de la nature, n'ont que peu ou même n'ont point du tout de temps pour les méditations du cabinet; les hommes d'étude qui retrouveront à chaque instant dans nos livres les anciennes dénominations des poids et mesures avec leurs valeurs fixes; les hommes d'âge, dont les habitudes de l'esprit, plus et mieux arrêtées encore que les habitudes du corps, se prêtent mal à de tels changemens, et finalement nos jeunes hommes, qui, recevant encore l'instruction des facultés, entendent sans cesse répéter les dénominations des anciens poids et ne prennent aucune notion des nouveaux.

D'un autre côté, toutes ces objections tirées des habitudes, de la routine et du préjugé, ne sauraient être pour des hommes éclairés que ce qu'elles sont en effet. On ne peut les faire valoir que pour ce qu'elles valent en réalité; aussi doit-on n'en tenir compte que dans de certaines limites; lorsqu'on s'adresse surtout à des médecins, accoutumés qu'ils sont tous à n'être jamais mus que par la libéralité de leurs devoirs.

Pour arriver toutefois à un dénouement satisfaisant des difficultés que nous avons mission d'aborder, nous n'hésiterons point à entrer pour ainsi dire en composition avec les obstacles qui se présentent. Exiger, ainsi que le voudrait la lettre de la loi, une transition inopinée et brusque des anciens poids et mesures et de leurs dénominations dont tous les esprits sont si profondément imbus, aux dénominations et aux valeurs nouvelles des poids décimaux que peu de médecins connaissent, ce serait introduire infailliblement dans la pratique une perturbation grande et donner naissance à une foule d'erreurs, d'infidélités et de mécomptes, dont chacun entrevoit assez les conséquences. Par contre, tolérer encore en faveur des médecins et des pharmaciens une exception légale complète, ce serait nuire beaucoup à l'adoption si désirée du système d'unité des poids et mesures; ce serait surtout favoriser ou même créer une autre source d'abus, en ce sens qu'une semblable exception servirait de pré-

caduque réfléchie formait, avec le chorion qu'elle enveloppait, un volume d'un petit œuf de poule; elle était libre dans toute son étendue excepté en haut où elle faisait corps avec la caduque externe. Sa texture était très mince sur les côtés; en certains endroits elle offrait le poli des membranes séreuses. Sur cinq ou six points de sa surface externe, ses mailles étaient très écartées, et de petites masses, au travers des villosités du chorion, faisaient hernie au travers de ces mailles. La préparation mise dans l'eau, on voyait flotter des villosités sur le liquide, soit qu'elles fussent ainsi naturellement, soit qu'elles se fussent déplissées dans le transport. Du reste rien ne manquait à la conformation régulière de ces produits; chez tous la vésicule ombilicale occupait sa place habituelle; l'amnios, le cordon et l'embryon lui-même étaient bien constitués. On ne pouvait donc considérer la disposition de la caduque réfléchie et des villosités branchiales, ni comme une anomalie, ni comme un état pathologique; tout indiquait l'intégrité parfaite et des villosités et de la membrane.

Les caractères de cette dernière différaient peu, du reste, de ceux que lui ont reconnus les observateurs modernes; car on sait que MM. Mayer, Dang et Metzger, l'ont trouvée celluliforme et percée de trous; on sait que sa perforation, reconnue par M. Lobstein, a été confirmée par M. Moreau, qui remarque avec raison que les ouvertures deviennent beaucoup plus apparentes quand on regarde la membrane à contre jour. On sait enfin que si MM. Meckel, Heusinger, Vagner, Osiander, Guntz, Burdach, Breschet, Valentin, Carus et Bischoff, diffèrent un peu sur la nature du tissu qui compose la caduque, tous s'accordent sur l'existence des ouvertures qui la traversent.

Mais, à ma connaissance, personne n'avait remarqué que lorsque la caduque réfléchie est épaisse, comme il arrive presque toujours au moment de sa réflexion, ces ouvertures sont de petits conduits sinueux, rampant dans l'épaisseur de la membrane. Nul anatomiste n'avait observé également que ces sinus ou ces trous sont occupés par un ordre particulier de villosités, qui communiquent ainsi directement dans la cavité de la caduque.

Ces faits qui, pour être mis en évidence, exigent une dissection très minutieuse et délicate, avaient échappé aux observateurs, parce qu'ils étaient sans objet et sans valeur dans les vues qui les dirigeaient, et surtout d'après les usages qu'ils supposaient à la caduque, à sa cavité, à son liquide, aux villosités du chorion ainsi qu'à leur structure. Mais du moment que je reconnus dans cet appareil les conditions propres à une respiration branchiale, ils durent devenir, et ils devinrent en effet l'objet de l'attention la plus soutenue et d'un examen rigoureux.

Or en préparant comparativement ces parties, sur des produits d'âges divers, depuis le quinzième et le vingtième jour de la conception, jusqu'au quatrième et cinquième mois, époque à laquelle la respiration placentaire succède à la respiration branchiale, j'ai pu suivre la transformation des sinus en trous.

Ainsi, j'ai observé qu'à mesure que la caduque réfléchie diminue d'épaisseur, la longueur des petits conduits sinueux diminue dans la même proportion, de telle sorte que lorsque, par la marche des développemens, la membrane est pelliculeuse, il ne reste du sinus que l'ouverture qui débouche dans la cavité. Les mêmes expériences m'ont servi à constater que, dans les diverses transformations de la membrane, les villosités n'abandonnent jamais ni les sinus, ni leurs ouvertures respectives, elles sont maintenues en place par un renflement en forme de petite masse qui se développe à leurs extrémités. Tant de précautions prises par la nature pour conserver les rapports de deux parties si délicates devaient avoir un but, et ce but nous paraît être celui de maintenir les villosités en présence du liquide que renferme la cavité de la caduque.

L'anatomie du développement a contre elle des désavantages dont il est difficile de la prémunir entièrement. Comme les faits sur lesquels elle repose ne se montrent pas seuls, qu'ils exigent souvent des préparations longues et une certaine habitude du scalpel, il en résulte que tout le monde n'est pas apte à les vérifier de prime abord. La difficulté est accrue dans ce cas-ci par la rareté des sujets d'observation et par la variabilité des parties en voie de développement; car, en organogénie, les faits ne sont rigoureusement exacts que relativement à une période déterminée de formation. Un peu plus tôt, ils sont imparfaits; un peu plus tard, ils ne sont plus justes. De là, la nécessité de multiplier les observations; la nécessité de suivre tous les temps de formation d'un organisme, afin d'embrasser, dans un champ assez étendu, les faits les plus saillans qui la décèlent. Cette méthode, que j'ai suivie dans l'ostéogénie pour le système osseux, dans l'angéogénie pour la formation des vaisseaux sanguins, et dans la névrogénie pour le développement du système nerveux, étant aussi celle qui me dirige dans ces recherches sur l'ovogénie, nous allons exposer quelques faits nouveaux dont j'ai fait représenter avec soin les détails relatifs à l'appareil branchial de l'œuf humain.

Une dame, âgée de vingt-six ans, parvenue à peine au deuxième mois de la grossesse, eut un avortement sans cause déterminable, le 26 décembre 1838. L'œuf était extérieurement dans l'état normal; la caduque externe envoyait deux prolongemens creux dans les oviductes. La caduque réfléchie, moins tomenteuse qu'elle ne l'est à cette époque, n'était séparée de l'externe que par une cavité peu spacieuse, renfermant une once de liquide légèrement rosé. Les ouvertures dont sa surface externe était couverte ressemblaient les unes à des points bruns, les autres à de petites scissures allongées. Quand on eut incisé et renversé la caduque interne, on voyait les villosités du chorion ramper dans de très petits sinus, se diriger vers les ouvertures qu'elles traversaient dans tous les sens; elles flottaient de cette manière dans la cavité de la caduque, à cause de l'incision des petits pertuis qui les logeaient précédemment; les autres parties étaient intègres, quoique l'embryon fût moins développé que son âge ne le comportait.

Sur un œuf du même âge, qui fut reçu par M. le docteur Félix Hatin, le 12 novembre 1838, la disposition de la caduque réfléchie et des villosités du chorion était semblable au cas qui précède.

Dans un troisième avortement, qui eut lieu le 8 janvier 1838, chez une dame de trente-cinq ans, l'œuf, rendu en présence de M. le docteur Félix Hatin, parut correspondre, ainsi que la date de la grossesse, à la fin du troisième mois. La formation du placenta était déjà commencée; la cavité de la caduque rétrécie était néanmoins distincte dans toute la périphérie de l'œuf, immédiatement recouvert par la caduque réfléchie. La surface externe de cette dernière était inégale, tomenteuse; les inégalités étaient produites par les bords des petites fissures à la surface des-

---

texte pour fabriquer en contravention des poids qui, n'étant plus susceptibles de vérification, appelleraient par conséquent la fraude.

Pour trouver la meilleure solution de ce problème, la commission a pensé qu'il suffirait d'examiner avec soin les différences qui existent entre les valeurs réciproques des poids actuellement employés en médecine, la livre métrique et ses subdivisions par onces, gros et grains, et les poids décimaux dont la loi prescrit l'usage avec leurs subdivisions, tels que le kilogramme, le décagramme, le gramme et le centigramme.

Or, la livre répond à un demi-kilogramme moins un tiers d'once.
L'once équivaut à 3 décagrammes, plus 11 grains.
Le gros représente 4 grammes moins 3 grains.
Le scrupule vaut 1 gramme 27 centigrammes.
Et le grain a, comme valeur exacte, 5 centigrammes, plus 1/17 de grain.

Poids anciens.	Valeur exacte.		
Livre......	1/2 kilogramme	moins	1/3 d'once.
Once......	3 décagrammes.	plus	11 grains.
Gros......	4 grammes	moins	3 grains.
Grain......	5 centigrammes	plus	1/17 de grain.

Poids anciens.	Valeur très rapprochée.	
Livre....	1/2 kilogramme	ou 500 grammes.
Once....	3 décagrammes	ou 30 grammes.
Gros.....	4 grammes.	
Grain....	5 centigrammes.	

Les rapports des poids anciens avec les poids nouveaux étant ainsi bien établis, malgré toute la rigueur que comportent nos formules dans leurs diverses doses, et cette rigueur nous la prenons au sérieux, quelle que soit la substance que l'on manie, il est évident qu'il y a des fractions minimes, à ce point qu'on peut les ajouter ou les supprimer sans conséquence.

On peut, par exemple, sans nul souci, négliger sur la livre un tiers d'once, c'est-à-dire un quarante-cinquième de livre, et représenter assez exactement la livre par le demi-kilogramme; sur 1 once négliger 11 grains, c'est-à-dire 1/53 d'once, et rendre l'once par 3 décagrammes; sur le gros négliger 3 grains ou 1/24 de gros et traduire le gros par 4 grammes; représenter assez exactement le scrupule par le gramme, et finalement, par rapport au grain, ajouter la fraction d'1/17 de grain, et exprimer le grain par 5 centigrammes.

C'est ainsi que la transition assez récente de la livre poids de marc à la livre métrique, avec leurs subdivisions s'est opérée sans causer de dommage.

Ajoutons que pour les médecins le grain est, dans les trois subdivisions de la livre, le poids qu'il importe le plus de fractionner très rigoureusement. Or, les 5 centigrammes des poids nouveaux, qui se divisent tout naturellement par 5 unités, offrent cet avantage à un degré bien supérieur au grain des poids anciens, dont les fractions ne s'obtenaient que d'une manière indirecte.

Résumons :

Considérant que le moment est enfin venu de rendre universel, et sans nulle exception, l'emploi des poids et mesures conformes au système métrique décimal;

Considérant aussi que les médecins et les pharmaciens, dont les lumières et la libéralité sont loin d'être inférieures aux lumières et à la libéralité des an-

quelles on observait à nu les villosités du chorion. Leur nombre était considérable. La caduque incisée et déplissée sur un de ses côtés, on suivait la marche des villosités de l'intérieur du chorion vers l'ouverture interne des fissures, ou l'ouverture des trous, lorsqu'ils ne s'étaient pas assez dilatés pour se convertir en fissures.

Un des dessins du mémoire de M. le docteur Martin Saint-Ange, sur la vascularité du chorion, reproduit exactement cette disposition sur un œuf du deuxième mois. On y voit les ouvertures dont est criblée la caduque réfléchie; et sur sa partie renversée, on observe la marche des villosités, dont les extrémités vont s'appliquer immédiatement contre la face interne des ouvertures de la membrane. Ce dessin est d'autant plus significatif qu'il a été copié sur la nature, d'après des vues très différentes de celles qui nous occupent.

Une femme, âgée de vingt-sept ans, affectée de tubercules pulmonaires et enceinte de trois mois, mourut dans ma division le 14 octobre 1834. Entre la face interne de l'utérus et l'enveloppe externe de l'œuf existait une couche mince d'un fluide gélatineux grisâtre qui isolait l'utérus de la caduque. Cette couche, que j'ai rencontrée une seconde fois dans une grossesse du cinquième mois, réfute l'idée de MM. Jieg, Oken et de Baer, qui pensent que la caduque n'est autre chose que la membrane muqueuse utérine.

L'œuf était complet, et, comme dans le cas qui précède, le développement du placenta était déjà commencé. La caduque externe, ouverte par une incision longitudinale, nous laissa pénétrer dans sa cavité, qui contenait une once et demie (45 grammes) de liquide. La caduque interne, adhérente à l'externe dans la moitié de sa face postérieure, était libre dans le reste de son étendue. Sa surface était villeuse, et en divers endroits le tissu propre de la caduque était tellement atrophié, que cet aspect était dû aux villosités même du chorion. Ces villosités se trouvaient ainsi dans la cavité de la caduque. En outre, sur sa moitié du côté droit, l'état tomenteux était interrompu par des fissures et des dépressions au fond desquelles on remarquait les villosités; et, de même que sur le côté opposé, l'atrophie du tissu de la caduque avait mis à découvert les villosités du chorion.

Indépendamment des habiles prosecteurs de l'école d'anatomie des hôpitaux, MM. Giraldès et Estevenet, ces préparations et les dessins qui les représentent ont été soumis à l'examen de nos collègues, MM. Edwards aîné, Milne Edwards, ainsi qu'à celui de M. Dutrochet, juge le plus compétent de la question que je traite parmi les ovologistes modernes.

Depuis Hippocrate, qui nous a transmis le précoce avortement d'une cantatrice de la Grèce jusqu'à nos jours, cet accident est très commun et très dangereux pour les femmes. Or, soit qu'il soit naturel, soit même qu'il soit provoqué, l'avortement qui survient jusqu'à la fin du troisième mois a presque toujours pour cause une lésion première de l'appareil respiratoire branchial.

Ainsi, tantôt l'hypertrophie des caduques fait disparaître la cavité et avec elle le liquide; tantôt leur atrophie les fait rompre sur un ou plusieurs points. D'autres fois, l'inflammation de la face interne, en desséchant le liquide, détermine l'effacement plus ou moins complet de la cavité; d'autres fois, au contraire, son accumulation donne naissance à une hydropisie de la caduque. Le plus souvent, enfin, les villosités branchiales se laissent congestionner par le sang; il se forme dans leur épaisseur de véritables épanchemens sanguins, comparables à ceux du cerveau et du poumon dans les apoplexies cérébrales et pulmonaires.

Parmi les faits de ce genre que j'ai observés, j'en rapporterai deux qui offraient la confirmation des dispositions anatomiques que nous venons d'exposer.

Sur un produit du quarantième au cinquantième jour, qui fut reçu par M. le docteur Félix Hatin, le 16 juin 1838, l'avortement avait été précédé par l'écoulement d'un liquide roussâtre. La caduque externe, tomenteuse, avait été rompue dans sa partie moyenne, ce qui, sans doute, avait occasioné l'écoulement du liquide que renfermait sa cavité, qui était très étendue. La caduque réfléchie, libre dans cette cavité, adhérait en haut et en arrière, à la caduque externe, par le pédicule de réflexion, lequel, étant volumineux et creux, indiquait encore la marche de l'œuf dans son enfoncement dans la caduque.

La caduque réfléchie, moins épaisse que la caduque externe, offrait, en haut et en avant, une déchirure d'environ dix à douze millimètres de longueur, à travers laquelle s'étaient fait jour les villosités du chorion. Sur ses côtés, on remarquait aussi de petites ouvertures oblitérées par des houppes de villosités qui plongeaient de cette manière dans la cavité de la caduque.

Sur un autre produit qui fut rendu le 24 avril 1819, en présence du même accoucheur, l'œuf, âgé de soixante-douze jours, était complet et sans nulle déchirure extérieure. La cavité de la caduque était étroite; elle renfermait très peu de liquide. La caduque interne présentait à sa partie inférieure un caillot sanguin recouvert par une pellicule mince qui rappelait la membrane sérotine de *Bojanus*; cette pellicule incisée mit à nu une déchirure de la caduque réfléchie, par laquelle faisaient hernie les villosités du chorion, ainsi qu'un caillot sanguin du volume d'une amande; le reste de la surface de cette membrane était parsemé d'un nombre considérable d'ouvertures et de fissures à diamètres plus ou moins larges, fissures et ouvertures dans lesquelles se trouvaient engagées les villosités du chorion. Celles-ci, en outre, offraient çà et là de petits caillots sanguins, résultant de la rupture de leurs vaisseaux.

On a dû remarquer dans le cours de ce travail, qui, si l'expérience le sanctionne, complète la découverte de Hunter, que nos observations ont eu principalement pour objet de montrer d'abord l'existence des villosités branchiales et leur rapport avec le liquide de la caduque, découvert dans ces derniers temps par MM. Breschet et Velpeau, et d'éclairer ensuite quelques-uns des points contestés dans la structure de cette membrane et du chorion.

Parmi ces derniers, il en est un qui doit encore, à raison de son importance, nous occuper un instant : c'est celui de la vascularité des villosités du chorion. Nous n'examinerons ici ni les hypothèses anciennes et modernes que cette vascularité infirme, ni les raisons, *à priori*, qu'on lui oppose. En anatomie, un fait ne se discute pas, il se montre.

Or, bien qu'avant d'accorder à l'auteur de cette découverte la médaille en or du prix de physiologie expérimentale, vos commissaires, dont je faisais partie, en aient eux-mêmes vérifié l'exactitude, j'ai cru nécessaire de la vérifier de nouveau, au moment où j'allais en faire l'application. J'ai donc revu à l'œil nu, à la loupe et au microscope, sous tous les grossissemens, les artères et les veines des villosités, injectées jusqu'à leurs dernières extrémités, non seulement sur l'œuf humain, mais sur celui de la vache, de la brebis, du chat et de la jument.

---

tres conditions du corps social, ne voudraient point retarder davantage l'adoption définitive d'une loi si impérieusement réclamée par la sécurité des transactions;

Considérant enfin qu'il y a moyen de pactiser en quelque sorte avec les obstacles, sans blesser, d'une part, les droits imprescriptibles ou la sainteté de la loi; et sans méconnaître, d'autre part, les faiblesses incontestables ou la fragilité de l'esprit humain :

La commission a l'honneur de soumettre à l'Académie les conclusions suivantes :

Premièrement. A partir du 1er janvier 1840, les pharmaciens n'auront et n'emploieront dans leurs officines d'autres poids que les poids du système métrique décimal;

Deuxièmement. A partir de la même époque les médecins ne devront employer dans leurs formules, soit imprimées, soit manuscrites, d'autres dénominations que les dénominations du système métrique décimal, savoir : le kilogramme et ses subdivisions par demi-kilogramme, décagramme, gramme et centigramme;

Troisièmement. Néanmoins, les anciennes dénominations de livre, once, scrupule, gros et grain, en raison de leur valeur approximative avec le demi-kilogramme et les subdivisions que nous avons indiquées pourront être encore tolérées temporairement; à cette seule condition que, dans la pensée du médecin qui ordonne, et dans la conduite du pharmacien qui exécute, les dénominations anciennes seront synonimes des dénominations nouvelles; et que pour les uns comme pour les autres, la livre représentera un demi-kilogramme; l'once 3 décagrammes; le gros 4 grammes; le scrupule 1 gramme, et le grain 5 centigrammes.

Quatrièmement. Les professeurs attachés aux diverses chaires de médecine et de pharmacie seront tenus de ne se servir, dans leurs leçons, que des dénominations du système métrique décimal;

Cinquièmement. Les médecins, dans leurs formules, soit manuscrites, soit imprimées, devront exprimer, en toutes lettres, les doses diverses des substances qu'ils voudront prescrire.

— Nous avions l'espoir de communiquer aux lecteurs de la GAZETTE MÉDICALE des détails circonstanciés sur les phénomènes d'électricité animale observés sur deux jeunes filles de Smyrne. M. le docteur Floquin, aux lumières et à la circonspection duquel nous nous en étions remis pour savoir à quoi nous en tenir sur le merveilleux des phénomènes dont il s'agit, est malheureusement tombé malade depuis ses premières communications. On nous apprend que cet honorable confrère est à la veille de reprendre ses expériences, et que les phénomènes qu'il avait constatés, une première fois, sur les deux jeunes filles de Smyrne continuent à se produire.

On voit donc que les faits incontestables en ovologie nous montrent dans la caduque et le chorion réunis une cavité tapissée par une double membrane perforée, un liquide renfermé dans cette cavité et un ordre particulier de villosités vasculaires, en rapport immédiat avec la cavité et le liquide, c'est-à-dire que ces membranes réunies offrent toutes les conditions nécessaires à un appareil respiratoire branchial.

A mesure que l'embryon se développe et grandit, une partie des villosités du chorion se transforme en placenta, et alors commence le second temps de la respiration fœtale dans l'utérus.

Or, dès l'instant que commence la respiration placentaire, la respiration branchiale décroît, l'appareil branchial s'atrophie et disparaît; d'abord les villosités branchiales se flétrissent, puis la cavité de la caduque se rétrécit, le liquide diminue, et les deux caduques amenées au contact s'unissent et se confondent.

C'est la marche constante et normale de cet appareil qui se développe au moment où il est nécessaire pour la respiration primitive, et qui disparaît avec le besoin qui lui a donné naissance.

On voit encore que le rôle de chacune des parties de l'appareil lui est assigné par le but commun qu'il doit remplir. Ainsi les caduques, en protégeant l'œuf de toutes parts, forment la cavité pour contenir le liquide; celui-ci a pour usage d'humecter continuellement les villosités; la structure réticulée et perforée de la caduque réfléchie est ainsi organisée pour permettre aux villosités du chorion d'arriver jusqu'au liquide, et ces dernières, enfin, sont pourvues de nombreux vaisseaux sanguins nécessaires à toute respiration.

L'existence, le concours et l'accord de toutes ces parties est indispensable pour que la respiration branchiale puisse s'exécuter. Supprimez, en effet, la caduque externe, et il n'y aura plus de cavité; supprimez les ouvertures de la caduque réfléchie, et les villosités resteront étouffées dans son épaisseur; supprimez le liquide, et la cavité de la caduque ainsi que les pertuis de sa lame réfléchie deviennent inutiles. Supprimez enfin la vascularité des villosités du chorion, et vous annulez complètement tout ce riche appareil. Réunissez, au contraire, ces parties, dont la structure et les rapports se correspondent si exactement, et vous aurez l'appareil branchial tel qu'il est, et ajoutons, tel qu'il doit être pour remplir l'acte de la respiration chez le jeune embryon.

Tel est l'appareil respiratoire branchial que nous avons reconnu chez l'homme, dans les trois premiers mois de sa formation. Nous exposerons dans un autre mémoire les variations importantes qu'il subit dans l'œuf des mammifères, dans celui des oiseaux et chez les reptiles.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

I. LONDON MEDICAL GAZETTE. (Mars 1839.)

TUMEUR SOLIDE DE L'OVAIRE, GUÉRIE PAR LA PONCTION FAITE A TRAVERS LE VAGIN; par M. ARNOTT.

Obs. — Marie Gray, âgée de 28 ans, veuve et mère de trois enfans, entra à l'hôpital de Middlesex, se plaignant d'une grande gêne dans l'émission des urines, et de faiblesse dans les mouvemens. Quinze jours auparavant, elle était extraordinairement constipée, et fut prise de douleur vive dans le dos et autour des hanches, qui de temps en temps s'aggravait au point de simuler les douleurs de l'accouchement. Des purgatifs furent administrés sans amener de soulagement. On donna un lavement qui ne put passer. Ce fut alors qu'un examen attentif fit reconnaître la présence d'une tumeur comme cause d'obstruction. La malade, au moment de son entrée à l'hôpital, avait eu quelques évacuations rares provoquées par l'administration de l'huile de castor.

Le doigt porté dans le vagin fut immédiatement arrêté par une tumeur volumineuse, placée derrière ce canal et remplissant l'arcade du pubis, contre laquelle ce conduit était comprimé. Ce ne fut qu'à grand'peine qu'il fut possible d'arriver sur le col utérin, et d'en apprécier l'état qui du reste était parfaitement normal. Quant à la tumeur, elle était ferme et résistante, à surface lisse; la pression ne déterminait pas de douleur. Quand la malade se tenait debout, le volume de cette tumeur n'augmentait pas, mais elle y ressentait des tiraillemens douloureux. Le doigt introduit dans le rectum rencontrait la même masse qui faisait saillie du côté du sacrum dont elle remplissait la concavité, en comprimant l'intestin d'avant en arrière. Du reste, il n'y avait pas de fièvre, le facies n'était pas altéré.

Le diagnostic de cette maladie ayant été longuement discuté, on s'arrêta à l'idée que ce pouvait être un kyste, rempli de matière solide, et peut-être en partie liquide. La ponction fut regardée comme le seul moyen de l'évacuer dans cette dernière hypothèse, sans craindre le danger d'une vive inflammation dans la première. En conséquence trois jours après l'entrée de la malade à l'hôpital, un léger purgatif ayant été administré qui produisit une évacuation modérée, on fit pénétrer, à la profondeur de deux pouces dans la tumeur, un trois-quart et sa canule, sans qu'il sortît une goutte de liquide, ni même du sang. L'instrument semblait traverser une substance solide quoique peu résistante. On n'alla pas plus loin.

Le lendemain, des symptômes inflammatoires se développèrent du côté du ventre; on les combattit par les sangsues, les fomentations et un purgatif. Il y eut rétention d'urine complète, ténesme vésical; pouls à 120; frissons suivis de chaleur, etc. Ces symptômes graves persistèrent deux ou trois jours, et ne disparurent entièrement que lorsqu'une pilule composée de trois grains d'opium et d'un grain d'acétate de morphine eut été portée sur le col utérin, et laissée à demeure.

Le quatrième jour, il se fit par le vagin un écoulement abondant d'un liquide brunâtre, qui devint ensuite purulent, en conservant toujours un aspect sanieux.

Le neuvième jour, en pressant sur le ventre, quand la sensibilité fut diminuée, on fit sortir encore une grande quantité de ce fluide. Le pouls était à 140; la langue rouge; les selles étaient liquides et fétides. Il survint des nausées et des vomissemens.

Vers le onzième jour, ces symptômes s'amendèrent, le pouls devint moins fréquent; la malade put uriner sans cathéter; les paroxysmes de douleur disparurent; la douleur de l'hypogastre et des aines qui s'était étendue aux deux côtés continua cependant, mais la tumeur diminua de volume.

Vingt-cinquième jour. L'écoulement a diminué depuis quelques jours, et il est sorti par le vagin une masse brune, solide, qui est évidemment une portion de la tumeur qui s'était détachée.

En examinant le jour suivant, on trouva qu'il existait dans le vagin une ouverture qui pouvait laisser arriver le doigt dans l'intérieur du kyste.

Depuis cette époque, l'écoulement prit un meilleur aspect, il avait tous les caractères du pus de bonne nature. La tumeur qu'on sentait au-dessus du pubis disparut, et celle qui occupait le bassin diminua rapidement de volume. Tous les symptômes fébriles avaient cessé; la diarrhée n'existait plus; l'appétit était peu à peu revenu.

Vingt-huitième jour. La malade peut rester une heure assise.

Le 26, il n'y a plus du tout d'écoulement, et l'ouverture faite au vagin par la ponction est si exactement cicatrisée qu'il est presque impossible d'en reconnaître la place; on ne trouve plus de traces de la tumeur en touchant par le vagin ou par le rectum.

Il est à noter que pendant la violence de l'inflammation, les cuisses étaient restées fléchies sur le bassin, et si bien fixées dans cette position que la malade ne pouvait les étendre. Lorsqu'elle releva pour la première fois, elle éprouva de vives douleurs dans les aines; cela dépend probablement de ce que l'inflammation s'était étendue à la gaine fibreuse ou celluleuse des muscles psoas. On cessa l'usage du calomel et de l'opium dès qu'on fut assuré que l'inflammation ne s'était pas étendue au péritoine, et que celle qui avait envahi le kyste s'était terminée par suppuration. On donna de bonne heure du vin (vers le dixième jour), du bouillon et des œufs pour soutenir les forces de la malade, et de la viande aussitôt que la diarrhée eut cédé à l'administration plusieurs fois répétée de la poudre de Dower. Les vomissemens cédèrent rapidement sous l'influence de l'acide hydrocyanique.

« En passant en revue les principales circonstances de ce fait, nous voyons donc, dit M. Arnott, qu'une tumeur solide de l'ovaire a été ponctionnée par le vagin; que cette légère opération a suffi pour y déterminer de l'inflammation; que cette inflammation a entraîné la suppuration du kyste, le détachement de la tumeur; enfin, que les suites de l'opération ont été des plus heureuses, malgré la gravité apparente des symptômes qui s'étaient primitivement développés. Cette terminaison heureuse serait-elle principalement due au lieu choisi pour la ponction qui aurait créé à la partie inférieure du kyste un libre passage pour la sortie des matières contenues dans le kyste, ou produit l'inflammation? M. Arnott serait disposé à le croire. Cependant un cas unique de succès ne lui paraît pas suffisant pour l'autoriser à faire une règle de pratique, de produire l'inflammation dans une tumeur ovarique en la ponctionnant par le vagin; ce procédé lui semble cependant devoir être adopté dans des circonstances semblables, et lorsqu'il y a nécessité et urgence d'agir promptement. »

DE LA NATURE DU PHLEGMATIA ALBA DOLENS ET DE SON TRAITEMENT; par le docteur BURNS.

Les recherches suivantes sont extraites d'une leçon de clinique médicale faite par l'auteur à l'hôpital de Westminster. Après avoir rappelé les opinions de Mauriceau, de Puzos, de White et de Hull, sur le mode de production de cette maladie; puis après avoir cité les recherches du docteur David Davis, mais sans indiquer celles de M. Bouillaud sur le même sujet, et qui cependant ont le même droit à la priorité que celles du docteur Davis, M. Burns rappelle l'histoire de deux malades de ses salles, qui ont offert deux exemples du *phlegmatia alba dolens*, caractérisés par la douleur et la sensibilité sur le trajet des grosses veines de l'aine, par la tension et la résistance de ces veines, par la sensibilité et le gonflement œdémateux et blanchâtre de toute l'extrémité, symptômes qui ne laissaient aucun doute sur l'inflammation et l'obstruction des veines.

Dans un de ces deux cas, qui s'est terminé par la mort, les veines iliaques commune et interne, les veines iliaques et fémorales étaient fer-

nées par un caillot adhérent à leurs parois qui les remplissait complètement et empêchait la circulation. « Ce fait, dit l'auteur, est d'accord avec les recherches et l'opinion du docteur Davis, et ne permet pas de douter que l'inflammation et l'obstruction des veines iliaques et de leurs branches affluentes ne soient la cause du *phlegmatia alba dolens*. Mais ce point une fois établi, il en reste un autre non moins important à connaître, savoir : quelle est la cause de l'inflammation de ces veines? Pourquoi l'inflammation est-elle toujours bornée à ces veines particulières, les iliaques? Il croit avoir été amené à l'explication de ce problème important par les deux faits dont il a déjà parlé.

Dans ces deux cas le *phlegmatia dolens* s'est présenté dans des circonstances tout à fait identiques, les deux malades étant réduits à un degré extrême de prostration, tous les deux reposant sur le dos, les membres étendus et sans mouvement, et offrant tous les symptômes d'une circulation veineuse très languissante et produisant d'abord la congestion, l'inflammation ensuite, puis l'obstruction, et, enfin, l'œdème. Ayant été frappé aussi de ce que chez ces deux malades le même membre était affecté, le gauche; il crut devoir chercher si, dans la disposition anatomique des veines iliaques du côté gauche, il n'y aurait pas quelque circonstance qui eût pu retarder la circulation dans l'état de faiblesse où étaient ces deux malades. En effet, il croit l'avoir trouvée dans la disposition de la veine iliaque commune gauche qui, d'une part, repose sur la dernière vertèbre lombaire, et, de l'autre, est coupée à angle droit par l'artère iliaque commune droite qui passe en avant d'elle; en sorte que la veine iliaque commune gauche éprouve sur ce point une double pression du point pour le corps dur de la vertèbre; de l'autre, par l'artère iliaque commune droite; or, si on fait attention que pendant la vie les artères sont toujours pleines, distendues et cylindriques, il paraît rationnel de supposer que la pression que les artères iliaques communes droite et gauche exercent sur la veine, dans le point où elle repose sur la vertèbre lombaire, doit gêner la circulation; gêne qui, cependant ne peut être de quelque importance que dans les cas où la faiblesse est extrême, et où la circulation se faisant avec lenteur, le moindre obstacle peut l'arrêter complètement. Si on ajoute à cela la position dans laquelle les malades se tiennent ordinairement étendus dans leurs lits, les jambes droites et tendues également, ce qui augmente la pression éprouvée par la veine; puis, que les artères allant toujours par la route la plus courte et étant élastiques, sont tendues lorsque le membre est dans l'extension, et relâchées lorsqu'il est dans la flexion, on comprendra que toutes les circonstances tendent à relâcher et même à arrêter le cours du sang dans les veines iliaques, et principalement dans la gauche.

Si cette explication, continue l'auteur, est exacte pour les deux cas que j'ai observés dernièrement, elle doit l'être aussi pour ceux recueillis par d'autres observateurs, et le *phlegmatia dolens* doit être beaucoup plus fréquente dans le membre gauche que dans l'extrémité inférieure droite; les vingt cas suivans rapportés par les auteurs qui se sont occupés de cette maladie sont d'accord avec cette explication :

	A DROITE.	A DROITE ET A GAUCHE.	A GAUCHE.	TOTAL.
Zinn	1	0	0	1
Davis	0	0	4	4
Lée	0	1	4	5
Bouillaud	0	3	4	7
Velpeau	0	2	1	3
	1	6	13	20

Ainsi l'extrémité gauche était affectée dans dix-neuf cas sur vingt; dans six cas, la droite et la gauche l'étaient en même temps, et dans un seul cas le membre droit seul était affecté, et encore dans ce cas il y avait une cause spéciale, savoir : un engorgement considérable du ganglion lymphatique de l'aine droite; de même aussi dans les cas où le membre droit était affecté en même temps que le gauche, il y eut également des causes spéciales qui ont pu expliquer jusqu'à un certain point la suspension de la circulation de ce membre.

Il ressort donc de tous ces faits que le *phlegmatia dolens* s'observe beaucoup plus fréquemment du côté gauche que du côté droit, et qu'il s'y développe exclusivement quand il se fait sous l'influence d'une grande prostration des forces vitales ou de l'état puerpéral.

La conclusion de ces faits pour le traitement, c'est qu'on doit faciliter le cours du sang dans les veines des membres inférieurs. Les antiphlogistiques sont, dans ces cas, inutiles ou même très nuisibles, en enlevant aux malades le peu de forces qu'il leur reste; on doit se donner de garde de tirer une seule goutte de sang au malade; car ce n'est pas l'inflammation de la veine qu'on doit combattre, mais bien la cause de cette inflammation. Chez celui des deux sujets de la clinique atteints de *phlegmatia dolens* qui n'est pas mort, voici le moyen qui fut employé : il était dans un état de faiblesse qui ne permettait pas de traitement actif; alors on fit placer le membre œdémateux dans une position fortement inclinée et de manière à y favoriser la circulation du sang par sa propre gravité; mais cette position ne put être supportée par le malade, et on se contenta d'élever le pied et la jambe malades de quelques pouces seulement et à l'aide de coussins. L'effet de ce simple changement de position fut très satisfaisant; la douleur et le gonflement œdémateux commencèrent à décliner graduellement et finirent par disparaître; la veine fémorale, qui était tendue comme une corde, recouvra sa flexibilité normale, et toute trace d'œdème disparut sous l'influence de ce moyen d'une si grande simplicité.

Ce mode de traitement peut être appliqué dans tous les cas et sera probablement suivi de succès dans ceux qui dépendront de la débilité du sujet; dans les autres, il pourra encore être d'un secours puissant, s'il est adopté à une époque convenable; car si l'inflammation a déjà fait tant de progrès que le caillot soit entièrement organisé dans les grosses veines, alors on devra avoir peu d'espérance dans l'emploi de ce moyen.

OBSERVATION DE DYSPHAGIE AVEC SPHACÈLE DE L'ŒSOPHAGE CAUSÉ PAR UN ANÉVRISME DE L'AORTE.

La marche rapide des accidens observés dans le fait suivant est fort remarquable surtout quand on considère que la cause qui les a produits n'agit ordinairement que d'une manière lente et progressive.

Obs. — Henpson, âgé de 36 ans, ouvrier mécanicien, adonné aux liqueurs spiritueuses, fut obligé, vers la fin de l'année dernière, de garder le repos pour une indisposition qu'on considéra comme une attaque de grippe et qui consistait en une extrême faiblesse, sans aucun symptôme caractéristique. Vers le commencement de l'année il allait mieux et put reprendre ses travaux; mais le 2 janvier s'étant enivré, il tomba sur le côté et crut s'être fracturé une côte.

Le 6, il fut pris subitement d'une impossibilité d'avaler, et pour laquelle il me fit appeler.

A cette époque, il ne souffrait presque plus du côté sur lequel il était tombé quelques jours auparavant, et il ne se plaignait que de l'impossibilité d'avaler toute substance soit solide, soit liquide; tout ce qu'il prenait s'arrêtait à un point fixe qu'il rapportait à environ trois pouces au-dessus de l'ouverture de l'œsophage dans l'estomac. Les alimens avec les boissons qu'il cherchait à prendre ne lui occasionnaient pas de douleur immédiatement; mais au bout de deux ou trois minutes, il en survenait une très aiguë qui durait cinq ou six minutes et était suivie de vomissemens, après lesquels elle disparaissait entièrement, et ne revenait que quand le malade faisait de nouveaux efforts pour avaler. Comme il n'y avait aucun symptôme qu'on pût attribuer à un autre organe qu'à l'estomac, et comme la dysphagie s'était développée subitement, je soupçonnai une constriction spasmodique, ou de toute autre nature, de l'œsophage et proposai au malade d'introduire la sonde œsophagienne, ce qu'il refusa absolument. Quelques sangsues furent appliquées vis à vis le point malade, et comme l'introduction de toute substance alimentaire était complètement impossible des lavemens nourrissans furent administrés. Les symptômes continuèrent, la dysphagie devint encore plus absolue; le pouls qui, depuis quelque temps, était faible, s'affaiblit encore graduellement jusqu'à ce que le malade périt avec tous les symptômes d'une mort produite par l'inanition, quinze jours après la première apparition de la dysphagie.

Autopsie. Les côtes n'ont éprouvé aucune fracture. On trouve d'anciennes adhérences du côté gauche. Les poumons enlevés, on reconnaît qu'il y a un vaste sac anévrismal de l'aorte thoracique qui paraît complètement rempli de lames fibreuses, lesquelles paraissent oblitérer sa cavité. Cet anévrisme comprend l'aorte thoracique tout entière depuis la sortie de ses vaisseaux jusque près de sa sortie du diaphragme et comprime l'œsophage sur le point qui correspondait à l'endroit où le malade éprouvait une sensation de constriction; l'œsophage offre sur une longueur de quatre pouces de son trajet une couleur noire et un aspect gangréneux. La couleur et le ramollissement de cet organe qui est réduit en bouillie et se déchire par la moindre pression du doigt, ne permet pas de douter de la nature de l'altération dont il est le siége. Une partie de l'œsophage, deux pouces environ au-dessus et deux pouces au-dessous du point sphacélé, offre un épaississement avec congestion, altération qu'on retrouve dans toute la membrane muqueuse de l'estomac. Les valvules du cœur sont à l'état normal, ainsi que tous les vaisseaux sanguins du thorax. Le cœur lui-même n'offre d'autre altération qu'une légère hypertrophie du ventricule gauche, sans dilatation; tous les autres organes abdominaux sont à l'état normal.

OBSERVATION DE FRACTURE DE LA CAVITÉ COTYLOÏDE; par M. CHARLES LENDRICK, M. D.

Obs. — Un homme sur lequel avait passé une voiture de poste, il y a quelques années, et qui fut traité pour une fracture du col du fémur, avait toujours boité depuis cet accident, et ne put jamais se livrer à un exercice forcé. Le raccourcissement de la jambe était à peine d'un demi-pouce. Ce malade vint mourir à l'hôpital, d'une affection de poitrine, dans le mois de février 1839. On constata par l'autopsie que l'os pubis avait été fracturé, que les surfaces divisées s'étaient réunies dans un état de chevauchement qui avait diminué d'étendue la circonférence du bassin; l'espace qui s'étend de la symphise du pubis à l'épine iliaque antérieure et inférieure était raccourci d'environ un pouce. Ce qu'il y avait en même temps de remarquable, c'est qu'une portion

d'intestin avait contracté des adhérences avec l'os, dans un point où il avait été probablement pincé entre les fragmens, et où il serait resté attaché dans une sorte de cavité osseuse, en manière de hernie. La cavité de l'intestin était libre, malgré que le diamètre du gros intestin fût moins considérable. Du reste, le malade n'avait présenté pendant la vie aucun symptôme qui annonçât une lésion du tube digestif.

L'os ischion paraissait aussi avoir été fracturé, et s'être bien réuni. Le fémur avait évidemment pénétré à travers l'ouverture de la cavité cotyloïde, et faisait saillie dans le bassin. Une sorte d'étui osseux enveloppait la plus grande partie de la tête du fémur, mais une portion de la grandeur environ d'un schelling n'était recouverte que par la capsule fibreuse. Le ligament rond était intact et la capsule épaissie. Les cartilages de la tête du fémur présentaient un commencement d'ulcération; c'est à cette cause sans doute, et à l'irritation du nerf obturateur produite par une petite pointe d'os qu'il faut attribuer les douleurs horribles que le malade ressentit dans les derniers temps.

M. Lendrick est disposé à croire que dans ces cas obscurs, où à la suite d'une violence extérieure, l'impossibilité de mouvoir le membre est jointe à une crépitation évidente, les autres caractères de la fracture du col du fémur manquant, il y a une fracture de la cavité cotyloïde. Les renseignemens dans l'observation précédente sont tout à fait insuffisans sous ce rapport; elle ne peut donc offrir de l'intérêt qu'au point de vue de l'anatomie pathologique de ces lésions: en regardant comme démontrée la supposition de M. Lendrick, ce fait serait encore plus curieux comme exemple unique peut-être d'une hernie intestinale à travers l'ouverture résultant d'une solution de continuité des os du bassin.

DE L'ALTÉRATION DE LA PORTION PIERREUSE DU TEMPORAL ET DES CARACTÈRES SPÉCIAUX QU'OFFRE L'INFLAMMATION QU'ELLE DÉTERMINE DANS LES MEMBRANES DU CERVEAU; par le docteur ROBERICK.

Les observations de carie du rocher avec inflammation consécutive du cerveau et de ses membranes sont assez fréquentes pour qu'on pût attendre de la comparaison d'un grand nombre d'entre elles des données positives sur la marche si souvent insidieuse de l'inflammation des membranes cérébrales qui en sont la suite et sur les autres accidens qui surviennent quelquefois inopinément pour ceux qui n'ont pas tenu compte des premières périodes de la maladie. Les documens suivans sur ce point important de pathologie nous paraissent devoir offrir de l'intérêt sous le point de vue que nous venons d'indiquer.

Dans la plupart des cas d'altération du rocher on observe des accidens qui indiquent un état pathologique de l'oreille interne longtemps avant que les membranes du cerveau et le cerveau lui-même offrent le moindre signe d'altération; ordinairement avant que la maladie gagne ces dernières parties la douleur de l'oreille qui durait depuis des mois, peut-être même des années, augmente tout à coup, occupe une bien plus grande surface, et quelquefois la moitié de la tête du côté où l'oreille est malade. La gravité de la douleur varie aussi suivant l'état de l'écoulement, augmentant beaucoup lorsqu'il est supprimé et au contraire diminuant lorsqu'il se rétablit.

Bien que dans le plus grand nombre des cas les maladies de l'oreille affectent une marche chronique, cependant il en est quelquefois autrement, et quand la maladie prend une marche beaucoup plus aiguë l'inflammation des membranes n'est précédée que pendant peu de temps d'une douleur aiguë dans l'oreille avec écoulement de sang par le conduit auditif externe qui entraîne quelquefois de petites esquilles osseuses quand les parties sont ulcérées.

Lorsqu'il y a à la fois douleur très aiguë dans l'oreille et écoulement de sang, le plus souvent l'inflammation ne tarde pas à gagner les membranes, et alors quelquefois cependant l'os n'a pas encore éprouvé d'autre altération que dans sa couleur. Dans quelques cas le cerveau s'enflamme sans qu'auparavant il y ait eu inflammation générale des membranes, ce qui s'accomplit de la manière suivante: la portion enflammée de l'os cause l'inflammation locale de la portion d'arachnoïde qui est en contact avec elle, et alors les symptômes diffèrent considérablement de ce qu'ils sont quand l'inflammation s'étend à toutes les membranes. Lorsque la partie de la dure-mère qui est immédiatement en contact avec la portion malade de l'os éprouve le travail d'ulcération, les symptômes sont à peu près les mêmes que quand le travail est borné à l'os seul. Dans six cas où l'inflammation avait envahi les membranes à la suite de la carie du rocher, les symptômes furent à peu près les mêmes tant que l'inflammation resta bornée à la dure-mère; en sorte qu'on peut en conclure que les symptômes violens dépendent de l'inflammation de l'arachnoïde; car ces symptômes violens ne s'offrent pas dans des cas de ramollissement simple de la pulpe cérébrale. Quoique l'arachnoïde échappe quelquefois à l'inflammation, comme nous venons de le dire, cependant le plus souvent il n'en est pas ainsi. Lorsque l'épanchement de sérosité est assez considérable, les symptômes de cette inflammation sont assez faciles à reconnaître avant la mort.

Quand l'ulcération est encore bornée à l'os et à la dure-mère, les symptômes sont ordinairement une légère douleur rapportée à la région malade et quelques frissons avec une diminution considérable de la vigueur du malade; il reste encore quelque espérance de guérison dans les cas où l'ulcération n'a pas dépassé la dure-mère, et alors quand le malade succombe plus tard à une autre maladie, on trouve dans cette membrane une fissure ou une solution de continuité qui est en partie remplie par un dépôt de lymphe plastique qui sert de moyen de réunion entre les bords de la dure-mère.

Quand l'inflammation s'étend à l'arachnoïde la douleur, qui était restée jusque-là et pendant des mois supportable, devient tout à coup plus aiguë et occupe une plus grande surface; quelquefois même elle s'étend à toute la tête, pendant que tout le corps est agité d'un tremblement général. Il y a aussi des vomissemens qui continuent pendant plusieurs jours. Les deux pupilles sont fortement contractées et plus sensibles à l'impression de la lumière.

La sérosité abondamment épanchée se trouve ordinairement dans la cavité de l'arachnoïde, et même, dans quelques cas elle y est en si grande quantité qu'il en résulte des phénomènes de compression cérébrale et de légers symptômes d'hémiplégie.

Le point qu'occupe le ramollissement du cerveau lorsque cette altération existe varie suivant la portion du rocher, qui est le principal siége de la maladie; si c'est la face antérieure, le ramollissement occupe la portion inférieure de l'hémisphère latéral droit; si c'est la face postérieure du rocher, c'est en partie sur le cervelet que l'on trouve le ramollissement. Cette altération est quelquefois superficielle, et d'autres fois pénètre profondément dans l'hémisphère où l'on a observé des abcès contenant une ou plusieurs onces de pus.

Les symptômes que détermine ce ramollissement sont, comme dans les autres cas, quelquefois très obscurs. Quelquefois même le seul symptôme appréciable est une dilatation dans la pupille de l'œil, qui est ordinairement dilatée du côté opposé à celui où existe le ramollissement; il n'est pas rare de voir des malades frappés d'un ramollissement inflammatoire du cerveau ne présenter aucune trace d'hémiplégie, mais qui, aussi, à la moindre cause d'excitation, tombent subitement dans un coma très prononcé. Cet état, cependant, diffère de l'état semblable produit par l'apoplexie, en ce que le malade reste sensible aux impressions extérieures. Cependant, quand il guérit, il reste hémiplégique. Avant qu'un membre soit paralysé par suite de ce ramollissement, il éprouve le plus souvent, quelque temps avant, des mouvemens convulsifs.

TUMEUR ANÉVRISMALE DE L'ORBITE, GUÉRIE PAR LA LIGATURE DE L'ARTÈRE CAROTIDE PRIMITIVE; par M. G. BUSK, chirurgien de l'hôpital de la marine.

OBS. — Le malade entra à l'hôpital le 13 juillet 1835, pour une commotion cérébrale produite par un violent coup de harpon porté sur la tempe droite; il y avait un écoulement de sang abondant par l'oreille. La sensibilité revint très lentement, et le second jour après l'accident le malade était complètement sourd de l'oreille droite. Les paupières étaient tuméfiées de ce côté, la pupille dilatée, l'œil fixe, immobile. Les muscles faciaux du côté gauche étaient légèrement paralysés. Le cinquième jour, la pupille de cet œil était tiraillée en bas et la vision légèrement diminuée; le seul mouvement qu'il pût exécuter consistait dans une rotation involontaire sur son axe. Bientôt cet œil devint douloureux, par suite de son exposition constante à l'air, due à la paralysie du muscle orbiculaire. La cornée devint trouble et du pus s'infiltra dans ses lames. Sur ces entrefaites, le malade fut pris de la petite vérole, après laquelle il se trouva dans le même état qu'auparavant.

Au commencement de février, M. Busk découvrit une tumeur pulsative à la partie supérieure et interne de l'orbite, ayant tous les caractères de l'anévrisme; on fit la ligature de l'artère carotide droite le jour suivant. Les pulsations de la tumeur et celles qu'elle communiquait au globe de l'œil cessèrent immédiatement, en même temps que le bruit qu'on y avait entendu. Il reparut assez distinctement quatre heures après. Le troisième jour cependant, la tumeur était à peine visible, et l'application du sthétoscope ne fit pas percevoir le moindre son. Depuis cette époque, les suites de l'opération furent des plus heureuses; la ligature se détacha le seizième jour, et, le 28 mars, le malade fut renvoyé de l'hôpital tout à fait bien, à part un reste de paralysie de la face, qui persistait encore un an après.

Cette observation, communiquée à la Société royale médico-chirurgicale de Londres, est rapprochée par l'auteur d'autres cas analogues, dont l'un a été traité par M. Guthrie, et l'autre par M. Scott. Chez le malade opéré par ce dernier chirurgien, il s'agissait encore des suites d'une commotion cérébrale. La ligature fut placée sur l'artère carotide primitive, et la guérison ne se démentit pas. L'opération a été faite en 1834, à l'hôpital de Londres (London hospital).

DU RAMOLLISSEMENT DE LA FIBRINE COAGULÉE; par G. GULLIVER.

L'auteur élève d'abord des doutes sur l'exactitude de l'opinion émise

par quelques-uns de nos pathologistes, savoir que le pus n'est antre chose que la fibrine du sang modifiée suivant certaines conditions et est ainsi amené à examiner les principales propriétés du liquide généralement désigné sous le nom de pus; il convient que la fibrine coagulée, lorsqu'elle a subi le travail du ramollissement, offre quelques-uns des caractères extérieurs du pus auquel elle ressemble par la couleur et la consistance; mais il affirme qu'elle diffère essentiellement de ce liquide pathologique lorsqu'on l'examine à l'aide des réactifs chimiques et du microscope. Il rapporte alors quelques expériences dans lesquelles ayant laissé des caillots de fibrine dans l'eau pendant deux jours et à la température du sang, cette espèce de coction réduisit la fibrine à une matière fluide ressemblant tellement au pus qu'on ne pouvait l'en distinguer que par les moyens que nous venons d'indiquer; car alors on reconnaît que la couleur et la consistance de cette fibrine ramollie dépendent d'un nombre presque infini de particules, de formes et de volumes extrêmement différens, au lieu de ces globules si caractéristiques qui composent le pus. Ces deux liquides, en apparence semblables, ne diffèrent pas moins sous le point de vue chimique.

M. Gulliver rapporte plusieurs cas où des caillots de fibrine ont été trouvés plus ou moins ramollis vers leur centre, dans le cœur, les veines, l'aorte, etc., cas du genre de ceux que les auteurs ont cités comme des exemples de la transformation de la fibrine en pus. Cependant l'auteur, après avoir examiné avec soin ce liquide, trouva qu'il n'offrait aucun des caractères spéciaux du pus, et qu'il présentait au contraire tous ceux de la fibrine ramollie. Il ne nie pas cependant que, dans quelques cas, on ne puisse y rencontrer des globules de pus, de même qu'on en trouve fréquemment mêlés avec les matières cancéreuses et tuberculeuses.

L'auteur, d'après les observations du docteur Davy et les siennes propres, regarde l'occlusion des veines par des caillots sanguins, ramollis ou non, comme bien plus fréquente et d'une beaucoup plus grande importance qu'on ne le croit communément. Il pense que cette altération est en général le résultat de la lenteur excessive de la circulation et de la chute des forces vitales, qui a lieu pendant les deux derniers jours de l'existence dans différentes maladies chroniques. Quant au ramollissement qui existe ordinairement au centre des caillots, il pense qu'on peut l'attribuer à ce que le centre est le point le plus éloigné des tissus vivans; car il a observé que, sous l'influence d'une grande énergie des forces organiques, la fibrine s'organise on est absorbée ou emprisonnée pendant des années dans le sac d'un anévrisme, sans éprouver aucun changement. M. Gulliver dit avoir répété l'expérience de M. Gendrin, qui consiste à renfermer du sang dans un de ses vaisseaux, et à introduire dans le caillot un corps étranger; mais il ne put jamais réussir à obtenir du pus, bien que dans deux cas dans lesquels les animaux avaient été épuisés par de nombreuses opérations qu'on avait pratiquées sur eux, on trouvât dans le caillot un fluide ayant tous les caractères de la fibrine ramollie. Il tire de ses expériences et de ses observations les conclusions suivantes :

1° La fibrine coagulée placée hors du corps et soumise à la température du sang commence à se ramollir au bout d'environ quarante-huit heures, prenant la couleur et la consistance du pus; mais pouvant en être facilement distinguée par l'examen microscopique et chimique.

2° Le liquide d'apparence purulente trouvé dans les caillots fibrineux du cœur, et si fréquemment dans les veines, est essentiellement distinct du pus, et est analogue, sinon identique, à la fibrine ramollie.

3° Le ramollissement de la fibrine coagulée est un état pathologique élémentaire très fréquent, distinct de la suppuration et renfermant une grande partie des cas, que l'on désigne généralement sous le nom de phlébite.

DE L'EMPLOI DE LA CRÉOSOTE DANS LA MORVE CHEZ L'HOMME; par M. JIONS.

Obs. — Le 15 janvier, M. .... fut pris d'un fort rhume qui résista pendant plusieurs jours aux moyens ordinaires de traitement; à la fin cependant il éprouva de l'amélioration; mais les amygdales restèrent volumineuses et enflammées et il y avait un petit ulcère sur l'aile de la narine droite.

Le 20, il fut appelé à examiner un cheval qui était affecté d'une morve aiguë; le cheval lui souffla dans la figure et le couvrit de l'écoulement qui sortait de ses naseaux. M. .... s'essuya immédiatement avec son mouchoir de poche et n'y pensa plus.

Le 22, le gonflement des amygdales continuant à augmenter, on lui appliqua un vésicatoire sur la gorge qui produisit un effet inattendu, car on trouva du pus bien formé et de bonne nature au lieu de la sérosité qui soulève ordinairement l'épiderme.

Le 24, il éprouvait un grand malaise, le nez était très douloureux et entièrement imperméable à l'air; l'œil droit souffrait aussi un peu; le pouls était à 116; il s'écoulait de la narine un liquide épais et glaireux. On prescrit des laxatifs et une application de nitrate d'argent sur l'ulcère.

Le 25, on distingue sur la membrane de Schneider un vaste ulcère et qui s'étend encore en haut. On porte la solution de nitrate d'argent sur ce point à l'aide d'une injection; on donne au malade quelques petites doses de calomel; on applique de temps en temps des cataplasmes de carottes qui donnent un soulagement momentané. Décoction de salsepareille.

La maladie prenant un caractère très alarmant, on a recours à la créosote que l'on mêla dans la proportion d'un gramme pour sept grammes de graisse: une faible application de cette pommade détermina des douleurs si vives qu'on crut devoir en cesser l'usage.

Cependant la maladie prenait un caractère de plus en plus fâcheux; il y avait un écoulement nasal très abondant et d'une fétidité extrême; l'ulcération gagnait en étendue et semblait avoir envahi toute la surface des cavités nasales. Il y a une prostration considérable des forces, des sueurs froides; le pouls est à 112, la respiration laborieuse, et tout annonce une mort prochaine. On revint alors à la créosote, mais en injection et dans la proportion de deux gouttes par once d'eau. Trois injections furent faites dans la même journée. Dès la troisième injection il s'était opéré dans l'état du malade un changement surprenant : l'écoulement avait diminué d'une manière notable, et au bout de deux jours les ulcérés offraient déjà un bon aspect. Ils ne tardèrent pas à se cicatriser complètement.

Cette observation, qui est rapportée par le père lui-même du malade, laisse à regretter beaucoup de détails; cependant nous avons pensé qu'elle devait être réunie aux nombreux faits qui s'accumulent de toutes parts sur la morve chez l'homme, et qui ne tarderont pas, nous devons l'espérer, à compléter nos connaissance sur cette maladie si longtemps méconnue.

II. THE LANCET.

HYDRO-HÉMATOCÈLE GUÉRI PAR L'INCISION DE LA TUNIQUE VAGINALE; par M. COOPER.

Obs. — Un homme, âgé de 53 ans, Irlandais, journalier, entra dans le service de M. Cooper (University college hospital), le 18 décembre 1838, portant une tumeur volumineuse dans le côté gauche du scrotum, qu'il regarda pendant trois ou quatre ans comme une hernie, mais qui paraît avoir plutôt été un hydro-hématocèle.

La veille de son admission à l'hôpital, il avait reçu un violent coup de marteau sur le côté malade. Bientôt la tumeur augmenta considérablement et s'accompagna d'une douleur excessive dans la direction des reins, à la région inguinale.

Le jour suivant, les tégumens du scrotum et du pénis étaient considérablement distendus et présentaient une teinte ecchymotique prononcée par suite d'un épanchement considérable de sang dans le tissu cellulaire sous-jacent. (On donna une tisane apéritive; applications froides).

Le 29, la teinte brunâtre, ecchymotique du scrotum et du pénis a presque entièrement disparu; la tumeur qui siége en avant du testicule gauche persiste encore, mais elle est opaque quand on l'examine à la chandelle dans une chambre obscure. Il survint une attaque de rhumatisme aigu, qui disparut peu de jours après par l'usage du vin de colchique.

Le 17 janvier, on introduisit un trois-quart dans la tumeur et une certaine quantité de sérosité rougeâtre put être évacuée.

Le 26, le volume de la tumeur n'ayant pas beaucoup diminué, on l'incisa largement, et quatre onces environ de caillots sanguins, épais, noirâtres furent extraites, une mèche de charpie fut introduite dans la plaie.

Le 1er février, il était survenu une inflammation diffuse du tissu cellulaire du scrotum. (Calomel, 5 grains; colocyn, 10 grains; et après une once d'huile de castor.)

On lava soigneusement, à l'aide d'injections d'eau tiède faites avec une seringue, la cavité vaginale remplie d'un pus fétide.

Du 1er au 18 février, les choses se passèrent très bien, la suppuration devint plus louable, puis s'arrêta; peu de jours après, le malade était dans le cas de quitter l'hôpital.

L'hématocèle par épanchement dans la tunique vaginale est, de toutes les espèces de cette affection, sans contredit la plus rare. Boyer disait qu'elle n'avait guère lieu qu'à la suite de la ponction de l'hydrocèle, tandis que l'infiltration de sang dans le tissu cellulaire des bourses, ou dans l'épaisseur du cordon, s'observe beaucoup plus fréquemment. Et il y aurait déjà, sous ce rapport, une différence entre l'hématocèle et l'hydrocèle proprement dite. L'incision était le seul moyen de donner issue au sang épanché, c'est en vain qu'on aurait attendu la résorption d'une masse de caillots aussi considérable. Du reste, il y avait urgence de vider promptement la tunique vaginale, dont la distension avait déterminé déjà de vives douleurs, et aurait pu amener plus tard de graves accidens.

BLESSURE DE L'URÈTRE CONSÉCUTIVE A UNE CHUTE; par M. LISTON.

Obs. — Un enfant, âgé de 11 ans, fut reçu, le 2 novembre 1838, dans le service de M. Liston. Une demi-heure avant son entrée, il était monté sur une palissade; un de ses pieds fut repoussé par un autre enfant, alors il perdit l'équilibre et tomba, le périnée portant sur le sommet des pieux. Au moment de la visite, le sang coulait par l'urètre, une ecchymose considérable existait dans le tissu cellulaire du périnée et s'étendait à quelque distance le long du scrotum. Depuis l'accident, il ne s'était pas écoulé une goutte d'urine. On introduisit immédiatement dans la vessie un cathéter, qu'on y laissa.

5 novembre (deuxième jour). L'ecchymose s'est étendue à tout le scrotum; l'urine coule par la sonde, qu'on laisse à demeure.

4 novembre. L'enfant peut uriner sans douleur, le cathéter étant sorti; cependant on le réintroduit.

10 novembre (huitième jour). L'urine coule à plein jet. La tumeur du périnée se ramollit.

14. M. Liston ouvre un petit abcès qui s'était formé à la base du périnée; de l'urine s'écoula en même temps que le pus. Le passage exista deux jours encore, toutes les fois que l'enfant urinait. Mais, le 22, il n'y avait plus de tuméfaction au périnée; l'orifice externe de la fistule était recouvert d'une croute. Un peu de pus s'écoula à la pression par l'orifice de l'urètre, mais l'urine ne passa plus à travers la fistule. Le malade quitta l'hôpital le 29 du même mois.

Il y a eu dans ce cas rupture de l'urètre, épanchement de sang dans les tissus cellulaires sous-muqueux et sous-cutané, dans une étendue assez considérable. Ce qui étonne, c'est le peu de gravité et la terminaison heureuse des accidens qui furent la conséquence de la déchirure du canal. Toutefois l'observation clinique a déjà bien souvent démontré qu'il existe une grande différence, sous le rapport de la gravité, entre les ruptures traumatiques de l'urètre et celles qui reconnaissent pour point de départ un rétrécissement plus ou moins étendu. Et parmi les lésions traumatiques de ce conduit, il est bon de distinguer celles qui ont largement intéressé les parois, des simples fissures ou des légères éraillures. Quant à la conduite à tenir dans ces occasions, il faut suivre la pratique du chirurgien anglais, rétablir immédiatement le passage de l'urine par l'urètre, introduire une sonde et la laisser à demeure. Mais si l'urine est largement épanchée, s'il y a cette infiltration des bourses, de si fâcheux augure, il faut inciser en plusieurs points, sous peine de voir survenir une inflammation gangréneuse, à laquelle bien peu de malades résisteront; autrement, il faut attendre, favoriser la résorption du sang épanché par des applications froides, et donner issue par de petites incisions aux collections purulentes qui pourraient consécutivement se former.

III. DUBLIN MEDICAL PRESS.

LITHOTRITIE CHEZ LA FEMME; pratiquée avec succès par M. STERLING.

OBS.—Mis ...., âgée de 32 ans, d'un tempérament nerveux, enceinte de huit mois, pour la quatrième fois, éprouvait depuis six semaines environ beaucoup de peine, et même de la douleur à uriner. Quand elle faisait quelques efforts pour vider sa vessie, une tumeur descendait dans le vagin, près de la partie antérieure, en donnant lieu à des douleurs plus cruelles, au dire de la malade, que celles de l'accouchement. Depuis huit jours elle ne pouvait rendre quelques gouttes d'urine qu'en se plaçant sur le dos; cette urine était muqueuse et parfois sanguinolente. Il y avait perte presque complète du sommeil et d'appétit. Deux ans auparavant, la malade avait pu rendre deux calculs par l'urètre.

En examinant par le vagin, on trouva une tumeur d'un volume considérable, au-delà de laquelle il était difficile de faire arriver le doigt lorsque la malade la faisait saillir dans ce conduit par suite de ses efforts pour uriner. Cette tumeur était ferme et résistante; la pression déterminait beaucoup de douleur à sa partie postérieure, où elle disait éprouver une sensation de battement, comme si du pus eût dû se former. Quand la malade cessait de faire des efforts, la tumeur diminuait, et ne pressait plus contre la partie postérieure du vagin. Une sonde introduite dans la vessie fit reconnaître manifestement une pierre. On ne douta plus, et ce fut l'opinion de plusieurs autres médecins, qu'on n'eût affaire à un cas de calcul vésical compliqué d'un prolapsus de la vessie dans le vagin, et que la pierre ne fût enkystée ou fixée dans la portion de vessie déplacée. On prescrivit un traitement palliatif, en attendant, non sans inquiétude, le terme de la grossesse. Heureusement tout se passa bien; le 25 décembre, après onze heures de travail, Mis .... donna le jour à un enfant mâle, bien portant. Le chirurgien ne vit pas la malade pendant tout le travail; mais, d'après le rapport de la garde, il est disposé à admettre que la pierre fut portée fortement au-dessus du pubis quand la tête de l'enfant vint à presser sur elle.

Deux ou trois jours après la délivrance, il y eut beaucoup de douleur dans la région hypogastrique, et les urines déposaient un sédiment sablonneux fort abondant. Cette douleur alla sensiblement en augmentant; l'opium seul, porté jusqu'à la dose de 10 grains en une seule fois, put amener quelque soulagement. Enfin, le 8 février 1838, l'opération fut exécutée par le docteur Sterling, assisté de MM. Cane et Power.

Une sonde cannelée fut introduite dans la vessie, et sur elle un bistouri à pointe mousse, à l'aide duquel l'urètre et le col de la vessie furent divisés. Le doigt sentit alors aisément la pierre, les tenettes en procurèrent bientôt l'extraction. On injecte de l'eau froide dans la vessie pour la nettoyer; il ne s'écoule pas plus de huit onces de sang pendant l'opération, que la malade supporta très bien. Les suites en furent très heureuses.

L'incontinence d'urine qui avait suivi l'opération commença à diminuer quinze jours après; au bout de six semaines, les urines pouvaient être retenues aussi longtemps que chez une personne saine; à dater de ce moment, la malade s'est trouvée fort bien, et depuis lors sa guérison ne s'est pas démentie.

La pierre avait la forme d'un ovoïde aplati, quatre pouces et demi de circonférence dans son plus grand diamètre; trois dans l'autre sens. Elle était assez légère, et paraissait formée de phosphate calcaire. La dépression qu'elle occupait dans la vessie avait son siége au côté droit du col de cet organe.

Cette observation nous semble offrir de l'intérêt sous un double point de vue; elle montre d'abord que dans un cas d'accouchement compliqué de l'existence d'une pierre dans la vessie, nous ne devons pas trop nous hâter de délivrer la femme; puisque dans le cas dont il s'agit, quoique la pierre fût d'un volume considérable, les efforts de la malade parvinrent, contre toute attente, à la déplacer heureusement pendant le travail. En second lieu, ce fait nous fait voir que l'incontinence d'urine n'est pas une suite inévitable de la lithotritie chez la femme.

Sans vouloir juger en dernier ressort laquelle doit être préférée en principe, de la dilatation du canal de l'urètre ou de l'urétro cystotomie, l'auteur fait remarquer que sur le continent, Klein et Scarpa préféraient de beaucoup la cystotomie à la dilatation, comme étant moins suivie de l'incontinence d'urine, tandis que sir A. Cooper est partisan de la dilatation. Dans le cas dont il s'agit, la lithotomie pouvait seule être pratiquée. Du reste, si un cas venait à se présenter encore sans la complication de prolapsus vésical, je serais disposé, dit l'auteur, à adopter la méthode suivie par M. Brodie et quelques autres, à l'hôpital St-George, méthode qui consiste à combiner la dilatation avec l'incision.

Resterait à discuter maintenant dans l'espèce si on a été fondé en préférant la taille à la lithotritie. A ne consulter que le succès, sans doute on n'a qu'à s'applaudir d'avoir si rapidement débarrassé la malade d'une affection qui avait déjà tellement altéré la constitution et qui menaçait incessamment et par cette raison et par les désordres locaux qu'elle avait déterminés, de devenir mortelle. Mais la lithotritie n'aurait-elle pas fait arriver au même résultat sans beaucoup moins de souffrances et de danger? Déjà un certain nombre d'opérations de lithotritie ont été faites chez la femme; on n'a pas cité d'insuccès: toutefois le nombre des faits ne s'élève encore qu'à quinze ou vingt; il ne faudrait pas trop vite conclure. Ne sait-on pas, d'ailleurs, que, dans les relevés d'opérations de taille pratiquées chez la femme, la proportion des succès aux revers est énorme: dans les relevés de Saucerotte, on ne compte que 2 morts sur 65 opérations. Dans une statistique de l'hôpital de Noorwich, sur 28 femmes, il n'y a eu que deux morts. Les résultats obtenus par les chirurgiens italiens ne diffèrent pas sensiblement de ceux-là (GAZ. MÉD., 1835, p. 217); de telle sorte donc que, le peu de danger de la taille chez la femme étant un fait généralement reconnu, pour peu que la pierre soit volumineuse, que la vessie soit chroniquement enflammée, on est pleinement autorisé à pratiquer la taille; mais on choisira la taille vaginale la plus facile, celle qui permet d'extraire les plus gros calculs et qui s'accompagne de moins de dangers.

Dans l'observation de M. Sterling, la pierre était énorme; elle était logée dans une arrière-cavité de la vessie, double motif pour qu'il y eût de la difficulté, du danger même dans les manœuvres nécessaires pour exécuter la lithotritie; ces circonstances, au contraire, rendraient l'opération par le vagin plus facile et, en quelque sorte, nécessaire.

OBSERVATION DE PNEUMONIE, TRAITÉE AVEC SUCCÈS PAR L'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE.

Il y a un certain nombre de cas de pneumonies, qui, bien qu'ils ne paraissent pas, pendant leur cours, devoir être nécessairement mortels, soit à cause de l'étendue des lésions des poumons, soit pour la rapidité avec laquelle se développent les accidens, n'en résistent pas moins aux saignées judicieusement employées et à l'émétique à haute dose; c'est dans ces cas qu'on doit avoir recours à d'autres médications, au lieu de suivre aveuglément une méthode de traitement, uniquement parce qu'elle a réussi chez le plus grand nombre des sujets. Ces cas, où la maladie se montre réfractaire aux médications ordinaires, sont plus fréquens que ne le croient communément les médecins, qui se contentent d'enregistrer les succès ou les insuccès, afin d'établir la balance entre les différentes médications, et sans tenir compte de l'état général des forces du malade, ni de l'action du traitement sur toute l'économie et ses principaux appareils. C'est dans ces cas qu'on voit réussir des médications peu d'accord avec les idées de physiologie morbide qui régnent en ce moment. Parmi ces médications anormales, si on veut, dont les succès sont indubitables dans quelques cas de phlegmasie des poumons, nous citerons surtout celle par les toniques, celle par les antispasmodiques, qui sont justement appréciées par quelques praticiens de l'époque actuelle; nous trouvons ensuite celle par l'essence de térébenthine, qui paraît avoir eu du succès surtout entre les mains des médecins anglais, comme le démontre l'observation suivante, que nous analysons rapidement:

OBS.—Whilon, âgé de 30, tonnelier, d'une bonne constitution et d'une grande activité, fut admis, le 13 septembre 1837 à l'hôpital de Waterford, atteint d'une pneumonie aiguë, qui datait déjà de quatre jours. Le pouls était à 120, la respiration à 34, la face pâle et anxieuse; il y avait une transpiration abondante et une soif vive. On entendait un râle humide dans toute la poi-

trine en avant et en arrière, et la partie inférieure et postérieure du côté droit était mate à la percussion et imperméable à l'air. Le malade accusait aussi de ce côté une vive douleur : les crachats étaient épais, adhérens et teints en rouge par de petits filets de sang. Saignée de 20 onces; 20 sangsues sur le côté, et après la chute desquelles on appliquera des ventouses; à prendre toutes les trois heures une cuillerée d'une solution de trois grains d'émétique dans six onces d'eau.

Le 14, la nuit a été très agitée; la douleur du côté droit est très aiguë; le pouls à 130, la respiration à 36; la langue brune et sèche; à droite, la matité gagne en avant. (20 onces de sang par les ventouses, un vésicatoire est appliqué ensuite; toutes les trois heures le malade prend une pilule composée de deux grains de calomel, trois grains de poudre de James et un demi-grain d'opium.

A une heure après midi, les symptômes sont encore aggravés. Une saignée de seize onces, faite le malade étant debout, amène la syncope.

Le 15, insomnie pendant toute la nuit; même gravité des autres symptômes; 12 onces de sang sont tirées par des ventouses, appliquées entre les épaules. On joint aux moyens précédens des frictions avec l'onguent mercuriel.

Le 16, les symptômes deviennent encore plus graves : on prescrit, d'après le conseil d'un des nombreux médecins qui le visitèrent ce jour-là, et qui dit avoir retiré de grands avantages de l'emploi de ce moyen dans plusieurs autres affections semblables,

Prenez :	Essence de térébenthine.......	1 dragme.
	Mucilage de gomme arabique...	1 once.
	Eau............................	1 once.
	Teinture d'opium..............	6 gouttes.

A prendre toutes les trois heures.

Un second vésicatoire sera aussi appliqué sur la poitrine.

A sept heures du soir, soulagement notable; le pouls est à 100, plein; la face est rouge, la respiration à 27. Le malade a déjà pris trois fois sa potion et a un peu dormi.

Le 17, la nuit a été bonne; la dyspnée est beaucoup moins considérable, la voix plus forte; l'expectoration est moins adhérente, moins colorée en rouge et plus facile; le râle est plus gros et plus humide; le pouls est à 104. (Continuer les mêmes moyens.)

Le 18, la nuit a été très bonne : pouls 96, respiration 24. Tous les autres symptômes s'améliorent dans la même proportion. La potion commençant à agir sur les organes urinaires, on la cesse.

Le 19, la nuit a été paisible, bien que le malade ait été beaucoup tourmenté dans la soirée par l'ischurie et du tenesme; mais il avait été promptement soulagé par des fomentations sur l'épigastre et le pubis et par une potion huileuse et laudanisée. A partir de cette époque, le malade s'est graduellement rétabli. Il est sorti guéri le 15 octobre.

J'ai employé le même moyen, dit l'auteur de cette observation, dans deux cas analogues et avec le même succès. Dans ces deux cas, les moyens ordinaires avaient échoué, comme dans le précédent. Maintenant dans quels cas peut-on employer ce moyen, c'est ce que de judicieux expérimentateurs peuvent seuls décider. Nous appelons leur attention sur ce point, car, à quoi sert de savoir qu'un moyen réussit dans quelques cas, si nous ignorons les conditions du succès, si nous ne connaissons pas les indications?

CAS DE DYSPHAGIE ET D'APHONIE PAR CAUSE MORALE; par le docteur W. BLOK.

Le fait suivant nous offre un exemple remarquable de la rapidité avec laquelle les causes morales agissent sur l'organisme et déterminent des accidens tout à fait inexplicables pour ceux qui n'ont pas étudié l'action de ces causes avec toute l'attention désirable et aussi de la rapidité avec laquelle disparaissent ces mêmes accidens sous l'influence des moyens les plus divers.

OBS. — Dans les derniers jours de mars 1829, C. Cavanagh, âgée de 29 ans, d'une bonne constitution, vint, accompagnée d'une femme qui lui servait d'interprète, me consulter pour les accidens suivans : depuis six jours, elle éprouvait une grande difficulté à avaler et à parler, qui avait été continuellement en augmentant et était alors presque complète. Depuis trois jours, elle ne pouvait plus avaler aucun aliment ni solide ni liquide, et, depuis ce temps, elle souffrait horriblement de la faim et de la soif; cependant elle avait moins souffert de la faim pendant les douze dernières heures. Elle affirme aussi que, depuis le commencement de sa maladie, elle n'a ni été à la selle ni uriné. Elle n'accuse aucune autre douleur que celle de la faim; elle n'a jamais été sujette aux maux de tête et a toujours été bien réglée; elle n'a jamais eu de paralysie des extrémités, n'a reçu de coups ni sur la tête ni sur l'épine du dos, n'a jamais été constipée et avait toujours joui d'une bonne santé. Tout ce que j'appris d'elle, c'est que trois ans auparavant, au moment où elle apprit que son mari, qui avait de l'aisance, venait d'être condamné à la transportation pour vol, elle avait perdu connaissance, et qu'elle fut ensuite pendant plusieurs semaines avant de recouvrer entièrement sa liberté d'esprit. Le bruit qui sortait de son larynx lorsqu'elle essayait de parler ne ressemblait nullement à la voix d'une personne affectée de laryngite. Son pouls était faible et vacillant, comme celui d'une personne qui se trouve mal. L'inspection de l'intérieur de la bouche n'apprend rien. J'essaie de lui faire boire une gorgée de vin de Porto devant moi; il reste dans le pharynx.

Je conseille de lui faire administrer toutes les deux heures des lavemens de bouillon de bœuf aussi forts qu'elle pourra les recevoir, de pratiquer sur l'épine des frictions avec l'essence de térébenthine chaude, de raser l'occiput et de le couvrir d'un vésicatoire.

Le lendemain, elle vint elle-même m'apprendre, de sa propre voix articulée et très intelligible, la manière magique dont les moyens conseillés avaient agi. A la fin de la nuit, elle avait eu une selle abondante et très fétide, et avait rendu une grande quantité d'urine. Mais aussitôt qu'elle eut reconnu qu'elle pouvait avaler, elle eut un désir irrésistible de manger de la viande. Elle suivit cependant mes conseils et guérit parfaitement en quelques jours.

OBSERVATIONS DE PETITES TUMEURS DOULOUREUSES DÉVELOPPÉES SOUS LA PEAU; par le professeur WILMOT.

OBS. I. — Une femme, d'un âge moyen, reçut, quelques mois avant son entrée à l'infirmerie, une piqûre d'épine au niveau du tibia, en passant au travers d'une haie. Peu de temps après elle ressentit une douleur aiguë et lancinante à la partie inférieure de la jambe. On pensa que c'était un cancer commençant. M. Wilmot consulté plus tard reconnut sur le tibia, à la partie moyenne de la jambe, une tumeur placée immédiatement sous la peau, du volume d'un gros pois, d'une surface lisse, mobile et très dure; la peau qui la recouvrait était saine. L'extirpation fut pratiquée immédiatement; il suffit de diviser la peau pour amener facilement ce petit corps dur qui sortait comme un corps étranger, n'ayant aucune connexion vasculaire, autant du moins qu'on put s'en assurer. Il n'y avait ni kyste, ni aucune apparence de membrane organisée dans le point du tissu cellulaire qu'elle occupait. Trois ou quatre jours après la plaie était cicatrisée, et la malade quitta l'hôpital parfaitement guérie, n'éprouvant plus la moindre douleur.

En disséquant la tumeur après son extirpation, elle parut d'une consistance homogène sans trace d'organisation.

OBS. II. — Peu de mois après, une autre malade se présenta au docteur Wilmot pour se faire traiter de la même affection. Le siége de la tumeur était encore à la jambe, et la malade rapportait son origine à une chute faite quelque temps auparavant. Du volume d'une tête d'épingle d'abord, elle atteignit celui d'un pois, comme dans le cas précédent. Il y avait aussi du reste une douleur extrêmement vive, surtout à la pression. L'extirpation fut faite de la même manière et le résultat aussi heureux.

Quelques années après, la même dame se plaignit d'une douleur aiguë à la plante du pied. Elle dit à M. Wilmot qu'en se promenant à la campagne, elle avait cru tout d'un coup qu'un morceau de gravier était entré dans son soulier; elle l'ôta, mais ne trouva rien. Cependant la douleur continua depuis cette époque, semblable à celle qu'elle avait éprouvée dans sa première maladie.

La vue et le toucher firent reconnaître l'existence d'une tumeur semblable; la malade ayant consenti à ce que l'extirpation en fût immédiatement faite, on y procéda de la même manière.

La tumeur extraite était dure, d'une couleur noirâtre. La guérison ne se fit pas longtemps attendre.

OBS. III. — Dans un autre cas, il s'agit d'une tumeur ayant son siége à la partie interne du genou gauche. Elle était épaisse au centre, mince à la circonférence, irrégulièrement découpée. Du reste, il était facile de la déplacer; la peau qui la recouvrait n'avait pas changé de couleur. La douleur était beaucoup plus vive et plus étendue que dans les cas précédens. Parfois elle occupait tout le côté gauche, de la tête aux pieds.

Cette tumeur fut enlevée, sans qu'on pût assurer si elle avait quelques connexions vasculaires; peu de sang s'écoula. La douleur n'avait pas entièrement disparu deux jours après l'opération.

Suivant M. Wilmot, ces tumeurs seraient particulières aux femmes; il n'en a jamais vu chez les hommes. Elles affecteraient, autant du moins que son expérience personnelle lui permet d'appuyer sur ce fait, les extrémités, et plus spécialement les extrémités inférieures : jamais un individu n'en a présenté plus d'une à la fois. En général, elles n'augmentent pas de volume; le plus souvent plusieurs années après leur première apparition, elles ne sont pas plus grosses qu'un pois. La pression augmente beaucoup la douleur. Ce dernier caractère les rapprocherait du cancer; mais elles n'ont aucune espèce de malignité. Leur ablation fait cesser toute la douleur qui les accompagnait, et n'est pas suivie de la production ou du retour de quelque état morbide dans les parties voisines. M. Wilmot ne saurait dire si ces tumeurs ont des connexions vasculaires avec les parties qui les entourent; c'est une lacune dans leur histoire, que l'absence d'organisation, apparente du moins, rend digne de l'attention des anatomo-pathologistes.

Les tumeurs dont il est ici question ont été depuis longtemps étudiées par les chirurgiens et les anatomistes. Antoine Petit, dans son discours sur la douleur, les décrit sous le nom de ganglion nerveux; suivant lui, le point de départ de la maladie serait dans le système nerveux. « La dissection montre, dit-il, un tubercule blanc, enveloppé d'une membrane fibreuse, ordinairement adhérente à la peau, assez libre dans le tissu cellulaire, où il ne paraît tenir qu'aux filets nerveux dont il est l'épanouissement. » Chéselden en parle dans son anatomie, et serait disposé à leur attribuer une nature cancéreuse. Deux fois il en fit l'extirpation avec succès. Camper, après Chéselden, décrivit cette maladie, dont il plaçait le siége dans les nerfs cutanés. Suivant lui, elle serait plus fréquente chez

les hommes. Cette assertion n'est point en rapport avec l'observation de M. Wilmot, ni avec les faits recueillis par Dupuytren. Ce dernier a surtout contribué à éclairer leur histoire; le tome premier des LEÇONS ORALES DE CLINIQUE CHIRURGICALE (page 530) renferme un chapitre intéressant sur cette variété de tumeurs décrites sous le non d'*une espèce particulière de tumeurs fibro-celluleuses enkystées*. Des observations nombreuses lui ont prouvé qu'elles étaient tout à fait étrangères aux nerfs; que leur siége le plus fréquent était dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-aponévrotique, qu'elles affectaient surtout les membres inférieurs; il en a vu se développer cependant à la mamelle, et une fois à la joue. Dans ce dernier cas, on avait traité la malade pour une névralgie du nerf sous-orbitaire; on avait même fait la section de cette branche nerveuse à la sortie du tron du même nom. Au lieu de diminuer les douleurs devinrent plus fortes; elles étaient insupportables lorsque Dupuytren vit la malade pour la première fois. En promenant les doigts sur le siége du mal, il sentit une petite tumeur dure, mobile sous la peau, qui avait conservé sa couleur; la pression qu'on exerçait sur elle causait les plus vives douleurs. Il en pratiqua l'extirpation, la malade fut immédiatement soulagée, et depuis cette époque elle n'a plus rien ressenti. C'est du reste à l'extirpation que le chirurgien de l'Hôtel-Dieu avait constamment recours. Il repoussait les caustiques auxquels il trouvait l'inconvénient de déterminer le ramollissement, sans enlever complètement la maladie. Dans les cas où les malades se refuseraient obstinément à l'opération, quelques observations sembleraient recommander l'emploi local des narcotiques.

Une femme de soixante ans portait un tubercule à la partie postérieure et interne du genou; elle n'avait jamais voulu se décider à aucune opération, malgré l'intensité des douleurs. Des narcotiques longtemps appliqués sur le siége du mal les calmèrent et depuis elles n'ont plus reparu. (LEÇONS ORALES, vol. cit., p. 549.)

Sur dix cas relatés par Dupuytren, on ne compte que trois hommes; nous n'en avons vu qu'un exemple, il avait pour sujet une femme. L'âge paraîtrait aussi exercer une certaine influence sur le développement de ces tumeurs; on les observe plus particulièrement depuis l'âge de trente-cinq ans jusqu'à soixante (Dupuytren).

Nous ne pensons pas qu'on doive attribuer une grande influence à l'action des causes extérieures, telles que les coups, les chutes, les piqûres même, auxquelles les malades voudraient souvent rapporter l'origine de cette douloureuse affection. Terminons en insistant sur la nécessité de l'attaquer de bonne heure par l'instrument tranchant, puisque c'est le seul remède vraiment efficace à lui opposer, et qu'il y aurait lieu de craindre, en attendant plus longtemps, l'exaltation de la sensibilité par la continuité et la violence des douleurs, et peut-être la transformation squirreuse de ces corps, qui n'étaient, dans le principe, que fibro-celluleux. Dupuytren rapporte un cas dans lequel il enleva une de ces tumeurs à la partie supérieure du bras, alors qu'elle était déjà ramollie : au bout de quelque temps, les glandes lymphatiques de l'aisselle s'engorgèrent et le mal repullula. (LEÇONS ORALES, t. I, p. 542.)

OBSERVATIONS DE PLAIES DE TÊTE; par M. W. FOLEY, M. D.

OBS. I.—Un jeune homme, âgé de 21 ans, d'une forte constitution, reçut, dans le mois d'août 1836, un coup de pierre à la partie antérieure de la tête; il fut renversé par terre dans un état de complète insensibilité. On le porta chez lui, à deux milles de distance environ.

Le lendemain les choses en étaient au même point, lorsqu'il fut saigné, et qu'on lui rasa la tête. On vit alors qu'il existait une fracture avec dépression de l'os frontal, comprenant une portion de la suture coronale du côté gauche; état comateux dont on ne le faisait sortir qu'avec peine, en lui faisant quelques questions; mais il retombait bientôt dans le coma. Le pouls était plein, à 38 par minute.

Ces symptômes graves firent porter un pronostic fâcheux : la seule chance qui restait pour conserver la vie au-delà de quarante-huit heures était l'opération du trépan qu'on trouva suffisamment indiquée.

Elle fut immédiatement pratiquée avec la tréphine, et permit d'enlever six fragmens considérables, en même temps qu'une grande quantité de sang. L'un des fragmens, d'un pouce et quart de longueur sur un demi-pouce de largeur, avait traversé perpendiculairement les membranes, et s'était enfoncé dans la substance du cerveau. Déjà avant le pansement, le malade avait parlé distinctement et sans hésitation. Le pouls était remonté à 42.

Les choses se passèrent très bien jusqu'au douzième jour après l'opération. A cette époque il y eut pendant la nuit de légères convulsions à trois reprises différentes. M. Foley mit la plaie à découvert, et fit écouler un peu de pus, en même temps qu'il fit l'extraction de quelques fragmens d'os qui s'étaient détachés depuis l'opération. Dès lors le malade alla de mieux en mieux, et avant qu'il s'écoulât trois mois, il travaillait dans les champs; sans avoir éprouvé depuis lors aucun accident. Sa guérison a été complète, et s'est confirmée; mais, chose remarquable, son pouls n'a jamais été au-dessus de 44 par minute.

OBS. II. — Un ouvrier, âgé de 23 ans, reçut, pendant le mois de juillet 1837, dans une querelle, un coup de bêche sur la tête. Il en résulta une fracture du frontal avec dépression et esquilles. La plaie était transversale et longue d'environ quatre pouces. Ses bords furent rapprochés à l'aide de bandelettes agglutinatives; le malade largement saigné.

Sous l'influence de ce pansement et du traitement antiphlogistique dans lequel on persista, aucun symptôme grave n'apparut. Le malade quitta l'hôpital parfaitement guéri.

C'était, dit M. Foley, un cas dans lequel, conformément aux anciennes règles, on aurait dû trépaner, car il y avait une fracture en esquilles avec enfoncement et des pièces d'os à relever.

OBS. III. — Dans le mois de juin 1838, un homme dans la force de l'âge, d'une vigoureuse constitution, reçut un coup de pierre sur un des côtés de la tête; il ne fut pas renversé. Il put retourner chez lui à une distance d'un mille et ne ressentit aucun malaise.

Le jour suivant, il alla à un village voisin, où l'appelaient quelques affaires et but un peu d'eau-de-vie. Il retourna le soir chez lui. La nuit fut mauvaise il éprouva du malaise et de la fièvre.

Le lendemain, il délirait et se plaignait beaucoup de la tête.

La nuit suivante cet état empira.

M. Foley fut appelé le dimanche matin, le quatrième jour après l'accident. Alors le malade était complètement insensible, sans pouvoir dire un mot, couché sur le dos, la bouche ouverte, la langue sèche et brune, les yeux à demi-fermés; la rétine parut totalement insensible à la lumière d'une bougie. Respiration stertoreuse, déglutition difficile. Le pouls lent et comprimé. Cet état devait inspirer des craintes sérieuses, il ne restait plus qu'un moyen désespéré, la trépanation.

La fracture qui était avec enfoncement comprenait dans son étendue la suture squammeuse du temporal droit.

On put, après la trépanation, sortir des fragmens d'os, avec une quantité considérable de sang. Quand il fut pansé, je lui demandai, dit le chirurgien, comment il se trouvait. Sans me répondre, il me prit la main en me regardant avec affection. Bientôt après, il tomba dans un profond sommeil, qui dura environ deux heures. Il but alors un peu d'eau de gruau, en se soutenant autant que cela lui fut possible. Il se trouva bien pendant deux jours, reconnaissant évidemment les personnes qui l'entouraient, quoiqu'il fût incapable d'articuler un mot. Bientôt il fut pris de convulsions et succomba le quatrième jour après l'opération.

Dans ce cas peut-être, l'opération aurait été vraisemblablement suivie de succès, si le malade n'avait pas réclamé trop tard les secours de l'art. Cependant, malgré le peu d'espoir qu'il devait fonder sur l'emploi du trépan, le chirurgien aurait été coupable de laisser mourir ce malade sans faire quelques efforts pour le sauver, sans recourir à la trépanation.

Ce dernier malade aura succombé, sans aucun doute, à l'inflammation du cerveau et de ses membranes. On ne dit pas s'il fut saigné et combien de fois; si d'autres moyens antiphlogistiques, et ils étaient certainement indiqués, furent employés. On ne dit pas davantage, ce qu'il aurait été important de savoir, quels désordres on constata à l'autopsie. Des observations de cette nature, plus peut-être que toute autre, ont besoin de détails bien circonstanciés, pour donner lieu à des conclusions suffisamment motivées.

Le trépan était suffisamment indiqué : fracture avec enfoncement bien évidente, accidens consécutifs à la dépression des os, annonçant la compression d'abord, et l'inflammation plus tard; le cas était grave, sans doute, si l'autopsie avait révélé la nature et l'étendue de la lésion cérébrale, on pourrait dire s'il était désespéré.

Dans la seconde observation, la plaie de tête ne s'accompagna pas d'accidens généraux, ni de lésions de la sensibilité ou du mouvement. Malgré qu'il y eût des fragmens à relever, ce n'était pas le cas de trépaner. Le malade fut saigné largement et guérit sans opération. Ce résultat confirme, sous un rapport, la doctrine de Desault, mais surtout les idées et la pratique du chirurgien du Val-de-Grâce.

Quant au sujet de la première observation, il ne se trouvait pas précisément dans les mêmes circonstances que celui de la troisième; car les accidens s'étaient développés immédiatement, sous une influence toute mécanique, la compression exercée par des fragmens osseux, et une certaine quantité de sang. Rien ne pouvait donc être plus favorable que la soustraction de ces causes, immédiatement pratiquée. Ce qu'il importe donc de bien saisir, ce sont les indications du trépan, les cas dans lesquels il est inutile, ceux où il est dangereux, ceux, enfin, où il est indispensable. C'est en recherchant ces indications qu'on évitera, comme dit le professeur Porter, de tomber de Charybde en Scylla, c'est-à-dire qu'on craindra autant la témérité de Pott que la timidité de Desault.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 1er JUILLET.

SUR LA CONVERSION DU SUCRE EN ACIDE LACTIQUE.

M. Fremy avait, dans la dernière séance, annoncé, par l'intermédiaire de M. Pelouze, qu'il avait transformé le sucre en acide lactique en le mettant en contact avec la membrane de l'estomac d'un veau. C'est relativement à cette annonce qu'écrit M. Gay-Lussac, qui se trouve dans l'impossibilité d'assister à la séance. Je suis loin de contester le fait, dit le savant académicien, je l'admets, au contraire; mais ce fait se présente sous deux points de vue qu'il est essentiel de ne pas confondre. Tel qu'il a été annoncé, il offrirait l'intérêt de la transformation du sucre dans l'estomac par une action en quelque sorte purement organique; tandis qu'il est possible que cette transformation soit due à une action purement chimique entre la matière sucrée et la matière organique. On sait, en effet, que l'acide lactique se produit dans beaucoup de circonstances par le contact d'une matière animale avec une matière végétale; et moi-même en m'occupant il y a longtemps de l'étude de ces circonstances, j'avais reconnu que le sucre et d'autres produits végétaux mis en contact avec des matières animales, non-seulement déterminaient la formation de l'acide lactique, mais encore empêchaient leur putréfaction, au moins pour un assez long espace de temps; et offraient ainsi un nouveau mode de conservation des substances animales.

En me résumant, poursuit M. Gay-Lussac, je ne prétends point infirmer la belle observation de M. Fremy. Je fais seulement remarquer que l'acide lactique se produit très facilement par le contact du sucre avec beaucoup de matières organiques et azotées.

SUR LA TEMPÉRATURE PROPRE DES VÉGÉTAUX.

On donne l'analyse d'observations présentées par M. Dutrochet sur une note de M. Becquerel, dont nous avons parlé dans une précédente séance. M. Dutrochet ne prétend point nier les secours que lui ont fournis pour son travail les expériences précédentes de M. Becquerel et ses bienveillantes communications; il fait seulement remarquer que sa méthode d'expérimentation, quoiqu'elle ressemble à certains égard à celle que M. Becquerel avait suivie dans un travail auquel il n'a pas donné de suite, en diffère réellement en plusieurs points capitaux. Dans cette méthode, en effet, dont l'auteur n'eût pas sans doute tardé à reconnaître les inconvéniens, il existait plusieurs causes d'erreur qu'on s'est efforcé d'écarter dans la nouvelle.

EMPLOI DES FEUILLES D'OR DANS LA PETITE VÉROLE.

M. Larrey, dans une note lue à l'Académie, le 4 juin 1838, avait dit que les Egyptiens et les Arabes préservaient le visage des jeunes personnes un peu riches de l'action désorganisatrice de la variole, en le recouvrant de feuilles d'or au moment de l'invasion de la maladie. M. le docteur Legrand annonce qu'il vient de faire, avec un plein succès, l'application de cette méthode à une jeune Anglaise atteinte d'une petite vérole confluente. Depuis le commencement de l'éruption jusqu'à la fin de la fièvre de suppuration, j'ai fait, dit-il, recouvrir soir et matin toute l'étendue de la face de feuilles d'or fin, telles qu'on les prépare pour la dorure à froid, et que je faisais adhérer à la peau à l'aide d'un peu d'eau gommée. A l'exception de quelques places sur les côtés, où la dorure était enlevée par le frottement de l'oreiller, la face, quoiqu'elle ait éprouvé une grande tuméfaction, a été parfaitement préservée, et les traits ont conservé toute leur finesse. Les mains, qui n'avaient point été soumises à l'action du même moyen préservatif, ont offert quelques circonstances caractéristiques.

SUR LES EMBRYONS MONOCOTYLÉDONÉS.

M. de Jussieu lit la première partie d'un travail sur ce sujet.

On a avait remarqué sur les embryons, dans deux ou trois familles seulement, une petite fente extérieure correspondant à la gemmule; les observations exposées dans le mémoire que nous analysons ont constaté leur existence, plus ou moins manifeste, sur tous les embryons monocotylédonés en général. L'auteur décrit les diverses formes et les diverses directions qu'elle y présente. On a ainsi un caractère de plus dans ses embryons, caractère qui, en éclairant l'organographie, peut aider aussi à la classification, puisqu'il permet de distinguer les uns des autres des embryons identiques du reste en apparence.

Pour bien connaître l'origine de cette fente, M. de Jussieu a suivi l'embryon dans toutes ses phases depuis sa première apparition, et il a vu que c'est d'abord un globule; que sur ce globule, devenu un peu plus grand, on trouve une cavité latérale, et que c'est dans cette cavité que se développe la gemmule, laquelle finit par être close par le prolongement au-devant d'elle des bords de la cavité. C'est l'intervalle resté libre entre ces bords qui constitue la fente; elle est à la base de la première feuille ou cotylédon, et ce n'est autre chose que l'ouverture de sa gaîne. Dans cette formation progressive de l'embryon, c'est la tigelle ou axe qui a commencé, puis le limbe du cotylédon qui devient bientôt distinct de la tigelle par la gaîne qui se dessine sous l'apparence d'un petit enfoncement sous forme d'anneau. Cette gaîne, d'abord incomplète, se complète progressivement en même temps que le limbe s'alonge, et que les feuilles suivantes dont la réunion forme la gemmule commencent à s'ébaucher.

L'auteur examine alors la formation des feuilles dans un bourgeon ordinaire, et il y retrouve toutes les mêmes phases. La ressemblance parfaite dans les premiers âges se dissimule plus tard, parce que les mêmes parties se développent inégalement dans le bourgeon et dans l'embryon, et dans les diverses parties de chacun d'eux. Ces développemens inégaux, d'où résultent des formes si diverses, paraissent en rapport avec le rôle physiologique auquel sont appelées les diverses feuilles, suivant l'époque de la vie de la plante, et suivant la place qu'elles y occupent.

L'auteur cherche ainsi à déterminer, dans certains embryons de forme insolite qui ont donné lieu à de nombreuses dissidences d'opinion, quelle est la nature des parties, et il trouve que c'est un développement extraordinaire et latéral de la tigelle qui a déterminé cette modification, et qu'ici c'est réellement cette excroissance tigellaire qui exerce les fonctions du cotylédon.

Il confirme cette manière de voir par l'étude des bulbilles, bourgeons modifiés de certains végétaux, dont il décrit diverses variétés, et il montre que si dans la plupart le bulbille est formé, comme le bourgeon et l'embryon, par une série de feuilles, dans d'autres il l'est presque en totalité par un développement insolite de la tige.

M. de Jussieu ne voit donc dans les différences apparentes de tous les embryons monocotylédonés que des inégalités dans le développement proportionnel de parties qui sont toujours les mêmes, et il fait remarquer que les changemens successifs qu'offre un même embryon dans les diverses phases de son évolution représentent assez fidèlement les différentes modifications définitives qu'offrent les embryons divers à leur maturité.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 2 JUILLET.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend : 1° un certain nombre de documens relatifs aux vaccinations dans plusieurs départemens; 2° une lettre de M. Philippe, de Reims, au sujet d'une opération césarienne, qu'il vient de pratiquer pour une déformation considérable du bassin (commissaire, M Paul Dubois); 3° un mémoire sur un nouveau procédé pour la taille hypogastrique, avec envoi d'un nouvel instrument pour l'exécuter, par M. Robert, de Chateauroux (commissaires, MM. Ribes et Civiale); 4° une lettre de M. Bricquet au sujet d'un malade qui a présenté une paralysie de la face et des membres, du même côté que le kyste apoplectique, qu'on a constaté par l'autopsie (commissaire, M. Ollivier, d'Angers); 5° une lettre de M. le président du conseil d'administration des sourds-muets, qui annonce à l'Académie qu'une messe anniversaire sera célébrée dans l'établissement à la mémoire de M. Itard. M. le président désigne MM. Guéneau de Mussy, Bousquet, Moreau, Gerardin et Husson pour y assister au nom de l'Académie.

SUR LES ALTÉRATIONS ESSENTIELLES DU SANG DANS LES PRINCIPALES ESPÈCES D'ANIMAUX DOMESTIQUES.

M. Bouley jeune, au nom d'une commission dont il faisait partie avec MM. Piorry, Lecanu, et Barthelemy, lit un rapport sur un mémoire portant ce titre, dont un extrait a été lu à l'Académie le 11 décembre 1828 (1).

M. Delafond, professeur à l'école vétérinaire d'Alfort, auteur de ce travail, s'est occupé de l'étude des principales altérations du sang. C'est, dit M. le rapporteur, un retour vers d'anciennes doctrines, qui eurent longtemps cours dans l'art vétérinaire, avant que la médecine physiologique, adoptée par elle au commencement de ce siècle, en lui imprimant une marche plus sûre, lui ait fait faire d'immenses progrès. Mais si les explications humérales furent pendant un certain temps oubliées, la tendance générale des esprits à placer les causes des maladies dans le sang devait se faire sentir également à ceux qui s'occupent des maladies des animaux; tel est le but final du mémoire de M. Delafond.

L'auteur s'est livré d'abord à des recherches sur le sang des animaux considéré à l'état normal. Ses travaux ont eu spécialement pour objet le sang veneux, dont il a étudié surtout la saveur, l'odeur, l'aspect, la facilité de coagulation, etc. Faisant peu de cas de l'étude des propriétés chimiques de ce liquide, il n'a pas entrepris sur ce point de nouvelles expériences.

Il étudie successivement les altérations du sang qui consistent dans une augmentation ou une diminution de quantité de ce liquide, *polyemie* et *anémie*; celles dans lesquelles il y a altération des globules, *diarémie et diastasémie*; celles enfin caractérisées par son incoagulabilité, sa coloration noire, ses propriétés septiques, *méloémie*.

Dans la polyémie, pléthore, la quantité des globules sanguins est plus considérable qu'à l'état normal, et ce liquide est en masse, trop abondant. Le plus souvent il se fait des épanchemens sanguins, ou seulement des congestions sur divers organes; les apoplexies fréquentes alors sont difficilement distinguées de celles produites par d'autres causes. Une nourriture trop abondante ou capable par sa nature de diminuer les quantités relatives de sérum et d'albumine, en faisant prédominer la fibrine, est la cause la plus ordinaire de cette altération. Dans l'anémie, il y a au contraire diminution de sang et appauvrissement de ses élémens; extrait par la saignée de la jugulaire, ce liquide sort en jet baveux, se coagule lentement. Les alimens nutritifs, le blé, l'orge, etc., sont spécialement indiqués; le quinquina et surtout les préparations ferrugineuses sont les médicamens auxquels on doit avoir recours. Dans l'hydroémie, plus fréquente en Angleterre que partout ailleurs, les élémens séreux prédominent sur le coagulum, sans que la quantité de sang soit diminuée; l'analogie est grande cependant entre elle et l'anémie proprement dite. L'animal est facilement essoufflé; son cœur bat avec force, etc.; il survient des hydropisies, des diarrhées séreuses; des entozoaires se développent dans les intestins, dans le foie. On devra dans ces cas faire émigrer les animaux, leur donner de bons

(1) Voyez le compte-rendu dans la Gaz. Méd., 1838, p. 798.

alimens: les feuilles d'arbres verts, de pin, de sapin, les préparations ferrugineuses produisent de bons effets. Dans la *diarémie*, maladie fréquente chez les bêtes à laine, les globules sanguins diminuent de quantité; le sang devient plus ténu : il transsude à travers les parois des vaisseaux dans l'intérieur des cavités; le même phénomène a lieu dans la *diastasémie* caractérisée par la séparation des élémens qui constituent les globules, la fibrine et l'albumine se dissocient d'avec la matière colorante; la fibrine s'attache aux valvules du cœur. A cette altération correspondent comme lésions secondaires certaines affections locales, le coryza gangreneux, une variété de charbon; la diastasémie peut être aiguë et chronique. Les saignées, l'administration de l'eau de Rabel paraissent convenir dans cette variété d'altération du sang.

Dans la *méloémie*, il s'agit d'une modification septique de ce liquide, qui prend des propriétés essentiellement délétères; à cette classe correspondent toutes les maladies septiques charbonneuses, que le sang peut développer chez d'autres individus par l'inoculation ou le contact avec certaines surfaces. M. Delafond étudie à ce propos la contagion des affections charbonneuses, et les autres causes de cette altération du sang; pour lui le sang constitue alors un véritable virus. La plupart des organes, tels que le foie, la rate, les poumons, chez les animaux qui succombent, presque toujours rapidement, contiennent un sang noir, filant, poisseux, teignant fortement les doigts et les parois des vaisseaux, répandant une odeur infecte après un court séjour à l'air libre, fournissant par le lavage de petits grumeaux de fibrine, donnant naissance dans les organes à des épanchemens noirs abondans, et à l'extérieur à des tumeurs charbonneuses. L'incision de ces tumeurs, leur cautérisation profonde semblent à M. Delafond de toute nécessité; il faut se presser d'agir, car rien de plus rapide que cette terrible affection une fois qu'elle s'est développée.

L'auteur examine comparativement ensuite les maladies produites chez l'homme par les altérations essentielles du sang; il leur trouve avec celles qu'il vient d'étudier chez les animaux la plus grande ressemblance.

Indépendamment de quelques lacunes avouées par l'auteur lui-même, nous devons faire remarquer, continue M. le rapporteur, qu'il n'est pas question dans ce travail des résorptions purulentes, question pleine d'intérêt, et sur laquelle M. Renaud, d'Alfort, a jeté récemment un grand jour. Il aurait été à désirer que l'auteur n'eût pas négligé l'étude chimique du sang à l'état sain, et du sang malade; ce regret a été exprimé plus spécialement par un des membres de la commission, M. Lecanu. Nous pensons en outre que la considération du mouvement vital, de la réaction organique, qui méritent un grand intérêt, n'a peut-être pas été assez appréciée par M. Delafond; il a trop fait abstraction des perturbations de l'organisme lui-même, préoccupé comme il l'était des altérations des liquides. Quoi qu'il en soit de ces lacunes, et de quelques observations critiques, ce mémoire nous semble mériter, sous tous les rapports, de fixer l'attention de l'Académie. Les faits qu'il renferme sont, il est vrai, en partie déjà connus; mais la cause de ces altérations, leurs symptômes, leur traitement n'ont jamais été si bien appréciés.

En conséquence, nous vous proposons, Messieurs, de renvoyer ce mémoire à votre comité de publication, d'adresser des remercîmens à l'auteur; enfin, de l'encourager à continuer ses recherches et à en publier les résultats.

M. Dupuy passe en revue les principales expériences qui peuvent, dans certaines circonstances qu'on fait naître à volonté (lorsqu'on injecte, par exemple, de la substance cérébrale, une solution de sublimé dans les veines), augmenter la viscosité du sang, donner lieu à des dépôts de coagulum, dans le cœur, les poumons, etc., de manière à enrayer complètement et mécaniquement l'hématose; il reproche à l'auteur de n'avoir pas rangé parmi les altérations essentielles du sang celle qui appartiendrait à l'augmentation de cette viscosité. Il signale une erreur à éviter dans les cas où l'on injecte des matières putrides; on doit prendre en considération dans les phénomènes qui se développent, ce qui appartient à l'augmentation de la viscosité du sang, ce qui est en résultat une véritable asphyxie, et ce qui appartient à l'action des matières putride sur le cerveau, le cœur, etc. L'odeur des matières putrides injectées se fixe dans les solides, c'est une preuve que leur action s'est fait sentir aux organes. Je dirai enfin qu'on aurait tort d'isoler ces derniers des fluides qui les parcourent, d'oublier que les liquides sont influencés dans leur formation, leur circulation, etc., par le système nerveux; je n'en veux pour preuve que ce qui arrive lors de la ligature du nerf pneumo-gastrique. En faisant attention à ces faits, on sera moins disposé à admettre des maladies essentielles dans les liquides, indépendamment d'une altération primitive des solides.

MM. Rochoux, Castel et Gerdy prennent ensuite la parole; ces deux derniers discutent la valeur relative de l'humorisme et du solidisme.

M. Gerdy ne pense pas qu'on puisse opposer l'un à l'autre ces deux systèmes; l'humorisme, suivant lui, n'existe pas; car on ne voit pas les maladies des liquides, on ne peut les constater que lorsque les solides manifestent leurs souffrances; ces derniers sont malades alors; l'altération des liquides peut être considérée comme cause de maladie, mais ce n'est qu'une altération, comme on le dirait de tout liquide privé de vie; la maladie proprement dite est dans les solides.

M. Delens serait disposé à croire, avec beaucoup de médecins, et surtout avec les physiologistes allemands, que les fluides jouissent de propriétés vitales; que leurs globules vivans peuvent être malades par cela même, et que dans l'anémie, par exemple, où l'on donne du fer avec avantage, ce n'est ni sur la composition chimique du sang qu'on agit, ni sur le système nerveux, mais bien sur la vitalité des globules.

M. Londe, en réponse à M. Gerdy, invoque à l'appui des altérations essentielles du sang, l'asphyxie sans altération visible et palpable des solides, et le choléra, dans lequel les désordres trouvés dans les solides n'ont jamais pu expliquer la mort, tandis que l'altération profonde et primitive des fluides en donnait une raison suffisante.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

La commission chargée de décider dans quelle section de l'Académie aura lieu la prochaine élection propose que la nomination appartiendra à la section d'anatomie pathologique. (Adopté.)

MORVE CHRONIQUE CHEZ L'HOMME.

M. Leucier met sous les yeux de l'Académie les fosses nasales d'un palefrenier mort à l'hôpital Beaujon, des suites de la morve chronique. La muqueuse nasale est largement ulcérée en plusieurs points; il y a des portions d'os nécrosées; d'autres sont entièrement perforées.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

RAPPORT SUR L'ÉTAT SANITAIRE ET ATMOSPHÉRIQUE DE LA VILLE DE SAINT-LOUIS-DE-POTOSI (MEXIQUE), DEPUIS LE 1er MARS JUSQU'AU 30 SEPTEMBRE 1838; par le docteur D'ENCAUSSE, membre de l'Académie de médecine, chirurgie et pharmacie de Mexico. (Traduit de l'espagnol.)

Conformément au désir qui nous a été manifesté par le conseil municipal de Saint-Louis-de-Potosi, dans une note officielle, en date du 6 du courant, nous nous empressons de lui transmettre le nombre, bien que limité, d'observations qui se trouvent en notre pouvoir.

La température de Saint-Louis-de-Potosi est subordonnée, comme en général, aux variations météorologiques.

Nous croyons devoir donner ici la moyenne de son élévation dans chacun des mois pendant lesquels les observations ont été prises. C'est à cet effet que nous avons employé le thermomètre de Réaumur.

OBSERVATIONS MÉTÉOROLOGIQUES DE SAINT-LOUIS-DE-POTOSI, DEPUIS LE 1er MARS JUSQU'AU 30 SEPTEMBRE 1838.

MOIS.	TEMPÉRATURE MOYENNE (1).		ÉTAT DU CIEL PENDANT LE JOUR.			AIRE DE VENT.	
	Le matin à 7 heures.	Midi précis.	Superbe.	Brouillard ou pluie.	Sombre.	Est.	Ouest.
Mars.........	13 ½	18 ⅓	16	7	8	24	7
Avril.........	15 0	19 0	11	4	15	23	7
Mai...........	17 0	22 0	10	10	11	19	12
Juin	17 ½	23 ½	20	7	3	22	8
Juillet........	17 ½	23 ½	18	8	5	24	7
Août..........	16 ½	22 ½	21	6	4	26	5
Septembre ..	14 ½	20 ½	23	6	2	27	3
	Totaux.......		118	48	48	165	49

Les mois de mars et avril se différencièrent fort peu l'un de l'autre sous le rapport de l'aspect atmosphérique. Les jours de ces deux mois furent en grande partie d'une uniformité remarquable. On vit régner presque toutes les après-midi un vent plus ou moins violent. Aussi les maladies qui prédominèrent à cette époque furent généralement des inflammations aiguës de la peau et des membranes muqueuses. Les fièvres éruptives qui avaient apparu durant les mois précédens suivirent leur marche avec leur caractère épidémique. La rougeole se montra très bénigne. Cette circonstance nous permit de nous en tenir à un mode de traitement fort simple : aux boissons tièdes légèrement sudorifiques. Dans

(1) Pendant les mois de mars, avril et mai, le thermomètre se trouvait placé à la fenêtre d'une salle basse, exposé à l'ouest; pendant ceux de juin, juillet, etc., on l'avait suspendu au montant de la fenêtre d'un balcon, au premier, exposé à l'est.

quelques cas rares, nous nous vîmes obligés, à cause des congestions sanguines au cerveau chez un petit nombre d'enfans, de recourir à l'application de sangsues au pourtour des oreilles ou sur les apophyses mastoïdes. Le nombre des œdèmes, qui accompagnent souvent la convalescence de cette maladie, ne fut pas proportionnel avec celui des enfans atteints de la rougeole; et même, hâtons-nous de le mentionner, nous eûmes souvent lieu de blâmer les parens d'avoir permis à leurs malades de s'exposer à l'air froid extérieur avant leur entier rétablissement.

Nous observâmes également quelques exemples de scarlatine lorsque cette éruption parcourait ses phases dans toute sa simplicité; elle ne différait de la rougeole, quant aux symptômes concomitans, que par un léger mal de gorge, qui disparaissait de sept à douze heures après l'invasion; mais lorsqu'elle se compliquait, le traitement, quelque rationnel qu'il fût, ne jugulait pas toujours le mal. Les congestions cérébrales avec symptômes typhoïdes, et les fièvres de mauvais caractère constituèrent les plus funestes complications de la scarlatine. Nous eûmes occasion de noter deux fois que la disparition subite de l'éruption fut suivie d'une terminaison fatale.

Les exemples de petite vérole ont dû être bien rares pendant ces deux mois; un de nos confrères nous en cita néanmoins deux exemples dans lesquels cette éruption avait été des plus bénignes. Nous ne saurions en attribuer la cause qu'à l'action de la vaccine. Formons des vœux pour que la découverte de Jenner propage ses bienfaits jusqu'aux chaumières les plus éloignées de nos grandes populations. Que les magistrats chargés de l'administration temporelle joignent donc tous leurs efforts à ceux de ces ecclésiastiques que leur ministère met tous les jours en contact avec l'humble Indien, pour en préconiser l'utilité incontestable. Que les premiers se rangent sous la bannière de la *philantropie*; que les seconds prennent pour devise: *charité évangélique*; et que les uns et les autres restent bien pénétrés que si, dans des circonstances bien rares, la vaccine ne préserve pas de la petite vérole, c'est à elle seule qu'est dévolu l'attribut d'en diminuer l'intensité.

La plupart des malades qui réclamèrent nos soins durant cet espace de deux mois furent des enfans de 1 à 12 ans; quelques adultes, toutefois, se virent atteints de plusieurs maladies. Chez ces derniers, au lieu de fièvres éruptives, nous vîmes paraître des inflammations à la gorge, des fluxions à la face, des érysipèles, des phlegmons simples ou compliqués de fièvres gastriques. Chez des personnes d'un âge avancé, nous remarquâmes sans surprise que certaines affections des membranes séreuses prirent une véritable sur-excitation, et devinrent parfois funestes. Les hydropisies s'aggravèrent en général.

Nous n'avons observé que deux pleurésies: l'une d'elles, qui sévit sur une femme d'un âge très avancé, eut une terminaison funeste; l'autre s'étant déclarée chez une personne d'une complexion plus robuste nous permit d'en venir à d'abondantes saignées qui eurent l'effet satisfaisant que nous en attendions.

Les fièvres gastriques, qu'on doit toujours distinguer des fièvres de mauvais caractère, cédèrent à l'usage d'un émétique, d'un ou de deux légers purgatifs administrés du cinquième au huitième jour, ayant soin de les faire précéder par l'abstinence plus ou moins rigoureuse, par l'administration de boissons délayantes, et, quand le cas paraît l'exiger, par une application de sangsues sur la région épigastrique.

Enfin, les maladies aiguës furent presque toutes dociles aux moyens plus ou moins compliqués empruntés à la médecine mixte (éclectique).

Pour donner à ce travail l'ordre méthodique qu'il comporte, il nous paraît convenable de grouper les maladies qui ont régné dans cette ville, pendant les mois de juin, juillet, août et septembre. Deux causes nous engagent à en agir ainsi; d'abord par la raison qu'aucune épidémie proprement dite ne s'est montrée pendant tout ce temps; en second lieu, les maladies sporadiques qui ont été observées pendant cette période se sont présentées sous des formes identiques. Mais comme nous pourrions, malgré notre intention, induire en erreur en faisant entrevoir que l'épidémie de fièvres éruptives régnantes pendant les mois précédens avait entièrement disparu, hâtons-nous d'ajouter qu'elles ont été remarquées en petit nombre pendant les mois de mai, et qu'elles ont été extrêmement rares pendant le mois de juin, et nulles les mois suivans.

Les fièvres typhoïdes affectant une marche isolée, ou compliquant, soit la scarlatine, soit d'autres maladies primitives, ont envahi, avec quelque prédilection, la classe ouvrière. Elles débutèrent presque toujours avec des symptômes qui leur sont communs avec les fièvres d'un ordre différent; c'était seulement quelques jours après leur apparition qu'on ne pouvait plus se méprendre sur leur caractère pernicieux. Guidés par ce principe, nous nous sommes bornés dans la première période à remplir les indications générales; mais la maladie parvenue à une époque plus avancée, on a administré avec beaucoup de succès dans plusieurs cas les préparations de quinquina à la dose et sous la forme qui nous ont paru le plus convenables. L'estomac ne nous permettant pas toujours l'usage de ce fébrifuge à l'intérieur, nous avons eu recours à la *méthode endermique*. Nous ne pouvons passer outre sans noter que généralement les parens des malades atteints de fièvres graves se montrent fort négligens à détruire par les moyens qu'on leur indique les miasmes qui se forment dans la pièce qu'habitent les patiens. Il n'entre pas dans le champ restreint d'une note comme la présente de démontrer combien ces causes sont capables de concourir à la propagation des fièvres ataxo-adynamiques.

Les mois dont nous tracerons le cadre sanitaire sont, sans contredit, les plus féconds, dans ce pays, en diarrhées, dysenteries et autres affections aiguës des organes de la digestion. Nous n'aurions pas grand'peine à en dévoiler l'origine, si cela offrait quelque intérêt; mais comme des considérations sur cette matière constituent un objet à part, nous ne croyons pas devoir entrer ici dans des détails qui exigeraient beaucoup de temps. Qu'il nous suffise pour le moment de témoigner toute notre satisfaction à apprendre que les dysenteries n'ont pas atteint le nombre que nous leur avons vu dépasser, à pareille époque, dans une autre population de cette même république. Nous avons fait une remarque constante, savoir que les dysentériques n'ont presque pas éprouvé de douleur dans l'abdomen, comme cela arrive ordinairement. Ces maladies ont cédé en partie aux antiphlogistiques directs suivis quelquefois de l'usage des astringens. Un petit nombre de dysenteries passèrent à l'état chronique, et l'on donna aux patiens le conseil d'aller chercher dans un climat plus sain une santé que leur refusait l'air par trop sec et insalubre de St-Louis-de-Potosi.

Les fièvres gastriques furent toutes d'une cure aussi prompte que facile. Elles consistaient souvent en de simples embarras gastriques qu'un émétique, un ou deux purgatifs ont fréquemment combattus avec succès. Nous avons constamment suivi à leur égard la même marche de traitement que nous avons mentionnée plus haut, en donnant l'histoire des maladies observées pendant les mois de mars et avril.

Quatre ou cinq cas de fièvre intermittente se sont présentés à notre pratique dans cet espace de cinq mois: trois d'entre elles affectèrent le type tierce. Lorsqu'elles se trouvaient compliquées d'embarras gastro-intestinal ou de congestion vers la rate, nous avons jugé convenable de faire précéder l'administration du sulfate de quinine, tantôt par un ou deux purgatifs, tantôt par l'application de quelques sangsues à l'hypocondre droit.

Nous n'avons observé que trois cas d'ophthalmie. Dans l'un des exemples, l'inflammation se montra compliquée d'ulcération à la cornée. La congestion sanguine ayant cédé en partie sous l'influence d'un traitement antiphlogistique direct (deux saignées de dix onces chacune au bras, deux applications de sangsues aux tempes), nous proposâmes le séton à la nuque. La malade qui fait le sujet de l'observation refusa de s'y soumettre. Le traitement dirigé contre les deux autres ophthalmies fut suivi des résultats les plus satisfaisans, et la guérison parfaite ne s'est pas encore démentie.

Nos soins ont été réclamés par quatre femmes en couches. Dans les trois premiers cas, le travail se termina à notre entière satisfaction. Le quatrième exemple, pour lequel nous fûmes appelé en consultation par un de nos confrères, nécessita pour se terminer les moyens artificiels. Les avortemens ont été précédés, comme cela arrive d'ordinaire, d'hémorragies utérines qui n'ont cessé qu'après l'expulsion du fœtus. Les inflammations de l'utérus développées par suite d'accouchemens ou d'avortemens sont fréquentes dans ce pays; cela se conçoit facilement, si l'on tient compte que la majeure partie des femmes reçoivent lors de leur délivrance les soins de matrones ignorantes, dont les manœuvres mal-dirigées ne peuvent que déranger ou retarder pour le moins le travail de la parturition. Telle est la cause éloignée de ces leucorrhées après un avortement, de ces stérilités après un accouchement, de cet état maladif enfin dans lequel une infinité de dames mexicaines traînent une pénible existence. Voilà le mal, voici le moyen d'y obvier. Proposer à M. le ministre de l'intérieur chargé du portefeuille de l'instruction publique d'établir dans chacune des grandes villes de la république une chaire spéciale d'accouchemens où des personnes du sexe, douées d'une instruction préliminaire indispensable, viendraient des points immédiats y acquérir les connaissances suffisantes, afin de prévenir les maux incalculables dus à la cause énoncée.

Les maladies syphilitiques ont été infiniment nombreuses; elles se sont présentées sous toutes les formes, avec des symptômes primitifs et des symptômes d'infection générale. Quand l'affection s'est manifestée à l'état aigu, et pour la première fois, elle ne s'est pas montrée réfractaire; mais il en a été bien autrement lorsqu'elle avait déjà envahi la masse de l'économie. Elle a été heureusement arrêtée dans le premier cas au moyen

des antiphlogistiques combinés aux sudorifiques et aux mercuriaux. Dans le second cas, au contraire, ces médicamens n'ont eu pour résultat que d'atténuer pour quelque temps les symptômes de la syphilis. Les malades constitutionnels étaient tous des personnes guéries on grandement soulagées dans d'autres circonstances. Mais ayant suspendu trop tôt le traitement général qui leur avait été prescrit, elles ont vu se développer une vraie recrudescence de leur première affection. Nous l'avouons à regret, les exemples de maladies vénériennes n'ont pu être comptés. Nous sommes autorisés à en attribuer la cause au grand nombre de femmes publiques répandues dans cette ville. Qu'il nous soit permis d'appeler sur ce point toute l'attention des autorités.

Une des conséquences les plus communes des gonorrhées est, sans contredit, la formation de rétrécissemens dans l'urètre. Pendant les cinq mois qui forment cette période, nous en avons noté quatre exemples. Deux ont été détruits par la cautérisation, un par la dilatation, le quatrième est encore en traitement. Pour opérer la cautérisation, nous avons adopté la méthode du professeur Lallemand. Les bougies de gomme élastique d'un volume progressivement plus considérable nous ont servi pour la méthode de la dilatation.

Pour terminer ce travail, il nous reste à mentionner certaines maladies, qui, par leur nature et le traitement dirigé contre elles, ne méritent qu'une attention secondaire. Nous nous bornerons, en conséquence, à rappeler deux aliénations mentales, l'une d'elles accompagnée de la paralysie générale des aliénés (le sujet de cette dernière observation était un moine d'un des convens de cette ville); quelques hépatites, dont deux seulement à l'état aigu; un nombre assez restreint de névralgies, qui furent, plus d'une fois, combattues avec succès par le sulfate de quinine administré dans l'intervalle des paroxismes.

Tel est le cadre des principales maladies qui ont paru, dans notre pratique, caractériser la constitution médicale de Saint-Louis-de-Potosi, depuis le 1er mars jusqu'au 30 septembre de la présente année.

Heureux, si le rapport exact des faits soumis à notre observation, accompagné de quelques réflexions qu'ils nous ont suggérées, peut contribuer à donner l'éveil à l'administration et à lui faire sentir l'importance de bonnes institutions médicales.

Saint-Louis-de-Potosi, le 14 octobre 1838.

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES CLINIQUES SUR LA MÉNINGITE DES ENFANS; par M. BECQUEREL, interne des hôpitaux. — 130 pages in-8°. Paris, 1838. Chez Firmin Didot frères, libraires, rue Jacob, n° 56.

Il y a à peine quelques jours que nous appelions l'attention de nos lecteurs sur un travail qui offre beaucoup d'analogie avec celui dont nous venons de transcrire le titre par la position des auteurs (1), par la direction qu'ils ont donnée à leurs recherches et par l'âge des sujets de leurs observations: dans l'un de nos derniers numéros, un médecin étranger à la rédaction habituelle de la GAZETTE MÉDICALE, mais connu lui-même par d'utiles travaux sur les maladies des enfans, rendait compte des recherches de notre collaborateur Constant et de M. Fabre sur la méningite des enfans. Ces travaux et une foule d'autres, qu'il serait trop long de citer ici, et qui, la plupart, portent le cachet de laborieuses recherches, sont la preuve manifeste de la direction vers les études spéciales, direction dans laquelle se trouve, suivant nous, l'avenir le plus prochain de la science. C'est donc avec empressement, bien qu'un peu tardivement, que nous allons examiner ici le travail de M. Becquerel; mais, avant d'en commencer l'analyse, nous devrons nous arrêter quelques instans sur le sujet, considéré d'une manière générale et sous le point de vue d'où l'auteur l'a examiné.

L'étude des maladies de l'encéphale offre cela de particulier que chacun des sérieux investigateurs, qui, depuis plusieurs années, s'occupent de ce sujet, est venu renverser, à son tour, quelqu'une des parties du monument qui avait été élevé, il y a quelques années, sur les maladies du cerveau, avec tant d'industrie et une apparence de succès. Quand ce travail de démolition sera-t-il achevé? C'est ce qu'il nous serait impossible de déterminer, et M. Becquerel vient encore d'augmenter le nombre de ceux qui s'y livrent. Il n'a présenté, il est vrai, qu'avec une défiance, du reste, très légitime, et quelquefois d'une manière un peu obscure, les conclusions qui ressortent nécessairement des faits de ses recherches. Ainsi non seulement il reconnaît que le mot méningite n'est plus aussi convenable aujourd'hui qu'on le croyait il y a quelques années; mais il est tout près d'admettre qu'on a compris sous ce nom un certain nombre d'entités morbides différentes. Qu'est-ce, en effet, qu'une méningite sans inflammation des méninges, quelquefois même sans aucune lésion du côté de l'appareil encéphalo-rachidien? Ou bien, qu'est-ce encore qu'une méningite qui n'a été révélée par aucun symptôme propre pendant la vie du sujet, et qui n'est constatée qu'après sa mort? Si on peut admettre, pour ce cas, l'explication d'une méningite latente, comme il y a des pneumonies, des pleurésies, des péricardites latentes, on ne peut en dire autant pour le premier cas. Et ce n'est pas seulement chez des sujets qui ont succombé à une époque très peu avancée de la maladie, qu'on a constaté cette absence complète de lésions de l'encéphale ou de ses annexes, et chez lesquels on pourrait supposer que les lésions n'auraient pas été assez profondes pour persister après la mort; mais on a fait la même observation dans des cas où la mort est arrivée à une époque avancée de la maladie, par exemple après le vingt-quatrième jour. Des faits de ce genre ont été recueillis par divers observateurs, et ne peuvent par conséquent être mis en doute.

Comment, avec de tels élémens, pourrait-on donner une bonne définition de la méningite. Cela est évidemment impossible; aussi ne sommes-nous pas étonnés de la difficulté que rencontre M. Becquerel à cette occasion. Cette tâche, qui lui paraît assez facile pour la méningite des enfans, lui semble presque impraticable pour celle de l'adulte.

Celle des lésions, qui semblerait, dans l'opinion de la plupart des pathologistes qui se sont spécialement occupés de l'étude des maladies des enfans, la plus importante, ce sont les granulations, sur la nature desquelles, comme on le sait, ils sont loin d'être d'accord. M. Pelouze, sur la demande de l'auteur, les a analysées comparativement à des tubercules à l'état de crudité, et leur a trouvé une composition identique; des matières albumineuses en constituaient la plus grande partie; mais, ainsi que le dit avec raison M. Becquerel, la connaissance de cette composition conduit à bien peu de chose; car l'analyse des substances organiques donne souvent pour résultat une composition identique à des produits morbides qui diffèrent les uns des autres par leur structure. L'étude de ces granulations, sous le rapport du nombre des sujets qui en ont offert, a fourni à l'auteur des données d'une assez grande importance, pour que nous résumions brièvement ce qu'il dit à ce sujet.

Sur dix-sept cas de méningite aiguë qu'il possède, dans un seul il y avait absence complète de granulations, et l'enfant ne présentait pas de tubercules dans les poumons; sur les seize autres, on a trouvé dans trois cas, trois ou quatre granulations seulement; dans trois autres, de six à dix; dans un septième, une douzaine; dans tous ces cas, elles étaient irrégulièrement réparties sur différens points de la pie-mère; enfin, dans les neuf derniers cas, elles étaient très nombreuses. D'un autre côté, chez sept enfans morts à la dernière période de la phthisie sans avoir présenté aucun symptôme nerveux, il y avait des granulations qui, dans quatre cas, étaient seules et isolées, et qui, dans les trois autres, coïncidaient avec de fortes altérations de cette membrane. L'auteur conclut de ces faits et de quelques autres que nous ne pouvons répéter, que les granulations ne constituent pas un caractère anatomique constant de la méningite, et qu'elles sont probablement de nature tuberculeuse. Nous n'avons pas besoin de reproduire ce que dit l'auteur des lésions qui constituent réellement les caractères anatomiques de la phlegmasie aiguë de l'arachnoïde et du tissu sous-arachnoïdien, telles que des adhérences entre les deux feuillets de l'arachnoïde, l'épaississement rouge de la pie-mère, son épaississement grisâtre ou blanc jaunâtre, son infiltration par de la sérosité trouble, du pus, des fausses membranes; il nous suffira de dire qu'il éloigne de cette classe de lésions, les simples injections, les épanchemens de sérosité, et même les granulations qui, pour lui, ne sont pas les glandes de Pacchioni à l'état morbide, mais des productions véritablement tuberculeuses. Mais si ces granulations ne représentent point un caractère anatomique de la méningite, elles jouent un rôle bien important parmi les causes de cette affection, et ici nous nous trouvons amenés naturellement à suivre l'auteur dans cette nouvelle et importante partie de son sujet.

La connaissance des causes directes, s'il y en a, serait d'une faible utilité; il n'en est pas de même de celle des causes occasionnelles ou éloignées, parmi lesquelles sont surtout les suivantes.

AGE. Jusqu'à 10 ou 12 ans, la méningite paraît atteindre avec une égale fréquence les enfans des divers âges; mais, à partir de cette époque, elle devient de plus en plus rare. La moyenne de 30 cas recueillis en 1837 a été 6 ans 8 mois, à peu près la même que chez les phthisiques observés en même temps.

(1) MALADIES DES ENFANS: AFFECTIONS DE POITRINE; par MM. Rillier et Barthez. (GAZ. MÉD., n. 18, 1839.)

FRÉQUENCE. Sur 400 enfans malades reçus du 1er avril au 1er octobre 1837, à l'hôpital des Enfans, il en est mort 133, et, sur ce nombre

47 ont succombé à la méningite;
42 à la phthisie.
74 à des maladies différentes.

Sur ces 74 enfans, 38 présentaient des tubercules à des degrés très divers; chez les 96 sujets qui présentaient des tubercules 16 fois l'auteur a rencontré une méningite tuberculeuse aiguë, et 8 fois des lésions cérébrales chroniques; d'où il résulte que le cinquième des enfans phthisiques succombe à des maladies cérébrales dues à l'influence des tubercules.

SEXE. Sur les 30 cas de méningite déjà indiqués, il y avait 20 filles et 10 garçons.

SAISONS. Le printemps et le commencement de l'été paraissent surtout favoriser le développement de la méningite.

HABITATION, AÉRATION, NOURRITURE. Ces trois circonstances sont celles auxquelles l'auteur donne le plus d'importance sur la production de la méningite; c'est spécialement à la mauvaise qualité de l'air que respirent les enfans du peuple, de la nourriture qu'ils prennent et des vêtemens qui les couvrent qu'il attribue la fréquence de la méningite chez eux; ce n'est pas cependant qu'on l'observe exclusivement dans les classes pauvres, car on en rencontre aussi quelques cas dans les rangs aisés de la société; mais elle y est beaucoup plus rare.

L'HÉRÉDITÉ. Rien ne prouve que les maladies cérébrales se transmettent par hérédité; mais il n'en est pas de même de la phthisie, et les résultats suivans font voir qu'elle exerce une influence comme cause de l'hydrocéphale aiguë. Sur dix-sept cas de méningite aiguë sept fois les enfans étaient nés de père ou de mère phthisiques; sur dix autres cas trois fois il en fut ainsi.

CONSTITUTION, TEMPÉRAMENT. Si on examine l'état des jeunes malades amenés à l'hôpital des Enfans, et affectés de méningite, on reconnait chez presque tous le cachet de la faiblesse, de la débilité, du tempérament lymphatique; les yeux bleus, les cheveux blonds, la peau fine, délicate. Quelquefois le caractère scrofuleux est tout à fait prononcé, et les sujets offrent des traces d'ophthalmies anciennes, d'affections chroniques de la peau, qu'aucune médication n'avait pu faire disparaître et qui étaient en général liées à une constitution détériorée, épuisée. Sur 18 cas M. Becquerel a trouvé :

3 enfans scrofuleux;
1 rachitique;
6 d'un tempérament lymphatique;
3 affectés de maladies chroniques de la peau.

Le tableau des symptômes de la méningite aiguë tracé par l'auteur est assez complet; mais que sort-il de nouveau pour nous de l'énumération de tous ces symptômes de nature si diverse qui ont été observés, l'un cinq fois sur dix-sept, l'autre dix fois sur vingt? peu de chose en vérité. Cette énumération n'aurait d'intérêt qu'autant qu'on pourrait rattacher chaque symptôme à quelque modification organique ou à quelque indication thérapeutique. Or jusqu'ici on chercherait vainement quelque chose de semblable, et pourtant on ne doit pas désespérer d'y arriver tôt ou tard; si la toux, par exemple, suffit souvent seule pour indiquer la nature de la maladie des organes pulmonaires dont elle n'est qu'un symptôme vague pour les inattentifs, pourquoi n'arriverait-on pas à trouver dans les différentes formes des délires ou des convulsions des caractères particuliers qui pussent être rattachés à certaines affections cérébrales ou à quelques indications spéciales? Mais pour arriver à ce résultat, il faut songer moins à recueillir un grand nombre de faits qu'à les bien observer. Les faits abondent de toutes parts et embarrasseront bientôt les partisans les plus exagérés de la méthode numérique; il y a évidemment sur ce point, comme sur tant d'autres, excès de production; mais les faits bien observés sont encore rares, et cependant un seul fait bien observé, et recueilli par un homme doué de quelque facilité d'induction a plus de valeur que ces milliers de faits grossiers qu'on relève chaque jour, et qui n'ont d'autre utilité que de confirmer des vérités déjà suffisamment démontrées.

Si nous suivions l'auteur dans les chapitres où il s'occupe de la durée, de la marche, des terminaisons, du pronostic et du diagnostic de la méningite aiguë, nous reconnaîtrions qu'il a fait de grands efforts pour arriver sur ces différens points à des résultats positifs, mais que jusqu'ici sont d'une inutilité désespérante; car nous voyons à l'article pronostic que la mort est le résultat presque nécessaire et inévitable de cette maladie. M. Becquerel rappelle même que M. Piet, après s'être livré dans sa thèse à l'examen critique des cas de guérison rapportés par les auteurs, est arrivé à cette conclusion que ces cas, s'il en existe, sont au moins très rares. Nous ne rappellerons pas non plus les différens moyens que l'on oppose tous les jours à cette maladie, et que l'auteur conseille d'employer; car leur inefficacité constante prouve que, bien qu'on puisse les regarder comme très rationnels, ils sont cependant complètement insuffisans. Comment, au reste, en serait-il autrement, surtout à l'hôpital des Enfans, où les petits malades arrivent le plus souvent à une période déjà avancée de la maladie, et si surtout, comme il paraît ressortir des développemens fournis par l'auteur, la méningite aiguë chez les enfans est due presque constamment à la présence des granulations, et si ces dernières sont de nature tuberculeuses? Nous terminerons donc notre analyse en exprimant, avec l'auteur de cette intéressante brochure, l'espoir que de nouveaux essais tentés dans une nouvelle direction, et surtout dans celle de la prophylaxie, conduiront peut-être un jour à des résultats plus utiles.

VARIÉTÉS.

— Plusieurs pharmaciens de Paris comparaissaient ces jours derniers devant le tribunal de police correctionnelle sous l'accusation de fabrication et de vente de remèdes secrets.

Le tribunal, faisant application des lois de germinal an XI et ventose an XIII, a condamné un certain nombre d'entre eux à 100 fr. d'amende et aux dépens; les remèdes saisis et dont il fait défense d'en débiter à l'avenir sont les rob dépuratif, pâte pecto-sédative, poudre de la princesse de Carignan, pâte parégorique, biscuits vermifuges et purgatifs, pilules purgatives, antiglaireuses, et tablettes diverses, etc.

Le sirop d'asperges, de M. Johnson, était aussi en prévention; mais il a été renvoyé de la plainte.

— ERRATUM AU COMPTE-RENDU DE LA SÉANCE PRÉCÉDENTE. — Permettez-moi de rectifier une erreur qui s'est glissée dans votre dernier compte-rendu de l'Académie royale de médecine, au sujet du fait observé à Schoubrah, par M. Hamont. Ce n'est pas un exemple de transmission de la morve à l'homme que M. Hamont a observé; mais un exemple de transmission de la morve à un lion et à des chiens *qui avaient mangé de la chair provenant de chevaux farcineux et morveux*. M. Hamont, qui a fait l'ouverture du lion et des chiens en présence des professeurs de l'école dont il est inspecteur et fondateur, a vu chez ces animaux les lésions que l'on rencontre chez les chevaux morveux et farcineux.

Je recevrai bientôt l'observation détaillée de ce fait que je crois unique, et je vous prierai de l'insérer dans votre excellent journal.

Agréez, etc. LEBLET.

2 juillet 1839.

— M. le professeur SANSON vient d'être guéri de la pierre par la lithotritie. Les circonstances particulières dans lesquelles se trouvait le calcul apportaient un succès de l'opération de graves difficultés; elles ont été surmontées heureusement par l'habileté de M. Leroy d'Etiolles.

M. Sanson reprendra prochainement ses leçons de clinique chirurgicale.

— M. LOUIS, médecin de l'Hôtel-Dieu, commencera lundi 8 juillet, à onze heures du matin, l'histoire de la fièvre typhoïde, à l'école auxiliaire et progressive de médecine, impasse des Vignes, 2.

Ce cours est public.

— CONCOURS SUPPLÉMENTAIRE POUR L'ADMISSION AUX EMPLOIS DE CHIRURGIEN-ÉLÈVE (EN 1839). — Un concours supplémentaire sera ouvert le 20 août prochain, pour l'admission de chirurgiens-élèves dans les hôpitaux militaires d'instruction de Metz, Strasbourg et Lille, et à l'hôpital militaire de perfectionnement de Paris.

Les examens auront lieu à Paris, Metz, Nancy, Strasbourg, Besançon, Lyon, Toulon, Toulouse, Bordeaux, Rennes, Lille, Bastia, Bayonne et Perpignan.

Chaque candidat devra se faire inscrire à l'Intendance militaire de celle de ces villes où il désirera concourir. Il sera donné, dans les bureaux de l'Intendance militaire, communication des conditions d'admission au concours dont le programme a été inséré au JOURNAL MILITAIRE.

Le registre d'inscription sera clos le 18 août.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 28. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 13 JUILLET 1839.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LES CARACTÈRES GÉNÉRAUX DU RACHITISME; lu à l'Académie des sciences, le 17 juillet 1837, par M. le docteur Jules Guérin (1).

Il existe encore parmi les médecins une grande dissidence sur ce que l'on doit entendre par *rachitisme*, sur les phénomènes généraux de cette affection, sur la nature et la fréquence des difformités qui la caractérisent, et sur les différentes espèces d'altérations qu'elle détermine dans le système osseux. A cause de l'étymologie du mot, on donne vulgairement le nom de rachitisme aux difformités de la colonne vertébrale; cependant ces difformités sont rarement le produit de la maladie à laquelle on les attribue. Un grand nombre d'auteurs ont encore appelé rachitisme toute espèce de ramollissement du tissu osseux arrivant dans l'âge adulte : tel serait le cas de la femme Soupiot, rapporté par Morand; de la femme aux ongles, observée par Morand fils, et de plusieurs exemples de ramollissement du système osseux consignés dans l'histoire de la science. Enfin, il n'est pas rare de trouver des médecins qui confondent le rachitisme avec les scrofules, ou les réunissent comme causes de mêmes effets. Cependant, ni la plupart des difformités du rachis, ni la maladie de la femme Soupiot, ni un grand nombre d'autres histoires de prétendu rachitisme, consignées dans la science, ni les affections scrofuleuses, quelles qu'elles soient, n'appartiennent au rachitisme, ou n'en sont des dépendances plus ou moins éloignées. Ce vague et cette obscurité m'ont prouvé qu'il existe peu de notions précises sur la maladie pour laquelle on doit réserver la dénomination de rachitisme, telle que l'ont établie Glisson, Mayow et Jean-Louis Petit. Dans la vue de combler cette lacune, je me suis livré à des recherches multipliées sur les caractères extérieurs de cette affection, son mode d'invasion et de développement, par rapport à l'âge, au sexe et aux parties du système osseux qu'elle occupe successivement; sur les phénomènes généraux qui précèdent et accompagnent son évolution; sur les altérations de forme et de texture qu'elle produit dans le tissu osseux; sur les circonstances où elle se développe et sur sa cause présumée; enfin, j'ai cherché à préciser le diagnostic différentiel du rachitisme par rapport aux affections avec lesquelles on l'avait confondu. J'ai examiné à part chacun de ces points comme autant de termes indispensables à la détermination de la maladie, et j'ai pu me convaincre que la plupart des descriptions présentées jusqu'ici pour une seule et même affection avaient réuni d'une manière confuse des caractères propres à plusieurs maladies, et négligé précisément ceux qui appartiennent spécialement au rachitisme. C'est le résultat de ces recherches, poursuivies attentivement pendant plusieurs années chez un grand nombre de sujets d'âge, de sexe, de conditions différens, qui fait l'objet de ce mémoire.

(1) Tous les faits exposés dans ce mémoire ont été consignés dans mon ouvrage sur les difformités du système osseux, déposé à l'Académie des sciences pour le concours du grand prix de chirurgie au mois de mars 1836. Il m'importe d'établir cette date authentique de mes recherches : les résultats auxquels je suis arrivé, et qui sont détaillés dans ce mémoire, se trouvent énoncés textuellement dans le rapport de la commission de l'Académie, à l'article Rachitisme, pag. 21.

Feuilleton.

LETTRE A M. LE RÉDACTEUR DE LA GAZETTE MÉDICALE.

Monsieur et honoré confrère,

La première série de la Galerie médicale est terminée, et cette circonstance m'engage à vous adresser quelques réflexions au sujet de ce travail. D'ailleurs un grand nombre de personnes m'ont parlé de ces esquisses, beaucoup de lettres m'ont été adressées des départemens, quelques observations plus ou moins fondées m'ont été faites, voilà plus d'un motif pour une courte explication que vous voudrez bien agréer et rendre publique si vous le jugez convenable.

Je commence par remercier les honorables et indulgens confrères qui ont bien voulu donner quelques éloges à cette Galerie et qui en ont compris le but. J'accepte ces éloges, bien entendu, comme un encouragement plutôt que par le mérite de la chose en elle-même. Quand on a vécu, quand le temps a déjà sillonné le front et les tempes, vous le savez, mon cher confrère, les illusions durent peu, en supposant qu'on se fasse encore des illusions. Ce qui m'a le plus touché, c'est qu'on a reconnu dans mon travail le caractère de l'impartialité; et si ces portraits ont quelque mérite, j'ose le dire, c'est surtout sous ce rapport. J'ai tâché d'y mettre de la franchise, de la ressemblance, de la vérité, mais rien n'a pu me faire dévier du devoir de la plus stricte justice. En parlant des hommes célèbres qui, jusqu'à présent, composent cette Galerie, je me flatte d'avoir prononcé dans la sincérité de mon ame et de mes convictions, avec la conscience d'un honnête homme, avec les scrupules d'un juge qui sait se respecter; si je me suis trompé, c'est de bonne foi, sans la moindre arrière-pensée. Au reste, je l'avoue, cette impartialité ne m'a pas coûté de grands efforts : tous les médecins dont j'ai parlé ne m'étaient pas personnellement connus; n'ayant reçu de leur part, ni tort ni avantages, ni bien ni mal, j'ai donc pu faire une équitable, une sévère vérification de leurs travaux, de leur capacité, de leur manière d'être; je les ai jugés comme je l'eusse fait des médecins de l'antiquité ou du moyen-âge, comme j'aurais énoncé mon opinion sur Galien ou Arétée, sur Paracelse ou Van Helmont. Ainsi j'ai pu, tout à mon aise, examiner sans prévention, blâmer sans courroux et louer sans affection, voilà ce qu'ont bien voulu reconnaître les lecteurs de la Gazette, et je leur en témoigne publiquement ma reconnaissance; à mon tour, j'ai été jugé avec équité, ce qui n'est pas peu de chose dans le temps actuel et pour le genre de travail dont il s'agit.

Cependant des observations bienveillantes m'ont été adressées et je crois devoir y répondre; c'est même là le principal objet de cette lettre. On m'a demandé d'abord pourquoi le nombre des portraits était si limité. Mais remarquez qu'il ne s'agit que de choix particuliers, en un mot d'une simple Galerie. C'est aux biographes d'englober dans leur travail les grandes et les petites réputations, il y a un compte courant de personnages scientifiques qui leur appartient,

§ I. — FORMES ET CARACTÈRES GÉNÉUAUX DU RACHITISME SUR LE SQUELETTE ET SUR LE VIVANT.

Ponr avoir immédiatement une idée générale du rachitisme et embrasser d'un senl coup-d'œil l'eusemble des formes et des caractères extérieurs que cette affection revêt dans sa manifestation accomplie, il suffit d'examiner tour à tour le squelette d'un snjet qui l'a épronvée à un degré marqué, et un individn vivant qui l'éprouve dans sa période de formation la plus avancée.

Sur le squelette, on voit d'abord que tonte la charpente osseuse, depnis les os du pied jusqu'an crâne, a subi des déformations nombreuses, des changemens de proportion et de direction : les os des membres sont régulièrement courbés en arcs, et plus on moins tordus sur leur axe, principalement les tibias et les péronés, puis les fémurs, et à un moindre degré les os des membres supérieurs: les extrémités de ces os sont gonflées, arrondies, élargies, déformées : les articulations des pieds et des mains offrent des directions et des rapports anormaux: les apophyses et les points d'attache des muscles sont saillans; les côtes sont arrondies, comme soufflées, et présentent à leur extrémité sternale une courbure dont la concavité regarde en avant et en dehors; le thorax est ainsi aplati transversalement et déprimé en gouttière au niveau des articulations des côtes avec leurs cartilages sternaux.

La colonne vertébrale est déviée latéralement on postérieurement, et présente une succession de courbures alternes. Les surfaces des vertèbres sont arrondies, comme distendues et gonflées, et elles présentent en plusieurs points des dépressions qui ont rapproché les surfaces articulaires de leurs corps. Les appendices vertébrales participent aux mêmes apparences, et sont plus on moins déprimées, comme écrasées dans le sens de la pression verticale et de l'action musculaire. Le bassin a perdu sa conformation symétrique; le sacrum est tantôt vertical, tantôt plus courbé qu'à l'état normal, et il offre une épaisseur exagérée. Les os coxaux sont plus on moins rapprochés et refoulés en haut et en dedans; ils sont plus épais dans tous les sens et participent au boursoufflement de tous les os spongieux. Il en est de même des omoplates et du sternum : ils offrent une configuration anormale, sont raccourcis, gonflés et épaissis, courbés sur le plat. La tête est généralement volumineuse, le crâne épaissi, principalement sur les côtés. Tous les os de la face accusent, par leur développement exagéré, des saillies plus marquées, des angles plus aigus et plus proéminens. Les rapports de proportion de toutes les parties du système osseux sont généralement pervertis : le squelette, dans sa totalité comme dans chacun des os qui le composent en particulier, offre une véritable réduction en longueur, en étendue, et atteste un arrêt de développement. Ainsi, vu sur le squelette, le rachitisme consiste évidemment dans une affection générale du tissu osseux, qui occupe toutes ses divisions, qui se répand dans ses moindres dépendances, et s'accuse au-dehors par un gonflement général des épiphyses et des os spongieux, et par la courbure des os longs et de la colonne, le tout avec un caractère d'altération générale des surfaces, qui donne au tissu osseux une apparence d'épaississement comme si toutes ses parties composantes avaient été soufflées, distendues et ramollies par la présence d'une substance étrangère; et une apparence de déformation générale, comme si le poids des parties supérieures et la contraction musculaire avaient imprimé incessamment leur influence à toutes les parties suivant la direction et la proportion de leur action.

Sur le vivant, on peut plus ou moins distinguer les reliefs et les déformations du squelette. La face est accentuée : les saillies des pommettes très marquées, les traits tirés. Le sujet a la physionomie d'un âge plus avancé; les yeux sont très ouverts, vifs et brillans, les ailes du nez dilatées, la bouche fendue et béante. La tête est comme enfoncée entre les épaules. La poitrine est étroite, resserrée, aplatie ou déprimée latéralement. Les clavicules, pour obéir au rapprochement des épaules, exagèrent leur courbure. Le tronc et les membres sont ramassés; les extrémités articulaires, le tarse et le poignet principalement, sont gonflés; toutes ces parties sont comme retenues l'une dans l'autre, et comme arrêtées dans leur développement, ce qui a fait justement dire à nos prédécesseurs que les enfans rachitiques étaient *noués*. Tout l'être est rétréci, rabougri. La peau est généralement terne et terreuse: la peau de la face est tantôt pâle et un peu violacée; tantôt au contraire elle est colorée et comme légèrement couperosée; cette dernière particularité se remarque surtout chez les enfans de la classe aisée, qui n'offrent qu'un faible degré de la maladie, comme la déviation des genoux ou la courbure d'une jambe, sans réaction générale très marquée. Dans tout le reste du corps la peau présente une couleur pâle et terne, offre de nombreux plis au niveau des concavités des courbures et au niveau des articulations gonflées; le système pileux est développé principalement le long de la colonne vertébrale. Le système musculaire est grêle, les muscles sont courts et comme frappés d'arrêt de développement. Les mouvemens sont gênés et difficiles, la marche pénible, dandinante, et souvent complètement impossible. Les sujets évitent de se tenir sur les jambes. La respiration est courte et laborieuse; elle n'est presque pas thoracique, mais diaphragmatique ou abdominale. Le ventre est gros, tendu, mais non douloureux; la peau est chaude et moite. Le sujet sue beaucoup, surtout du ventre et de la tête, et principalement dans le sommeil; les sueurs sont remarquablement acides. L'appétit est faible, la soif assez grande. Les digestions sont difficiles; il y a presque toujours de la diarrhée, ou si elle disparaît, elle alterne avec la constipation et revient avec la plus grande facilité. Les selles sont séreuses, les urines abondantes et peu colorées. Le pouls est petit et fréquent, comme fébrile. L'impulsion du cœur est faible. L'intelligence est ordinairement vive et développée. La sensibilité est exquise : les sujets pleurent au moindre attouchement, quoiqu'il n'y ait pas de point spécialement douloureux. Les os des membres se courbent ou se fracturent incomplètement avec la plus grande facilité; il est même des cas où la contraction musculaire seule suffit pour les courber.

Tel est le rachitisme vu dans l'ensemble de ses formes extérieures sur le squelette, et de ses caractères généraux sur le vivant: présentée comme elle vient de l'être, cette description fait abstraction du début, du mode d'invasion, de la marche, des périodes et des degrés de la maladie; elle ne se compose que de ses traits saillans et accomplis, sans considération de leur mode de développement et d'association, et surtout sans détermination des caractères immédiats du tissu osseux. Je vais maintenant examiner ces différentes combinaisons telles qu'on les trouve dans la nature, et telles que je les ai constatées chez les sujets soumis à mon observation.

Mon but n'étant pas le même, agir autrement que je l'ai fait eût été sortir du plan tracé d'avance; de proche en proche on arriverait bientôt à la foule des médiocrités et même fort au-dessous. Alors, ou il faudrait reconnaître que le succès renferme l'absolution de l'audace et du scandale, ou bien flageller publiquement des hommes qui, imprudemment élevés à la dignité de médecin, en oublient les devoirs, en souillent la robe sur les tréteaux de la presse payée; en un mot qui cherchent une réputation, une fortune, une clientelle, par des livres-affiches, par des petits papiers à trois francs le mille, et par d'autres voies peut-être plus honteuses encore. Quant à moi je ne me sens pas le courage de fouiller et d'ouvrir de pareils égouts. J'ai choisi çà et là quelques noms brillans placés dans le zodiaque médical de notre époque.

On m'a demandé encore pourquoi je ne parlais que des morts. Il ne vous sera pas difficile, mon cher confrère, d'apprécier les motifs qui m'ont conduit dans cette direction. Je vous le demande, connaissez-vous chose plus délicate, plus épineuse, que de parler des autres, de peser les pensées, les travaux, les actions d'un homme, d'estimer son influence, de mesurer sa hauteur scientifique? Croyez-moi, c'est une difficile et rude tâche. Mais que serait-ce, bon Dieu, s'il s'agissait des vivans? Pour mon compte, je renoncerais à écrire un mot de ma vie, plutôt que de m'engager dans cette voie, où il faut de toute nécessité marcher sur des charbons ardens. Quelque prudence, quelque réserve qu'on mette dans son jugement, on sera toujours accusé de verser le fiel ou de faire fumer l'encens dans un intérêt quelconque. Fussiez-vous franc comme l'or, pur comme le cristal, inaltérable comme le diamant, on vous supposera toujours des motifs particuliers; les accens de la vérité la plus exacte, la plus saillante, seront transformés en intentions de malveillance ou d'adulation. Si vous louez, on dira : la flatterie a conduit sa plume, il veut sa part du gâteau de Cerbère. Si vous critiquez, l'envie l'a touché, l'a infecté de son venin, diront les intéressés et avec eux la foule, cet éternel écho de la calomnie. Parler des vivans, c'est entrer de plein pied dans les questions de personnes, c'est-à-dire les plus ardues, les plus insupportables de toutes. Là il faut toujours être face à face, pied contre pied, compter, peser ses mots, trop souvent déguiser sa pensée. Comment alors s'exprimer librement sur un homme toujours content, toujours satisfait de lui-même, de son esprit, de ses œuvres, du rayon de son influence; dont les amis, les parens, les élèves, les protecteurs, les protégés, vous lisent ou vous écoutent, avec qui vous avez vous-même entretenu ces relations sociales qui créent des préventions, imposent des devoirs, forcent à des ménagemens? Que d'embarras, que de difficultés, que d'épines!

Ce n'est pas tout : celui même que vous louez trouve toujours que dans son portrait moral, l'éloge a été donné avec une extrême parcimonie; quoi qu'on fasse, on n'ira jamais jusqu'à saturation de sa vanité. Ici le trop n'est jamais assez, tandis que la critique, la plus juste au fond, la plus modérée dans sa forme, le pénétrera jusqu'à la moelle des os. C'est une remarque faite depuis long-temps, surtout pour l'homme célèbre, en général, tout amour-propre *a plantâ pedis usque ad verticem*. A ses yeux, toute louange est une dette, toute critique une injure; l'admiration sans emphase, l'admiration raisonnable et raisonnée n'a pas même toujours son excuse; elle semble presque aussi amère que la satire, c'est une voie détournée, c'est une forme adroite, pour exhaler plus sûrement et la haine et l'envie. Toutes ces pensées ne s'expriment point, mais elles existent, mais elles fermentent au fond du cœur. En parlant des vivans, on doit donc se résoudre à une guerre sans fin, il faut braver les persé-

§ II. — MODE D'INVASION ET DE DÉVELOPPEMENT DU RACHITISME; INFLUENCES RELATIVES A L'AGE, AU SEXE ET AUX PARTIES QU'IL AFFECTE.

Le rachitisme proprement dit est une maladie de l'enfance; on l'observe rarement sor le fœtus, le plus fréquemment vers l'âge de dix-hoit à vingt mois, très rarement après l'âge de la puberté. Sur 346 cas que j'ai examinés sous ce point de vue, l'invasion a eu lieu comme il suit :

Avant la naissance		3 cas.
Dans le cours de la première année		98
Id.	de la deuxième	176
Id.	de la troisième	35
Id.	de la quatrième	19
Id.	de la cinquième	10
De 6 à 12 ans		5
	Total	346

Il attaque les deux sexes presque d'une manière égale. Sur ces 346 cas, il y avait :

Sexe masculin	148 cas.
féminin	198
Total	346

La connaissance de ces deux ordres de faits relatifs à l'influence du rachitisme par rapport à l'*âge* et au *sexe* offre déjà deux caractères précieux pour établir que certaines maladies, et beaucoup de difformités de la colonne vertébrale qu'on avait attribuées au rachitisme, sont le produit d'autres causes : ainsi toutes les espèces de ramollissement des os chez les adultes, et toutes les difformités qui surviennent presque exclusivement chez les jeunes filles vers l'âge de la puberté, ne sont point causées par le rachitisme. La vérité de ces conclusions ressortira davantage à mesure que je ferai connaître les véritables caractères de la maladie.

MODE D'INVASION ET DE DÉVELOPPEMENT; PÉRIODES.

Il faut bien se garder de croire que le rachitisme ne commence qu'au moment de la déformation des os. Cette manifestation de la maladie appartient à un ordre de faits secondaires. Avant de se traduire en difformités du système osseux, le rachitisme s'annonce par des phénomènes généraux plus ou moins sensibles, et qui ne manquent que dans les cas où la maladie est peu prononcée. Ces phénomènes sont des dérangemens gastro-intestinaux, de la diarrhée, le ballonnement du ventre, des sueurs nocturnes, un mouvement fébrile, un sentiment de faiblesse et une sensibilité marquée de tout le système osseux. Le sujet devient triste, morose; ses traits s'altèrent, s'étiolent; le système musculaire perd de sa consistance, et tout l'être paraît travaillé sourdement par une cause morbide générale qui n'a pas encore d'autre manifestation extérieure que ces phénomènes généraux. Vers la fin de cette première période, que j'appelle période d'*incubation* du rachitisme, ou d'*épanchement*, comme on le verra plus tard, les extrémités articulaires se gonflent, il n'y a pas encore de courbure et il peut même ne pas y en avoir dans tout le cours de la maladie. J'ai observé plusieurs exemples de rachitisme général très marqué, dans lesquelles tous les os longs et la colonne vertébrale ont conservé une rectitude remarquable. Le gonflement des épiphyses, la réduction en longueur des os longs ont été les seuls caractères physiques de la maladie qui a parcouru toutes ses périodes sans courber les os des membres ou la colonne. Cependant, il est loin d'en être ainsi dans la généralité des cas. Presque toujours la déformation du squelette suit immédiatement la période d'incubation.

La durée de la période d'incubation est de deux à six mois. J'ai vu trois enfans chez lesquels cette période avait été presque insensible. Les os en étaient venus à se courber sans que la santé des sujets parût avoir été préalablement affectée. Ces exemples sont rares. Dans l'immense majorité des cas, les phénomènes caractéristiques de la période d'incubation sont des plus manifestes. Cependant il faut se garder de prendre l'effet pour la cause : la plupart des enfans rachitiques ont été mal nourris, mal logés, mal aérés, et ces conditions anti-hygiéniques ont développé en eux un état de langueur, de trouble ou de susceptibilité dans les fonctions digestives. Les véritables caractères de la période d'incubation rachitique sont les sueurs nocturnes du ventre et de la tête, l'empâtement et le gonflement du ventre, la diarrhée sans coliques, une chaleur humide de la peau, un mouvement fébrile constant et uniforme, enfin une grande sensibilité du système osseux et l'éloignement des sujets pour se tenir debout.

La période de déformation s'annonce ordinairement par le gonflement des malléoles, des genoux et des poignets, ces articulations acquièrent jusqu'au double de leur volume ordinaire; elles sont comme noueuses, et, entre leurs surfaces de jonction, par exemple entre le carpe et l'avant-bras, la jambe et le pied, la peau forme un pli profond qui accuse l'excès du développement des extrémités articulaires qu'elle recouvre et leur défaut de rapport immédiat. Bientôt les os des jambes se courbent, les genoux se dévient, les fémurs, les hanches, le thorax, la colonne et les autres parties du squelette, participent à la déformation générale. Pendant que les symptômes locaux se dessinent de plus en plus, les symptômes généraux s'accroissent d'une manière sensible : le ventre reste gros; il s'y accumule beaucoup de gaz et quelquefois du liquide appréciable à la percussion. La diarrhée persiste et augmente souvent; les urines et les sueurs deviennent de plus en plus copieuses; la respiration est fréquente, laborieuse et purement abdominale; le mouvement fébrile caractérisé par une chaleur sensible de la peau et une accélération uniforme du pouls, telle qu'on la remarque dans les fièvres de consomption continues. La sensibilité du système osseux s'accroît; les malades pleurent facilement pour peu qu'on leur comprime les membres; toutes les fonctions s'allanguissent. La constitution se détériore, le teint se flétrit, le système musculaire s'appauvrit; la station et la marche sont impossibles et sont suspendues pendant la plus grande partie de cette période. En même temps que les difformités du système osseux augmentent, la maladie arrive à son summum d'intensité. Cette période dure d'un à trois ans, et c'est pendant cet espace qu'on voit successivement survenir la déformation des différentes parties du squelette. Cette déformation n'est pas toujours générale, ou du moins elle n'est pas sensible dans toutes les dépendances du tissu osseux. Ainsi, tantôt la maladie se borne au gonflement des épiphyses, surtout au gonflement des articulations du genou, des malléoles et du poignet, tantôt à la déviation du genou, tantôt à la courbure d'une jambe, tantôt à la courbure des deux jambes à la fois, tantôt au gonflement des épiphyses, avec aplatissement

---

cutions du pouvoir, les insolences de la force, les calomnies, les basses menées, les médisances de la petitesse, enfin s'exposer à cette masse de grands et petits désagrémens qui viennent assaillir un pauvre auteur atteint et convaincu de vérité, du crime d'avoir peint un homme au naturel et qui s'est trouvé un charlatan. Mon cher confrère, je l'avoue en toute humilité, mon stoïcisme ne va pas jusqu'à ce point d'abnégation; j'aime infiniment la vérité, mais je me soucie peu du martyre, c'est là pour moi une raison étranglante, comme dit si bien madame de Sévigné.

D'ailleurs, tant que l'existence d'un homme n'est pas terminée, comment oser le juger définitivement? Que savez-vous ce qu'il est, ce qu'il sera, ce qu'il a fait, ce qu'il peut faire encore? Chacun ne cherche-t-il pas la vérité selon la mesure de ses forces, et qui connaît cette mesure? Il est bien difficile d'apprécier les motifs réels et cachés, en un mot, de soulever le masque et de dire hardiment: « Voilà l'homme! » La mort seule a ce privilége, encore pas toujours. Voyez, en effet, de nos jours, combien les portraits politiques changent d'aspect, parce que les situations changent elles-mêmes. Qui ne reconnaît ce jeu de bascule humaine, qui tantôt porte un nom jusqu'aux nues, tantôt le jette couvert de fange au-dessous du niveau commun. Tel homme se trouve loué, exalté aujourd'hui, qui dans peu d'années sera avili, abaissé, et réciproquement; que s'est-il passé? Les événemens ont changé; il n'y a rien de traître comme les événemens. De pareilles péripéties s'observent dans toutes les carrières, dans toutes les professions; et puis, hâtez-vous maintenant de juger vos contemporains. Ajoutons que la paix, cet inestimable trésor, ne s'entretient que par l'indulgence et une modération mutuelles. Point de rancune, nulle aigreur, l'amour du prochain, même du confrère, telle doit être, à mon avis, la devise de tout médecin qui a compris la grandeur, j'ai presque dit la profondeur de ce mot. Quant à moi, je ferai de mon mieux pour y rester fidèle; je hais la haine, et je ne conçois pas cet esprit de dénigrement, actif, persévérant, triste cachet de notre époque contre toute espèce de supériorité. On n'est élevé que pour être crucifié, dit-on; détestable maxime qui, si elle était juste, entraverait à jamais tout progrès social, par crainte de la méchanceté humaine.

Vous sentez, mon cher confrère, qu'avec de pareilles dispositions, personne n'est moins propre que moi à parler des vivans. Que ce soit crainte ou modestie, peu importe, je me résigne et garde le silence. Mais avec les morts, avec ceux qui ne sont plus que *cinis, fabula* et *manes*, la chose est bien différente; ici on est parfaitement libre d'agir et de parler comme l'on pense. Les morts n'ont plus rien à donner, on peut les louer tout à son aise; ils n'ont plus à se venger, on peut les critiquer, si la justice l'exige. Plus de places et de dignités, plus de pouvoir, plus de richesse, plus d'influence, le bruit cesse, mais les œuvres survivent, la seule partie vivace de la réputation. Il n'y a, en effet, que les actions, les travaux, les ouvrages des hommes célèbres qui puissent illustrer leur nom, assurer leur mémoire, voilà ce qui reste d'eux de ce *côté-ci* de la tombe. S'ils ont été grands, laborieux, s'ils ont appliqué le levier de leurs puissantes facultés pour reculer les bornes de la science; s'ils ont élevé, honoré la profession, on peut hardiment le proclamer; mais s'ils n'ont été que des escamoteurs, des écornifleurs de renommée que le hasard, l'habileté, l'intrigue, le *con strepito*, ont poussé au sommet; s'ils n'ont qu'une sorte de gloire qui se cloue avec eux dans leur bière, on peut également le dire sans trop se gêner. La vérité, rien que la vérité, le grand jury de la postérité doit prononcer aussi ces paroles sacramentelles, quand il s'agit des illustrations qui ne sont

de la poitrine ou courbure de la colonne : j'ai observé toutes ces combinaisons.

PROPORTIONNALITÉ ET ORDRE DE SUCCESSION DES DIFFORMITÉS.

Il était curieux de savoir dans quelles proportions et dans quels rapports ces différentes difformités se montrent, et dans quel ordre elles se développent ou se succèdent. Voici le résultat de mes observations à cet égard :

Sur 496 cas de rachitisme il y a eu :

Avec symptômes généraux et gonflement des articulations, sans courbures	11 cas.
Avec difformité des membres inférieurs et gonflement plus ou moins marqué des poignets........	485
	496

Dans ce nombre, il y avait simultanément :

Difformités dans la continuité des membres supérieurs........	14 fois.
Idem. de la colonne vertébrale........	48
Idem. du thorax........	59
Développement apparent du crâne........	17

D'où il suit que rarement le rachitisme s'en tient au développement des épiphyses sans courbures des diaphyses; que les membres supérieurs attestent par le gonflement des poignets leur participation à l'affection générale, mais qu'ils sont assez rarement déformés; que les membres inférieurs le sont presque toujours, et que les déviations de l'épine sont aux difformités des membres inférieurs pour la fréquence environ comme 1 est à 10. La proportion des difformités du thorax est un peu plus élevée et le développement du crâne un peu moins fréquent.

Quant à l'ordre de succession des difformités, elles se montrent comme il suit : gonflement des épiphyses des membres inférieurs, déviations des genoux, courbures des tibias et des péronés, courbure des fémurs; puis le gonflement des poignets, et simultanément ou consécutivement, la déformation du bassin; puis le gonflement et la déformation des côtes, des omoplates, des clavicules et la déviation de l'épine; le développement du crâne et le gonflement des os de la face ne viennent qu'en dernier lieu. Cet ordre de succession est incontestable. Sur 42 cas que j'ai observés et suivis pendant plusieurs années, dans Paris, le rachitisme s'est manifesté 41 fois par le gonflement des extrémités articulaires et la courbure des membres inférieurs : chez un seul, l'affection a paru commencer par la déviation de l'épine; chez aucun par la déformation du thorax.

La distance qui sépare le développement de la difformité de l'épine ou du thorax de celle des membres inférieurs varie d'un à trois ans. Dans le plus grand nombre des cas cependant, la déviation de l'épine s'est montrée environ un an après celle des membres. Mais c'est une loi incontestable, et qui souffre à peine d'exception, que le rachitisme procède dans la déformation du squelette de bas en haut, et que la difformité du rachis est la dernière à se manifester. Ces observations sur l'ordre de développement des déformations rachitiques sont encore confirmées par celles ci, savoir : que le degré de ces déformations successives est ordinairement en rapport avec leur ordre de manifestation. Ainsi, les os des jambes sont généralement plus déformés que les fémurs; les fémurs un peu plus que les os du bassin; ceux-ci plus que les os des membres supérieurs et du thorax; puis viennent, à peu près sur la même ligne, la déformation de la colonne et le degré de gonflement des os du crâne. La déformation la plus importante à signaler dans ses rapports de succession et de degré était celle des os du bassin : or, j'ai remarqué que toujours la déformation de ces os était accompagnée de la déformation des os des membres inférieurs, et que le degré de déformation de ces derniers, rapproché du degré de déformation des os des membres supérieurs, exprimait assez bien le degré de déformation des os du bassin; d'où il suit :

1° Que toute déformation rachitique d'une portion du squelette implique la déformation de celles qui sont placées au dessous : ainsi, celle de la colonne implique celle du bassin; celle du bassin, celle des fémurs; celle des fémurs, celle des tibias et des péronés, et la première implique la dernière;

2° Que le degré de chaque déformation est en rapport avec l'ordre de succession auquel elle est assujétie, c'est-à-dire que le degré des déformations diminue de bas en haut ;

3° Que toute difformité isolée d'une des portions supérieures du squelette, de la colonne, par exemple, sans déformation des parties situées au-dessous, n'est point due au rachitisme.

Lorsque les malades sont arrivés au summum de la période de *déformation*, il se manifeste un troisième ordre de phénomènes, constituant une troisième période du rachitisme, période que j'ai appelée de *résolution* ou de *consolidation*. Elle s'annonce par la diminution progressive des symptômes appartenant à la période précédente. Ainsi le pouls perd de sa fréquence, la diarrhée diminue et même cesse tout à fait. Le ventre perd graduellement de sa dureté et de son développement : les urines deviennent plus rares et plus colorées; les sueurs sont beaucoup moindres, et c'est principalement à ce symptôme qu'on reconnaît que le rachitisme est dans la période de résolution ou de consolidation. La peau est moins chaude et moins humide; elle reprend sa couleur normale. La figure cesse d'être contractée et le teint s'anime. En un mot, toutes les fonctions reprennent successivement leur activité; la digestion, la respiration, la circulation se développent et se régularisent; les forces musculaires reviennent et le malade, plus confiant en lui-même, et surtout débarrassé de cette sensibilité et de cette faiblesse des membres, reprend l'exercice de la station et de la marche, souvent après l'avoir suspendu pendant longtemps.

Du côté du système osseux, cette période du rachitisme offre des phénomènes qui ne sont pas moins importans à noter. Les épiphyses diminuent sensiblement de volume; on peut constater quelquefois dans l'espace de trois ou quatre mois une diminution d'un ou deux pouces à chaque genou. La résolution complète des épiphyses peut avoir lieu ainsi par les seuls efforts de la nature. Il n'en est pas de même des déformations du squelette : elles diminuent souvent d'elles-mêmes, mais disparaissent rarement complètement sans le secours des moyens mécaniques; j'ai observé cependant plusieurs exemples de redressement spontané de courbures des membres sous l'influence d'une médication générale; mais, ce qui est le plus fréquent, surtout lorsque les courbures ont été portées à un certain degré, c'est la persistance de la difformité et la consolidation des os dans cette disposition anormale. Il est remarquable qu'après la période de résolution les difformités des membres n'augmentent plus, mais aussi elles ne diminuent plus d'elles-mêmes. Les os qui, dans la période

plus. L'enthousiasme servile, la politique de génuflexion ne sont pas plus de saison pour les juger, que les vitupérations intéressées de la rancune, les clameurs de l'envie ou de l'amour-propre blessé. On a vraiment de grands avantages avec les morts; il est permis de les faire poser à loisir, de toucher une à une les feuilles de leur couronne scientifique, de calculer les dimensions de celle-ci, d'en estimer le poids et la valeur; il n'est point nécessaire de se faire violence pour être vrai, d'abaisser l'un, malgré son mérite, mais à cause de son succès, de faire à l'autre une étoile de famosité, quoique son savoir fût nul, et son savoir-faire immense. Parlons donc des morts, mon cher confrère, et laissons en paix les vivans; que chacun d'eux trace son sillon comme il le peut, comme il l'entend.

Mais voici une autre observation. Quelques-uns ont trouvé que je louais trop, d'autres ont fait la remarque opposée. Cette contradiction ne doit pas étonner quiconque a pu lire dans le cœur humain. Quand un lecteur a vu et connu l'homme dont on lui parle, son opinion à lui, s'interpose, se glisse aussitôt et presque à son insu entre le jugement qu'on lui présente et celui qu'il a formé d'avance. Il fait donc pencher la balance d'un côté ou de l'autre; le blâme ou l'éloge lui paraît outré selon la mesure de ses préventions pour ou contre. C'est à l'écrivain à maintenir dans cette balance le poids de la justice et de la vérité, sa conscience et ses lumières, voilà sa règle et son compas. Je crois, pourtant, qu'il faut un peu pencher du côté de l'éloge, et ne jamais mettre enseigne de satire; c'est quand on a toute liberté qu'il sied de garder toute mesure. Je sais, comme Swift, que tout panégyrique est nécessairement confit dans du jus de pavot; mais je n'ignore pas non plus qu'il ne faut jamais donner trop de prise à la malignité humaine; tâchons toujours d'être vrais, afin de conserver le droit d'être sévères. La vérité n'est pas rare non plus dans un panégyrique, et disons-le avec orgueil, il y a eu, et il existe encore dans notre profession, des hommes éminens qui ont une renommée pure, une gloire noblement acquise; il y a, grâce à Dieu, bon nombre de célébrités médicales rehaussées de mérite, de droiture et d'honneur.

Bien plus, quand le blâme est nécessaire, encore doit-on y mettre de la convenance; il faut bien savoir ce que l'on peut dire et ce qu'il faut taire, souvent se faire scrupule d'appuyer le burin trop fort et trop profondément. Une grande et célèbre biographie a pour épigraphe : « On doit des égards aux vivans; on ne doit aux morts que la vérité. » Cet apophtegme me paraît trop rigoureux; je crois qu'on doit encore des égards aux morts, et qu'il ne faut pas outrager leur mémoire, surtout lorsqu'ils ont été nos contemporains. Quand la main de la mort s'est étendue sur la face d'un homme, il n'y a plus de place pour l'insulte, maxime d'un grand écrivain, et qui me paraît d'une admirable justesse. La réserve et la prudence conviennent toujours lorsqu'il s'agit de prononcer un jugement quelconque sur les autres; personne n'est sans erreurs, personne n'est sans faiblesse ni passions; or, cette considération ne doit-elle pas rendre les critiques modérés, les appréciations bienveillantes. Souvenons-nous que l'épreuve morale, la plus difficile peut-être à supporter, est celle du pouvoir et de la célébrité; on ne sort pas toujours bien purifié de cette fournaise; mais aussi que de travaux à supporter, que de mécomptes, que de déboires à essuyer, que d'épines à dévorer ! Il faut donc en tenir compte, sous peine de tomber dans ces apothéoses ou ces excommunications de coteries absolument sans valeur.

Toutefois, mon cher confrère, ces concessions faites, il y a des bornes où

précédente, étaient mous, flexibles aux moindres efforts de la main, sont devenus durs, solides, et complètement inflexibles, quelque effort que l'on fasse. Arrivés à la fin de cette période du rachitisme, les sujets sont guéris ou tendent à la guérison complète de la maladie, mais ils conservent leurs difformités.

La terminaison du rachitisme n'a pas toujours lieu par la résolution complète. Quelques malades, chez lesquels l'affection a été portée à un degré considérable, ce qui s'accuse par la généralité et l'exagération des déformations du squelette; ces malades, dis-je, conservent une partie de leur vie, et même toute leur vie, des traces du profond désordre qui a frappé leur squelette. Chez eux, le rachitisme est passé à l'*état chronique*. Les signes propres à cette phase de la maladie n'offrent plus d'analogie avec ceux des trois périodes de l'affection aiguë: il n'y a plus ni fièvre, ni altérations sensibles d'aucune des fonctions principales; le rachitisme chronique se manifeste par deux symptômes permanens et assez tranchés: une constitution graisseuse, frêle, traduite à l'extérieur par un teint pâle et plombé, et une grande fragilité des os. Cette fragilité est telle qu'il suffit de comprimer certains os entre les doigts pour en rompre la table externe, qui ne conserve plus que l'épaisseur et la consistance d'une coque.

Tels sont les phénomènes extérieurs qui caractérisent les trois périodes du rachitisme: sa période d'incubation, de déformation et de solution ou de consolidation. La connaissance de ces phénomènes seuls conduit déjà à quelques résultats généraux dont plusieurs sont entièrement nouveaux et dont quelques autres avaient été mal établis: ces résultats peuvent se résumer comme il suit:

1° Le rachitisme est exclusivement une maladie de l'enfance;

2° Le rachitisme offre une période d'incubation, caractérisée par des symptômes généraux qui n'appartiennent pas encore à l'affection du tissu osseux;

3° Le rachitisme, considéré dans ses effets sur le tissu osseux, est une maladie générale de tout le squelette, mais qui se manifeste à différens degrés et sons différentes formes dans chacune de ses portions;

4° Les déformations rachitiques du squelette procèdent successivement de bas en haut, des os de la jambe aux os de la cuisse, de ceux-ci aux os du bassin, de ceux du bassin à ceux des membres supérieurs et du thorax, et finalement à la colonne et au crâne;

5° Le degré des déformations est en rapport avec leur ordre de développement: la déformation d'une portion du squelette implique toujours celle des autres portions situées au-dessous;

6° Le rachitisme, considéré dans le développement et la série de ses phénomènes, offre des périodes distinctes pendant lesquelles la maladie change plus ou moins d'aspect et de caractère.

Passons maintenant à l'histoire d'un autre ordre de faits, à l'examen des caractères immédiats du tissu osseux; cet examen ne fera que mieux établir les conclusions qui précèdent.

§ III. — CARACTÈRES IMMÉDIATS DU TISSU OSSEUX.

L'influence immédiate du rachitisme sur le système osseux se révèle par quatre ordres de faits différens: par la *déformation des os*; par leur *réduction en dimension*; par les *altérations* intimes de leur tissu; enfin par le *trouble* et le *retard* qu'il apporte dans la marche de l'ossification. Les faits relatifs aux déformations du squelette avaient été notés de tous temps; je n'ai rien à ajouter pour le moment aux indications générales que j'en ai données précédemment; j'y reviendrai avec détail en faisant l'histoire particulière des différens ordres de difformités produites par le rachitisme. Je passe immédiatement aux trois ordres de faits: à la *réduction en dimension des os rachitiques*, aux *altérations de leur tissu*, et à l'*influence du rachitisme sur la marche de l'ossification*.

A. RÉDUCTION ET DIMENSION DES OS.

J'ai rassemblé un certain nombre de squelettes offrant des traces évidentes de rachitisme, ceux que renferment les collections du muséum Dupuytren, de Clamart, de la Maternité, que j'ai rapprochés de plusieurs autres que je possède. J'ai mesuré avec le plus grand soin les dimensions relatives des os des membres supérieurs et inférieurs comparativement à la longueur qu'ils présentent à l'état sain; les dimensions comparatives des autres os du squelette, du bassin, de la colonne, du scapulum, des clavicules et du sternum; il résulte de mes recherches consignées dans le tableau placé à la fin de ce mémoire:

1° Que la plupart des os du squelette rachitique, comparés aux os du squelette normal, sont frappés d'un arrêt de développement par rapport à leurs différentes dimensions.

2° Que cette réduction, indépendamment de celle qui résulte de la déformation de l'os, peut être portée jusqu'à la moitié de l'étendue ordinaire de l'os.

3° Que cette réduction est dans un rapport presque constant avec l'ordre que suit le rachitisme dans son développement; autrement, que la réduction des os est généralement d'autant plus grande que la portion du squelette est plus inférieure, et que cette réduction diminue graduellement de bas en haut; des os de la jambe aux fémurs, des fémurs au bassin, du bassin aux membres supérieurs et à la colonne, etc., en sorte que le rapport normal établi entre la longueur des membres inférieurs et supérieurs diminue au profit des membres supérieurs.

4° Que la réduction des membres inférieurs par rapport à celle des membres supérieurs tend à établir que le rachitisme a pour effet de perpétuer par un arrêt de développement plus sensible des membres inférieurs, les rapports qui existaient entre les membres supérieurs et inférieurs et leurs annexes, à l'époque où cette affection s'en est emparée.

Ces différentes conclusions ressortent rigoureusement des rapports numériques que j'ai consignés dans les trois tableaux placés à la fin de ce mémoire. On y voit en effet que dans chacun des cas qui ont été analysés, toujours les os frappés de rachitisme étaient d'une longueur moindre que les os normaux, et que leur moyenne surtout était sensiblement moindre que la moyenne normale. (Voir le tableau n. 1.)

J'ai pris pour terme de comparaison des squelettes de femmes rachitiques exclusivement, afin d'avoir des rapports plus rigoureux, et conduisant à des applications pratiques plus directes en ce qui concerne les mesures du bassin.

Ainsi, tableau n. 1, sur treize squelettes rachitiques de femmes la longueur moyenne était de:

---

l'éloge devient flatterie, et ce sont ces bornes qu'il s'agit de poser. On trouve des esprits faibles, méticuleux au dernier point, pour qui le mot critique est le synonyme d'injure; selon eux, il faudrait toujours

« Velouter la satire et l'embaumer d'essence. »

Mais la vérité n'a-t-elle pas aussi ses droits? Taisez-vous donc, et brisez votre plume, si vous ne savez ni les reconnaître, ni les faire respecter. Parce qu'un homme a été grand et célèbre, parce qu'il a occupé les trompettes de la renommée scientifique pendant sa vie, faudra-t-il tomber à son égard dans une crédule et niaise admiration? Après sa mort, le déclarer de nouveau un haut et puissant seigneur, encenser son cadavre, blasonner son cercueil? Absurde et puérile servilité qui joue l'enthousiasme et le dévouement. Ne pourra-t-on signaler franchement l'exclusion du savoir pauvre, obscur, et l'intronisation de l'habileté intrigante? dire que l'un est parvenu au sommet par toute espèce de voies; tandis que l'autre s'est contenté de son mérite, que le vent seul de la fortune fit défaut à ses voiles? Faudra-t-il, à l'aide de cette sotte figure de rhétorique qu'on nomme *exagération*, prôner ce qui est sans valeur, élever ce qui est petit, surfaire ce qui est médiocre, transformer un auteur à petites vues et à courte haleine, en prodige de savoir, en lumière de la médecine? A dire toute ma pensée, mon cher confrère, ce n'est pas là mon opinion, je me tiens en garde contre ces préoccupations exclusives, qui souvent tiennent lieu de conviction. De la bienveillance, des égards, du respect même pour quiconque fut honoré du titre de médecin, rien de mieux; la loi de la critique est la modération, mais *sub lege libertas*, la justice doit aussi être consultée, la vérité n'est qu'à ce prix. D'ailleurs, cette vérité finit toujours par se faire entendre; la postérité n'est-elle pas là, avec son crible d'airain, pour séparer l'utile et le solide, du faux et du clinquant; pour distinguer, d'après le conseil du père Griffet, cité dans le portrait de Desgenettes, les réputations *fondées* de celles qui ont été *fabriquées*. Cette postérité ne demande pas toujours ce qu'on a été, mais ce qu'on a fait; les honneurs qu'on a obtenus, mais si on y est arrivé par le chemin de l'honneur; le degré de célébrité où on est parvenu, mais par quels moyens on a pu acquérir cette célébrité. Elle demande les travaux entrepris et achevés, les idées émises, les découvertes faites, la moisson qu'on a récoltée au profit de la science. Maintenant, peu nous importe que Fernel ait été le médecin favori de Catherine de Médicis, qu'il ait reçu dix mille écus à chacun des accouchemens de cette reine, même quand elle enfanta Charles IX? Peu nous importe que Van-Helmont ait été seigneur de Mérode, de Royenbock, d'Oorschot et de Pelline; que Haller ait été baron, seigneur de Goumonens-le-Jux, et d'Eclaglens, membre du conseil souverain de Berne, etc.? Leurs œuvres immortelles existent et nous environnons ces noms d'une glorieuse auréole.

A la vérité, mon cher confrère, de pareilles considérations n'ont pas grand poids aujourd'hui que tout s'apprécie par la valeur matérielle, qu'on fait de la médecine, le premier des arts, le dernier des métiers, en un mot qu'on place la moralité dans le succès. Un de mes amis, mathématicien renforcé, me répète sans cesse que les grandes maximes de la sagesse de notre époque se réduisent à l'équation suivante: l'ignorance et l'intrigue, *plus* le succès, *plus* l'argent, *égalent* le mérite. Je ne conteste nullement cette démonstration algébrique, je n'ignore pas que le savoir, la probité sont des valeurs qui ne se cotent pas à la bourse; mais je soutiens d'abord que l'ignorance ne réussit pas toujours, malgré son désir

	OS RACHITIQUES.		OS NORMAUX.		DIFFÉRENCE.	
1° Péronés	9 p.	5 l.	13 p.	2 l.	3 p.	9 l.
2° Tibias	10	1	13	6	3	5
3° Fémurs	10	11	14	0	3	1
4° Radius	6	8	8	4	1	8
5° Cubitus	7	5	9	3	1	9
6° Humérus	8	11	10	6	1	7
7° Clavicules	5	2	5	8	0	6
8° Sternum	5	0	5	5	0	5
9° Colonne	20	11	22	0	1	1
10° Trois diamètres du bassin	11	9	13	6	1	9

Cette comparaison des différentes parties du squelette montre non seulement que la réduction des os rachitiques s'opère de bas en haut, mais que cette réduction a lieu pour chacun des os rachitiques comparés aux os correspondans du squelette normal, suivant une série de nombres assez régulièrement espacés, comme on le voit par l'indication suivante des moyennes extraites de mon premier tableau :

Péroné, 28 p. 100.	Radius, 20 p. 100.	Clavicules, 9 p. 100.	Les 3 diamèt.
Tibia, 25 id.	Cubitus, 19 id.	Sternum, 8 id.	du grand bas-
Fémur, 22 id.	Humérus 15 id.	Colonne, 5 id.	sin 17 p. 100.

Ainsi 28, 25, 22, 20, 19, 15, 9, 8, 5, telle est la formule des réductions décroissantes des os rachitiques de bas en haut.

D'où il suit :

1° Que la réduction des os rachitiques est un fait général qui s'opère suivant la même loi que leur déformation, successivement de bas en haut, et graduellement de haut en bas.

2° Que la dimension d'un os rachitique étant connue, la dimension des autres parties du squelette peut être approximativement déterminée.

3° Que la réduction des trois diamètres du bassin chez les femmes rachitiques suit la réduction des dimensions de ses parties composantes, et que le degré de cette réduction est intermédiaire au degré de réduction du fémur ou de l'humérus.

Quant au rapport existant entre la longueur des membres supérieurs et inférieurs frappés de rachitisme, considéré comme perpétuant le rapport existant à l'âge où cette affection a envahi le système osseux, c'est un fait aussi incontestable que les précédens. J'ai démontré que la moyenne des invasions les plus fréquentes du rachitisme correspond à l'âge de dix-huit mois à deux ans ; or, d'après un relevé que j'ai fait sur la longueur comparative des membres supérieurs et inférieurs à cet âge, j'ai trouvé, comme on pourra s'en convaincre en jetant les yeux sur le tableau n. 2, que chez l'enfant normal âgé de deux ans, la longueur des membres supérieurs est à la longueur des membres inférieurs comme 1 est à 1, 34. Ce rapport chez l'adulte rachitique est de 1, 35, tandis que chez l'adulte normal il est de 1, 46. On voit donc que dans cette circonstance, le rachitisme, agissant comme cause d'arrêt de développement, donne lieu à des effets analogues aux effets produits par les causes qui entravent l'évolution des organes chez le fœtus, c'est-à-dire en perpétuant la phase de développement correspondante au temps d'arrêt. Je n'ai pas besoin d'établir ici la raison physiologique qui rend compte de l'infériorité relative des membres inférieurs chez l'enfant en bas-âge : c'est un fait acquis à la science qui n'a besoin que d'être cité pour être admis avec l'autorité de la chose démontrée.

Jusqu'ici je n'ai considéré la réduction des os rachitiques que dans sa manifestation la plus accomplie, sur des squelettes d'adultes. Or ce fait observé à une époque aussi distante de la maladie, pourrait être considéré comme un effet consécutif de son influence, et non comme un de ses caractères directs, d'autant plus que quelques auteurs qui ont écrit sur le rachitisme ont nié l'existence d'un arrêt de développement des os dans cette maladie. Pour résoudre cette difficulté et donner à mon observation toute la précision dont elle était susceptible, j'ai soumis les différentes parties du squelette de plusieurs enfans rachitiques à des mesures rigoureuses et répétées à quelque distance ; ainsi j'ai pris les dimensions des os des jambes, de la cuisse, des avant-bras, des bras, de la colonne et de la taille entière, en répétant ces mesures à plusieurs mois de distance, et j'ai acquis la connaissance de ce double fait, savoir :

1° Que les enfans atteints de rachitisme depuis un an environ sont plus petits de taille, et ont toutes les parties du squelette généralement plus courtes que les enfans normaux du même âge. (Tableau n. 3.)

2° Que pendant les deux premières périodes de la maladie, la croissance des os en longueur s'arrête complètement dans un certain nombre de cas ; dans d'autres, elle continue ; mais, en général, d'une manière sensiblement plus lente, et en particulier plus lente dans les extrémités inférieures que dans les supérieures. Dans quelques cas, des enfans atteints de rachitisme à un degré prononcé ont cessé de croître pendant huit à dix mois ; d'autres ont continué à croître, mais d'une manière peu sensible. Enfin, en comparant le degré d'accroissement des membres inférieurs au degré d'accroissement des membres supérieurs, j'ai observé des cas dans lesquels les membres supérieurs seuls avaient continué à se développer, tandis que les inférieurs étaient restés stationnaires, mais jamais je n'ai observé l'inverse. Ce fait du défaut d'accroissement ou simplement d'un ralentissement dans l'accroissement en longueur des os, chez les enfans rachitiques, m'a paru subordonné à l'influence du degré de la maladie ; avec un rachitisme très prononcé, l'accroissement était complètement suspendu ; avec un degré moindre, l'accroissement n'était que diminué. La manière dont ce fait se comporte à l'égard de la terminaison du rachitisme confirme encore sa subordination à l'influence directe de cette maladie. Ainsi dès que la période de consolidation ou de résolution a commencé, la croissance des os en longueur reprend, mais presque toujours avec moins d'activité que chez les sujets qui n'ont pas eu le rachitisme, et ce ralentissement d'accroissement continue jusqu'à la cessation du développement du squelette, en sorte que la somme de réduction que présentent les os longs chez les adultes rachitiques, se compose de deux résultats additionnés : de la réduction provenant d'un véritable arrêt, ou simplement d'une diminution d'accroissement pendant la maladie, et d'une diminution d'accroissement postérieure à la maladie. Je pense d'ailleurs qu'à l'influence du degré de l'affection, considéré comme cause immédiate de l'arrêt de développement plus marqué des os chez les rachitiques, il convient d'ajouter l'influence de l'âge auquel l'invasion de la maladie a eu lieu ; car les adultes rachitiques qui sont restés les plus petits sont ceux qui avaient été pris de la maladie à un âge plus avancé, à cinq, six ou sept ans.

J'ai cru voir en outre que chez ces individus les os avaient moins de tendance à se courber, et que la maladie s'accusait surtout par le gonflement des épiphyses et le raccourcissement des os longs.

---

ensuite que le mérite réel est loin d'être négligé, et les preuves les plus encourageantes ne me manqueraient pas ; enfin que l'homme obscur qui a fécondé de ses sueurs le champ de la science, obtient inévitablement s'il persévère le prix qui lui est dû, et le jugement est irrévocable. Quelquefois, je l'avoue, ce jugement est tacite, borné au petit nombre parmi les contemporains, mais la postérité le formule parfois d'une éclatante manière. Pourquoi donc hésiter à devancer ce jugement autant qu'il est en nous, à l'énoncer courageusement, à l'appuyer de preuves qui le rendent vrai et fondé ? Tel est, mon cher confrère, le but que je me suis proposé d'atteindre, et dont on ne saurait contester l'utilité. Parler sans haine et sans crainte, sans hyperbole ou d'injure ou d'éloge, éviter la pusillanimité qui dissimule, la partialité qui déguise ou altère la vérité, la flatterie qui trompe, la satire qui révolte, ce sont là les moyens auxquels j'ai eu recours, et j'ai la confiance de ne m'être pas trompé. J'ai taillé mon humble plume pour rendre hommage à la vérité, pour l'honneur et la dignité de la profession. L'assentiment d'une foule d'hommes honorables, le témoignage affectueux des confrères, et aussi les inspirations de ma conscience, m'assurent que je suis dans la bonne voie. Je continuerai donc à la suivre selon le temps et mes occupations journalières. Voilà ma croyance en fait de philosophie critique.

Veuillez, mon cher confrère, agréer l'assurance de ma vieille et constante amitié.

L'AUTEUR DE LA GALERIE MÉDICALE.

— M. le docteur MORASSET, de Rouen, nous adresse la note suivante sur un nouveau porte-caustique.

M. Barré neveu, de Rouen, vient d'imaginer un instrument nouveau qui parait devoir réhabiliter la cautérisation d'avant en arrière dans les rétrécissemens de l'urètre. Cet instrument consiste en une sonde fermée à son extrémité vésicale par deux valves articulées qui logent une cuvette olivaire destinée à être chargée de caustique, cette cuvette étant vissée à une tige introduite dans la sonde.

On en trouvera la description et la figure dans la notice publiée par l'inventeur. On peut voir déjà qu'il offre toutes les sûretés désirables. Les parties saines de l'urètre qui étaient sillonnées par la bougie armée sont au contraire protégées par la sonde de M. Barré contre l'action du caustique que l'opérateur ne met à découvert que lorsqu'on est parvenu au rétrécissement ; et même alors le caustique étant poussé en dehors, les parois saines du canal en sont écartées de toute l'épaisseur des valves augmentée de leur ouverture.

Cet ingénieux instrument sera promptement adopté par tous les praticiens qui admettent que la cautérisation est la seule méthode réellement curative des rétrécissemens de l'urètre. Il y a des cas nombreux où ils sont tels que la cautérisation latérale est impraticable faute de perméabilité. Pour ces cas au moins, plus d'un opérateur a dû regretter qu'il n'existât pas un porte-caustique moins défectueux que la bougie armée dont les inconvéniens n'ont pas besoin d'être démontrés.

Telles sont mes observations relatives à la réduction des os rachitiques. Ces observations peuvent se résumer comme il suit :

1° La plupart des os du squelette rachitique sont toujours relativement moins développés en longueur ou en largeur que les os du squelette normal.

2° Cette réduction, indépendamment de celle qui résulte des déformations, peut être portée jusqu'au-delà de la moitié des dimensions normales.

3° La réduction des os rachitiques s'opère suivant la même loi que leur déformation, successivement de bas en haut, et graduellement de haut en bas.

4° La série décroissante des réductions rachitiques de bas en haut est représentée par une série régulière de nombres qui permet de déterminer approximativement la dimension d'un os étant connue, la dimension des autres parties du squelette.

5° La réduction des trois diamètres du grand bassin suit la réduction des dimensions de ses parties composantes ; le degré de cette réduction peut se calculer par la moyenne des réductions du fémur et de l'humérus.

6° La réduction plus grande des membres inférieurs comparée à celle des membres supérieurs établit entre ces parties des rapports de longueur qui répètent et perpétuent exactement ceux de l'âge où la maladie s'est développée.

7° La réduction des os considérée chez les adultes rachitiques est le résultat composé de l'arrêt de développement du système osseux sous l'influence directe de la maladie et du ralentissement consécutif de son accroissement postérieur à la maladie.

8° La réduction des os rachitiques est un caractère général et aussi constant de la maladie que leur déformation.

(*La suite au prochain numéro.*)

N° I.

TABLEAU COMPARATIF DES DIFFÉRENTES PARTIES DU SQUELETTE RACHITIQUE ET NORMAL CHEZ LA FEMME.

DÉSIGNATION des OBSERVATIONS.	TAILLE.	PÉRONÉS.	TIBIAS.	FÉMURS.	RADIUS.	CUBITUS.	HUMÉRUS.	CLAVICULES.	STERNUM.	COLONNE.	DIAMÈTRES DU BASSIN. ANTÉRO-POSTÉRIEUR.	OBLIQUE.	TRANSVERSAL.	TOTAL.	PÉRIMÈTRES DU CRANE. HORIZONTAL.	D'un conduit auriculaire à l'autre, en passant sur le vertex.	De la bosse nasale à la protubérance occipitale.
	P. L.	P. L.	P. L.	P. L.	P. L.	P. L.	P. L.	P. L.	P. L.	P. L.	P. L.	P. L.	P. L.	P. L.	P. L.	P. L.	P. L.
Musée Dupuytren. 338	43 6	9 9	11 7	13 »	7 1	8 1	10 »	5 5	5 »	17 »	4 »	4 9	4 7	13 4	19 8	12 4	11 10
Maternité. 335	43 3	7 1	8 6	8 5	4 »	5 3	5 9	4 5	4 5	20 »	1 11	3 11	4 3	10 1	20 9	14 3	13 3
Muette. 24	48 »	11 3	12 1	14 4	7 6	8 3	10 9	5 8	4 9	20 10	2 7	4 5	5 3	12 3	20 »	11 6	11 9
Clamart. 4	45 6	9 8	10 8	10 11	6 4	7 2	9 5	5 2	4 9	26 5	2 7	4 3	5 1	11 11	19 »	12 »	11 3
Id. 26	» »	9 9	10 7	10 8	7 7	8 3	9 10	» »	5 9	21 6	2 6	4 9	5 6	12 9	» »	» »	» »
Id. 16	» »	11 11	13 2	14 2	8 8	9 9	12 »	» »	5 3	22 6	2 4	4 6	4 9	11 7	» »	» »	» »
Id.	» »	10 »	11 2	10 11	7 6	8 3	8 7	» »	» »	20 »	3 7	4 8	5 »	13 1	» »	» »	» »
Id. 30	32 »	8 1	9 3	9 11	5 10	6 9	7 10	» »	» »	» »	2 »	3 3	3 3	8 6	17 »	12 10	13 2
Muséum Dupuytren. F	» »	11 5	12 2	11 6	7 5	8 5	9 7	5 2	6 »	23 3	3 9	5 »	5 3	14 »	19 3	12 4	11 3
Id.	37 6	7 11	10 9	10 11	5 4	5 9	7 4	4 7	4 »	21 3	2 9	3 10	4 9	11 4	18 10	12 3	12 2
Id. D. 4	35 6	8 9	9 »	9 9	5 9	6 5	8 »	5 2	4 6	20 11	2 7	3 11	4 3	10 9	18 1	12 3	10 9
Id., déposé par Dalmas	35 3	6 1	6 11	7 5	6 2	6 7	6 6	4 11	5 1	20 9	2 10	3 6	3 9	10 1	19 »	13 3	12 8
Id.	44 »	10 7	11 2	10 1	7 10	8 2	10 »	5 11	5 8	22 6	2 11	5 »	5 3	13 2	19 9	12 4	12 3
Moyennes rachitiques	40 6	9 5	10 1	10 11	6 8	7 6	8 11	5 2	5 »	20 11	2 10	4 3	4 8	11 9	19 1 ½	12 6 ½	12 »
Dimensions normales	60 »	13 2	13 8	14 »	8 4	9 3	10 6	5 8	5 5	22 »	4 »	4 6	5 »	13 6	19 »	12 3	11 6
RAPPORTS DES MOYENNES RACHITIQUES AVEC LES DIMENSIONS NORMALES	0 67 ½	0 72	0 75	0 78	0 80	0 81	0 85	0 91	0 92	0 95	0 87				1 01	1 02	1 04

RAPPORTS ENTRE LES LONGUEURS DES MEMBRES SUPÉRIEURS ET INFÉRIEURS CHEZ LA FEMME RACHITIQUE ET CHEZ LA FEMME BIEN CONFORMÉE.

	RADIUS ET HUMÉRUS.	FÉMURS ET TIBIAS.	RAPPORT.
Femme adulte normale	18 10	27 6	:: 1 : 1 48
Id. rachitique	15 7	21 »	:: 1 : 1 35

N° II.

TABLEAU DES DIMENSIONS DES DIFFÉRENTES PARTIES DU SQUELETTE

CHEZ L'ENFANT RACHITIQUE.

SEXE ET AGE.	TAILLE.	PÉRONÉS.	TIBIAS.	FÉMURS.	RADIUS.	CUBITUS.	HUMÉRUS.	PÉRIMÈTRES DU CRANE. HORIZONTAL.	PÉRIMÈTRES DU CRANE. D'un conduit auriculaire à l'autre en passant sur le vertex.	PÉRIMÈTRES DU CRANE. De la bosse nasale à la protubérance occipitale.
	P. L.	P. L.	P. L.	P. L.	P. L.	P. L.	P. L.	P. L.	P. L.	P. L.
FILLE....... 2 ans.........	18 4	4 6	4 9	5 11	3 6	3 10	4 2	18 6	12 3	12 3
FILLE....... 2 ans et demi..	26 6	4 11	6 3	5 6	4 1	4 4	4 3	19 »	12 »	12 »
FILLE....... 2 ans.........	19 10	4 5	4 10	5 11	3 4	3 9	4 2	17 9	13 2	13 »
FILLE....... 3 ans.........	17 6	4 8	5 1	4 9	3 7	4 1	3 5	22 2	15 2	14 11
GARÇON..... 3 ans.........	29 6	5 6	5 9	6 10	4 1	4 9	4 8	18 3	12 2	12 5
Moyennes rachitiques........	22 4	4 9 ½	5 4	5 9 ½	3 8 ½	4 2	4 1 ½	19 1 ½	12 11 ½	12 11 ½
Dimensions normales........	29 1	5 4 ½	5 9	6 6	3 11	4 4	5 3	17 6	11 5 ½	11 11
RAPPORTS DES MOYENNES RACHITIQUES AVEC LES DIMENSIONS NORMALES.	0 77	0 89	0 91	0 89	0 95	0 96	0 79	1 09	1 13	1 09

N° III.

TABLEAU DES DIMENSIONS DU SQUELETTE NORMAL CHEZ LES ENFANS DE 1 A 3 ANS.

SEXE ET AGE.	TAILLE.	HUMÉRUS.	RADIUS.	CUBITUS.	FÉMURS.	TIBIAS.	PÉRONÉS.	PÉRIMÈTRES DU CRANE. HORIZONTAL.	PÉRIMÈTRES DU CRANE. D'un conduit auriculaire à l'autre en passant sur le vertex.	PÉRIMÈTRES DU CRANE. De la bosse nasale à la protubérance occipitale.
	P. L.	P. L.	P. L.	P. L.	P. L.	P. L.	P. L.	P. L.	P. L.	P. L.
GARÇON..... 20 mois.......	25 »	4 »	3 2	3 4	5 »	4 7	4 »	16 »	11 3	12 3
GARÇON..... 2 ans.........	28 4	4 5	3 6	4 »	6 »	5 3	5 »	16 9	11 9	12 6
FILLE....... 2 ans et demi..	29 »	5 »	3 9	4 2	7 »	5 7	5 4	18 »	11 6	11 »
FILLE....... 3 ans et demi..	35 »	6 3	4 7	5 1	7 8	6 9	6 5	18 6	12 6	12 »
FILLE....... 2 ans.........	29 »	5 10	4 1	4 9	6 11	6 6	6 3	18 2	11 6	13 »
FILLE....... 20 mois.......	28 »	5 10	4 3	4 10	6 3	5 9	5 3	17 6	10 3	10 9
MOYENNES............	29 1	5 3	3 11	4 4	6 6	5 9	5 4 ½	17 6	11 5 ½	11 11

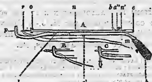
RAPPORT DES MEMBRES SUPÉRIEURS AUX INFÉRIEURS ;

Radius et humérus... 9 p., 2 l. Fémurs et tibias... 12 p., 3 l. — Rapport :: 1 : 1,34.

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

NOTE SUR UN NOUVEL INSTRUMENT POUR PRATIQUER LA STAPHYLORAPHIE ; par M. MARCELIN FAURAYTIER, étudiant en médecine à la Faculté de Paris.

DESSIN DE L'INSTRUMENT, RÉDUIT AU QUART DE SA GRANDEUR.



DESSIN A. Ce dessin représente l'instrument complet. L'extrémité du mandrin sort de la canule et porte l'aiguille munie de son fil (*m*).

DESSIN B. Ce dessin représente l'aiguille passée au-delà des branches de la pince et portée derrière la pince sur l'extrémité du mandrin.

DESSIN C. Il représente l'aiguille au moment où on retire le mandrin. On voit l'aiguille abandonnée par le mandrin et suspendue par son fil derrière la pince.

Depuis le mois de septembre 1819, époque à laquelle M. Roux pratiqua pour la première fois la staphyloraphie, bien des tentatives ont été faites, tant en France qu'en Allemagne, dans le but de perfectionner le procédé décrit par cet habile praticien. Si l'on songe à la grande difficulté de cette opération, à son utilité plus grande encore, vu le bienfait immense attaché à sa réussite, l'on ne s'étonnera pas de l'attention que lui ont consacrée tant d'hommes recommandables. Comme tous ont senti que le temps le plus laborieux et le plus important de l'opération était le placement des fils, c'est sur ce point délicat qu'ils ont dirigé leurs travaux et leurs améliorations; mais, il faut l'avouer, leurs efforts ont été couronnés de si peu de succès, que le procédé de M. Roux est encore regardé comme le meilleur, malgré les inconvéniens et les imperfections que j'y signalerai bientôt.

On sait que ce procédé se pratique à l'aide d'un porte-aiguille ordinaire, d'une aiguille courbe inflexible, d'une pince à anneau et d'une pince à dents de souris.

« Pour faire agir l'aiguille après l'avoir portée avec l'instrument conducteur au-delà de l'isthme du gosier et derrière la portion du voile du palais qu'on veut transpercer, la pointe étant tournée en avant, on attend que les parties soient en repos, puis la perforation étant pratiquée, on fait saillir le plus possible la pointe de l'aiguille en avant, puis on la saisit avec la pince à anneau, puis on fait lâcher prise au porte-aiguille et à la pince qui tend le voile du palais, puis enfin on ramène dans l'intérieur de la bouche l'aiguille entraînant avec elle le bout de la ligature, toutes manœuvres qui ne peuvent se succéder qu'avec beaucoup d'embarras et de lenteur. »

En 1834, M. Bérard jeune modifia avantageusement le procédé de M. Roux, en proposant d'enfoncer les aiguilles d'avant en arrière; du reste, il ne changea rien à l'appareil instrumental : celui-ci se composa toujours d'aiguilles courbes inflexibles, de pinces à dents de souris et de pinces à anneaux, qui servirent à porter et à ramener l'aiguille.

Les deux procédés que je viens de mentionner résument à eux seuls tous les autres connus, et se rattachent à deux méthodes bien différentes de pratiquer la staphyloraphie, puisque dans l'une on passe les aiguilles d'arrière en avant, et dans l'autre d'avant en arrière. Eh bien! laquelle de ces méthodes présente le plus d'avantages?

Si l'on réfléchit que les points de suture

1° Doivent être placés à la même hauteur sur chaque côté de la division;

2° Que les intervalles qui les séparent doivent être égaux;

3° Que le voile du palais doit être traversé ni trop près ni trop loin du bord libre;

Si l'on réfléchit à tout cela, dis-je, on sera convaincu de la supériorité de la seconde; car, comment réaliser de telles conditions en passant les aiguilles d'arrière en avant? Comment traverser le voile du palais en un point déterminé, lorsqu'on manœuvre à tâtons dans le fond de la gorge, et que l'œil, perdant de vue l'extrémité de l'instrument, ne dirige plus la pointe de l'aiguille; tandis qu'en portant les fils d'avant en arrière, ainsi que l'a très bien fait remarquer M. Bérard jeune, rien ne soustrait à la vue, ni les parties sur lesquelles il faut agir, ni l'instrument dont on se sert; le chirurgien mesure de l'œil les distances, pose la pointe de l'aiguille sur la partie qu'elle doit traverser, et l'enfonce à coup sûr à travers le voile du palais.

Mais comment se fait-il que cette méthode présente encore de si grandes difficultés et de si fréquens insuccès? Selon moi, cela tient moins à la méthode qu'à l'imperfection de l'appareil instrumental.

En effet, comment voulez-vous, à l'aide d'une sorte de pince ordinaire et d'une aiguille plus ou moins courbe, placer commodément et avec chance de succès des points de suture sur le voile du palais, c'est-à-dire sur un appendice mobile, flottant, contractile, s'effaçant, fuyant pour ainsi dire à l'approche du moindre corps étranger? Comment le saisir, le condre à la volée, enfoncer les aiguilles dans les points déterminés, lorsque vous le voyez se jouant de vos efforts, luttant contre les tractions exercées sur lui, tantôt s'abaisser, tantôt s'élever comme la toile d'un théâtre, tantôt enfin disparaître entièrement en se portant en haut et en dehors, vers le bord postérieur des os palatins, sous l'action des muscles péristaphylins internes et péristaphylins externes? Que de travail, de tentatives et de patience pour passer une seule aiguille! et l'aiguille passée, ne faut-il pas l'aller chercher au hasard dans le fond de la gorge, la trouver, la saisir, lui faire décrire un demi-cercle, la ramener en avant, etc., etc. Tout cela évidemment ne se fait pas sans fatigues douloureuses pour le voile du palais, sans soulèvemens d'estomac, pénibles pour le malade. Vous le voyez, que d'incommodités pour le patient, que d'embarras pour le chirurgien, que d'incertitude pour les résultats! Après de telles manœuvres, comment compter sur la réussite d'une réunion immédiate et parfaite de parties maltraitées par des tiraillemens et des contusions sans nombre? Comment se flatter qu'ils résisteront à l'effort des fils, ces bords de la division que vous avez meurtris et frappés de mort par la pression réitérée des instrumens? Avonons-le, si la staphyloraphie, si brillante en elle-même, trompe si souvent l'attente des infortunés qui bravent ses dégoûts sans jouir de ses bienfaits, ce n'est ni la méthode, ni le chirurgien, ni la difficulté même de l'opération, qu'il faut accuser, mais bien l'imperfection de l'appareil instrumental.

Tel était l'état de la chirurgie française sur ce point important, lorsque, le premier février dernier, M. Velpeau pratiqua la staphyloraphie sur une jeune fille, d'après le procédé de M. Bérard, en se servant des aiguilles et du porte-aiguille de M. Villemur. On sait que ces aiguilles sont courbes, flexibles et élastiques. Le porte-aiguille consiste en une simple canule dans laquelle glisse un mandrin. Le chirurgien place l'aiguille dans la canule, en l'étendant sur elle-même, et lorsqu'il l'enfonce dans le voile du palais, elle reprend sa courbure naturelle, et sa pointe vient saillir en avant. Ce moyen est si peu sûr et présente tant de difficultés qu'il y eut trois aiguilles de brisées contre le voile du palais et qu'on fut sur le point d'échouer pour placer la dernière: alors M. Velpeau en nous signalant l'inconvénient de cet appareil opératoire nous dit qu'il « faudrait un instrument qui empêchât le voile du palais de fuir en arrière au moment où l'aiguille va le percer. » Cette observation judicieuse me suggéra l'idée de mon instrument. Le jour même j'en remis le dessin à MM. Lay et Henry, fabricans d'instrumens, rue du Cloître-Saint-Benoît, 26, et douze jours après mon instrument était exécuté. J'insiste sur cette particularité, parce que postérieurement à la première communication publique que j'ai faite à l'hôpital de la Charité du dessin de mon instrument, quelques personnes en ont fait construire de plus ou moins analogues, sans indiquer où ils en avaient puisé la première idée. J'aime à dire, en publiant cet instrument, qu'il a été sanctionné par de nombreux essais et par l'approbation de tous mes professeurs. Je saisis avec empressement l'occasion d'adresser à MM. Velpeau et Sédillot de sincères remercîmens pour la bienveillance qu'ils m'ont montrée et les bons conseils dont ils ont bien voulu m'aider en cette circonstance.

(Suivez la description ci-après sur la figure A qui représente l'instrument complet.)

L'instrument se compose:

1° D'une longue tige métallique *hp* dont les extrémités recourbées en sens opposé présentent l'une un manche *h*, l'autre une pince *p*. Les branches de cette pince constamment maintenues fermées à l'aide de la vis *l*, sont taillées en biseau aux dépens de leur face antérieure et interne, en sorte qu'elles se réunissent en formant un angle plan dont l'arrête répond à la face postérieure de la pince. Cette disposition a pour but de favoriser le passage de l'aiguille entre les branches de la pince.

2° Sur cette tige est portée à l'aide de deux anneaux *nn'*, dans lesquels elle glisse aisément, une canule, *oe*, dont l'extrémité antérieure, *o*, terminée par une petite plaque carrée et dentelée, forme avec l'extrémité *p*,

de la tige *hp* une sorte de pince qui agit dans le sens antéro-postérieur. Sur cette canule on remarque deux rainures, l'une donnant passage au pédicule du bouton *a''* qui va se visser sur un mandrin contenu dans la canule, l'autre recevant la pointe de la vis *a'* destinée à empêcher tout mouvement de rotation de la canule sur elle-même.

3° Dans l'intérieur de la canule glisse un mandrin comme une lame de canif à coulisse glisse dans son manche. Ce mandrin mis en mouvement à l'aide du bouton *a''*, a son extrémité antérieure assez effilée pour recevoir l'aiguille *r*.

4° Celle-ci est courte, un peu conique et aplatie; son œil est près de sa pointe, et elle est creusée dans son talon, dans le sens de sa longueur, afin d'être plantée et fixée sur l'extrémité du mandrin.

Ainsi une pince; sur cette pince une canule, dans cette canule un mandrin, sur ce mandrin une aiguille, telles sont les pièces qui composent mon instrument. Quant à son mécanisme il est bien simple: l'aiguille est portée par le mandrin au-delà des branches de la pince, ainsi que le représente la figure B. Ces branches se refermant d'elles-mêmes par leur propre élasticité lorsqu'on retire le mandrin, l'aiguille est arrêtée par son talon, abandonnée par le mandrin et retenue derrière la pince, suspendue par le fil qu'elle porte; c'est ce que représente la figure C.

Pour se servir de cet instrument, le chirurgien plante l'aiguille, munie de son fil, sur le mandrin et l'enfonce dans la canule, en appuyant sur la pointe avec le dos de l'ongle du pouce.

L'instrument ainsi chargé, il le saisit comme un pistolet, en plaçant le pouce, fléchi à angle droit, entre le bouton *a''* et le point *b*, alors :

1° Il porte à travers l'isthme du gosier l'extrémité de la pince *p* derrière le voile du palais;

2° Il saisit et fixe solidement cette cloison musculeuse (en poussant la canule en avant), entre l'extrémité de la canule et la portion recourbée de la pince *p*.

3° Il la traverse de l'aiguille et du fil, en faisant avancer le mandrin.

Cela fait, l'aiguille est passée, on retire la canule et le mandrin en arrière, afin de dégager le voile du palais, et, en sortant l'instrument de la bouche, on amène l'aiguille en avant. Les trois mouvemens qui ont pour but de faire agir la canule et le mandrin s'exécutent avec autant de facilité que de promptitude, à l'aide de la première phalange du pouce. En effet, le pouce étant fléchi à angle droit et placé entre le bouton *a''* et le point *b*, 1° portez-le en avant, il fera marcher la canule;

2° Abattez-le sur le bouton *a''*, en le portant encore en avant, il poussera le mandrin et l'aiguille;

3° Enfin, retirez-le, en appuyant sur le point *b*, il ramènera en arrière la canule et le mandrin, en laissant l'aiguille au-delà du voile du palais, suspendue derrière la pince.

Toute la manœuvre se réduit donc à *avancer*, *abattre* et *retirer* le pouce.

1° Si nous résumons les avantages de cet instrument, nous verrons que, différant complètement de tous ceux connus jusqu'à ce jour, et par son aiguille et par son mécanisme, il permet de mettre de côté la pince à dents de souris, la pince à pansement, et de se passer d'aides, soit pour tendre le voile du palais, soit pour pousser ou retirer l'aiguille; tout cela, le chirurgien l'exécute seul, d'une seule main et avec une extrême rapidité, circonstance qui n'est pas à dédaigner lorsqu'on manœuvre dans un espace étroit comme le gosier, sur des parties qu'il faut saisir à la volée et dans des régions qui ne permettent pas au malade de supporter l'action prolongée des instrumens.

2° De plus, on se sert d'aiguilles aussi fines et aussi courtes qu'on veut, sans crainte de les voir ni fléchir ni s'arrêter dans la cloison, attendu que le mandrin, qui est enfoncé dans leur talon, leur donne de la force en même temps qu'un point d'appui pour les pousser au-delà du voile du palais.

3° Les aiguilles, étant droites, s'enfoncent perpendiculairement, et remédient ainsi à l'inconvénient des aiguilles courbes, qui font une plaie, dont la direction oblique favorise toujours plus ou moins la rupture des ligatures.

4° Le voile du palais, ayant un point d'appui sur sa face postérieure et étant saisi entre la canule et la pince, lutte en vain pour fuir l'aiguille; elle le perce toujours avec autant de promptitude que de sûreté.

5° En même temps que la pince courbe donne un point d'appui au voile du palais, elle peut servir à mesurer les distances pour placer les points de suture à la même hauteur sur chaque côté de la division.

6° Enfin, l'aiguille une fois passée, elle est saisie comme par enchantement et ramenée en avant, sans tiraillement pour le voile du palais, comme sans embarras pour le chirurgien.

Tels sont les avantages de l'instrument que j'ai inventé pour la staphylographie, et autres cas analogues, et qu'on pourrait employer, je crois, pour la suture de la cloison recto-vaginale et vésico-vaginale, ainsi que pour les ligatures de la base de la langue, des polypes du vagin, de l'utérus, de l'arrière-gorge; en un mot, de toutes les parties cachées profondément, applications importantes, sans doute, mais que j'ai dû passer sous silence, pour ne m'occuper que des améliorations d'une opération que le succès est loin de toujours couronner.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATIONS DE MALADIES DU NEZ ET DES FOSSES NASALES; communiquées par M. J.-J. CAZENAVE, médecin à Bordeaux, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris, etc.

TEIGNE FAVEUSE; GANGLIONS PÉRI-MAXILLAIRES ET SOUS-MENTONNIERS SUPPURANS; CORYZA CHRONIQUE; BEAUCOUP PLUS TARD LUPUS EXEDENS DE L'AILE DROITE DE NEZ; OZÈNE ACCOMPAGNÉ DE CARIE ET DE LA DESTRUCTION TOTALE DE LA CLOISON CARTILAGINEUSE DES FOSSES NASALES.

OBS. I. — Mademoiselle Elisabeth C..., habitant le département de l'Aude maintenant âgée de 22 ans, grande, forte, et jouissant d'une santé générale parfaite, fut porteur d'une teigne faveuse depuis l'âge de 3 ans jusqu'à 16. A cette époque, des ganglions péri-maxillaires et sous-mentonniers se tuméfièrent, suppurèrent et se cicatrisèrent à la longue, mais en laissant des traces indélébiles de leur existence. Ce fut à la même époque que cette jeune personne sentit son nez s'embarrasser, éprouva de l'enchifrènement et une céphalalgie frontale à peu près permanente.

M. le docteur Sernin, de Narbonne, ayant été consulté en août 1833, déclara que mademoiselle Elisabeth C.... était porteur d'une ancienne affection strumeuse, dont il décrivit les caractères. Il conseilla un laxatif au début, puis une solution iodurée; la poudre de ciguë à doses graduellement augmentées; un léger purgatif tous les quinze jours pendant l'usage de la ciguë; une tisane préparée avec la racine de gentiane, les fleurs de romarin et le bois de réglisse; des frictions faites sur les ganglions péri-maxillaires et dans l'intérieur du nez avec la pommade au proto-iodure de mercure; des lotions, dans le nez aussi, faites avec une solution iodurée rubéfiante; du 25 au 30 de chaque mois, des lavemens préparés avec une décoction de fleurs de camomille romaine; des pédiluves sinapisés et des frictions faites à la face interne des cuisses avec une cuillerée de teinture anti-spasmodique de Chrestien; l'application de quatre ou six sangsues à la vulve, application succédant aux lavemens, aux pédiluves et aux frictions; un régime approprié et l'usage des vêtemens de flanelle sur la peau.

Les parens de la malade et la malade elle-même, ne voyant aucune amélioration s'opérer à l'aide du traitement si rationnel et si bien indiqué qu'avait prescrit notre très honorable et très habile confrère le docteur Sernin, s'adressèrent (1834) à un officier de santé de leur voisinage, qui ne crut devoir s'occuper qu'à détruire, dans la fosse nasale droite, et avec une pommade cautérisante, ce qu'il dit être un polype, et ce que M. Sernin avait dit être, lui, homme fort compétent, une végétation fongoïde adhérente à la cloison intermédiaire des fosses nasales. Cette cautérisation occasionna des douleurs intolérables, et parut avoir augmenté le mauvais état du nez.

En 1836, c'est-à-dire deux ans après ces cautérisations, l'aile droite du nez fut envahie par des fissures douloureuses, et bientôt après par une ulcération dont l'aspect n'avait rien de rassurant. Dans cet état de choses, la malade réclama les conseils d'un officier de santé de Gignac, département de l'Hérault, qui parcourait les campagnes. Ce médicastre appliqua sur l'aile du nez ulcérée une pommade rougeâtre qui détermina une tuméfaction considérable de la face, du cou et de la presque totalité du cuir chevelu, tout en irritant et en agrandissant l'ulcération qu'il avait essayé de détruire en usant d'une vigoureuse cautérisation.

Un peu plus tard, notre honorable confrère le docteur Combes, de Gruissan, fut consulté. Ce praticien distingué recourut inutilement aux médications les plus opportunes, et voulut bien m'adresser sa malade, que la longueur du voyage et les chaleurs avaient singulièrement fatiguée.

Je la vis pour la première fois le 8 juillet dernier, et ne procédai que deux jours après à l'exploration très attentive et très minutieuse de l'extérieur du nez et de toute l'étendue des fosses nasales.

ASPECT EXTÉRIEUR DU NEZ. L'aile droite du nez était fortement échancrée, ulcérée, d'un rouge mollasse et fongueux; j'avais affaire à un véritable *lupus exedens* s'accompagnant de désordres intérieurs que je signalerai plus bas. La tuméfaction des parties et quelques cicatrices indurées avaient considérablement rétréci les ouvertures nasales, et la malade me dit éprouver là des douleurs lentes habituelles, et une sorte de fourmillement très incommode.

EXPLORATION DES FOSSES NASALES FAITE AVEC DES STYLETS DE FORMES ET DE DIMENSIONS VARIÉES. Je constatai que la cloison cartilagineuse était détruite; que les fosses nasales étaient obstruées par des croûtes épaisses et consistantes dont la malade se débarrassait plusieurs fois par jour avec la tête d'une très longue épingle; qu'il existait de la carie, et des ulcérations sur divers points des anfractuosités nasales; qu'un abondant écoulement mucoso-purulent avait lieu toutes les fois que la malade se lavait et débarrassait ainsi les cavités nasales des croûtes qui les obstruaient; que la membrane pituitaire était sensiblement hypertrophiée, et qu'on sentait toujours une odeur de punais qui était parfois si prononcée, qu'il était impossible d'approcher mademoiselle C....

Bien que l'affection du nez et des fosses nasales dût son apparition aux scro-

fules, je n'en demeurai pas moins persuadé que cette maladie, considérée comme affection générale, n'existait plus; qu'elle avait été convènablement et assez longuement traitée, et que l'âge de la malade ainsi que son excellente constitution étayaient raisonnablement cette manière de voir, qui est sanctionnée d'ailleurs par l'expérience commune. Je pensai, en un mot, qu'il ne fallait s'occuper que du lupus, du coryza chronique, de l'ozène et de leurs conséquences locales.

Toutes les questions que j'adressai séparément au père de la malade et à la malade elle-même ne me permirent pas de supposer l'existence présente ou passée de la syphilis.

M. C.... et sa fille ne pouvant demeurer qu'un mois et demi à Bordeaux, je dus leur conseiller de ne pas commencer un traitement qui demeurerait inachevé, de se contenter d'une consultation écrite, et de se confier aux soins éclairés du docteur Combes, auquel j'envoyai mon ouvrage sur le coryza chronique et l'ozène non-vénérien, avec mon porte-caustique nasal de moyen calibre.

A. Traitement du lupus exedens. 1° Il faudra introduire alternativement dans chaque ouverture des narines, et les y maintenir assez longtemps, de petits bouts d'éponge préparée, afin de s'opposer à leur oblitération.

2 La malade prendra tous les soirs en se couchant une pilule d'arséniate de fer. On préparera ces pilules selon la formule suivante :

Prenez :	Arséniate de fer................	1 grain et demi.
	Extrait de houblon.............	demi-gros.
	Poudre de guimauve...........	18 grains.
	Sirop de fleurs d'oranger.......	qs.
	Mêlez pour faire 24 pilules.	

3° Elle usera d'une tisane amère, soit de feuilles de saponaire, soit de racine de patience, soit de racine de gentiane concassée.

4° On cautérisera le lupus avec la poudre de Dupuytren, dont voici la formule :

Prenez :	Acide arsénieux.......	12 grains.
	Calomel..................	1 once.
	Mêlez très exactement.	

On saupoudrera la surface convenablement préparée avec une petite houppe chargée de ce mélange, et de façon à l'en recouvrir d'un millimètre au plus. L'incrustation grisâtre très adhérente qui se formera ne tombe souvent que longtemps après l'application du caustique, à moins qu'on ne provoque la chute par des applications émollientes.

5° S'il arrivait que cette poudre de Dupuytren ne produisît pas l'effet désiré, il faudra se servir du proto-nitrate acide de mercure, avec lequel on cautérisera les parties en prenant les précautions que tous les praticiens connaissent.

B. Traitement du coryza chronique et de la punaisie (ozène). Quoique les détails de ce traitement fussent complets dans l'ouvrage que j'eus l'honneur d'envoyer à M. le docteur Combes, je dus néanmoins ajouter l'instruction suivante :

1° Il faut prendre le nitrate d'argent fondu chez un bon pharmacien qui le prépare lui-même.

2° Pour placer ce nitrate d'argent dans la cuvette du porte-caustique, il faut préalablement le réduire en poudre très fine.

3° Lorsque la cuvette est garnie et que la poudre caustique en dépasse les bords, on chauffe très doucement avec une lampe à esprit de vin, dont on tient la flamme d'abord à cinq ou six pouces au-dessous de l'instrument, en ayant la précaution de ne pas avoir des courans d'air, afin que la lumière ne vacille pas et que la fonte du nitrate d'argent soit graduelle et régulière. On rapproche ou on éloigne la flamme, selon qu'elle donne plus ou moins de chaleur et que le fond de la cuvette offre une épaisseur métallique plus ou moins considérable; on la promène lentement sous l'auge du porte-caustique, et on la retire aussitôt que la poudre est fondue. Il est bien entendu que si l'azotate d'argent se boursoufle, brûle comme de la poudre humide ou se charbonne, il faudra recommencer l'opération jusqu'à ce qu'on obtienne une fonte d'un aspect métallique brillant.

A propos de nitrate d'argent fondu et de cautérisations, je fais depuis longtemps des expériences comparatives, tant sur les malades que je traite de rétrécissemens de l'urètre que sur ceux dont je cautérise les fosses nasales, qui m'ont déjà conduit à de fort beaux résultats que je publierai bientôt, je l'espère. Je suis en grande partie redevable de ces résultats à l'excessive obligeance de M. Fauré, de ce chimiste distingué dont le monde médical et pharmaceutique a si souvent l'occasion de priser le savoir.

Revenant à mademoiselle Elisabeth C..., j'eus indirectement de ses nouvelles trois mois après son départ de Bordeaux, et j'appris qu'elle éprouvait alors une très grande amélioration dans son état.

Obs. II. — Punaisie; trois petites ulcérations dans la fosse nasale droite.

A M. le docteur A. Trousseau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Monsieur et très-honoré confrère,

M. X..., négociant de l'une des principales villes du nord de la France, âgé de 30 ans, d'une bonne constitution, est porteur d'un ozène qui remonte à une époque déjà fort ancienne, et dont il a été traité sans succès par la poudre mercurielle dont vous avez donné la formule dans le Journal des connaissances médico-chirurgicales, et par une foule d'autres moyens indiqués en cas pareil.

Lorsque ce malade vint me consulter (10 juin dernier), je constatai une odeur prononcée de punais venant de la fosse nasale droite; l'existence de trois petites ulcérations siégeant près de la racine du nez, dans cette même fosse nasale droite; l'expulsion, en se mouchant, de mucosités sèches, très épaisses, jaunâtres, formant bouchon, et une sorte de barre charnue, transversale, divisant la même fosse nasale droite en deux portions inégales.

Après l'usage de quelques moyens préliminaires, je procédai à la cautérisation directe des ulcérations, sans négliger de promener le porte-caustique sur tous les points accessibles de la membrane pituitaire, et de se porter légèrement dans la fosse nasale gauche, quoique je n'y eusse découvert ni ulcérations ni odeur ni épaississement anormal de la membrane muqueuse. Les onze cautérisations que j'ai pu faire en vingt et un jours ont été parfaitement bien supportées, et ont eu pour résultat une supersécrétion muqueuse abondante, l'élargissement de la fosse nasale droite, l'usure de l'hypertrophie membraneuse, la cicatrisation de deux ulcérations et la disparition de l'odeur de punais dès la huitième application du porte-caustique. Pour hâter la guérison et pour mettre à profit le peu de temps dont M. X... pouvait disposer, je lui ai fait priser des poudres dont je me sers chez quelques malades et dans lesquelles il entre du nitrate d'argent porphyrisé. Cette espèce de cautérisation a surexcité le malade, lui a donné une forte céphalalgie et de la fièvre, ce qui a dû m'en faire discontinuer l'usage pour m'en tenir aux cautérisations ordinaires.

M. X... ayant absolument besoin de revenir chez lui pour ses affaires, et le traitement demeurant conséquemment incomplet, j'explorai hier, 5 juillet, la fosse nasale droite, au haut et en dehors de laquelle je découvris une toute petite ulcération. Je reconnus d'ailleurs une simple odeur de mucus et point celle de punais, qui peut reparaître tant que l'ulcération ne sera pas cicatrisée.

Dans cet état de choses, et M. X... devant passer quelques jours à Paris, j'ai pris la liberté de vous l'adresser pour que vous ayez la bonté de le cautériser. Plus tard, il fera compléter son traitement, s'il y a lieu, par un habile praticien de ...., pour lequel j'ai écrit une petite instruction.

Recevez la nouvelle assurance, etc.

Cazenave, D. M. P.

Bordeaux, le 6 juillet 1838.

Réponse de M. A. Trousseau à M. J.-J. Cazenave, médecin à Bordeaux.

Monsieur et très-honoré confrère,

J'ai vu le malade que vous m'avez fait l'honneur de m'adresser. Malgré la fatigue du voyage et l'interruption des cautérisations, l'odeur de punais était entièrement détruite, et comme il devait partir pour ...... le surlendemain, je n'ai pas jugé à propos de le cautériser ici; je l'ai vivement engagé à suivre le traitement que vous lui avez conseillé, et, dans mon opinion, c'est ce qu'il a de mieux à faire. Je lui ai conseillé en outre quelques injections avec une solution très faible de nitrate d'argent, et, de temps en temps, quelques inspirations de poudre mercurielle.

Et puis, comme il avait eu jadis la vérole, et que les coryzas chroniques avec ozène sont dans les neuf dixièmes des cas de cause syphilitique, quand ils commencent à trente ans, je lui ai conseillé des bains de sublimé et des pilules de proto-iodure de mercure.

Recevez l'assurance, etc.

Signé A. Trousseau.

Paris, 12 juillet 1838.

Je n'ai qu'une observation à faire, mais une observation fort importante dans l'espèce, sur la lettre du savant professeur Trousseau touchant ce qu'il dit de la vérole que M. X.... aurait contractée jadis, selon lui.

Toutes les fois qu'un malade qui vient réclamer mes conseils est porteur d'un coryza chronique suivi d'ozène, j'ai la précaution de m'enquérir avec beaucoup de soin s'il a eu quelque maladie vénérienne ou seulement des blennorrhagies, et à l'aide de quels moyens on l'en a débarrassé. Eh bien! j'avais pris cette précaution avec M. X.... qui me dit n'avoir jamais contracté que deux uréthrites dont il avait été guéri assez rapidement en usant de moyens antiphlogistiques, du repos et d'un régime convenable. Du reste, quand je conserve des doutes, quelque légers qu'ils soient, sur l'existence d'une affection virulente, soit qu'elle constitue une syphilis primitive, soit qu'elle ait passé à l'état de syphilis constitutionnelle, j'ai immédiatement recours aux médications spécifiques ou réputées telles, pour ne m'occuper, plus tard et en temps opportun, que de la maladie des fosses nasales. Mais je ne pouvais raisonnablement pas avoir des doutes de cette espèce sur le compte de M. X..., et voici pourquoi :

Bien qu'il existe encore chez quelques médecins une dissidence assez tranchée dans les vieilles opinions professées touchant la question de savoir si la blennorrhagie est identique au chancre, ou si, en d'autres termes, elle constitue, comme lui, des accidens primitifs, par lesquels la vérole peut commencer, malgré cette dissidence je partage tout à fait les opinions essentiellement pratiques du docteur Hernandez, de Toulon (1), qui a parfaitement résumé tout ce que l'inoculation peut fournir sur ce sujet comme base de diagnostic différentiel, et celles de M. Ricord qui a surabondamment prouvé, de son côté, que l'inoculation du virus

(1) J. F. Hernandez. Essai analytique sur la non identité des virus gonorrhoïque et syphilitique. Toulon 1812. Article 4, page 57.

blennorrhagique ne produisait pas de chancres, et que le chancre seul produisait le chancre (1).

J'aurai l'occasion de revenir sur cette question de la syphilis lorsque je publierai l'observation très curieuse d'un coryza chronique dont un négociant allemand, que je traitai en octobre 1853, était porteur. Ce malade avait eu des chancres sur le gland et au voile du palais, qui était en grande partie détruit. M. Cullerier neveu, qu'il consulta en 1827, lui conseilla un traitement mercuriel qu'il ne fit pas, et Dupuytren, qu'il alla voir en 1829, et dont j'ai l'avis écrit, lui conseilla le régime, les distractions et les voyages, ce qui suffit pour faire disparaître toutes les vieilles traces de syphilis constitutionnelle. Le coryza chronique a été parfaitement guéri par une vingtaine de cautérisations seulement.

PUNAISIE; DEUX LARGES ULCÉRATIONS DANS LA FOSSE NASALE GAUCHE.

OBS. III.—Mademoiselle Eléonore de M... avait dix-huit ans lorsque je la vis pour la première fois; elle est forte, bien constituée et parfaitement réglée. Sa famille voyant que l'odeur de punais, qui était déjà ancienne, ne faisait qu'augmenter, fit prier l'un des médecins les plus distingués d'un chef-lieu de département voisin, qu'elle habite, de lui donner des soins. Ce confrère conseilla de faire plusieurs fois par jour des injections dans les fosses nasales avec du chlorure de soude étendu d'eau, mais principalement au moment de sortir; de prendre de temps en temps, et dans l'intervalle des injections, une prise de la poudre suivante :

Prenez : Sauge en poudre............ demi-gros.
Sucre candi en poudre...... 2 gros.
Chlorure de chaux sec...... 12 grains.
Mêlez exactement.

Ces moyens n'ayant produit aucun amendement après un mois de leur usage non-interrompu, le même médecin fit faire des injections avec une solution de trois gouttes de créosote pure dans une once d'eau distillée. Ces injections n'ayant pas mieux réussi que les précédentes et que la poudre à priser, il prescrivit la solution suivante, qui devait être employée à la dose d'une cuillerée à café dans un verre d'eau, et moins si l'injection faisait éprouver une douleur trop vive.

Prenez : Iode.................. 3 grains.
Iodure de potassium... 6 grains.
Triturez ensemble et dissolvez dans 2 onces d'eau distillée.

Ces dernières injections n'ayant en rien amendé l'état de la malade, son médecin dit qu'il faudrait recourir à la cautérisation des surfaces altérées; mais qu'avant d'en venir à ce moyen extrême, on pourrait mettre en usage le traitement conseillé par M. le professeur Trousseau. Ce traitement échoua comme tous les autres.

Lorsqu'il fut question de confier la malade à mes soins, sa famille désira savoir en quoi consistait la cautérisation des fosses nasales, et comment j'y procédais. Des médecins, consultés à ce sujet, prétendirent que cette cautérisation était un moyen dangereux; que s'il réussissait à guérir, il exposait certainement à faire dégénérer de simples ulcérations en ulcères carcinomateux, et que, d'ailleurs, les préliminaires de cette petite opération étaient effrayans et très douloureux, puisqu'il fallait d'abord entr'ouvrir les narines avec une espèce de dilatateur.

Quoi qu'il en fût de ces encourageantes prévisions, on me confia la malade, que je rassurai bien vite, et à laquelle je n'hésitai pas de montrer mes instrumens d'exploration et ce redoutable porte-caustique dont on l'avait si fort effrayée.

En humant l'air expiré des fosses nasales, la bouche étant fermée, il me parut que l'odeur de punais était très prononcée et qu'elle venait de la fosse nasale gauche, tout à fait en haut de laquelle et du côté opposé à la cloison je découvris deux larges ulcérations (2). Je cautérisai ces altérations, presque toute l'étendue de la fosse nasale gauche, et légèrement la fosse nasale droite, les 23, 25, 27 février, 1, 3, 5, 8, 12, 13, 16, 19, 22, 29, 31 mars; 5, 9, 12, 16, 19, 23, 26 avril; 3, 13, 28 mai 1836. Chacune de ces cautérisations, que la malade supporta sans douleur, la fit éternuer et provoqua une supersécrétion muqueuse claire et filante, toujours très abondante. L'odeur de punais changea de nature dès la troisième application du porte-caustique, et disparut complètement après le huitième, que je fis en présence de M. B., de la Charente-Inférieure, que je traitais à cette époque. Les deux ulcérations furent cicatrisées le 5 avril, et l'odeur de punais n'avait pas reparu, ainsi que put le constater le docteur Lalaune, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bayonne, en présence duquel je cautérisai mademoiselle de M... et M. B...

Les parens de la malade m'avaient prévenu, et je pus constater moi-même pendant le traitement, que l'odeur de punais augmentait beaucoup à chaque époque menstruelle. C'est là un fait que j'ai déjà observé plusieurs fois dans ma pratique, et qui a beaucoup d'analogie avec ce qu'a remarqué le professeur Tiedemann, d'Heidelberg, touchant l'haleine douceâtre et fort désagréable des femmes qui sont dans la période menstruelle (3).

(1) Ph. Ricord. TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES ou recherches critiques et expérimentales sur l'inoculation appliquée à l'étude de ces maladies, etc. — In-8. Paris 1838.

(2) Voyez pour le mode d'exploration et la cautérisation des fosses nasales, mon ouvrage *sur le coryza chronique et l'ozène non-vénérien*. In 8°. Paris, 1835.

(3) Tiedemann. *Recherches expérimentales sur l'exhalation pulmonaire et les qualités de l'haleine.* JOURNAL DE PHYSIOLOGIE, vol. II, liv. II, 1833.

La guérison de cette malade est demeurée complète.

CORYZA CHRONIQUE; PUNAISIE TRÈS PRONONCÉE; GUÉRISON TEMPORAIRE; RÉCIDIVE AVEC UNE GRANDE AMÉLIORATION.

OBS. IV.—M. B..., habitant le département de la Charente-Inférieure, était punais depuis un an, lorsqu'il pria un médecin fort connu, et jouissant à bon droit d'une grande réputation, de le débarrasser de cette dégoûtante incommodité. Notre savant confrère n'explora point les fosses nasales, et les cautérisa superficiellement en se servant d'un morceau de nitrate d'argent fondu, monté sur une grosse aiguille à tricoter, fendue à l'une de ses extrémités et faisant ressort. La poudre mercurielle de Trousseau fut mise en usage dans les intervalles de ces cautérisations, qui n'eurent aucun résultat favorable pour le malade, dont le traitement dura un mois et demi. Jamais, pendant cette période de temps, M. B... ne se sentit le nez dégagé; jamais, non plus, il ne fut débarrassé des matières sèches, croûteuses, humides au centre et puantes, qui obstruaient les fosses nasales.

Lorsque je vis M. B..., il avait dix-huit ans, était frais, coloré, parfaitement constitué, répandait autour de lui une odeur de punais très prononcée, avait la racine du nez déprimée, nasonnait peu en parlant, respirait assez librement par les narines; la bouche, étant fermée, distinguait à peine les odeurs les plus fortes, se mouchait difficilement et n'expulsait qu'après beaucoup d'efforts les matières jaunes, sèches et fétides qui avaient longtemps séjourné dans les fosses nasales et surtout dans la gauche.

Avant de le cautériser, je lui fis inspirer trois fois par jour des vapeurs émollientes par les deux narines, lui prescrivis deux bains domestiques par semaine, et lui recommandai très expressément de réduire ses repas aux deux tiers de ce qu'il mangeait habituellement.

Je commençai les cautérisations le 9 mars 1836, et les continuai les 11, 13, 15, 17, 19, 22, 24, 26, 28, 30 mars, 5, 7, 10, 14, 18, 22, 26, 30 avril, 4 et 9 mai de la même année. Tout en agissant sur les deux fosses nasales en même temps, je m'attachai cependant à cautériser la gauche plus souvent et plus profondément que la droite.

Je ferai remarquer en passant que M. B... était très pusillanime, très douillet, et qu'il redoutait beaucoup les cautérisations, bien que celles qu'il avait eues à supporter l'année précédente n'eussent pas dû le faire beaucoup souffrir. Pour l'encourager et lui donner un bon exemple à suivre, je priai mademoiselle Eléonore de M..., sujet de l'observation précédente, de vouloir bien permettre que je la cautérisasse en présence de ce jeune homme. Comme mes deux malades étaient étrangers à Bordeaux, et qu'ils ne pouvaient pas s'y rencontrer dans le monde, j'obtins de bonne grace la permission que j'avais demandée. L'impassibilité de la jeune personne surprit M. B... et lui donna plus de courage sans l'affranchir complètement de ses appréhensions, qu'il devait à sa rare impressionnabilité.

Toutes les cautérisations provoquèrent, à de légères différences près, de fréquens éternuemens, du larmoiement et une sécrétion muqueuse très abondante qui durait tout le jour.

A dater de la quatrième application du porte-caustique, la formation des croûtes cessa, et M. B..., qui ne se mouchait que très rarement et avec la plus grande difficulté, se moucha un grand nombre de fois chaque jour, ce qui fit disparaître en très peu de temps la pesanteur et la gêne qu'il éprouvait habituellement à la racine du nez, et le débarrassa de ses douleurs de tête.

A la même époque, c'est-à-dire le 15 mars, l'odeur de punais n'existait déjà plus, ce qui fut constaté un peu plus tard par M. le docteur Lalaune, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bayonne, en présence duquel je fis une cautérisation.

M. B... vint tous les jours chez moi après la dernière cautérisation, et j'eus tous les jours la satisfaction de lui répéter qu'il était complètement débarrassé de sa punaisie. Néanmoins, trois mois après son départ de Bordeaux, une très petite quantité de mucus se concréta dans la fosse nasale gauche, le malade se moucha plus rarement et les expirations nasales transmirent l'odeur douceâtre et nauséabonde des mucosités qui sont restées longtemps enveloppées dans un mouchoir de poche.

Plus tard encore, c'est-à-dire vers la fin d'octobre 1836, époque à laquelle je vis M. B..., son état s'était un peu aggravé, en ce sens que l'odeur de punais, bien qu'à peine sensible, même en mettant mon nez sous le sien, avait reparu.

La famille de ce jeune homme, ayant constamment besoin de lui, ne voulut jamais consentir à ce que je reprisse le traitement, quelque insistance que je misse à lui démontrer combien il me serait facile de modifier convenablement la membrane pituitaire pour arriver à bien.

Dans l'espace de deux ans, j'ai eu à traiter trois *punais* ayant le vice de conformation qui constitue la dépression de la racine du nez, ou ce qu'on appelle vulgairement *nez écrasé*. L'un de ces sujets, jeune demoiselle, habitant le département des Landes, âgée de vingt ans, bien constituée, parfaitement réglée, était porteur d'un coryza chronique avec punaisie sans ulcérations, et ne guérit qu'après avoir été cautérisée pendant un an, en laissant de temps en temps huit, dix et quinze jours d'intervalle. Le second, homme de quarante ans, habitant Bordeaux, était aussi porteur d'un coryza chronique avec punaisie sans ulcérations. Son père, mort à soixante-quinze ans, avait le nez écrasé, était punais à un très haut degré et n'avait jamais eu d'odorat. J'usai en pure perte des cautérisations, de l'inspiration des poudres mercurielles de Trousseau et d'une foule d'autres moyens. Le troisième punais, étudiant en droit, âgé de vingt et un ans, était né d'un père punais aussi, ayant le nez écrasé. Je ne fus pas plus heureux que dans le cas précédent, et force me fut d'abandonner le traitement de ce jeune homme qui a renoncé à ses études de droit et s'est retiré dans sa famille qui habite le Périgord.

Voilà les faits; en voici l'analyse.

Monsieur B., de la Charente inférieure, et la jeune demoiselle du département des Landes, avaient la racine du nez déprimée, et, les mucosités ne pouvant ni s'écouler ni être expulsées, contractaient une odeur fétide par leur long séjour dans les anfractuosités des fosses nasales. Mais ni les aïeux, ni le père ni la mère de ces deux jeunes gens n'avaient eu ni vice de conformation des os propres du nez, ni coryza chronique, ni punaisie. Toutefois, et malgré son nez écrasé, M. B... cessa d'être punais dès les premières cautérisations. Quoi qu'il en fût, l'influence de la médication cautérisante s'étant épuisée, la dépression de la racine du nez redevint un obstacle mécanique, amena nécessairement le séjour du mucus derrière elle, à la criblure ethmoïdale, sur une portion du reste de la paroi supérieure des fosses nasales et occasiona de la sorte le retour, singulièrement amendé cependant, du coryza chronique et de l'ozène. Quant à la jeune personne du département des Landes, la persistance de sa maladie me porta naturellement à mettre de la persistance dans le traitement, à l'aide duquel je crois avoir détruit l'hypertrophie chronique de la portion de membrane pituitaire qui répond à la racine du nez, tout en élargissant le passage et en modifiant très profondément la vitalité et les fonctions sécrétoires du tégument *schneiderien*.

Quant au nez écrasé, au coryza chronique et à la punaisie héréditaire, en tant que l'adjection héréditaire ne s'applique qu'à la transmission de la forme vicieuse du nez, j'incline fortement à penser que ces maladies sont le plus souvent incurables. Le temps et l'expérience seuls pourront nous apprendre définitivement ce qu'on doit penser à cet égard.

Puisque je suis sur le chapitre de l'hérédité, pathologiquement parlant, je raconterai un fait de punaisie dont je n'ai encore vu ni lu le pendant nulle part.

Obs. — M. N..., le père, fut punais jusqu'à l'âge de 25 ou 26 ans, et guérit alors sans traitement aucun. La même maladie se déclara chez son fils, à 12 ans, époque à laquelle, par suite d'un accident, que je n'ai point présent à l'esprit, il eut une arthrite traumatique de l'articulation tibio-tarsienne gauche, avec carie ultérieure de la malléole externe et de quelques os du tarse. Cette maladie fut longue, douloureuse, mit plus d'une fois les jours de M. N... en péril et sembla nécessiter l'amputation de la jambe : ce fut du moins là le conseil que donnèrent un habile chirurgien et les praticiens les plus distingués de Paris. Les parens du malade et le malade lui-même ayant repoussé cette ressource extrême, il fallut se borner à faire des pansemens méthodiques et à appliquer plus tard une machine orthopédique. Ces moyens suffirent pour obtenir la guérison et pour faire recouvrer à l'articulation tous ses mouvemens et presque toute sa flexibilité.

La punaisie avait cessé d'elle-même quelques jours après le développement de l'arthrite traumatique, et n'aurait peut-être jamais reparu sans un nouvel accident, qui fut très probablement, et je ne sais trop comment, la cause occasionelle de son retour. Une capsule éclata, alla frapper l'œil et occasiona une violente ophthalmie, qui se termina par un staphylôme opaque de la cornée, que des chirurgiens de Paris, consultés, déclarèrent être incurable. A dater de cet accident, la punaisie reparut, mais plus prononcée qu'elle ne l'avait été.

M. N..., n'ayant pas pu être guéri de sa punaisie en province, alla à Paris, dans le courant de l'été dernier, pour se confier aux soins de M. Trousseau, qui voyageait alors en Suisse. Frustré dans son attente, il alla habiter la maison de santé du docteur Pinel, où on lui prescrivit sans succès des injections cautérisantes et la poudre mercurielle de Trousseau. Le professeur Roux, auquel il s'adressa ensuite, lui fit inspirer des vapeurs de cinabre, dont il ne se trouva pas mieux. Jugeant alors que son mal était incurable, le malade revint chez lui, où son médecin lui conseilla de faire le voyage de Bordeaux pour me consulter.

Ce monsieur, âgé de 28 ans, bien constitué, a le nez écrasé et une odeur repoussante de punais, sans perte de l'odorat. Il contracta jadis deux légères uréthrites, non accompagnées d'affection virulente.

Comme sa profession lui imposait l'obligation de ne séjourner qu'un mois à Bordeaux, je crus ne pas devoir commencer un traitement que j'aurais laissé inachevé, et lui conseillai de se faire cautériser chez lui par son médecin, homme fort habile, auquel je pris la liberté d'adresser quelques instructions.

Ce malade guérira-t-il? J'en doute, à cause de la fâcheuse réunion de sa punaisie et de son nez écrasé, qui sont héréditaires.

Dans un autre travail, je dirai les cas de coryza chronique et d'ozène, dans lesquels je me suis parfaitement trouvé de l'emploi de la poudre mercurielle et de la solution de deuto-chlorure de mercure du professeur Trousseau. Plus tard encore, je rapporterai des cas de maladies des fosses nasales, observés dans quelques provinces méridionales de France, au Sénégal, aux Antilles, à Cayenne, et traitées par correspondance. Le fait de Cayenne surtout est fort remarquable, et la lettre du malade, qui me fut remise par M. Cantegril, négociant à Bordeaux, est écrite avec une méthode, une clarté et un esprit d'analyse qui décèlent un excellent observateur et des connaissances réelles en médecine.

Angine de poitrine, observation particulière, suivie de considérations générales sur la nature de la maladie et son traitement, communiquée par M. Sc. Bertrand.

Les modernes ont décrit, sous le nom d'angine de poitrine, une maladie caractérisée par un sentiment violent de constriction, vers les parties latérales de la poitrine, plutôt à gauche qu'à droite, avec angoisse et suffocation, se reproduisant sous forme d'accès à des intervalles plus ou moins rapprochés.

Aux observations encore peu nombreuses qui ont été publiées sur ce sujet par les médecins français, je vais joindre ma propre histoire.

Obs. — Je suis âgé de 28 ans accomplis, né de parens bien sains, qui jamais n'ont présenté aucun des symptômes de la maladie dont j'ai été atteint. Ma constitution est frêle, mon tempérament nervoso-sanguin. Une croissance rapide m'avait laissé délicat et irritable, sans toutefois altérer notablement ma santé, lorsque vers la fin de ma seizième année, dans le mois d'octobre 1826, je ressentis d'une manière soudaine comme un coup de fouet à la région précordiale. Cette sensation fut immédiatement suivie de battemens de cœur, qui pendant quelques minutes conservèrent une extrême impétuosité, et qui ensuite firent place à un sentiment de gêne et de resserrement sur tout le côté gauche de la poitrine. Dès lors ces sortes d'attaques se reproduisirent fréquemment avec les modifications dont je vais rendre compte.

Tantôt il me semblait, au moment de l'invasion, qu'on m'arrachait le cœur, tantôt qu'on me le comprimait violemment; la circulation semblait pour un instant interrompue; mon front se mouillait d'une sueur froide; j'étais obligé de suspendre tout mouvement; je me croyais prêt d'être asphyxié; puis venaient de fortes et rapides contractions du cœur qui ne duraient pas plus de cinq à six minutes, et auxquelles succédait une douleur superficielle, mais vive, que je ne puis mieux comparer qu'à la douleur causée par la pression des chairs à l'aide d'une tenaille. Cette douleur en s'affaiblissant devenait mobile et se portait à l'épigastre, immédiatement au-dessous des côtes, sur les muscles du dos et de la poitrine; longeait les bords antérieurs et postérieurs du creux de l'aisselle et s'irradiait le long du bras où elle me laissait un sentiment de fatigue et de courbature; souvent elle s'élevait le long du cou jusqu'à la tête que je ressentais alors comme serrée par une corde. Le pouls, lent, concentré, irrégulier au début de l'accès, devenait bientôt saccadé et fréquent. Ces accès se reproduisirent presque tous les jours à des degrés divers pendant environ cinq mois et la gêne superficielle et mobile qui en était la suite était à peu près constante. Je ne pouvais me baisser impunément, ni me coucher sur le côté gauche sans augmenter mes souffrances. Je les sentais aussi s'exaspérer à tous les changemens de l'atmosphère et surtout au renouvellement des saisons. Un médecin de province que je consultai à ce sujet se contenta de me prescrire l'usage du lait et des pédiluves sinapisés. J'observerai en passant que ces pédiluves m'étaient toujours nuisibles quand je les prenais très chauds.

L'exercice, dans l'intervalle des accès, la marche surtout et la distraction me procuraient seuls un peu de calme, retardaient les attaques et en affaiblissaient la violence.

J'étais alors au collége : les jours de promenade étaient pour moi des jours de salut. Le lendemain était encore supportable, mais le jour d'après était très pénible. Durant les études, j'étais obligé de porter continuellement la main sur le côté douloureux de la poitrine et la pression me soulageait. Les repas me procuraient une diversion salutaire; le sommeil calmait mes douleurs. Si quelque distraction m'était accordée, j'étais comme guéri pour un moment; mais dès que ma pensée se reportait sur mon état, je retombais dans toutes mes souffrances. Enfin, je quittai le collége quelque temps avant les vacances, et à force d'exercice à pied et de distractions, je parvins un peu à dompter cette irritation nerveuse qui me mettait à la torture. Les accès s'éloignèrent de plus en plus et perdirent toujours de leur intensité, si bien que depuis dix ans je n'ai plus éprouvé de suffocation, et il y a treize ans que je ressentis les premières atteintes de cette maladie. Seulement par intervalle, mais bien rarement, j'éprouve encore un peu de gêne à l'épigastre au-dessous des vraies côtes, une gêne semblable avec quelques tiraillemens vers les muscles pectoraux, sur les bords de l'aisselle et dans toute l'étendue du bras gauche; mais je ne puis vraiment pas donner une si légère incommodité pour de la douleur, et comme elle tend à disparaître, je me regarde comme guéri.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

L'absence de symptômes précurseurs, la diversité des lésions que l'autopsie a découvertes sur les victimes de cette cruelle maladie, sa marche intermittente, irrégulière; la mobilité de la douleur, les moyens les plus propres à la calmer, tout nous porte à conclure que l'angine de poitrine doit être rangée parmi les névroses, et que les lésions organiques que l'anatomie pathologique a constatées sont consécutives au trouble dynamique qui modifie à la fois la circulation, la nutrition et le jeu de l'organe affecté.

Quelles sont donc les lésions que l'on a rencontrées en pareille circonstance? La plus fréquente est une ossification plus ou moins complète des artères coronaires du cœur. (Parry, Kreysig, Jurine.)

On a aussi trouvé le cœur gauche hypertrophié et présentant des indurations sur plusieurs points; le cœur droit dilaté et aminci.

Une accumulation de graisse dans le médiastin, des épanchemens dans les plèvres et dans le péricarde.

Dans d'autres cas on a trouvé l'aorte considérablement dilatée et les valvules mitrales épaissies, indurées. (Heberden, Parry, Jurine.)

CAUSES. Nous devons reconnaître que les lésions ci-dessus rapportées pourraient d'elles-mêmes donner lieu à une foule de désordres nerveux semblables à ceux que l'on observe dans l'angine de poitrine; mais dans ce cas, la maladie ne viendrait pas saisir instantanément un individu en pleine santé, et elle ne s'élèverait pas dès le début à un aussi haut degré d'intensité. Du reste la facilité avec laquelle le malade, dans l'angine de poitrine, fait de profondes inspirations, distingue cette affection de la dyspnée produite par une maladie organique du cœur. Elle est également distincte de l'asthme, en ce que, malgré l'apparence de suffocation, la respiration n'est troublée que par un peu de fréquence, et ne s'accompagne ni de sifflement ni d'aucun bruit anormal, et que les souffrances sont plus marquées le jour que la nuit, contrairement à ce que l'on observe dans l'asthme. Ainsi nous persistons à croire que l'angine de poitrine franche est une névrose idiopathique qui peut donner lieu à des lésions diverses, et qui ne reconnaît pas de cause bien déterminée.

Elle s'est manifestée sous tous les climats et dans toutes les saisons, plutôt chez les hommes que chez les femmes. Le tempérament nervoso-sanguin paraît être favorable à sa production. Rarement elle survient avant l'âge de quarante ans; cependant le contraire a été observé, ainsi que j'en ai moi-même fourni la preuve.

Des observateurs attentifs ont affirmé que l'affection rhumatismale prédisposait à cette maladie, et on l'admettra aisément si on se rappelle la fréquence de la métastase rhumatismale vers le cœur et ses annexes. Tout ce qui entraîne une grande dépense d'inervation, tout ce qui peut produire l'hypéresthénie, peut aussi donner lieu à l'angine de poitrine: ainsi les émotions morales vives et prolongées, les excès vénériens et surtout l'onanisme, les travaux intellectuels poussés trop loin.

Diverses causes peuvent déterminer le retour des attaques: ainsi les variations de la température, les orages, les changemens de saison, un air vif et froid, un effort musculaire brusque, la marche opposée à celle du vent (fait que je signale d'après le témoignage des auteurs, mais sans l'avoir observé sur moi-même); les boissons alcooliques, le café plus encore que les liqueurs, un excès d'alimentation aussi bien qu'une abstinence trop prolongée; enfin, tout ce qui surexcite le système nerveux.

SYMPTÔMES. Nous ne croyons pas avoir rien à ajouter aux symptômes que présente chaque excès particulier: ce sont toujours les mêmes accidens, si ce n'est qu'ils augmentent ou diminuent d'intensité et que les accès s'éloignent ou se rapprochent, suivant que la maladie marche vers une terminaison heureuse ou malheureuse.

DURÉE. La durée de cette maladie est très variable. Elle peut être courte si les accès sont violens et rapprochés; mais s'ils ne se répètent qu'à de longs intervalles, ou ne persistent qu'à un faible degré, la maladie peut durer fort longtemps sans troubler l'exercice des fonctions, ainsi que le prouvent les observations rapportées par MM. Jurine et Desportes.

TERMINAISON. L'angine de poitrine a presque toujours une terminaison funeste et subite. Elle n'est pourtant pas inévitablement mortelle; surtout lorsqu'elle se manifeste dans la jeunesse, et les annales de la science constatent des cas de guérison bien avérés. Heberden et Fothergil en citent chacun un. Il y a quelques années, M. Andral a donné ses soins pour cette maladie à un élève de l'école polytechnique, qui maintenant, en parfaite santé, remplit dans la province les fonctions d'ingénieur; et je crois pouvoir me compter moi-même au nombre de ceux qui ont échappé à ce fléau.

TRAITEMENT. Il faut ici mettre en usage toutes les ressources de l'hygiène et de la thérapeutique contre les maladies nerveuses.

La saignée pratiquée dans le cours des paroxysmes a été généralement nuisible, suivant Heberden et d'autres praticiens.

Il faut alors administrer les opiacés, le musc, le castoréum, l'assa-fœtida, l'eau distillée de laurier-cerise, etc.

Heberden prescrivait la teinture thébaïque à la dose de vingt-cinq gouttes dans une potion.

Plusieurs praticiens ont retiré de grands avantages du datura stramonium. Faites-en faire une forte décoction (une once pour une livre d'eau), imbibez des compresses de ce liquide et appliquez-les sur le côté malade. On peut aussi prescrire la teinture à l'extérieur. Je me suis bien trouvé de frictions avec de la flanelle imbibée d'huile camphrée. Mais je dois surtout préconiser ce qui, à mon jugement, m'a sauvé: un exercice graduellement augmenté dans l'intervalle des accès, surtout la marche, la distraction, les voyages, en évitant le trot du cheval et les voitures non suspendues dont les cahots m'ont toujours incommodé. On doit aussi recommander l'usage du lait, les demi-bains tièdes, l'abstinence complète du café, des liqueurs et du vin blanc, la suite de tout excès et le calme de l'esprit que l'on ne peut obtenir sans une entière soumission aux saintes lois de la morale.

OBSERVATION DE GANGRÈNE SURVENUE A LA SUITE DE L'EMPLOI DU BANDAGE AMIDONNÉ POUR UN CAS DE FRACTURE DE LA ROTULE; communiquée par M. le docteur DEFER, de Metz.

OBS. — Un vigneron, âgé de 40 ans, d'une constitution robuste, fit une chute du 10 au 15 janvier 1836; il en résulta une fracture transversale de la partie moyenne de la rotule non accompagnée d'ecchymoses. L'officier de santé appelé appliqua d'abord le bandage unissant des plaies en travers, puis le bandage roulé amidonné, lequel s'étendait des orteils jusqu'au tiers supérieur de la cuisse; il fit ensuite placer le membre sur un plan incliné.

Le médecin fit quelques visites au malade; mais comme il ne souffrait presque pas, il lui laissa l'appareil tel qu'il l'avait placé.

Le premier mars, l'officier de santé revint pour lever l'appareil; l'odeur qui s'exhalait lui fit de suite présumer que la gangrène était survenue, et il me fit appeler.

L'odeur qui s'exhalait de la partie malade était si pénétrante que je ne doutai pas un instant qu'il s'agissait en effet d'un cas de gangrène. Les orteils que ne recouvrait point le bandage roulé étaient momifiés et d'une insensibilité absolue. Le bandage enlevé, je m'aperçus que la gangrène s'étendait jusqu'à sept pouces au-dessous du genou et qu'elle était bornée. Le pied était froid, la sensibilité y était entièrement éteinte, l'épiderme était boursoufflé et commençait à se détacher de la peau. L'articulation tibio-tarsienne était à nu, les ligamens étaient détruits et les tendons n'étant plus retenus étaient tendus comme des cordes. Les os de la jambe étaient aussi à nu dans leur tiers inférieur, et les tendons commençaient à s'exfolier. Les vaisseaux et le tissu cellulaire étaient entièrement détruits; les tendons étaient isolés les uns des autres, de manière à pouvoir faire de l'anatomie vivante.

Le cas jugé incurable, on procéda à l'amputation, et le malade est guéri.

Cette observation nous montre l'inconvénient de l'application immédiate du bandage amidonné, c'est-à-dire avant la disparition de l'inflammation qui survient ordinairement à la suite des fractures. Il est évident que dans ce cas-ci la compression a été la cause nécessaire de la gangrène. Mais la compression a-t-elle été le fait du bandage roulé ou des tours de bande qui servaient à assujétir le bandage unissant? Pour mon compte particulier, je crois que le bandage amidonné a été seul cause de tous ces désordres; car si la gangrène eût été le résultat de la compression des tours de bande du bandage unissant, elle se serait bornée précisément à l'endroit de la constriction, ce qui n'existait pas. Ce qui me confirme dans mon opinion, c'est que j'ai déjà été appelé dans un cas analogue pour une fracture de l'humérus (où il n'existait pas de bandage unissant). Quant à la position du membre sur un plan incliné, il n'est guère supposable qu'elle ait été seule cause de la gangrène.

Je suis éloigné de vouloir déprécier le bandage amidonné, car je m'en sers aussi souvent que possible, et je n'ai jamais eu qu'à me féliciter de son application; mais il me reste démontré qu'il n'est pas exempt d'inconvénient lorsqu'on l'applique immédiatement, lorsque les médecins ne peuvent voir leur malade chaque jour et qu'ils ne savent pas distinguer quelles sont les fractures qui sont susceptibles d'être traitées par ce bandage; car, à mon avis, dans ce cas-ci, en supposant que la gangrène ne soit point survenue, le bandage roulé amidonné ne pouvait être d'aucune utilité après l'application.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 9 JUILLET.

CORRESPONDANCE.

M. le secrétaire perpétuel annonce à l'Académie que MM. Dezeimeris, Bayle, Gaulthier de Glaubry, Martinet, Pinel, Prus, se portent comme candidats pour la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

REMÈDES SECRETS.

M. LODIBERT fait un rapport demandé par le ministre sur un grand nombre de remèdes secrets.

ÉPIDÉMIE DE SUETTE MILIAIRE.

M. LANDOUZY, interne des hôpitaux, qui faisait partie, avec MM. N. Guéneau de Mussy et Barthez, de la commission désignée par l'Académie de médecine, lit une relation succincte des faits principaux qu'ils ont eu l'occasion d'observer.

L'épidémie, dont le début remonte aux premiers jours du mois de mai, s'étendit vers le 10 à Saint-Ouen, et sévit successivement sur les villages d'Orny et de Saint-Cyr. Sur une population de 2,000 habitans, 400 furent atteints, et 45 succombèrent.

On a pu rattacher les cas observés à deux catégories principales, une forme bénigne et une forme maligne ou grave. Le début était presque constamment rapide et caractérisé par des sueurs répandant une odeur fétide et d'une abondance extrême. La face devenait rouge, les yeux étaient injectés, le pouls accéléré, la langue recouverte d'un enduit blanchâtre; il y avait une sensation de douleur à l'épigastre, de la constipation, des crampes et des étouffemens. Cette période durait ordinairement quatre à cinq jours, après lesquels à la suite d'un paroxysme fébrile survenait une éruption, précédée d'une vive sensation de picotement à la peau. D'abord c'était de petites vésicules, puis elles augmentaient de volume et s'entouraient d'une auréole. Le développement de l'éruption était accompagné d'une notable diminution de la fièvre, qui reparaissait plus tard à divers intervalles, suivie encore d'une nouvelle éruption. Cet état de choses durait dix à douze jours après lesquels les vésicules se fronçaient, l'épiderme se détachait et s'enlevait dans quelques points en larges plaques, c'était la période de desquammation. Avec elle les malades retrouvaient l'appétit et le sommeil; bientôt ils entraient en convalescence.

Le tableau que nous venons de tracer se rapporte à la forme simple; dans les cas graves, les symptômes revêtaient un caractère plus inquiétant. Il y avait de l'angoisse, une douleur sternale très vive; la respiration était anxieuse et précipitée; les sueurs étaient visqueuses; souvent il y avait des syncopes, et les malades succombaient du troisième au quatrième jour; plusieurs n'ont vécu que douze heures. Dans les cas suivis de guérison, la convalescence était longue et pénible.

Un fort petit nombre d'autopsies a été fait; M. Bourgeois, médecin distingué du pays n'a ouvert que trois cadavres; il a constaté : l'état liquide du sang, l'engouement des poumons à la partie postérieure, le ramollissement de la rate. La muqueuse intestinale était généralement injectée; les plaques de Peyer offraient un développement évident, mais sans autre lésion. Il existait dans le gros intestin une éruption vésiculeuse des plus abondantes, M. Bourgeois l'a soigneusement notée, et l'on peut se demander si c'était un développement des follicules isolés, ou bien une éruption créée de toutes pièces, comme celle qui a lieu sur la peau. Quant au traitement, il a été fort simple en général. Tel médecin du pays s'est attaché à faire abondamment suer les malades, persuadé que la sueur constituait un phénomène critique excessivement avantageux. Tel autre s'efforçait au contraire de diminuer la quantité des sueurs, et faisait, comme Sydenham, lever ses malades. Il y a eu plusieurs fois indication d'appliquer des sangsues sur l'abdomen pour combattre les phénomènes d'irritation gastro-intestinale, de faire des saignées générales, de recourir aux révulsifs pour combattre les congestions cérébrales, etc.; on donna de légers purgatifs en lavemens. L'un de nous, dit M. Landouzy, s'est borné à prescrire les antispasmodiques, en rejetant complètement les émissions sanguines dans tous les cas, même les plus graves, et il n'a eu qu'à se louer de cette médication. En général on favorisait les sueurs, sans toutefois charger les malades de couvertures de peur des congestions cérébrales.

Comparant ensuite les phénomènes observés dans cette épidémie avec ceux signalés à d'autres époques, M. Landouzy trouve les plus grandes analogies, et quelques différences; ainsi, dans l'épidémie de 1821, M. Rayer n'eut pas à noter de symptômes marqués du côté des organes respiratoires; MM. les commissaires insistent sur la fétidité des sueurs qu'ils attribueraient à la présence de l'acide sulfhydrique, fait qui, du reste, exigerait une démonstration. Comme dans l'épidémie de 1821, l'écoulement menstruel n'éprouva aucun dérangement pendant la durée de l'affection chez les femmes qui en étaient atteintes; chez deux femmes enceintes, la gestation ne fut point troublée, elles guérirent. Celles qui nourrissaient continuèrent d'allaiter leurs enfans.

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'URINE.

M. Lecanu communique à l'Académie le résultat de ses premiers travaux sur la composition de l'urine. (Voir le compte-rendu de l'Académie des sciences.)

M. Desportes désirerait qu'on entreprît sur l'urine et sur la plupart des liquides organiques, des expériences avec le froid. La chaleur et les divers menstrues usités ordinairement dans les analyses altèrent plus ou moins les substances organiques. Il serait intéressant d'étudier les modifications que le mucus, l'urée et la matière sucrée éprouvent d'un abaissement de température, ce serait une voie nouvelle ouverte à l'analyse.

Une courte discussion s'engage à ce sujet entre MM. Chevalier, Lodibert et Pelletier. Ce dernier rappelle que Chaptal lui avait indiqué, ainsi qu'à plusieurs autres élèves, l'importance qu'il y aurait à étudier l'action du froid sur les matières organiques. Ces recherches, qui n'ont point été faites, pourraient fournir de nouveaux résultats.

MORVE AIGUË.

M. Renault, directeur de l'école vétérinaire d'Alfort, communique à l'Académie les détails de la maladie qui a fait succomber tout récemment un élève de cet établissement. Les premiers symptômes apparurent le 20 mai dernier, et ne consistaient qu'en une céphalalgie légère, accompagnés de douleur à l'épaule gauche. Bientôt cet état s'aggrava sensiblement; il survint une tuméfaction à la paupière supérieure droite, des phénomènes généraux, fièvre, colique, diarrhée fétide; de la somnolence, de l'abattement; puis du délire, des points de suppuration en diverses parties du corps, au cou, aux bras, aux avant-bras, dans les fosses nasales, à la paupière primitivement engorgée; des pustules se développèrent à la face; enfin, le malade succomba le 11 juin; l'autopsie ne put être faite.

Toutefois, l'analyse des symptômes, leur rapprochement de ceux qu'ont présentés les malades dont M. Rayer a donné l'histoire, et de ceux qui ont été vus par d'autres observateurs, ne permettent pas de douter que la maladie à laquelle l'élève Benoist a succombé ne fût la morve aiguë. Du reste, ajoute M. Renaud, les occupations du malade, chargé de surveiller des chevaux morveux, sur lesquels des expériences d'inoculation avaient été faites; l'imprudence qu'il commit plusieurs fois de porter à la figure ses doigts non essuyés, et même de passer entre ses lèvres un pinceau trempé dans le pus provenant d'un abcès gangréneux développé chez un cheval morveux, pourraient faire soupçonner la contagion, mais n'en donneraient pas une entière certitude. De sorte que si, à cette question : l'élève Benoist a-t-il succombé à la morve aiguë, on répond par l'affirmative, il n'en sera pas de même de cette autre, à savoir : cette affection s'est-elle développée chez lui par contagion? On n'a pas de preuves directes, évidentes, incontestables, pour y répondre positivement. Le doute qui reste sur ce dernier point se trouve confirmé par une lettre du docteur Bleynie, médecin de l'école d'Alfort, qui affirme, depuis trente ans, n'avoir jamais vu une maladie semblable à celle qui a fait succomber Benoist, malgré cependant que, durant cet intervalle, beaucoup de palefreniers aient couché dans des écuries où existaient des chevaux morveux, et malgré que les élèves en aient souvent ouvert et disséqué les cadavres.

Il est cinq heures, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

DES PLAIES DES ARTICULATIONS; thèse inaugurale, par M. le docteur Lacroix, prosecteur de la Faculté, etc., etc.

Malgré la fréquence des plaies dans les articulations, malgré l'abondance des documens dont s'enrichit chaque jour leur histoire, un travail complet sur ce genre de lésions était encore un des besoins de notre époque. Que de questions négligées ou mal résolues nous offre cette branche de la chirurgie. Est-on fixé, par exemple, sur les causes de la gravité particulière à ces sortes de plaies? Et pourtant aucun problème n'est plus important que celui-ci, puisque c'est de sa solution que dépend la découverte d'un traitement plus rationnel, et par conséquent plus efficace que celui qu'on emploie actuellement. Toutes les circonstances propres aux plaies articulaires ont été successivement invoquées par les auteurs, afin de rendre raison du danger qui les accompagne en général; aussi, pour arriver sur ce point à la vérité s'agissait-il moins d'imaginer un nouveau mode d'application que de préciser la part que l'on doit accorder à chacune de ces circonstances dans la production des phénomènes morbides, soit primitifs, soit consécutifs. C'est ce qu'a fait M. Lacroix, et sa théorie ne peut manquer d'être admise, parce qu'elle n'est fondée ni sur une injuste exclusion de nos devanciers, ni sur cet éclectisme aveugle dont on abuse si souvent dans les questions semblables. Quoique M. Lacroix ait présenté une description complète des plaies articulaires, nous nous bornerons, dans cette analyse, à mentionner ses opinions sur les deux points principaux de leur histoire, savoir : les causes de leur gravité, et les principes sur lesquels doit être fondé leur traitement.

1° Plusieurs conditions exercent, chacune à un degré différent, une certaine influence sur la gravité du pronostic dans les plaies pénétrantes des articulations; ce sont 1° la facilité avec laquelle l'inflammation se développe alors; 2° l'étranglement favorisé par l'inextensibilité des parties voisines; 3° la stagnation des liquides et leur viciation si fréquente dans ses cavités souvent anfractueuses; 4° la présence de l'air; 5° la propagation de la phlegmasie aux parties voisines (tendons, ligamens, etc.); 6° l'influence réciproque de ces diverses causes les unes sur les autres, soit pour leur production, soit pour l'aggravation de leurs effets.

La réunion de ces divers élémens est la seule cause de la gravité d'une plaie articulaire; et cela est si vrai que si l'on change les conditions de cette plaie, si on la réduit à un état où quelques-unes d'entre elles cessent d'exister, une lésion en apparence beaucoup plus grave qu'une autre le deviendra moins en réalité. Ainsi, pourquoi les accidens sont-ils infiniment moins redoutables lorsque l'articulation est largement ouverte? La théorie nous l'indique : c'est précisément parce que l'étranglement est alors impossible, parce que l'incarcération des liquides et de l'air, ainsi que leur réaction réciproque, ne peut avoir lieu; parce que, en un mot, la somme des causes de gravité se trouve notablement diminuée. De même l'inflammation de la synoviale est certainement une des circonstances les plus fâcheuses dans ces sortes de plaies; mais les succès nombreux des amputations dans la contiguïté montrent assez que, dégagée de toute complication, cette phlegmasie ne pourrait suffire pour imprimer aux plaies articulaires le caractère spécial qui les distingue.

2° La marche des plaies des articulations varie d'après une infinité de circonstances; aussi M. Lacroix fait-il observer avec raison que leur traitement doit différer suivant que la lésion reste simple, suivant, au contraire, qu'elle s'accompagne d'accidens, soit primitifs, soit consécutifs.

Dans le premier cas, le repos, la réunion primitive sont les seules précautions à employer. Il n'importe pas moins d'extraire les corps étrangers

Quelques auteurs rejettent, il est vrai, ce dernier précepte, se fondant sur ce que les incisions nécessaires pour l'exécuter ouvrent à l'air un plus facile passage. M. Lacroix répond que la présence de ce fluide n'est à redouter qu'autant qu'il existe une inflammation dans le lieu où on lui donne accès, et que l'incision, en débridant les parties, en frayant une libre issue aux produits de la suppuration, en permettant d'ôter le corps étranger enfin, est le plus sûr moyen de prévenir cette inflammation qui fait le danger.

Les accidens qui surviennent si fréquemment exigent d'autres moyens. Pour étudier ceux-ci du point de vue de l'opportunité de leur application, il faut, avec M. Lacroix, les diviser en deux classes, savoir : médication à employer avant l'inflammation et dans ses premières périodes, et médication qui convient dans la plus grande intensité de l'inflammation.

Dans la première classe sont les affusions froides, sur l'emploi desquelles l'auteur donne d'excellens conseils. Les vésicatoires volans conviennent aussi dans la première période de l'inflammation; mais, tout en reconnaissant le mérite de cette méthode dans le traitement des plaies par instrument tranchant, M. Lacroix la regarde comme insuffisante, lorsqu'il s'agit de plaies contuses; car, dit-il avec beaucoup de sens, l'action des vésicatoires, qui n'est qu'instantanée, et qui doit enlever l'inflammation par révulsion, n'a plus les mêmes chances de succès lorsque l'altération profonde des parties les met hors de l'organisme, et que leur attribution est telle qu'elle détermine une phlegmasie éliminatoire permanente.

La médication prophylactique dont je viens d'indiquer les agens ne doit pas être mise en usage dans tous les cas sans distinction; si le sujet est pléthorique, si la phlegmasie s'annonce comme devant être fort intense, ou si, au contraire, la lenteur de sa marche montre qu'elle ait de la tendance à devenir chronique, les saignées et surtout l'application souvent répétée d'un petit nombre de sangsues devront être préférées.

Lorsque l'inflammation est parvenue à son plus haut degré, il faut insister sur les antiphlogistiques; et largement inciser l'articulation, si un épanchement s'y est formé. Enfin, si les phénomènes qui caractérisent la fièvre hectique se manifestent, il ne reste plus qu'à recourir aux toniques, aux purgatifs, jusqu'à ce que le malade soit revenu à un état qui permette l'amputation, si celle-ci se trouve d'ailleurs indiquée.

A une époque aussi avancée de la maladie, le chirurgien hésite parfois entre l'un des trois partis suivans : chercher à conserver le membre, l'amputer, ou réséquer les extrémités articulaires. Si l'on se décide pour la conservation du membre, l'abondance de la suppuration est la principale source des accidens à craindre et des indications à remplir. Pour prévenir la résorption purulente, M. Lacroix recommande, avec raison, d'être très sobre d'évacuations sanguines, la plénitude du système vasculaire sanguin étant une des causes qui s'opposent le plus puissamment à l'absorption. Le membre sera placé dans une position moins élevée que celle qu'il occupait durant les premiers temps de l'inflammation. Enfin, pour favoriser l'écoulement du pus, on préférera les contre-ouvertures à la compression; car, bien que méthodiquement exercée, elle étrangle les parties, et gêne la circulation veineuse.

Si les chirurgiens sont encore dans le doute sur la valeur de la résection considérée d'une manière générale, il n'en est plus ainsi quand on en borne l'étude à ce qui concerne l'application de cette méthode aux plaies articulaires outre les observations dont le résultat presque toujours favorable plaide si haut en faveur de la résection, M. Lacroix a bien vu que, dans le cas de plaie articulaire, les difficultés et les dangers de cette opération ne sont plus les mêmes que lorsqu'on la fait pour une maladie chronique. Dans le premier cas, l'opération a été commencée par la lésion elle-même, et il ne s'agit bien souvent, pour la terminer, que d'en exécuter le second temps, la section de l'os.

VARIÉTÉS.

— RECHERCHES CLINIQUES SUR L'AUSCULTATION DES ORGANES RESPIRATOIRES ET SUR LA PREMIÈRE PÉRIODE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE, faites dans le service de M. le prof. Andral; par Jules FOURNET, interne des hôpitaux de Paris, etc. — Ouvrage couronné au concours des hôpitaux de Paris, année 1837.

NOTA. « Les recherches que comprend cet ouvrage portent sur deux sujets : 1° L'auscultation des organes respiratoires faite sur des principes différens de ceux qui ont dirigé Laennec. 2° L'histoire de la première période de la phthisie pulmonaire, les causes capables de faire naître cette maladie ou d'en favoriser le développement, sa curabilité à ses première et dernière périodes, les signes diagnostiques de son premier degré, et le traitement hygiénique, préservatif ou curatif, qu'on peut lui approprier. » (PRÉF., p. 1.)

1 vol. in-8° de près de 1,100 p., divisé en deux parties, avec une planche en taille douce. — Prix : 10 fr. et 13 fr. par la poste.

A Paris, chez J.-S. Chaudé, rue Molière, 2.
A Montpellier, chez Sévalle et Castel.

— ŒUVRES COMPLÈTES D'HIPPOCRATE, traduction nouvelle avec le texte en regard, collationné sur les manuscrits et toutes les éditions, accompagnée d'une introduction, de commentaires médicaux, de variantes et de notes philologiques, suivie d'une table générale des matières; par E. LITTRÉ, membre de l'Institut.

7 vol. in-8°. 1839. Prix : 10 fr. chacun. Il a été tiré quelques exemplaires sur jésus vélin. Prix de chaque volume, 20 fr.

Le tome 1er est en vente. Les suivans paraîtront de quatre mois en quatre mois.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.
A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent Street.

— ESSAI SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE D'OPÉRER LA CATARACTE, par le docteur S. FURNARI.

A Paris, chez Crochard et comp., libraires, place de l'Ecole-de-Médecine, n. 13.

— ANATOMIE MICROSCOPIQUE; par le docteur L. MANDL.

Première série : Tissus et organes.
Seconde série : Liquides organiques.

Cet ouvrage, publié en 25 livraisons, est accompagné de 50 planches in-folio sur papier satiné. — Prix de chaque livraison, de 4 à 5 feuilles avec 2 pl., 6 fr.

En vente : Première série. Livraison 1. Muscles. (1).
Livraison 2. Nerfs. (2).
Seconde série. Livraison 1. Sang. (3).
Livraison 2. Pus et Mucus. (4).

A Paris, chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.
A Londres, même maison, 219, Regent Street.

— RECHERCHES EXPÉRIMENTALES ET COMPARATIVES SUR LES EFFETS DE L'INOCULATION, AU CHEVAL ET A L'ANE, DU PUS ET DU MUCUS NERVEUX ET D'HUMEURS MORBIDES D'AUTRE NATURE; par R. LEBLANC, médecin vétérinaire, membre de la société médicale d'émulation de Paris et de la société médicale vétérinaire de Londres.

Un vol. in-8°. 1839. Prix : 1 fr. 50 c.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.
A Londres, même maison, 219, Regent Street.

— DES DIVERSES ESPÈCES DE MORVE ET DE FARCIN considérées comme des formes variées d'une même affection générale contagieuse; par R. LEBLANC, médecin vétérinaire, etc.

Un vol. in-8°. 1839. Prix : 2 fr. 50 c.

A Paris, librairie de J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.
A Londres, même maison, 219, Regent Street.

— HISTOIRE DE LA LITHOTRITIE, précédée de réflexions sur la dissolution des calculs urinaires; par LEROY D'ETIOLLES, docteur en médecine.

1 vol. in-8°. 1839. Prix : 3 fr. 50 c.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.
A Londres, même maison, 219, Regent Street.

— NOUVEAUX ÉLÉMENS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, accompagnés d'un atlas de 22 planches in-4° gravées, représentant les principaux procédés opératoires et un grand nombre d'instrumens de chirurgie; par ALF.-A.-L.-M. VELPEAU, professeur de clinique chirurgicale à la faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie royale de médecine, etc.

Deuxième édition entièrement refondue et augmentée d'un Traité de petite chirurgie, accompagnée d'un atlas de 191 planches intercalées dans le texte. 4 vol. in-8° de 800 pages chacun et atlas in-4°. 1839. Prix : 40 fr.

— Le même, figures coloriées, 60 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.
A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent Street.
A Lyon, chez Ch. Savy.
A Bruxelles, chez J.-B. Tircher.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LES CARACTÈRES GÉNÉRAUX DU RACHITISME; lu à l'Académie des sciences, le 17 juillet 1837, par M. le docteur Jules Guérin.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

B. ALTÉRATIONS DE TEXTURE DES OS RACHITIQUES (1).

La question des altérations de texture des os rachitiques a, depuis longtemps, et un grand nombre de fois, occupé les anatomistes. Parmi les auteurs qui ont publié leurs observations sur ce point important, il n'en est pas deux dont les résultats s'accordent. Cette diversité d'opinions m'a paru être une preuve de l'inexactitude de la plupart d'entre elles, et je me la suis expliquée tout d'abord par une cause qui rend presque toujours raison des dissidences et des oppositions qui règnent entre les hommes qui observent et étudient les faits pathologiques. Cette cause est trop clairement démontrée, en ce qui concerne le rachitisme en particulier, pour que je ne l'indique pas ici, d'autant plus qu'elle aura pour résultat de faire admettre définitivement ce qu'il y a de vrai dans les observations de ceux qui m'ont précédé.

Tous les auteurs qui ont rendu compte des altérations de texture des os rachitiques ont considéré le rachitisme comme une affection, la même

(1) Tous les faits exposés dans ce mémoire ont été consignés dans mon ouvrage sur les difformités du système osseux, déposé à l'Académie des sciences pour le concours du grand prix de chirurgie au mois de mars 1836. Il m'importe d'établir cette date authentique de mes recherches : les résultats auxquels je suis arrivé, et qui sont détaillés dans ce mémoire, se trouvent énoncés textuellement dans le rapport de la commission de l'Académie, à l'article Rachitisme, pag. 21.

Feuilleton.

SUR LE MOUVEMENT DE LA POPULATION A PARIS.

L'Annuaire du bureau des longitudes, qui vient de paraître, contient quelques documens de statistique, que l'hygiène publique peut interroger avec fruit. Un trop petit nombre de mains médicales feuillètent ce livre pour que nous n'ayons souci d'en exhumer des données qui ont une importance positive. Le tableau de la mortalité annuelle est comme l'inventaire des gestes et faits de la médecine. L'intérêt qu'il offre se développe par les rapprochemens qu'il sollicite et grandit bientôt des humbles dimensions d'un document municipal aux larges proportions de la médecine sociale et de l'économie politique. Autant la statistique appliquée à la médecine pratique est précaire dans ses élémens, flottante dans ses conclusions, autant il lui convient de prendre en main les questions d'hygiène publique et de faire sortir de l'impartiale distribution de ses chiffres des enseignemens impérieux et pour le médecin et pour la société, dont il est un des rouages intelligens. Ces questions sont encore trop négligées par la majorité de nos confrères. Elles n'entrent pour rien dans les discussions académiques : c'est qu'elles sont appuyées sur des bases inflexibles, c'est-à-dire sur des chiffres authentiques, qui repoussent les variantes de l'interprétation individuelle ; c'est qu'elles confinent à la science sociale par excellence, à l'économie ; et les médecins ne veulent pas comprendre la part que l'avenir leur réserve dans cette direction. La médecine publique n'existe pas en France; rien ne le prouve mieux que la nécessité où nous sommes d'aller puiser dans le travail d'une réunion d'astronomes et de géomètres des faits dont la recherche et la controverse appartiennent à notre science.

Voici le mouvement de la population de Paris pendant l'année 1837, tel qu'il résulte des relevés faits à la préfecture du département :

Naissances...	A domicile...	En mariage...	Garçons...	9604	19017
			Filles.....	9413	
		Hors mariage.	Garçons...	2682	5387
			Filles.....	2705	
	Hors domicile.	En mariage...	Garçons...	306	597
			Filles.....	291	
		Hors mariage.	Garçons...	2059	4191
			Filles.....	2132	
			Total........		29,192

à toutes les époques de son développement, abstraction de ses périodes, de ses degrés, de sa forme aiguë ou chronique. En onvrant un os rachitique, l'altération qu'ils croyaient y voir était pour eux le fait nnique de la maladie, et si ce fait était en opposition avec ceux précédemment indiqnés, ces derniers étaient déclarés controuvés, hypothétiques et regardés comme non avenus. Cependant les altérations de texture du tissn osseux chez les rachitiques ont leurs phases, lenr commencement, leurs degrés, leurs périodes et lenr terminaison. Liées à la maladie, dont elles ne sont qu'une manifestation partielle, elles snivent le cours de son développement, commencent, grandissent, diminnent, s'effacent, ou se perpétuent avec certaines apparences, qui varient comme les autres caractères et les antres symptômes de l'affection qui les produit. On comprend difficilement, en effet, qne cette erreur puisse être commise, et elle l'a cependant presque toujonrs été dans l'observation de tontes les maladies, dn moins à l'origine de leur étude. Ce qui va suivre pronvera qu'on en était encore à cette confusion des faits à l'égard du rachitisme.

Après avoir onvert et examiné de près un grand nombre d'os rachitiqnes, je suis arrivé à me convaincre que les altérations de texture qu'ils présentent sont positivement différentes, suivant qu'elles appartienneot à la période d'incubation de la maladie, à la période de déformatinn, à la période de résolution, et suivant que le rachitisme s'est complètement résolu ou qu'il est passé à l'état chronique. Je vais indiquer les différentes altérations propres à chacune de ces phases de la maladie, qne je réunis dans deux catégories, la première comprenant tontes les périodes et les degrés dn rachitisme *aigu* on *récent*, et la seconde tontes les périodes et les degrés dn rachitisme *ancien* on chronique.

a. TEXTURE DES OS DANS LE RACHITISME RÉCENT OU AIGU.

1° ALTÉRATIONS DE TEXTURE PROPRES A LA PÉRIODE D'INCOBATION RACHITITIQUE. — Il est assez difficile de se procurer des os rachitiques appartenant à cette période de la maladie; premièrement, parce que la déformation du sqnelette n'existe pas encore, dn moins d'une manière très sensible, et, secondement, parce que le rachitisme à cette période ne paraît pas susceptible de canser la mort. Cependant, il n'est pas rare de voir succomber à d'antres maladies aiguës intercnrrentes, telles que la pneumonie et l'hydrocéphale aiguë, les enfans qui sont déjà minés par une affection débilitante, comme le rachitisme. Le tont dans ces cas est de démêler les symptômes qui sont propres au rachitisme et qui l'annoncent, an milien des symptômes propres à l'affection intercnrrente. Ces symptômes, an milien d'autres phénomènes moios marqués et moins importans, sont une diarrhée déjà aocienne, des sueurs nocturnes abondantes, une sensibilité exagérée des membres, la répugnance des enfans et la difficulté qu'ils épronvent pour se tenir sur les jambes; enfin, nn léger gonflement des articulations. J'ajonterai d'aillenrs immédiatement qu'il n'est pas rare de rencontrer chez des sujets dont les membres inférieurs sont déjà atteints de déformations caractéristiqnes de la seconde période du rachitisme, les os des membres supérieurs, l'huméms particulièrement, avec les altérations propres à la période d'incubation. Voici en qnoi consistent ces altérations :

Lorsqne l'on coupe en deux moitiés longitudioales nn os rachitique de la première période, on trouve une quantité remarquable de matière sanguinolente épanchée dans le canal médullaire et an niveau des épiphyses, distendant les aréoles du tissn spongieux. Cette matière n'est pas d'un ronge vif comme le sang ordinaire, mais d'un rouge un pen foncé. En comprimant les cellules des extrémités épiphysaires, le liquide épanché en coule avec abondance. Un examen plus immédiat fait voir qu'une certaine quantité de cette matière existe entre le périoste et la conche la plus externe de la diaphyse et entre la membrane médullaire et sa conche ossense la plus interne. On remarque, en ontre, nn troisième fait plns important, c'est la présence dn même liquide entre plusieurs lamelles du tissn compact. Cette dernière circonstance peut s'apercevoir à l'œil nn : en examinant la tranche de l'os conpé, on distingne nne série de ligues parallèles plns ou moins continnes, rongeâtres, qui sont dues au débordement du liquide sanguinolent. Ce fait devient de plus en plus appréciable lorsqu'on enlève d'abord le périoste, puis les conches successives dn tissn compact, qui se détachent avec assez de facilité. An moyen de cette opération, on peut mettre à nn une couche entière dn liquide épanché entre denx lamelles et en étodier les caractères. D'abord, il est d'une consistance aqueuse, pouvant disparaître par des lotions d'eau, comme par la dessiccation; il paraît être le même entre le périoste et la première conche ossense, entre la membrane médnllaire et la conche la plus interne. A un degré plns avancé, la même substance fait place à un dépôt de matière gélatiniforme, qui s'organise à la façon des fausses membraoes, c'est-à-dire qu'on y distiugue des myriades de petits vaisseanx, qui s'entrecroisent en formant nn lacis inextricable. On pent distinguer ces vaisseaux à un grossissement de 25 diamètres seulement; parvenne à ce degré d'organisation, la matière épanchée devient adhéreute aux snrfaces avec lesquelles elle se tronve en contact, et il n'est plus possible de l'en isoler au moyen de lotions. Le périoste est manifestement injecté et nn peu épaissi; une injection poussée dans ses capillaires y développe des arborisations très nombreuses et plus senties qne sur l'os sain. Les vaisseaux nourriciers de l'os sont remarquablement développés et le liquide épanché est surtout abondant an niveau de leurs principales divisions. La membrane médullaire est quelquefois épaissie, mais d'une manière moins fréquente et moins sensible que le périoste. Le tissu compacte des os n'est pas encore sensiblement ramolli, cependant il ne se rompt déjà plus aussi facilement et aussi complètement qu'à l'état normal. Les lamelles concentriques, déjà écartées les nnes des autres par la présence dn liquide épanché, penvent être séparées avec assez de facilité; desséchées, elles laissent apercevoir une multitude de petits trous d'autant plus marqués et d'antant plus appréciables que les couches ossenses se rapprochent davantage du périoste; les aréoles dn tissn spongieux soot dilatées, et l'on en tronve qnelquefois nn certain nombre réuuies, comme si leur cloisonnement avait été détruit par la présence de la matière épanchée en trop grande abondance.

Les altératioos que je viens de décrire appartiennent principalement anx os longs. Les tibias, les péronés, les fémurs et les os des membres snpérienrs les offrent généralement. Celles qui se remarqnent dans les os spongienx et courts sont aoalogues : ainsi, au premier degré de la période d'incubation rachitique, les os dn bassin, les omoplates, et même quelquefois les os dn crâne, sont le siége d'un épanchement sanguin remarquable, qui distend leurs cellules et les élargit considérablement. Il en est de même des os du tarse, dn carpe et des corps vertébraux. Cependant l'épanchement paraît moins abondant proportionnellement dans ces deruiers os que dans les os longs et leurs épiphyses.

NAISSANCES		Des garçons	14651	29192
		Des filles	14541	
MARIAGES		Garçons et filles	6788	8356
		Garçons et veuves	430	
		Veufs et filles	878	
		Veufs et veuves	260	
ENFANS MORTS-NÉS		Masculins	1056	1845
		Féminins	789	
DÉCÈS	A domicile	Masculins	8040	17127
		Féminins	9087	
	Aux hôpitaux civils	Masculins	4586	9507
		Féminins	4921	
	Aux hôpitaux militaires	Masculins	1083	1097
		Féminins	14	
	Dans les prisons	Masculins	67	99
		Féminins	32	
	Déposés à la Morgue	Masculins	235	304
		Féminins	69	

RÉSUMÉ.

TOTAL DES NAISSANCES	Masculines	14651	29192
	Féminines	14541	
TOTAL DES DÉCÈS	Masculins	14011	28134
	Féminins	14123	
DIFFÉRENCE EN PLUS DES NAISSANCES			1058

Les chiffres que nous venons de transcrire contiennent plus d'un enseignement; mais leur importance ressortirait bien mieux encore s'ils avaient été décomposés en catégories plus spéciales. Le mariage, le sexe, le domicile, ont seuls servi à établir le cadre dans lequel le statisticien du bureau des longitudes a groupé les données numériques; il est vrai que dans un autre tableau dont nous extraierons quelques résultats, il a réparti sur les différens âges le chiffre total de la mortalité; mais il est un ordre de causes qui domine ce genre de calcul, qui renferme pour ainsi dire la loi de la mortalité, et dont il n'a été tenu aucun compte, nous voulons parler de la distinction des classes sociales auxquelles appartiennent, en proportions diverses, les décès accomplis dans l'année. Nous aurions voulu rencontrer, au bout des opérations consignées dans l'Annuaire, la vérification des résultats signalés par MM. Villermé, Benoiston de Chateauneuf, Morgan, en Angleterre, Casper, à Berlin, ces

Tels sont les caractères immédiats du tissu osseux dans la première période du rachitisme. Ces caractères se résument dans un fait général, savoir : épanchement général du sang, devenu moins visqueux, moins consistant, dans tous les interstices du système osseux, qui en est comme infiltré.

2° ALTÉRATIONS DE TEXTURE DE LA SECONDE PÉRIODE DU RACHITISME. Lorsqu'on ouvre des os longs atteints de rachitisme arrivé à la seconde période, c'est-à-dire offrant des déformations assez marquées, mais récentes, voici ce qu'on rencontre : on aperçoit, vers les épiphyses, à leur union avec la diaphyse, une substance spongieuse, à mailles très fines, très serrées, consistante, élastique, qui ne résulte pas d'une transformation du tissu spongieux ordinaire, mais qui est une addition pathologique de nouvelle formation, placée, soit à l'extérieur du tissu spongieux normal, soit dans les cellules mêmes de ce tissu, mais en plus grande quantité au point de jonction de l'épiphyse avec la diaphyse. Ce tissu de nouvelle formation ne se rencontre pas seulement à l'extrémité des os longs ; son existence est aussi générale que celle de la cause dont il tire son origine. J'ai fait remarquer que, vers la fin de la première période, la matière épanchée dans tout le tissu osseux, principalement celle qui est fournie par le périoste, et celle qui se dépose entre les lamelles concentriques des os longs, présente des traces évidentes d'organisation par de nombreuses arborisations vasculaires et par un accroissement de consistance de la matière épanchée. Eh bien, cette organisation rudimentaire est la première phase de l'organisation plus avancée de la même matière, qui, partout où elle s'était offerte, pendant la première période du rachitisme, sous forme d'épanchement sanguin, se présente dans la seconde période sous l'apparence d'un tissu spongieux très fin, plus ou moins abondant, plus ou moins appréciable, et parvient à un degré d'organisation osseuse plus ou moins avancé ; car, il est possible, ainsi que j'en dirai plus tard les raisons, que le même sujet offre simultanément, dans les différentes parties de son squelette, des altérations appartenant à plusieurs périodes de la maladie. Quoi qu'il en soit, le type caractéristique des altérations de texture propres à la seconde période du rachitisme, c'est la présence d'un tissu spongieux très fin dans toutes les parties du squelette, lorsque la maladie existe à un degré assez intense. Ainsi, les os courts comme les os longs, les os plats comme les os purement spongieux, présentent ce nouveau tissu à des degrés variables. Les os du bassin, les omoplates, les clavicules, le sternum, les vertèbres, et même les os du crâne, renferment des quantités plus ou moins considérables de ce tissu. On peut s'en assurer par des coupes de ces os à l'état frais et même à l'état sec. Sur le cadavre, les tranches de ces os, comme les tranches des omoplates et des os coxaux, offrent ordinairement une plus grande épaisseur qu'à l'état normal. L'on voit distinctement que cet excès d'épaisseur n'est dû qu'à la présence d'une couche de tissu spongieux de nouvelle formation, couche plus ou moins épaisse, qui est ordinairement interposée entre le périoste et l'os. On distingue facilement cette couche de l'os ancien, en ce que ses mailles sont plus fines, plus denses, moins résistantes, et sont d'une couleur moins foncée. Elle peut, d'ailleurs, en être enlevée avec la plus grande facilité. A l'état sec, le tissu spongieux de nouvelle formation se conserve sous l'apparence d'une couche contractée, de couleur fauve, contrastant avec la couleur naturelle de l'os. Mais ce fait est surtout palpable dans la diaphyse des os longs.

J'ai montré que dans la période d'incubation, l'épanchement avait lieu entre le périoste et la surface de l'os, entre la membrane médullaire et la dernière couche osseuse, et enfin entre les lamelles du tissu compacte qui se dédoublent et s'exfolient en quelque façon; eh bien! la transformation spongieuse y est encore plus sensible qu'au niveau des épiphyses et dans les os plats et courts. Cette matière de nouvelle formation est quelquefois tellement abondante qu'elle détermine un écartement de plusieurs lignes entre le périoste et l'os, et au moyen du dédoublement des lamelles du tissu compacte, force ce dernier à refluer vers le canal médullaire qui diminue considérablement et finit quelquefois par être entièrement oblitéré. Cette particularité se remarque surtout lorsque les os sont courbés, et elle s'observe du côté de la concavité des courbures, tandis que du côté de la convexité les lamelles du tissu compacte continuent à être serrées et le périoste à être immédiatement appliqué sur l'os. Cette différence entre le côté convexe et le côté concave des courbures, relativement à la présence du tissu spongoïde, paraît tenir à ce que la matière épanchée n'ayant pu se loger entre les couches osseuses et le périoste du côté convexe, a été forcée de refluer par la compression des lames de la convexité entre les lamelles et le périoste correspondant à la concavité. Là, en effet, cette matière a pu s'accumuler sans obstacle et y être remplacée par du tissu spongoïde. On en trouve quelquefois une couche de trois à quatre lignes d'épaisseur entre le périoste et l'os. Dans ces cas, le périoste est, comme dans la période précédente, le siége d'une vascularité très développée, et il a acquis une consistance et une densité sensiblement exagérées. On ne peut mieux s'en assurer qu'en comparant le périoste correspondant au côté concave au périoste du côté convexe des courbures. Du côté convexe il est presque dans les conditions normales; du côté concave il est évidemment hypertrophié, et la matière spongoïde qui est déposée à sa surface en est difficilement séparée. Cette disposition s'offre à un degré exagéré au niveau des courbures anguleuses que présentent quelquefois certains os longs, comme les humérus, les fémurs, etc. J'ai fait représenter plusieurs exemples remarquables de cette disposition.

En même temps que la matière épanchée acquiert les caractères que je viens d'indiquer, le tissu osseux proprement dit offre quelques modifications de consistance et de structure qu'il n'est pas moins important de signaler.

Les os longs sont fléchis assez facilement sans se rompre; quelquefois même l'action musculaire suffit pour les courber. Les os plats, comme ceux du crâne et du bassin, se laissent déprimer avec le pouce; mais pour que cette dépression soit possible, il faut que le rachitisme ait été porté à un degré très prononcé. L'instrument tranchant les divise comme du cartilage un peu ferme : quand des fractures ont lieu accidentellement dans les os longs, elles ne sont jamais complètes; une partie de la diaphyse a fléchi simplement en présentant dans le sens longitudinal des fentes incomplètes. Voilà pour les faits les plus superficiels; mais ils suffisent déjà pour attester que le tissu osseux proprement dit a subi un certain degré de ramollissement véritable. En pénétrant plus avant dans l'examen de la contexture et de la consistance de l'os, on acquiert d'autres preuves de ce ramollissement. Ainsi les lames que l'on dédouble et que l'on isole peuvent être réduites à des filamens que l'on tord, que l'on plie en tous sens sans les rompre. Une torsion et une compression un peu fortes en font suinter un liquide sanguinolent. Lorsqu'on soumet ces fragmens de lamelles au microscope, on aperçoit une multitude de peti

---

médecins sont arrivés à démontrer que la mortalité est en raison inverse de l'aisance matérielle : conclusion que l'homme d'état, le philosophe, le médecin ne sauraient trop méditer; et d'où jaillit sur la science de l'économie sociale une triste et nouvelle lumière. Quand la statistique n'aurait eu d'autre utilité que d'amener à l'évidence mathématique ce fait souverain, elle aurait bien mérité de l'humanité. Les avantages de la fortune ne procurent pas seulement le bien-être matériel, mais prolongent encore la durée de l'existence humaine; les chances de longévité croissent avec l'aisance; que dis-je! le riche a deux fois plus de chances de vieillir que le pauvre. Voilà, n'est-ce pas, d'étranges propositions, et qui contrastent avec certaines maximes qu'une philosophie intéressée a mises en circulation dans le monde, et qui se transmettent, avec les traditions de famille, de génération en génération; célébrez donc l'*aurea mediocritas*, ou l'active et sobre indigence; répétez-nous que la santé habite les chaumières, et que le laboureur qui dort peu, se nourrit mal, subit les intempéries de l'air, et porte dans sa robuste poitrine un lourd poids de sollicitudes, n'a rien à envier, quant aux garanties de résistance organique, aux oisifs héritiers de l'aristocratie métallique ou nobiliaire, abrités contre les influences morbifères du dehors, plongés dans les douceurs d'une hygiène amie qui défend leur peau contre le froid, leurs nerfs contre la douleur, leur âme contre le chagrin. Ne semble-t-il pas que le christianisme a pressenti les désolantes vérités de la statistique, et désespérait de remédier à leurs effets, lorsqu'il a déclaré la guerre à la matière et déployé sur les têtes fléchissantes de la foule l'idéale bannière de la spiritualité? Que pouvait-il dire, en effet, au pauvre qui souffre, qui languit dans les privations et meurt avant le temps : Espère! L'espérance religieuse est le contrepoids de la statistique, en attendant qu'une science, encore adolescente, l'économie sociale, avise à un autre mode de compensation. A coup sûr, l'hygiène publique n'a rien produit de plus grave, de plus fécond, voire même de plus original, que la démonstration arithmétique d'un axiome tel que celui-ci : « La mortalité n'est point en raison directe de la population, mais en raison des logemens non imposés, c'est-à-dire en raison de la pauvreté des habitans », de telle façon que le problème de l'économiste se trouve ramené à une question d'extension des plus fortes chances de vie et de longévité au plus grand nombre d'individus. A côté de la mission d'ordre et de discipline sociale, se révèle ainsi pour les gouvernemens une autre mission, parallèle à la précédente, et non moins solennelle, non moins nécessaire, celle qui a pour but d'élargir le cercle de vie, de disputer à la mort les victimes qu'elle moissonne en plus grand nombre sur les échelons infimes de la société. Il y a là, dans cette grande loi qui émane du nécrologe des masses, des devoirs pour les uns, des enseignemens pour les autres; dites à l'homme du peuple que le travail et l'économie, en le conduisant au bien-être, écartent de lui et des siens la maladie et la mort; dites-lui que la providence n'a point pétrifié la création dans un réseau de fatalités, et qu'avec l'amélioration des conditions matérielles, les chances de santé et de longévité sont au prix du laborieux déploiement des forces et de l'intelligence qui sont en nous.

Puisque l'ANNUAIRE DU BUREAU DES LONGITUDES ne donne pas le classement des décès suivant les grandes catégories qui partagent la société, le lecteur nous saura gré de placer sous ses yeux les chiffres que fournit la statistique médicale sur la différence des mortalités dans les classes pauvres et dans les classes riches; ils justifieront les réflexions qui précèdent; ils dépassent toutes les conjectures que l'on tenterait *à priori* sur ce sujet : ajoutons que le tableau

points rosâtres qui sableut pour ainsi dire la substance osseuse ellemême. Ces points sont surtout appréciables dans les lames les plus superficielles du côté concave des courbures. Enfin, lorsqu'on soumet les lamelles du tissu compact et même les os entiers à la dessiccation, on aperçoit dans les points correspondans à la concavité des courbures principalement, une multitude de petits trous, dont quelques-uns attestent, par leur développement exagéré, le développement proportionné des petits vaisseaux auxquels ils donnaient passage.

Tous ces changemens, qui attestent une altération dans la consistance du tissu osseux proprement dit, ne se remarquent pas seulement dans les os longs. Dans les os plats et courts, la table externe offre des modifications analogues. Comme je l'ai déjà dit, elle cède à la pression des doigts, elle se laisse couper avec la plus grande facilité. Quelquefois elle est considérablement amincie par le dédoublement de ses lamelles les plus internes. Il est donc incontestable qu'indépendamment de la formation d'un tissu nouveau, spongoïde, caractérisant la seconde période du rachitisme, le tissu osseux proprement dit éprouve dans cette période un véritable ramollissement.

Quant aux changemens de structure, ils ne sont pas moins réels, mais ils sont un peu différens, suivant certaines conditions qu'il est important de déterminer. Dans les cas les plus ordinaires, la séparation et le dédoublement plus ou moins considérable des lamelles par la matière de l'épanchement rachitique nouvellement organisé, est la seule altération qui se remarque pendant la seconde période du rachitisme. Ce dédoublement est bien le résultat d'une séparation mécanique, et non d'une usure interstitielle du tissu osseux ; car les espaces qui en résultent sont presque toujours exactement concentriques, et ils répondent d'ailleurs à la séparation qu'on observe pendant la première période, alors qu'une couche de liquide seulement s'est interposée entre ces lamelles. Il n'y a donc, dans les cas ordinaires, qu'un simple dédoublement des couches concentriques de la diaphyse, sans usure ou destruction interlamellaire. A un degré plus prononcé, c'est-à-dire lorsque l'épanchement a été très considérable, soit à la surface de l'os, entre le périoste et la première couche, soit entre les lamelles concentriques, la texture de l'os proprement dite peut offrir deux sortes de changemens. Ou bien, les lamelles ont été considérablement écartées les unes des autres, et leurs communications vasculaires ont été brisées et interrompues; dans ce cas, les lamelles osseuses peuvent se détacher de la couche principale et tomber en détritus, et constituer une manière d'être particulière des os rachitiques que j'ai désignée et décrite, comme on le verra plus bas, sous le nom de *consomption rachitique;* ou bien l'abondance de la matière spongoïde déposée à la surface de la concavité de l'os a fait refouler les lamelles de l'os proprement dit dans le canal médullaire, et alors les lamelles offrent une solution de continuité plus ou moins complète au niveau du centre de l'épanchement, ou bien seulement une courbure angulense d'où, dans l'un ou l'autre cas, peuvent résulter l'extrême courbure de l'os, et même une apparence de fracture incomplète. Ces modifications, comme on le voit, ne sont pas absolues; elles sont au contraire liées à des conditions spéciales, et n'expriment dans aucun cas le fait général de la destruction et de la disparition du tissu osseux proprement dit, dans la seconde période du rachitisme; ce dernier résultat n'existe jamais qu'incomplètement et d'une manière accidentelle, et il est lié à un degré extrême de la maladie, lequel degré s'exprime, comme on le verra plus tard, par des altérations consécutives qui tranchent complètement avec les caractères généraux les plus fréquens du tissu osseux rachitique.

3° Altérations de texture de la troisième période du rachitisme. — A mesure que les symptômes généraux du rachitisme se dissipent et annoncent la période de résolution de la maladie, le tissu osseux suit dans ses phases une progression et une transformation analogues. Le tissu spongoïde des épiphyses se résorbe en partie et la partie restante acquiert de la consistance et perd de sa flexibilité : le liquide qui le baignait disparaît de plus en plus, ses mailles s'élargissent et se solidifient. Dans la diaphyse, d'autres changemens ont lieu : les interstices résultant du dédoublement des lamelles se comblent par de véritables dépôts de phosphate calcaire. Peu à peu les lignes de séparation s'effacent, la couche du tissu spongoïde qui s'était organisée entre le périoste et l'os, entre la membrane médullaire et la surface interne de l'os, se transforme successivement en tissu compacte, et toute la trame osseuse de la diaphyse offre bientôt l'aspect homogène de l'os primitif. On peut suivre cette transformation à l'œil nu de la manière la plus facile : les interstices des lamelles se comblent et se resserrent par degrés; les feuilles qu'on aperçoit d'abord sur la tranche de l'os coupé n'offrent bientôt plus que des apparences linéaires très ténues, accusées par la couleur rougeâtre du tissu spongoïde qui ne reste plus que des traces à peine sensibles. Enfin à mesure que les nouvelles couches acquièrent les caractères et la consistance du tissu compacte, celui-ci reprend sa solidité normale primitive, et finit même par arriver à une dureté et à une compacité extraordinaires. J'ai désigné cet état sous le nom d'*éburnation*, parce qu'en effet les os rachitiques offrent à cette période l'aspect et la dureté de l'ivoire, et que quelque force que l'on emploie il est impossible de vaincre les courbes qu'ils offrent sans fracturer les os. Cette transformation est complète quelques années après la disparition des symptômes aigus du rachitisme, et d'autant plus complète que le sujet s'avance vers l'âge adulte, et alors que la constitution générale a recouvré tous les attributs de la santé.

Enfin, à mesure que la période de résolution s'accomplit les os longs qui étaient très courbés, les tibias et les péronés principalement, s'aplatissent et se rapprochent de la figure d'une lame de sabre courbée. Lorsqu'à cette époque on les divise longitudinalement, on trouve quelquefois jusqu'à près d'un pouce d'os compacte entre le bord concave de l'os et le canal médullaire. Cette augmentation dans la largeur de la partie compacte de l'os résulte évidemment de la transformation des couches primitivement spongoïdes de l'os rachitique, confondues avec les couches de l'os ancien. On peut souvent retrouver encore dans des lignes longitudinales les traces de cette fusion.

Les changemens qui s'opèrent pendant la troisième période du rachitisme dans les os plats et courts ou spongieux sont moins remarquables et moins absolus. Quelquefois les os plats deviennent très lourds, très durs, très compacts et le tissu spongoïde y a fourni évidemment les élémens de cette hypérostose. Ainsi les os coxaux deviennent quelquefois d'une épaisseur et d'une dureté considérables. J'ai observé, entre autres, un bassin fort curieux sous ce rapport, qui m'a été communiqué par M. Legrand de la Maternité. Il pesait le double au moins d'un bassin ordinaire et ses parois avaient acquis une épaisseur et une compacité en plusieurs endroits triple ou quadruple de son épaisseur normale. Les os du crâne offrent aussi très souvent le même développement : j'en ai vu et

que nous empruntons à Casper n'est guère connu en France. Celui qu'a dressé M. Villermé (Annal. d'hyg., t. III) prouve déjà que dans les arrondissemens de Paris, la mortalité est d'autant plus forte que la population est plus pauvre, et en prenant pour mesure de l'aisance des habitans le rapport des familles et des loyers imposés aux familles, et aux loyers non imposés, on trouve que dans le 2e arrondissement, où les logemens non imposés forment les 0,07, la mortalité est de 1 à 62 habitans; elle est de 1 à 53 dans le 5e arrondissement, où les logemens non imposés forment les 0,22; enfin, de 1 à 43 dans le 12e arrondissement, où les 0,58 des logemens sont exempts de contribution locative. Encore n'a-t-on pas fait entrer dans ces chiffres les décès survenus dans les hôpitaux, et auxquels chaque arrondissement contribue nécessairement en raison de sa richesse. Par des voies différentes, M. Benoiston de Châteauneuf est arrivé à des résultats semblables. Il est parvenu à constater exactement l'âge de 1600 personnages riches et puissans de la France, et suivant la marche de la mortalité parmi eux, il l'a comparée avec la mortalité notée sur 2000 pauvres habitans du 12e arrondissement de Paris. De cette comparaison, il a pu conclure que chez les riches la mortalité est, de 25 à 30 ans, de 0,00 à 100, de 2,22 chez les pauvres; de 53 à 60 ans, elle est de 1,68 chez les premiers, de 4,60 chez les autres; de 70 à 75 ans, elle est chez ceux-là de 6,80, et de 14,14 chez ceux-ci. Le professeur Casper, de Berlin, a de même cherché à réduire en chiffres l'influence de la richesse et de la pauvreté sur la durée moyenne de la vie; il a pris pour termes de comparaison les deux extrêmes de l'échelle sociale; d'un côté, 1000 personnes appartenant à des familles de princes et de ducs, que lui a fournies l'almanach de Gotha; et, de l'autre, 1000 pauvres de la ville de Berlin, inscrits parmi ceux qui vivent d'aumônes, et dont les décès ont été constatés par les rapports mensuels des médecins des pauvres. Il est arrivé au résultat suivant :

Sur 1000 individus pauvres et 1000 riches, existaient encore

	Riches.	Pauvres.
A l'âge de 5 ans	945	655
10	958	598
15	911	584
20	886	566
25	832	555
30	796	527
35	755	486
40	693	446
45	624	396
50	557	338
55	464	283
60	398	226
65	318	172
70	255	117
75	139	65
80	57	21
85	29	9
90	15	4
95	1	2
100	0	0

décrit plusieurs exemples dans lesquels les pariétaux principalement avaient triplé d'épaisseur. Lorsqu'on divise le crâne des sujets qui sont dans ces conditions, on aperçoit une multitude de petites granulations rougeâtres, sablées, très denses, très serrées, qui conservent encore quelque chose des caractères du tissu spongoïde. Tout le diploë est envahi par ces granulations, et l'os entier est d'une dureté et d'une pesanteur remarquables. Dans les os tout à fait spongieux, comme les corps vertébraux et les os du tarse, les caractères de la période de résolution offrent encore quelques apparences distinctes. Leur volume ne reste pas toujours augmenté et même il le demeure rarement; mais leur surface est inégale et raboteuse, parsemée de dépressions et de saillies alternatives, qui attestent une ancienne altération de la consistance de leur tissu. Les vertèbres sont surtout remarquables sous ce rapport : leurs surfaces libres sont bosselées ou déprimées; on dirait qu'elles ont été momentanément gonflées, et que, obligées de revenir sur elles-mêmes par la disparition ou la résorption de la matière qu'elles contenaient, elles se sont affaissées et contractées pour combler les vides restans, et s'adapter à leur contenu actuel. Dans tous les cas, elles sont écrasées en avant ou sur les côtés à un degré très considérable. Quant à leur consistance, elle est généralement plus grande : il est souvent presque impossible de diviser les corps des vertèbres qui ont été anciennement atteintes de rachitisme. Leur substance compacte est hypertrophiée et formée d'une croûte de phosphate calcaire très dure.

Le périoste dans cette période est fortement adhérent à l'os; il est redevenu ce qu'il était; il n'est pas plus épais ni plus injecté qu'à l'état normal, si ce n'est peut-être du côté concave où il conserve quelquefois une consistance plus forte.

Telles sont les altérations de texture qui s'observent pendant les trois périodes du rachitisme chez les jeunes sujets, et qui peuvent constituer les caractères immédiats du *rachitisme récent*.

b. TEXTURE DES OS DANS LE RACHITISME ANCIEN OU CHRONIQUE.

La texture des os dans le rachitisme ancien se présente sous deux états distincts suivant que la maladie s'est complètement résolue et ne laisse d'autres traces que la déformation du squelette, ou suivant que la texture des os offre des altérations qui ont persisté après la disparition des symptômes du rachitisme aigu.

Dans le premier cas, c'est-à-dire lorsque la maladie a cessé depuis longtemps, en ne laissant d'autres altérations que la déformation du squelette, la texture des os continue à être celle que j'ai désignée dans la troisième période du rachitisme récent, sous la dénomination d'*éburnation*. La texture des diaphyses a acquis en effet la dureté et la densité de l'ivoire; toute la partie compacte des os longs offre, malgré des courbures quelquefois très prononcées, une homogénéité et une compacité qui ne sont que le complément de l'état que j'ai attribué à la troisième période du rachitisme récent ou aigu. La seule différence qui existe entre l'éburnation ancienne et récente consiste dans la raréfaction de certaines parties du tissu osseux. En effet, les os rachitiques anciens parfaitement consolidés offrent au niveau de leurs épiphyses et dans la partie aréolaire de leur diaphyse, de larges cellules qui témoignent de la résorption de certaines parties, et de plus la diaphyse des os longs restés courbés est aplatie, comme revenue sur elle-même. Hors cette différence, l'éburnation ancienne offre les caractères accomplis de l'éburnation récente, c'est-à-dire que la partie éburnée de la diaphyse, celle principalement qui répond à la concavité des courbures, est d'une dureté excessive au point d'être difficilement divisée par la scie.

Lorsque la résolution du rachitisme n'a pas été complète à cause de l'intensité de la maladie, et que, par suite d'un épanchement très considérable il y a eu dédoublement et écartement extrêmes des lamelles du tissu compacte et dilatation excessive des aréoles du tissu spongieux, le tissu osseux est passé, comme je l'ai dit, à l'état de *consomption rachitique*. Dans cette condition, la couche extérieure des os, principalement celle des épiphyses et des os plats, est réduite à une pellicule très mince, transparente, fragile, cédant à la plus simple pression des doigts.

Tout l'espace circonscrit par cette espèce de coque osseuse est occupé par de larges cellules qu'on dirait résulter de plusieurs aréoles réunis, et dans lesquelles flottent plus ou moins librement des débris de lamelles perdus au milieu d'une moëlle graisseuse, jaunâtre, nuancée en quelques endroits de plaques rougeâtres. Ces cellules n'occupent pas seulement les os spongieux et les extrémités des os longs : elles envahissent le canal médullaire de ces derniers; elles sont d'ailleurs remplies de graisse et quelquefois de parcelles de lamelles ou de lamelles entières isolées, qui ne paraissent pas avoir d'adhérence avec la diaphyse. Lorsque ces os sont desséchés, ils se réduisent à une enveloppe très ténue, à demi-transparente, extrêmement fragile, quoique presque toujours baignée d'une matière huileuse. Les lamelles qui étaient plongées dans le tissu médullaire deviennent libres, comme à demi-enroulées, extrêmement minces et fragiles. Elles ne paraissent avoir avec le tissu compact que des adhérences incomplètes. Cette altération n'est pas toujours aussi prononcée ni aussi générale : souvent les épiphyses seules en sont atteintes, et la partie moyenne de la diaphyse est éburnée; d'autres fois, l'épiphyse et la diaphyse la présentent simultanément à un haut degré, et il suffit du plus petit effort pour fracturer l'os. Suivant ces deux cas, les os sont atteints de *consomption rachitique, complète* ou *incomplète*.

Le mécanisme de la consomption rachitique me paraît fort simple et consiste uniquement dans le dédoublement considérable des lamelles osseuses, au point d'interrompre leurs communications vasculaires et de les frapper plus ou moins complètement de mort. On peut constater directement ce mode de formation de la consomption rachitique pendant la première période du rachitisme aigu ou récent. Les os des jeunes sujets atteints de rachitisme à ce degré offrent une exfoliation remarquable de leur tissu, au point que la couche corticale de tous les os est réduite à une simple pellicule. Je possède plusieurs squelettes de jeunes sujets où cette exfoliation du tissu compacte est évidente. On conçoit que les parties qui ont été ainsi violemment disjointes ne puissent, quand la maladie se résout, se réunir, et que la matière de l'épanchement rachitique, dépourvue de communications vasculaires ne puisse s'organiser et revêtir successivement les caractères du tissu osseux, sans les élémens qui doivent lui venir du périoste ou de la membrane médullaire.

Telles sont mes observations concernant les différentes altérations de texture propres aux différentes phases du rachitisme; ces observations peuvent se résumer comme il suit :

1° La texture des os rachitiques offre des caractères tout à fait différens, suivant qu'on les observe pendant la période d'*incubation du rachi-*

De ces chiffres vérifiés avec le plus grand soin, le professeur Casper déduit la conséquence légitime que les chances de vie et de longévité sont deux fois plus considérables pour le riche que pour la pauvre, puisqu'à l'âge de soixante-dix ans, par exemple, il reste des deux nombres primitifs égaux, deux fois plus de riches que de pauvres, qu'il en reste trois fois plus à quatre-vingt-cinq ans, et presque quatre fois davantage à quatre-vingt-dix. L'âge moyen des mille princes et ducs s'est élevé à cinquante ans, celui des pauvres à trente-deux ans. Ainsi, l'enfant royal, né sur les degrés d'un trône et dont l'existence est protégée avec un soin persévérant contre toutes les causes nuisibles, a dix-huit ans de plus à vivre que l'enfant du prolétaire, né sur le grabat et qui grandit dans les privations.

Revenons au mouvement de la population de Paris durant l'année 1837; on y voit que les décès qui ont eu lieu à domicile se sont élevés à 17,127; le tribut funèbre des hôpitaux civils est représenté par le chiffre 9,507; c'est plus de la moitié des décès à domicile; cette proportion est vraiment effrayante; 9,507 cadavres déposés dans les amphithéâtres des hospices civils de Paris sont un terrible texte à commentaires. Il est impossible que l'organisation du service hospitalier et les nombreux vices qu'il présente n'aient point une part dans ce résultat; nous ne craignons point que ce chiffre d'une fatale ampleur ne récèle quelques argumens de plus en faveur du rapport de la commission des hospices. Les trois hôpitaux militaires de Paris ont fourni un contingent de décès qui monte à 1,097 : l'appréciation de ce résultat exigerait la connaissance exacte du mouvement de la garnison de Paris; mais, même en l'absence de ce document, il est permis de noter l'élévation du chiffre; on ne saurait se le dissimuler, l'armée paie un impôt fâcheux au séjour de la capitale, et il est peu de garnisons, même parmi les plus insalubres, qui exercent sur la santé des troupes une influence aussi nuisible. Plus d'une cause concourt à la produire : au premier rang il faut signaler les mauvaises conditions du casernement et les fatigues du service de la place de Paris. La nostalgie fait de plus grands ravages parmi les jeunes militaires à Paris qu'en province; elle complique la plupart des maladies aiguës qui les amènent dans les hôpitaux. On remarquera aussi la différence des décès féminins et des décès masculins constatés à la Morgue; les premiers ne s'élèvent qu'à 69, tandis que les autres atteignent le nombre 235. Nous regrettons que l'auteur du tableau statistique n'ait pas comparé, dans la colonne de la mortalité, le chiffre des décès survenus chez les enfans naturels à celui des décès qui ont frappé les enfans légitimes; on y aurait retrouvé sans doute la disproportion déjà signalée par les médecins qui cultivent la statistique; les chiffres ont en effet mis hors de contestation l'influence de la légitimité et de l'illégitimité de la naissance sur la vitalité des enfans. On peut consulter à cet égard les travaux du docteur Marx de Gœttingue (TOPOGR. VON GŒTT. 1824), Baumann et Sussmilch (GŒTTLICHE ORDNUNG UND DEREN ANHANG). Les calculs plus récens du professeur Casper ont confirmé ceux des précédens auteurs. Il résulte de ses recherches que sur 28,705 enfans âgés de moins de quinze ans, morts à Berlin de 1813 à 1822, c'est-à-dire dans l'espace de dix ans, il y avait 5,398 enfans naturels. En combinant ce chiffre avec celui des morts-nés, on trouve que sur 100 enfans morts à Berlin, il y avait 23 enfans naturels. Or, à Berlin, la proportion des naissances d'enfans naturels à celle des enfans légitimes est de 1 à 7. La proportion de la mortalité est de 1 à moins de 5. La différence moyenne est donc de deux cinquièmes parmi les enfans au-dessous de 15 ans.

tisme, pendant sa *période de déformation*, pendant sa *période de résolution*, différentes au *commencement et à la fin* de chacune de ces périodes, différentes enfin suivant les *degrés et l'ancienneté de l'affection.*

2° Pendant la période d'incubation du rachitisme, il se fait un épanchement de matière sanguinolente dans tous les interstices du tissu osseux, dans les cellules du tissu spongieux, le canal médullaire, entre le périoste et l'os, entre les lamelles concentriques de la diaphyse, entre les épiphyses et les diaphyses, entre les noyaux épiphysaires et leurs cellules, dans les os courts et les os plats comme dans les os longs, en un mot dans toutes les parties du squelette et dans tous les points du tissu osseux où se distribuent les radicules des vaisseaux nourriciers. De cet épanchement résulte le dédoublement des parties composantes du tissu et le gonflement, le boursoufflement des différentes portions du squelette.

3° Pendant la seconde période du rachitisme, période de déformation, en même temps que la trame du tissu osseux perd de sa consistance et se ramollit, la matière qui continue à se déposer dans tous les interstices du tissu osseux tend à s'organiser; elle passe successivement de la forme cellulo-vasculaire à la forme cellulo-spongieuse. Cette matière de nouvelle formation est surtout abondante entre le périoste et l'os, entre la membrane médullaire et le canal, entre le périoste et la table externe des os plats, et entre les lames de ces dernières.

4° Pendant la troisième période, la période de résolution, le tissu de nouvelle formation dans les os longs et dans quelques os plats et courts, passe à l'état de tissu compact, et tend à se confondre avec l'ancien tissu qui recouvre sa dureté première. Cette addition d'un tissu nouveau au tissu ancien donne une très grande épaisseur et surtout une très grande largeur à quelques parties des os qui avaient été le siége de l'organisation du tissu spongieux nouveau de la période précédente.

5° Dans l'état que j'ai désigné sous la dénomination de *consomption rachitique* et qui résulte d'un degré exagéré de l'affection, le dédoublement et l'écartement des parties composantes du tissu osseux a été tel que leur réunion ne s'est pas opérée et que l'organisation de la matière épanchée n'a pas eu lieu. Dans cet état les cloisons et les lamelles osseuses sont restées écartées, et la consistance de l'os primitif a été réduite au point que leur couche extérieure n'est plus formée quelquefois que par une pellicule mince.

6° La texture des os rachitiques chez les adultes, quand la maladie s'est complètement résolue, offre une compacité et une dureté supérieures à celle de l'état normal. Dans cet état que j'ai appelé *éburnation rachitique*, on ne distingue plus aucune trace de la réunion des élémens de l'ancien os avec ceux de l'os nouveau.

C. INFLUENCE DU RACHITISME SUR LES PROGRÈS DE L'OSSIFICATION.

Les auteurs qui se sont occupés de la question de savoir si le rachitisme exerce une influence quelconque sur les progrès de l'ossification, l'ont résolue souvent d'une manière contradictoire: les uns ont dit que le travail de l'ossification leur avait paru continuer comme dans les circonstances ordinaires, d'autres que le ramollissement même du tissu osseux était une condition qui retardait nécessairement la consolidation de ce tissu: cette divergence d'opinions tient au défaut d'observations précises et est née d'observations faites dans des circonstances différentes.

L'appréciation de l'influence du rachitisme sur les progrès de l'ossification ne peut donc ressortir d'une manière complète que de l'examen du tissu osseux dans les différentes périodes de la maladie et à des distances plus ou moins marquées de son invasion; de plus les faits qui expriment cette influence ne sont pas tous du même ordre; ils appartiennent à deux catégories distinctes: les uns sont relatifs à l'état de l'ossification proprement dite, c'est-à-dire à la transformation du tissu cartilagineux en tissu osseux; les autres au mode de jonction des épiphyses, au degré de soudure des parties primitivement séparées et disjointes.

Relativement au travail de l'ossification proprement dite, il paraît difficile au premier abord, en s'en tenant seulement aux phénomènes extérieurs, de distinguer ce qui est l'effet du retard de l'ossification, de ce qui tient au ramollissement morbide. Ainsi l'on voit fréquemment le sternum et les côtes conserver une souplesse et une élasticité telles pendant l'existence du rachitisme, qu'on peut les déprimer sous les doigts avec la plus grande facilité; il arrive même que le sternum peut se ployer en deux et former une courbe rentrante de haut en bas. Ces résultats sont-ils dus au ramollissement morbide ou bien à l'effet d'un retard de l'ossification? Je pense qu'ils sont dus à la fois à ces deux causes. Pour s'en convaincre il convient d'examiner l'état du tissu osseux comparativement chez des sujets rachitiques et chez des sujets sains du même âge. Cette inspection m'a montré que chez les rachitiques pendant la seconde période et au commencement de la troisième, on distingue un plus grand nombre de filamens ou de noyaux cartilagineux au milieu du tissu osseux proprement dit. Les filamens cartilagineux s'aperçoivent plus facilement dans les corps des vertèbres, les noyaux cartilagineux dans les épiphyses. Ces derniers s'offrent sous forme de petits corps arrondis, séparés du noyau principal, et comme perdus dans la substance spongieuse; leur couleur est moins franche, un peu bleuâtre; ils sont d'ailleurs assez peu unis à la substance spongieuse; lorsqu'on les en détache avec la pointe du scalpel, ils laissent à la place qu'ils occupaient une excavation analogue à celle que laissent les tubercules des os.

Relativement au mode et au degré d'union des épiphyses avec la diaphyse des os longs, il est de toute évidence qu'il y a chez les rachitiques un retard marqué. La divulsion des épiphyses s'opère avec la plus grande facilité, et l'on trouve pendant la première période du rachitisme au point de réunion de l'épiphyse avec la diaphyse, du sang épanché comme on en trouve entre le périoste et le tissu compact de la diaphyse. Ce phénomène devient surtout très sensible lorsque l'on fait sécher un squelette rachitique; toutes les épiphyses des os des membres se décollent de la diaphyse avec la plus grande facilité. Cette disposition rend bien compte du décollement des épiphyses que plusieurs auteurs disent avoir observé à la suite de certaines maladies éruptives; or on sait que dans ces ces circonstances le sang a souvent perdu une partie de sa plasticité, et que c'est sous l'influence des mêmes circonstances, comme je le démontrerai plus tard, que se développe le rachitisme.

Enfin des effets analogues se remarquent dans les os primitivement composés de parties distinctes, comme le sternum, l'os coxal, etc.; les pièces de ces os paraissent se réunir plus tardivement que dans l'état normal. Les pièces du sternum, par exemple, montrent cet effet au plus haut degré. Presque toujours les différentes brisures dont il est composé restent disjointes, et cette disjonction se perpétue pendant toute la vie. On peut s'assurer de ce fait sur presque tous les squelettes

---

Deux tableaux, imprimés dans l'Annuaire à la suite de celui que nous avons reproduit et commenté retracent la mortalité déterminée à Paris durant les années 1836 et 1837 par la petite-vérole; ces tableaux indiquent le nombre des décès par mois, suivant les âges, les sexes et les arrondissemens de Paris auxquels ont appartenu les défunts. Il en résulte que la variole a exercé en 1837 deux fois plus de ravage qu'en 1836, puisque cette dernière année n'a compté que 227 victimes, tandis que 1837 a vu succomber à cette affreuse maladie 458 individus. Cette énorme différence est-elle due à la diminution du nombre des vaccinations ou a-t-elle été produite par une épidémie? Les documens nous manquent pour résoudre cette question. Quant à la fréquence mensuelle des décès par suite de variole, rien ne peut être déduit des deux tableaux pour chaque mois en particulier; un coup-d'œil jeté sur l'un et sur l'autre nous montre seulement que c'est durant le semestre d'été et particulièrement durant les mois les plus chauds de l'année (juillet, août, septembre) que la maladie a sévi avec le plus de violence.

Dans un autre tableau, les décès de la ville de Paris pendant l'année 1837 sont répartis d'après la triple distinction de l'âge, du sexe et de l'état de mariage. C'est dans les trois premiers mois de la naissance et dans la première année que l'on rencontre les chiffres de mortalité les plus considérables; de la première à la deuxième année, la différence est énorme; on compte, en effet, 4,638 décès parmi les enfans d'un an, 1,701 seulement parmi ceux âgés de deux ans. Les époques de la vie qui ont ensuite payé le plus large tribut à la mort sont comprises entre 20 et 25 ans, 65 et 70 ans, 70 à 75, 25 à 30 ans, etc. Quant aux sexes, le total général des décès masculins est de 13,776, celui des décès féminins, 14,054.

Nous ne suivrons pas l'auteur de ces calculs dans les observations qu'il fait relativement au nombre des naissances des deux sexes; il résulte d'un tableau qu'il a dressé, que, durant une période de vingt ans, de 1817 à 1836, il est né en France 10,000,562 garçons et 9,399,888 filles; ce qui établit à peu près le rapport du premier nombre au second = 17/16; c'est-à-dire que les naissances masculines ont excédé d'un seizième celles des filles.

Enfin, M. Mathieu donne, en terminant, le mouvement moyen annuel de la population en France. Nous renvoyons au livre, pour la connaissance des chiffres importans qui entrent dans ce tableau sommaire, nous bornant à noter ici le fait dominant de l'augmentation progressive de la vie moyenne. La table de Duvillard, qui remonte au-delà de la première révolution, fixe cette moyenne à 28 ans 3/4; les calculs de M. Mathieu, qui nous paraissent rigoureux, l'élèvent pour notre époque à 32 ans 7/10: « Voilà donc, dit M. Mathieu, une augmentation d'environ trois ans, qui doit provenir de l'introduction de la vaccine et de l'aisance qui s'est répandue jusques dans les classes les moins fortunées. Elle indique dans la loi de la mortalité un changement favorable qu'un grand nombre de faits ont déjà rendu sensible depuis bien des années, non seulement en France, mais encore dans une grande partie de l'Europe. » Ajoutons que si cette augmentation de la moyenne de la vie humaine est la plus éclatante manifestation de la loi éternelle du progrès, une année de plus, ajoutée à la vie moyenne de l'homme, représente bien des efforts tentés dans toutes les sphères d'activité industrielle et scientifique: quelle prodigieuse dépense de génie ne faut-il point pour allonger de quelques pas le sentier où grimpe l'humanité, et la Providence ne lui accorde-t-elle, pour prix de ses sueurs, cette avare prolongation de sa terrestre existence que pour

d'adultes qui nffrent des traces d'oo rachitisme porté à un hant degré. Le résultat de cette disjonctinn est une saillie anormale du sternnm an niveau de la réunion de ses parties composantes. On peut encore nhserver le même effet, mais d'une manière moins prononcée sur l'os coxal, parce que l'ossification des parties qui le composent o'est achevée que fnrt tard. Cependant à leur degré de disjonction et à la facilité avec laqnelle ils se séparent, il est impossihle de méconnaître un des résultats de l'influeoce du rachitisme.

Le résultat final ou collectif fourni par ces denx ordres de faits, savnir: la persistance d'un nombre plus marqué de nnyaux cartilagineux, la disjooctioo des épiphyses et la réunion plus tardive des pièces composantes des ns multiples, attestent sans aucun donte un retard dans le travail de l'ossification.

Telle est la série des faits composant l'histoire pnrement anatomique du rachitisme. La plus grande partie de ces faits sont nouveaux, et le résultat de mes recherches prnpres : quelques-uns de lenrs élémens avaient été iodiqués, mais indiqués seulement, et d'une manière plus nn mnins incomplète par les anteurs qui m'ont précédé. Parmi ceux-ci, je citerai particulièrement Bichat, Léveillé, Stanley, MM. Guersant, Rufz et Dngès, les seuls qui aient douné des remarqnes dignes d'attentioo sur l'anatomie pathologique du rachitisme. Ainsi, Bichat avait déjà noté, dans la partie moyenne des os longs chez les rachitiqnes, un tissn osseux cnmme aréolaire, mais qu'il faisait résulter de l'extension et de l'écartement des fibres osseuses (1). Léveillé avait reproduit la même npininn. On doit à M. Rnfz quelqnes observations heaucoup plus précises et plus détaillées (2). Cet anteur avait déjà remarqué la disposition lamellaire des os lnngs et la présence d'un soc médullaire rougeâtre déposé eotre chacune de ces lamelles, comme entre les cellules de la substance spongieuse, et le gonflement des épiphyses par la présence d'un tissu spongieux de nonvelle formation. Mais, nutre qu'il ne paraît pas avoir soupçonné la liaison de ces altérations du tissu osseux avec les autres altératious et les autres transfnrmations antérieures et postérienres correspnndant aux différentes périodes de la maladie, il a circonscrit dans ces senls faits, considérés d'une manière absolne, tontes les altérations de texture des os rachitiqnes, en mécounaissant d'ailleurs que celles des altérations qu'il avait notées dans nn seul point des os longs, savoir : l'existence d'un tisso spongieux nouvean à la réunion de l'épiphyse avec la diaphyse est un fait général, qui se retrnnve dans tootes les parties du sqoelette, dans tnute la longueur des os longs à leur surface et à leur intérieur, à la surface de tous les os plats, comme entre les lames de leur table; partout, en un mnt, où je l'ai signalé comme conséquence d'une altération de l'ossification, comme succédant à l'épanchement général de la première périnde du rachitisme, et comme devenant la trame de l'ossification supplémentaire des ns loogs, et quelquefois des ns plats.

Un auteur anglais, Stanley, avait précédemment publié des remarqoes sur l'état que présentent les ns longs atteints de rachitisme à la fin de cette affection, et tont en constatant le développemeot insolite du tissu compacte au niveau de la concavité des courhnres, il attribuait ce développement comme M. Rufz (3), à l'hypertrophie du tissu oormal, sans rattacher d'aillenrs cette transformation du tissu osseux aux phases anormales qui le précèdent (1). Enfin, M. Dngès avait adopté et confirmé en partie les recherches de MM. Rufz et Stanley. Mais, comme on le voit, tons ces anteurs n'avaieot aperçu qu'un on quelques pnints isolés de l'anatomie pathologique du rachitisme, sans entrevoir l'nrigine, la liaison et l'ordre de succession qne ces faits avaient entre enx; et même sans reconnaître la généralité actuelle des faits dont ils avaient remarqué quelques manifestatinns lncales. Or, le caractère de la véritable ohservation, ce n'est pas seulement de cnnstater quelqnes particularités physiques des phénomènes, de les apercevoir dans un point de lenr étendue, mais de les saisir dans lenr généralité, de montrer lenr origine, lenr mode d'évolntion, de succession et d'association, de les snivre dans leur série et leurs rapports, de montrer, en un mot, leur significatinn et leur importance respective; sans cela, l'œil le mnins exercé peut apercevoir un nu plusieurs points isolés des plus belles découvertes, un ou qnelqnes anneaux de la chaîne qui fait remonter au point de départ, c'est-à-dire à la cause, mais il n'aperçoit que ces anoeanx séparés, et ne saisit point lenrs connexions avec ceux qui les précèdent nn les suivent, et surtout n'atteint pas à la signification générale des faits dont il ne peut embrasser que quelqnes circonstaoces matérielles.

(La fin au prochain numéro.)

(1) Bichat, ANATOMIE GÉNÉRALE, édit. de Chaudé, t. III, p. 31.

(2) GAZETTE MEDICALE, 1834, pag. 68 et 69.

(1) LOC. CIT.

(1) L'anteur anglais considère d'ailleurs l'élargissement des os rachitiqnes an niveau de leurs anciennes courhures comme le résultat d'une prévision de la nature qni cherche à fortifier les parties qui ont le plus d'efforts à snpporter. « Ainsi, dit Stanley, il est évident qne dans l'os conrbé, la partie où il y a le plus besoin de force pour empêcher qu'il ne cède davantage, c'est le milieu de sa concavité, et c'est dans cette situation qne l'os recevra de la force et de la compacité par le dépôt de phosphate de chaux. » (MEDICO-CHIR. TRANSACTIONS, t. VII, p. 404.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. MEDICINISCHE ANNALEN, publié par PUCHELT, CHELIUS et NAEGELÉ.

Le quatrième cahier du quatrième volume cnntient : 1° *Sur quelques cas rares de luxation*; par le docteur Harveng. Le plus grand nombre de ces observatioos a été recueilli à la cliniqne de Dupuytren, dont l'antenr était un des élèves; 2° *Procédé d'Amussat pour la taille hypogastrique*; par le même; 3° *Anatomie chirurgicale de la région maxillaire inférieure, pour servir de règle dans la résection de la mâchoire*; par le dncteur de Waenker; 4° *Accouchement heureux d'une femme dont l'utérus avait été considérablement lésé deux ans auparavant*; par le dncteur Naegelé. La femme qui fait le snjet de cette observation très remarquable, que nons avons dounée *in-extenso* (GAZ. MÉD., p. 362, 1837), est devenue de nnoveau enceinte et accoucha très heureusemeot le 7 juillet 1838; 5° *De la présence d'une énorme accumulation de matières fécales dans le rectum*; par le docteur Lévi (com-

---

qu'elle ait quelques heores de plus à consacrer à la vérification de sa propre impuissance? Y.

ARRÊTÉ DU CONSEIL GÉNÉRAL DES HÔPITAUX, PORTANT CRÉATION DE SERVICES SPÉCIAUX POUR LE TRAITEMENT DES DIFFORMITÉS.

Oui le rapport de celni de ses memhres qni a dans ses attributions le service de santé, sur le traitement orthopédique entrepris avec snccès par plnsieurs docteurs de Paris.

Considérant qne ce traitement, qui a déjà rendn de grands services à l'hnmanité peut être continué, savoir :

Le traitement externe, au burean central d'admission;

Le traitement interne, sur des enfans appartenant à la classe indigente, dans l'hôpital des enfans;

Un traitement interne dans les nonveaux bâtimens de l'hospice des enfans trouvés, rue d'Enfer, pour les enfans appartenant à l'hospice, soit comme enfans abandonnés, soit comme orphelins.

Le traitement externe ponrrait, par continnation, être confié à M. le doctenr Duval, sous les conditions énoncées en la délihération du 22 mai 1835.

Le traitement interne pourrait être confié, dans l'hôpital des enfans, à M. le docteur Guérin.

Le traitement interne ponrrait être confié, à l'hospice des enfans tronvés, à M. le docteur Bonvier.

Après en avoir délibéré, arrête :

1° M. le docteur Dnval continuera son traitement externe an bureau central;

2° M. le docteur Guérin aura un traitement interne à l'hôpital des enfans, pour les enfans des classes indigentes de la ville; il y aura douze lits, six pour les garçons et six ponr les filles;

3° M. le docteur Bonvier aura nn traitement interne à l'hospice des enfans tronvés, pour les enfans de l'hospice.

Ces différens services seront gratuits.

Le présent sera adressé double à la qnatrième division, deuxième section, et simple aux première et denxième divisions.

Fait à Paris le 14 novembre 1838.

Signé ORFILA, vice-président.

Le secrétaire-général, TRUNOT.

LETTRE DE M. LE PRÉFET DE LA SEINE, EN DATE DU 8 FÉVRIER 1839.

Messieurs,

Par votre délihération en date dn 14 novembre dernier, vous avez proposé de maintenir dans divers établissemens de l'administration le traitement orthopédique qui n'y avait été pratiqné précédemment qu'à titre d'essai, et vous avez désigné MM. les docteurs Dnval, Gnérin et Bouvier, pour être chargés de cette partie dn service de santé.

J'ai l'honneur de vous informer qne, par nne décision en date du 28 janvier dernier, M. le ministre de l'intérieur a appronvé cette mesure et eo a autorisé l'exécution immédiate.

Agréez, etc.

Le pair de France, préfet, Signé Cte DE RAMBUTEAU.

Pour copie conforme : Le secrét. gén. de l'administ., TRUNOT.

muniqué par M. Chelius); 6° *Le côté scientifique du choléra-morbus;* par un anonyme; 7° *Observations et remarques;* par le docteur Pauli (rien de nouveau); 8° *Remarques sur les maladies des mineurs et fondeurs dans la vallée de Münster (forêt Noire);* par le docteur Rederle; 9° *Trois observations de delirium tremens;* par le docteur Huber (rien de particulier, si ce n'est la circonstance que ces trois cas se sont déclarés à peu près en même temps dans une contrée où cette maladie est très rare); 10° *Remarques faites pendant un voyage en France et en Angleterre;* par le docteur Cless Jun, de Stuttgart (nous avons lu avec le plus grand plaisir ce que l'auteur dit sur le monde médical en France, nous ne pouvons que ratifier tous ses jugemens, même lorsqu'ils sont sévères); 11° *Accidens produits par des vers et des larves d'insectes rendus par les selles;* par le docteur Krapt; 12° *Observation de carie cancéreuse du sphénoïde, de l'os du palais et de la partie palatine de l'os maxillaire supérieur, état squirrheux du nerf trijumeau droit, avec conservation de la gustation du côté de la maladie;* par le docteur Stamm; 13° *Dégénérescence squirrheuse du globe de l'œil, avec adhérence et allongement des deux paupières chez une fille de 26 ans;* par le docteur Zebkuchner (cette tumeur était si énorme qu'elle avait 15 pouces de long sur 4 et demi de diamètre, pendant depuis le bord orbitaire supérieur jusque vers le milieu de la poitrine; les paupières, distendues d'une manière extraordinaire et adhérentes au globe de l'œil, n'étaient pas dégénérées, et leur muscle n'avait pas perdu de sa faculté contractile); 4° *Sur le crétinisme dans la partie hessoise du Neckarthal et des moyens d'en prévenir l'accroissement;* par le docteur Muller (rien de nouveau); 15° *Sur la préparation des bains de Kissingen;* par le docteur Welsch; 16° *Etat sanitaire de la principauté de Hohenzollern-Sigmaringen pendant 1838;* par le docteur Heyfelder.

DE LA PRÉSENCE D'UNE ÉNORME ACCUMULATION DE MATIÈRES FÉCALES DANS LE RECTUM; par le docteur LÉVI; communiqué par le professeur CHELIUS.

OBS.—Une femme, âgée de 50 ans, accouchée quinze fois, a perdu ses règles il y a neuf ans. Depuis ce temps, elle se plaignit d'une diarrhée habituelle et d'une envie fréquente et douloureuse de lâcher l'urine qui s'écoulait par gouttes. Des bains aromatiques et des antispasmodiques soulagèrent momentanément la malade.

En 1830, elle fit usage des bains de Baden. En considérant cette affection, tantôt comme dépendant de la présence d'hémorrhoïdes, tantôt comme une sensibilité augmentée et une irritabilité des parois de la vessie, on prescrivit de légers purgatifs, le sel ammoniac, l'eau de chaux avec du lait.

En juillet 1836, on fit de nouveau usage des eaux minérales; une foule d'autres moyens furent successivement employés, et le tout sans succès.

Le 6 octobre, l'état de la malade étant devenu très inquiétant, on fit pour la première fois une exploration par l'anus. Le médecin, à son grand étonnement, arriva avec l'index à un amas de matières fécales de la grandeur d'une tête d'enfant. On parvint à extraire par petits morceaux cette masse dure, de couleur brune; elle pesait quatre livres. Depuis cette opération, les selles devinrent régulières, ainsi que l'écoulement des urines, qui cessa d'être douloureux.

REMARQUES SUR LES MALADIES DES MINEURS ET FONDEURS DANS LA VALLÉE DE MUNSTER (FORÊT NOIRE); par le docteur REDERLE.

Dans cet article, nous ne trouvons rien qui ne soit connu; une observation d'empyème et d'une fistule à la poitrine est très remarquable sous plusieurs rapports.

OBS. — Fr. Wetzel, âgé de 19 ans, mineur depuis sa dixième année, était toujours bien portant, si ce n'est qu'il avait de fréquentes épistaxis.

Le 23 avril 1834, il fut atteint de pleuro-pneumonie, contre laquelle on employa des saignées locales et générales, des vésicatoires, du nitre, du calomel, et enfin l'acétate d'ammoniaque et le tartre stibié; les symptômes diminuèrent, mais au bout de quelques jours la respiration devint toujours plus difficile, les douleurs au côté gauche de la poitrine revinrent de temps en temps, la toux continua; l'expectoration était purulente; les forces diminuèrent; il exista une fièvre lente et des sueurs nocturnes. Le malade eut souvent des frissons, une pression obtuse au côté gauche, une respiration profonde provoqua de la toux, et le décubitus sur le côté droit des accès de suffocation. L'infusion de racine de sénéga, la digitale, le quinquina, la décoction de lichen d'Islande, le soufre doré d'antimoine, les poudres de Dower, et l'eau de Selters, n'améliorèrent pas l'état toujours plus inquiétant du malade. Au bout de huit jours, la cavité gauche de la poitrine se dilata considérablement; il exista de l'égophonie, le bruit respiratoire était nul et la percussion donna un son mat. Le tissu cellulaire de ce côté de la poitrine devint œdémateux, ainsi que le pied gauche.

Le 21 juin, il se déclara entre la cinquième et la septième côte une tumeur du volume d'un poing d'homme, adhérente et complètement fluctuante. Une ouverture faite par un coup de lancette entre la cinquième et la sixième côte donna issue à deux chopines et demie de pus fétide et épais. Le malade, menacé de suffocation, fut immédiatement soulagé. A chaque pansement qui fut renouvelé journellement, il s'écoula à peu près une livre de pus; peu à peu cette quantité diminua, mais le pus, ne pouvant pas s'écouler librement, devint encore plus fétide. Quelques semaines après, il se déclara une nouvelle fluctuation entre la septième et la huitième côte, on fit une nouvelle ouverture suffisamment large pour que le pus pût s'échapper librement. Une sonde introduite dans la cavité formée par une pseudo-membrane s'introduisit de devant en arrière et en dedans, dans une profondeur de six pouces; le sac était amplement large. On a eu soin de soutenir les forces du malade par des toniques, et de nettoyer la cavité purulente au moyen d'injections tièdes de thé de camomille. Plus tard, en 1835 et 1836, on a cherché en vain à obtenir la guérison par la teinture de myrrhe, la décoction de quinquina, de salicine, d'écorce de chêne, la racine de garance et par l'eau phagédénique. Pendant les trois années que la fistule resta ouverte, il était impossible d'empêcher l'introduction de l'air, ce qui n'avait pas d'autre inconvénient que de rendre la respiration plus gênée. Le pus qui s'écoule dans ce moment ne dépasse que rarement la quantité de deux cuillerées à soupe. Un accident très grave qui menaça à plusieurs reprises la vie du malade (en août et décembre 1836, juin, septembre et décembre 1837) furent des hémorragies internes de la cavité purulente. Elles paraissent avoir remplacé les épistaxis, auxquelles le malade était sujet. La quantité de sang coagulé, fluide et noirâtre, et quelquefois d'une chopine et demie; en bouchant l'ouverture fistuleuse, le sang occasionne une oppression assez forte, et même de la toux avec crachats sanguins; aussitôt que l'écoulement se rétablit, ces symptômes cessent.

De temps en temps, le malade est affecté d'embarras gastrique qui cède à un purgatif, souvent aussi il a des battemens de cœur, la sécrétion urinaire est alors diminuée, et les mains et les pieds sont œdémateux; la digitale a toujours fait disparaître ces symptômes. Dans ce moment, ainsi que l'été précédent, le malade se trouve très bien, il vaque à ses occupations domestiques, et peut même se promener à un quart de lieue de distance.

ACCIDENS PRODUITS PAR DES VERS ET DES LARVES D'INSECTES RENDUS PAR DES SELLES; par le docteur KRAFT.

OBS.—Louise H..., de D., âgée de 20 ans, ayant éprouvé pendant près de dix ans, chaque été, tous les symptômes de l'helminthéose, qui disparaissaient complétement pendant l'hiver, fut traitée par des vermifuges énergiques, et entr'autres par l'huile empyreumatique de Chabert et l'essence de fougère mâle; elle rendit des lombrics, des articulations de ténia, et surtout beaucoup de fragmens de larves d'insectes. Une de ces larves fut rendue entière, et l'auteur de l'observation joint à la description de l'animal un dessin qui le représente. Cette larve ressemble à celles des insectes lépidoptères.

A cette occasion, M. Kraft fait des remarques sur l'origine des entozoaires dans l'économie animale; il révoque en doute ce qui a été dit sur la génération spontanée de ces êtres, et pense, avec plusieurs auteurs, que beaucoup de petits animaux sont destinés à laisser incuber leurs œufs dans des animaux plus grands, comme l'œstre se développe dans le canal digestif du cheval, les dermestes dans le lard, les cuirs, etc.

OBSERVATION DE CARIE CANCÉREUSE DU SPHÉNOÏDE, DE L'OS DU PALAIS ET DE LA PARTIE PALATINE DE L'OS MAXILLAIRE SUPÉRIEUR; ÉTAT SQUIRRHEUX DU NERF TRIJUMEAU DROIT, AVEC CONSERVATION DE LA GUSTATION DU CÔTÉ DE LA MALADIE; par le docteur STAMM.

OBS. — Un homme, âgé de 50 ans, fut pris en octobre 1837 d'une douleur intermittente tierce, correspondante au côté droit de la fosse gutturale; elle était surtout manifeste lorsque le malade avalait; souvent il rendit des crachats sanguinolens. Cette douleur se propagea plus tard à tout le reste de la tête; le sulfate de quinine le fit disparaître pour quelque temps. Pendant les accès, le muscle releveur de la paupière supérieure droite et le muscle droit externe de l'œil droit furent paralysés. La douleur disparut et fut suivie d'une insensibilité complète du côté droit de la face, au point qu'on y enfonçait des aiguilles sans occasionner des douleurs; l'air ne passa plus par la narine gauche. Au commencement de 1838, on reconnut, à l'aide du toucher, une tumeur bosselée d'une certaine étendue derrière et au-dessus du palais; celle-ci s'accrut avec rapidité, gênait la déglutition, et menaçait même la suffocation.

De nouveau des douleurs intermittentes tierces se déclarèrent et principalement dans la moitié droite de la mâchoire supérieure et inférieure, à leurs dents et surtout dans la moitié droite de la langue. Les douleurs disparurent par l'emploi du sulfate de quinine et furent suivies d'une insensibilité complète à la piqûre d'une aiguille, pratiquée successivement à la joue, aux gencives, à la mâchoire inférieure et supérieure, au palais et à son voile, à la lèvre inférieure et à la langue du côté droit. Pour savoir si avec l'anesthésie de la langue, il y avait aussi perte de gustation, on fit sortir cet organe, ce que le malade put faire sans difficulté; on trempa ensuite un pinceau fin dans la teinture de coloquinte; on toucha le bord externe droit de la langue, et on recommanda au malade de la tenir au-dehors jusqu'à ce qu'il eût perçu la saveur de la teinture; il avait la sensation de l'amertume; l'expérience fut répétée à plusieurs reprises avec le même résultat; la coloquinte appliquée à gauche fut bien plus vite perçue qu'à droite, la différence n'existait donc que dans la promptitude de la sensation. La muqueuse buccale du côté droit était sèche depuis que l'insensibilité s'y était manifestée, tandis qu'au côté gauche elle était humide. Les muscles masticateurs, ainsi que ceux de l'expression du côté droit n'étaient pas paralysés. De temps en temps, il s'écoula du sang foncé en couleur et parfois fétide de la bouche et du nez. Dès lors le malade n'éprouva plus de douleurs et tomba dans un état de somnolence qui dura quelques semaines. Le palais s'abaissa davantage dans la bouche, la tumeur s'ouvrit spontanément, et il s'en écoula de la sanie fétide. La faculté contractile

du muscle releveur de la paupière s'était rétablie déjà quelque temps auparavant. Le malade put respirer par le nez et avaler au moins des liquides. Il mourut le 9 mars.

AUTOPSIE faite 36 heures après la mort.

L'autopsie ne fut accordée qu'à condition qu'on ouvrît la tête avec beaucoup de soins.

Sauf quelques adhérences, le cerveau et ses membranes étaient sains. La base du crâne derrière la selle turcique était perforée dans l'étendue d'une pièce de dix sous; le corps du sphénoïde disparu en grande partie; le sommet du rocher droit également détruit; les os qui avoisinaient la perforation d'un gris cendré, très poreux et friables; il se trouvait sur la grande aile droite du sphénoïde juste au-dessus du tron ovale, et un peu en dehors de lui dans une étendue de neuf lignes, une masse rouge, dure, bosselée, ayant d'un et demi jusqu'à deux et deux et demi pouces d'élévation.

Dans cette masse était confondu le nerf trijumeau, juste à l'endroit où le ganglion de Gasser se divise en trois branches; il était impossible de le disséquer: on ne pouvait reconnaître de substance nerveuse qu'un peu en dedans à l'endroit où se sépare le rameau ophthalmique et un peu en dehors à celui d'où part la troisième branche. Les nerfs oculo-moteurs et abducteur de l'œil examinés au devant de la fente sphénoïdale furent trouvés intacts. Il ne restait plus de l'apophyse ptérygoïde droite, ainsi que de l'os palatin droit que quelques débris friables, poreux et entourés d'une masse dure, fibreuse, gris-blanchâtre; à la paroi postérieure du pharynx, cette masse se présentait sous forme de tubercules isolés; l'amygdale droite avait disparu, et une matière jaune, gélatineuse, la remplaçait. La surface de ces bosselures était grise, cendrée, ulcérée; la partie la plus considérable du produit hétérogène était élargie, et on ne reconnut plus rien des premières tumeurs qu'on avait observées dans le principe.

Cette observation donne lieu à plusieurs considérations physiologiques très intéressantes; la tumeur évidemment cancéreuse s'est développée de la base de l'apophyse ptérygoïde; les douleurs, l'insensibilité subséquente de la joue droite, de la moitié droite du nez et de la lèvre supérieure prouvent évidemment que quelques filets du nerf sousorbitaire doivent avoir été affectés par quelques points de leur trajet; il en est de même des nerfs nasaux et des nerfs palatins, bien que la moitié du palais soit devenue insensible; toute la branche maxillaire supérieure du trijumeau était donc lésée, ainsi que l'autopsie l'a aussi démontré. La branche ophthalmique de Willis ne paraît pas avoir été atteinte; car la paupière supérieure droite et la moitié droite du front ont conservé de la sensibilité, et on n'a pas observé des inflammations remarquables qui existent dans l'œil lorsque le nerf ophthalmique a été paralysé; cependant ce nerf a aussi été enveloppé par la masse squirrheuse; mais on peut encore distinguer dans celle-ci de la substance nerveuse appartenant probablement à la branche ophthalmique. Quant à la branche maxillaire inférieure, celle-ci n'a paru lésée qu'en partie; car il n'y avait que le rameau alvéolaire de la mâchoire inférieure et le rameau buccal qui étaient paralysés, mais les filets moteurs du nerf maxillaire inférieur par contre n'étaient pas paralysés; aussi à l'autopsie on a cru trouver encore de la substance nerveuse intacte près du bord externe du ganglion de Gasser.

La paralysie du muscle droit externe n'a pas trouvé son explication par l'autopsie, car le nerf pathétique n'était pas renfermé dans la masse squirrheuse; il est assez probable qu'il a été lésé plus près de son origine à l'endroit où il reposait sur l'os détruit; on pouvait encore moins expliquer la paralysie temporaire de ce faisceau de nerf oculo-moteur qui se rend à la paupière supérieure; pourtant il est probable que le nerf oculo-moteur s'est trouvé comprimé à l'endroit où il passe près de la selle turcique, par la masse squirrheuse, pendant que celle-ci était encore résistante et avant qu'elle eût diminué de volume par la fonte putride; de la même manière on peut s'expliquer la somnolence qui a duré quelques jours et qui a cessé après que l'écoulement fétide s'était déclaré.

Un des phénomènes les plus remarquables pour la physiologie qui ressort de cette observation, c'est que la gustation se soit conservée dans la moitié droite de la langue, malgré la perte de la sensibilité tactile; il en résulte donc que les deux ordres de sensibilité de la langue, celui du toucher et du goût ne dépendent pas d'un seul et même nerf. Comme il est à peu près certain que le grand hypoglosse est un nerf moteur, on se demande si la gustation est sous la dépendance du nerf lingual ou glosso-pharyngien; ce dernier n'a pas été examiné avec assez de soin pendant l'autopsie; cependant, selon toutes les probabilités, dans le cas présent c'était plutôt le nerf lingual que le glosso-pharyngien qui a été lésé; il est donc à peu près certain que l'anasthésie tactile était due à la paralysie du nerf lingual droit et que la fonction de gustation s'est trouvée conservée par l'intégrité du nerf glosso-pharyngien. De même que dans l'œil, l'oreille et le nez les fonctions propres à ces sens se trouvent gênées par des lésions du nerf trijumeau, comme le prouvent les expériences de Magendie, on peut s'expliquer la lenteur avec laquelle s'est faite la gustation dans ce cas.

Un autre phénomène curieux mais inexplicable dans l'état actuel de la science, c'est le type intermittent tierce des symptômes cédant au sulfate de quinine, qu'on a remarqué pendant le développement de la tumeur.

ÉTAT SANITAIRE DE LA PRINCIPAUTÉ DE HOHENZOLLERN-SIGMARINGEN PENDANT L'ANNÉE 1838; par le docteur HEYFELDER.

L'auteur après avoir donné d'une manière concise et avec cet esprit pratique qui le caractérise l'état atmosphérique, la constitution médicale, les épidémies et les épizooties de l'année, passe à quelques histoires de maladies toutes intéressantes, mais ne présentant rien d'inconnu; au reste, nous reviendrons sous peu sur un grand nombre de ces affections, lorsque nous rendrons compte d'un ouvrage intéressant que M. Heyfelder vient de publier; pourtant nous croyous devoir anticiper à l'égard des deux observations suivantes:

HYDROPISIE GÉNÉRALE ET CÉCITÉ, SUITE DE CHLOROSE.

OBS. I. — Une fille, âgée de 24 ans, née de parens phthisiques, bien portante dans sa première jeunesse, réglée à 16 ans, devint chlorotique à l'âge de 21 ans; en même temps la menstruation devint irrégulière, cessa enfin complètement, et bientôt les pieds enflèrent. Malgré l'emploi d'un traitement convenable, l'œdème augmenta d'une manière sensible, et en très peu de temps il y eut une ascite et une anasarque complète. On fit la paracentèse, et on scarifia les jambes et les cuisses avec succès, en ce qu'on fit écouler beaucoup de liquide, et qu'on procura quelque soulagement à la malade. A peine les plaies de la scarification étaient-elles guéries que les signes d'hydropisie se reproduisirent d'une manière plus prononcée. L'infiltration s'étendit par-dessus la poitrine, et même en apparence par-dessus la tête, car la malade perdit peu à peu la vue et ses pupilles cessèrent d'être mobiles. On évacua de nouveau l'eau à l'aide de la paracentèse et des scarifications et ces opérations furent suivies d'un rétablissement si prononcé de la vision que non seulement la malade pouvait de nouveau voir des objets de grande dimension, mais qu'elle lisait même une impression ordinaire; la pupille était aussi sensible à la lumière. L'infiltration ayant encore recommencé, la vision et la mobilité de la lumière disparurent de nouveau et se rétablirent encore chaque fois qu'on évacuait de nouveau le liquide; chaque fois aussi la malade reprit tellement des forces qu'elle put supporter de petites promenades en voiture. Cet état s'améliora et s'empira aussi pendant deux ans et demi, au bout desquels la malade mourut très affaiblie.

A l'autopsie, faite 24 heures après la mort, on trouva l'arachnoïde blanche séparée de la pie-mère fortement injectée par un fluide aqueux; le cerveau était très mou, surtout dans les corps striés; les ventricules distendus par de l'eau; le plexus choroïde couvert d'hydatides. La partie supérieure des poumons partout adhérente renfermait des tubercules; il y avait au moins quatre onces de sérosité dans le péricarde; le foie était friable, gris-blanchâtre, dans son intérieur, et si volumineux qu'il remplissait presque tout l'hypochondre gauche, et touchait en quelque sorte à la rate, à laquelle il adhérait même au moyen d'un tissu cellulaire; les parois de la vésicule du fiel presque vide étaient épaissies; le conduit cholédoque était oblitéré immédiatement au-dessous du confluent du conduit cystique avec le canal hépatique. La rate était diffluente comme de la bouillie; l'épiploon adhérait au péritoine dans le voisinage de l'ombilic. Tous les autres organes étaient sains; le bas-ventre contenait environ quatre litres de sérosité.

Quelque facile que soit l'explication de la cécité dans ce cas, ce fait nous paraît cependant très rare, sinon unique, qu'une accumulation de liquide se trouvant dans la cavité du crâne, dans les tissus de l'orbite, dans le globe aussi bien que dans les autres parties du corps pût déranger assez ces organes pour ramener la perte de la vue, cela se conçoit; on comprend également comment la paracentèse et la scarification des membres œdémateux ait pu chaque fois diminuer la cécité en évacuant le liquide infiltré chez tous les organes. L'anasarque a été produite par la maladie du foie et de la rate; mais le conduit cholédoque étant oblitéré, on peut se demander pourquoi il ne s'est point manifesté d'ictère pendant la vie.

TREMBLEMENT PARTICULIER DE LA MAIN EN ÉCRIVANT.

Déjà plusieurs auteurs allemands ont rapporté des histoires de maladies chez des individus qui pouvaient faire avec les doigts toutes les opérations les plus délicates, comme par exemple: enfiler des aiguilles, tailler des plumes, se raser, etc., sans éprouver la moindre difficulté; et cependant lorsqu'ils voulaient écrire, ils étaient pris d'un tremblement si fort des doigts qui tenaient la plume, qu'ils ne pouvaient former aucune lettre distinctement. Le tremblement cessait aussitôt que les individus déposaient la plume. Jusqu'aujourd'hui on n'a parlé que des sujets d'un certain âge, le plus jeune avait vingt-sept ans; pour la première fois M. Heyfelder cite l'observation d'un enfant de onze ans.

Nous parlerons plus longuement de cette maladie en rendant compte de l'ouvrage de l'auteur; disons, par anticipation, que cette affection a résisté jusqu'aujourd'hui à tous les moyens employés, et que les auteurs ne sont pas d'accord sur sa cause prochaine.

II. JOURNAL DER CHIRURGIE UND AUGEN-HEILKUNDE, publié par GRAEFE et WALTHER.

Les deuxième et troisième cahiers du vingt-septième volume contiennent les articles originaux suivans : 1° *Sur les maladies des os de l'orbite et sur les tumeurs qui peuvent pousser l'œil hors de cette cavité*; par le docteur Canstatt (ce mémoire contient plusieurs observations intéressantes prises principalement à la clinique de M. Sichel); 2° *Sur la possibilité de la ligature de l'aorte*; par le professeur Pirogoff, à Dorpat; 3° *De l'emploi de l'arsenic uni au sang dracon contre les fongus hæmatodes, avec trois observations de réussite*; par le docteur Bartscher (ce moyen est depuis longtemps employé et souvent avec succès); 4° *Sur la gangrène dite blanche*; par le docteur Brunzlow (mémoire fort long sur cette maladie, qui, d'après nous, n'est autre chose qu'une gangrène ou une sphacèle ordinaire du derme dans une certaine étendue et où l'escarre formée par le tissu cutané a conservé une couleur blanche); 5° *Observation remarquable d'un lipome énorme, excisé du creux de l'aisselle*; par le docteur Thormann; 6° *De l'air, de l'eau et de leur action sur l'économie et sous le rapport des bains thermaux*; par le docteur J.-A. Walther, de Baireuth; 7° *Sur la fracture du col du fémur*; par le docteur Szerlecki (article non achevé); 8° *Terminaison rare d'une induration de la prostate*; par le docteur Kyll (cette glande s'est ulcérée lentement pendant sept ans, et la marche successive des abcès a été parfaitement analogue à celle qu'on voit dans les abcès froids qui ont leur siége dans le tissu glandulaire, tel que celui de la parotide; le malade a guéri après l'emploi de frictions d'hydriodate de potasse faites au périnée); 9° *Sur la gastro-entérite nerveuse qui règne à Posen depuis 1833*; par le docteur Hancke (d'après tous les symptômes décrits par l'auteur, et en considérant les résultats de ses autopsies, cette maladie n'est autre chose à notre avis que la fièvre typhoïde telle que nous la connaissons en France); 10° *Sur la peste d'Odessa en 1837*; par le docteur d'Andrejewskiy, traduit du russe par le docteur Hollstein; 11° *Cas de rhinoplastique*; par le docteur Heidenreich (l'opération a parfaitement réussi, et les planches que l'auteur joint à son observation représentent le dessin d'un nez d'une régularité susceptible d'être enviée); 12° *Sur la gale*; par le docteur Ritter (article non achevé); 13° *Histoire d'une tumeur squirrheuse avec kyste à la mamelle*; par le docteur E. Graefe (cette tumeur pesant après l'opération presque vingt-trois livres, a été enlevée avec succès, et la femme qui avait déjà été réduite à un état de marasme a complètement guéri); 14° *Sur la fracture du col du fémur*; par le docteur Szerlecki (traduction de sa thèse latine qui est une excellente monographie sur cette matière); 15° *Cas intéressant de hernie inguinale et de varicocèle*; par le docteur Thormann; 16° *Observation d'une plaie de tête*; par le même; 17° *Commotion du cerveau et de la moelle épinière*; par le docteur Burchhardt (observations ne contenant rien de nouveau); 18° *Sur le traitement du strabisme*; par le docteur J.-A. Walther (pour remédier à cette infirmité, l'auteur propose de ne présenter aux enfans très jeunes les objets qu'ils doivent voir que directement en face d'eux, et de recommander à ceux qui sont raisonnables de ne jamais rien regarder de côté et de diriger toujours les yeux sur des objets placés immédiatement devant eux); 19° *OEdème partiel de l'avant-bras*; par le docteur Meister (gonflement très commun).

SUR LA POSSIBILITÉ DE LA LIGATURE DE L'AORTE ABDOMINALE; par le professeur PIROGOFF.

L'auteur a fait une foule d'expériences sur les animaux, dont les uns ont succombé, les autres survécu à l'opération; il résulte de ces différentes expériences qu'on observe toujours les phénomènes suivans :

1° Une forte congestion de sang vers le cœur; 2° de là une gêne considérable dans la respiration; 3° une accumulation de sang dans le système veineux; 4° une congestion de sang vers le cerveau; 5° une diminution d'appétit; 6° un dérangement de la sensibilité et de la motilité dans les membres postérieurs; 7° une rétention d'urine et de matière fécale; 8° quelques signes d'irritation des séreuses de la poitrine et du bas-ventre; 9° tous ces phénomènes se montrent avec une intensité d'autant moins violente que l'aorte est moins grande chez l'animal.

A l'autopsie, on a trouvé généralement les changemens suivans :

1° Le cœur gauche et droit, les veines caves, les artères et les veines pulmonaires, et l'aorte même depuis son origine jusqu'à l'endroit de la ligature, distendus par du sang noir coagulé; 2° les poumons surtout à leurs lobes postérieur et inférieur n'avaient pas la couleur et la consistance normales. En général, la couleur des poumons était d'un brun jaunâtre, livide, leur poids était augmenté; ils étaient souvent comprimés, rapprochés de la colonne vertébrale, et le diaphragme était refoulé vers la poitrine; 3° souvent il existait des épanchemens de sang dans les plèvres et dans le péritoine; 4° tout le système veineux abdominal distendu par du sang noir et épais; 5° le péritoine et l'intestin à l'état normal; 6° la vessie pleine d'urine et le rectum distendu par des matières fécales; 7° le cerveau et la moelle épinière présentaient quelquefois des traces de congestion.

M. Pirogoff conclut : 1° que la ligature de l'artère-aorte tentée par Cooper ne doit pas prendre rang parmi les autres ligatures d'artère, parce que cette opération ne peut pas être d'une issue favorable; 2° qu'on ne pourait concevoir de succès que lorsqu'on parviendrait à lier le vaisseau entre les deux artères mésentériques, ce qui n'est presque pas possible chez l'homme; 3° que la mort est toujours le résultat d'une congestion vers les poumons et le cœur; 4° que les anastomoses seront toujours suffisamment nombreuses pour rétablir la ciculation dans les parties placées au-dessous de la ligature; 5° que la cause de la paralysie siége probablement dans la moelle épinière, ce qui est prouvé par la cessation des fonctions de la vessie et du rectum.

OBSERVATION TRÈS REMARQUABLE D'UN LIPOME ÉNORME EXCISÉ DU CREUX DE L'AISSELLE; par le docteur THORMANN.

OBS. — Katharina Gastmann, qui fait le sujet de cette observation, est accouchée à l'âge de 38 ans de son septième enfant qu'elle allaita pendant deux ans; elle eut une inflammation au sein gauche; celle-ci combattue, il se déclara peu de temps après dans l'aisselle du même côté, une tumeur qui grandit peu à peu et parvint au bout de 13 ans à des dimensions énormes.

A cette époque, la femme, arrivée à l'âge de 55 ans, perdit ses règles; mais il lui survint à la surface de la tumeur de l'aisselle une éruption herpétique de laquelle transsudait régulièrement tous les mois une quantité de sang presque égale à celle qu'elle perdait auparavant par la menstruation. Cet état ayant ainsi subsisté pendant trois ans, il se déclara à la place de l'écoulement sanguin un véritable flux blanc, qui en se supprimant momentanément donna lieu à des suppurations qui ne cessèrent qu'avec le retour de cet écoulement.

Le 1er août 1838, elle consulta pour la première fois M. Thormann; la tumeur avait alors un pied, neuf pouces, neuf lignes de longueur; un pied, cinq pouces, six lignes de circonférence à son pédicule, et trois pieds, quatre pouces dans sa plus grande largeur. Elle avait la forme d'une poire, n'était nullement douloureuse au toucher; sa peau était couverte de quelques croûtes dartreuses; à quelques endroits suintait une humeur fétide. Le bord antérieur et postérieur de l'aisselle était fortement écarté par la tumeur qui avait son insertion dans le tissu cellulaire de l'aisselle. Les plus gros vaisseaux qui se rendaient dans la tumeur donnèrent au toucher une pulsation manifeste. On pratiqua l'excision en circonscrivant le pédicule de la tumeur par deux incisions semi-elliptiques; à mesure qu'on divisait les vaisseaux, on en fit la ligature : un paquet assez considérable de glandes hypertrophiées fut détaché. Ce qu'il y avait de plus difficile dans cette opération, c'était de déraciner au moyen du scalpel les prolongemens de la tumeur, qui s'avançaient entre les nerfs du plexus axillaire et l'artère de ce nom. La masse enlevée consistait dans un lipome ou tissu graisseux pesant vingt sept livres.

La femme a été complètement guérie et s'est bien portée depuis.

LA PESTE A ODESSA PENDANT L'ANNÉE 1837; par le docteur d'ANDREJEWSKIY, traduit du russe par le docteur HOLLSTEIN.

Dans cet article, l'auteur rend compte de la peste qui a sévi sur la ville d'Odessa en 1837, depuis le 7 octobre jusque vers la fin de décembre. Un pilote y arriva avec un bâtiment chargé de bois, et déclara au lazaret que sa femme venait de mourir de la peste qu'elle avait contractée dans une ville infectée, et dans laquelle il avait fait son chargement. On fit l'examen du cadavre, et comme on n'y découvrit que quelques taches et sugillations, on permit l'inhumation sans autre précaution; mais, déjà quelques jours après, plusieurs personnes qui avaient eu quelques rapports avec le cadavre ou avec l'équipage tombèrent malades avec les symptômes évidens de la peste. Bientôt cette maladie fit des progrès rapides, et on put suivre pas à pas la contagion dans les familles qui en furent les victimes. Les précautions les plus sévères ont été prises pour étouffer le mal aussi vite que possible; la ville fut entourée par un double cordon sanitaire, et les quartiers infectés, isolés; ainsi que chaque maison suspecte en particulier; aussi Odessa ne compta que 125 individus atteints de cette maladie terrible, dont il n'y eut à la vérité que 17 qui guérirent, les 108 autres succombèrent. Le dernier décès eut lieu le 22 décembre, et les cordons sanitaires furent relevés le 24 février 1838.

Cette épidémie, qui a montré tous les caractères décrits par les médecins anciens et modernes, a encore donné ici les mêmes preuves mille fois constatées de sa propriété contagieuse.

CAS INTÉRESSANT DE HERNIE INGUINALE ET DE VARICOCÈLE; par le docteur THORMANN.

OBS. — Un individu affecté à la fois de hernie et de varicocèle, après avoir vainement essayé l'usage d'un brayer pour maintenir la hernie, vint augmenter

par-là journellement la varicocèle. M. Thormann entreprit de le guérir à la fois de ces deux affections. A cet effet, il découvrit le sac herniaire, alla à la recherche de l'artère spermatique, en fit la ligature et obtint la cicatrisation de la plaie au bout de trois semaines. Ce n'est que quelques mois après, lorsque M. Thormann revit son malade qu'il trouva les parties variqueuses bien moins volumineuses, réduites à la dimension d'un œuf de pigeon et dures comme de la pierre. La hernie n'avait pas reparu quoique l'opéré n'eût porté ni suspensoir ni brayer.

M. Thormann avait entrepris cette belle opération d'après une simple indication de M. Chelius (MANUEL, vol. I, p. 803, 3e édit.); au reste, il paraît qu'elle a déjà été pratiquée avec succès par Jamson (MEDICAL RECONUER, avril 1825, p. 271).

III. RUST'S MAGAZIN FÜR DIE GESAMMTE HEILKUNDE.

Les 2e et 3e cahiers du 35e volume contiennent : 1° *Remarques sur un fongus médullaire*; par le docteur Heinrich. (Trois observations d'ablations de tumeurs encéphaloïdes, intéressantes, mais ne contenant rien d'inconnu.) 2° *Compte-rendu de l'hôpital de la Charité, à Berlin, pendant* 1835; par le docteur Geisler. (Rien de saillant.) 3° *Observation concernant la présence d'un serpent dans l'estomac*; par le docteur Maudt; 4° *Sur la pathologie et l'anatomie pathologique du foie*; par le professeur Albers. (Article intéressant, mais échappant à l'analyse. Au reste, la plus grande partie de ses matériaux est d'origine française.)

OBSERVATION CONCERNANT LA PRÉSENCE D'UN SERPENT DANS L'ESTOMAC; par le docteur MANDT, de St-Pétersbourg. (Avec gravures.)

On trouve dans l'histoire de la science plusieurs faits plus ou moins croyables d'accidens survenus à des personnes qui ont eu le malheur d'avaler des animaux vivans, des œufs d'animaux ou des larves, qui se sont ensuite développés et qui ont séjourné, pendant un certain temps, dans le canal digestif. Parmi ces faits, on en cite plusieurs qui se rapportent à des mollusques, avalées vivans, et à d'autres animaux à organes respiratoires peu compliqués. On parle de reptiles, de grenouilles, de salamandres, de serpens; mais le plus souvent ces observations manquent d'authenticité, n'ont pas été faites par des médecins ou par les auteurs qui les rapportent. Le plus fréquemment on s'est fié au récit et à la bonne foi de ceux qui prétendaient avoir rendu l'animal; et, en général, on ne trouve pas dans ces observations les détails qu'on serait en droit d'exiger. L'observation que nous allons donner est d'autant plus intéressante qu'elle a été faite par quatre médecins, qui ont surveillé le patient depuis le premier jour de son accident jusqu'à ce qu'il ait rendu l'animal; ils ont noté avec soin les symptômes qui se sont manifestés pendant les quinze jours que le malade accusait la présence de son singulier hôte dans le ventre; et, enfin, le rédacteur de l'observation ajoute à celle-ci le dessin exact de l'animal lui même, pièce de conviction, qui souvent a échappé aux observateurs de faits pareils.

OBS. — Abraham Isajeff, paysan, âgé de 36 ans, de taille moyenne, et bien constitué, s'endort sous un arbre, vers l'heure du midi, le 27 juillet 1838. Tout à coup il s'éveille avec effroi, en sentant quelque chose de froid, qui lui descend dans l'œsophage, comme si de l'eau glacée lui coulait de la bouche dans l'estomac. Il avait entendu dire que c'était là précisément la sensation qu'éprouvaient les personnes auxquelles les serpens s'insinuaient pendant le sommeil dans le canal digestif. Il se hâte de porter sa main sur l'épigastre; il y perçoit des mouvemens distincts, comme si quelque animal vivant était dans son estomac. En même temps, il ressent dans cet organe un froid glacial et un poids énorme. Il ne doute plus un instant du malheur qui vient de lui arriver; il s'effraie, son imagination se trouble au point qu'il n'a plus la force de rentrer chez lui et qu'il fallut le conduire à la maison. Un de ses amis lui fait avaler ce jour-là une décoction de tabac faite avec une once de feuilles et dix onces d'eau. La sensation du froid diminue un peu et les mouvemens cessent.

Le 28, les mouvemens dans l'estomac recommencent de bonne heure; ils sont sentis dans une plus grande étendue, le froid et le poids incommodes sont plus marqués. On administre une nouvelle dose de décoction de tabac, qui cause trois vomissemens et fait cesser les mouvemens dans le ventre. A neuf heures, le malade boit une certaine quantité d'eau-de-vie, qui ne produit point de changement; mais, vers midi, des mouvemens de tournoiement violens se font ressentir, et le patient, après avoir mangé un peu de hareng, se fait transporter en voiture à trois werst de son domicile, chez le docteur Selle. Celui-ci le vit vers les deux heures, et crut au premier abord que la narration que faisait le malade de son accident était un récit imaginé dans un état de délire. Un autre médecin qui était présent crut pouvoir expliquer les sensations perçues, en les attribuant à d'autres causes qu'à la présence d'un serpent dans l'estomac.

M. Selle palpa ensuite l'épigastre avec soin à l'aide de la main refroidie avec de la glace, et puis aussi après l'avoir un peu chauffée; tantôt il pressait plus fort, tantôt plus doucement, et il lui sembla reconnaître les mouvemens d'un corps arrondi soulevant les parois du ventre et faisant des bonds selon l'expression de l'auteur. A l'aide du stéthoscope, on entendit dans l'hypocondre gauche un bruit semblable en partie à du gargouillement, en partie à du râle; ce bruit semblait produit par un corps qui aurait frotté par intervalles irréguliers sur une surface tendue. Le malade était très agité, mais n'avait point de fièvre. M. Selle, tout en ajoutant foi au récit qui venait de lui être fait, avait encore de la peine à croire à la présence d'un serpent dans l'estomac; il supposa plutôt que le soulèvement et le bondissement des parois de ce viscère étaient occasionnés par les mouvemens de quelque autre reptile, d'une grenouille, par exemple. On administra : feuilles de séné, une demie once; sulfate de magnésie, une once et demie; infusez dans quatre onces d'eau. Cette potion provoqua des selles abondantes, sans faire rendre rien d'extraordinaire; les mouvemens cessèrent dans le ventre, mais la sensation de froid et de pesanteur persista. Le malade prit un peu de lait et de harengs.

Le 29, les mouvemens dans l'estomac recommencèrent vers cinq heures du matin; le froid et la pesanteur étaient toujours très sensibles; la frayeur du patient toujours très grande. Trois onces d'huile de ricin sont administrées. Les mouvemens dans le ventre devinrent plus faibles, plus lents et plus rares; ils cessèrent vers le déclin du jour. On donna de nouveau au malade du lait et du hareng. Les nuits se passèrent sans sommeil.

Le 30, retour des mouvemens à cinq heures du matin, c'est-à-dire avec périodicité. Le froid est ressenti dans une plus grande étendue. Le ventre est encore exploré avec soin par M. Salle; ce jour-là il ne palpa et n'entendit rien d'extraordinaire. On administra un grain de tartre stibié et un scrupule d'ipécacuanha, qui produisirent quatre vomissemens. Trois heures après avoir vomi, le malade crut éprouver des mouvemens un peu plus bas que dans l'estomac; le froid et la pesanteur correspondaient à l'endroit des mouvemens; M. Selle s'assura de ces derniers et les reconnut aussi. Deux gros d'huile de térébenthine avec un jaune d'œuf et quatre onces d'eau sont ensuite administrés. Vers le soir, le patient est atteint de convulsions épileptiformes.

Le 31, le malade prétendit dans la matinée que le serpent se trouvait encore plus bas dans le ventre, qu'il ne remuait plus, et que probablement il était mort, mais que le froid qu'il occasionnait était le même; vers midi, l'animal se remuait de nouveau au-dessous de l'ombilic. Ce fut ce jour-là que M. Mandt vit le malade pour la première fois; il palpa le ventre et crut distinguer à travers les parois affaissées un corps étranger, dur et allongé, dont il n'oserait pas affirmer que ce fut un serpent. A l'aide du stéthoscope, il n'entendit que les battemens des artères. M. Mandt fit observer le malade avec soin, lui administra l'huile de ricin, qui procura quelques selles. Dans l'après-midi, le patient dit qu'il ne sentait plus l'animal se mouvoir; il mangea un peu vers le soir et dormit bien la nuit suivante.

Le 1er août, le malade, toujours plus observé par ses médecins, ne ressentait plus de mouvement dans le ventre, mais le poids et le froid y étaient plus marqués vers l'hypogastres. Les signes fournis par la palpation pratiquée avec la main refroidie dans la glace et ensuite réchauffée n'étaient qu'équivoques. M. Selle crut entendre avec le stéthoscope encore du râle et du gargouillement. Un quatrième médecin, M. Hassing, partagea l'opinion de ses confrères, et crut aussi qu'un reptile pouvait se trouver réellement dans le ventre du malade. On administrera le calomel, 6 grains unis au jalap 1 scrupule, elles produisirent une violente purgation sans rien faire rendre du serpent. La sensation du froid était moindre, mais la pesanteur plus marquée.

Le 2, le malade paraissait rassuré sur son état et ne ressentait plus de mouvement dans le ventre, il n'y éprouvait pas non plus de froid, mais il crut reconnaître la place qu'occupait l'animal à la pesanteur très prononcée dans l'hypogastre, il plaça sur cette région la main de M. Selle; mais ce praticien ne distingua que les battemens des artères. On administra encore le calomel avec le jalap. Après midi, on donna un lavement d'infusion de valériane.

Le 3, point de mouvemens ni de sensation de froid; mais le poids interne persiste. Calomel et jalap; le soir, lavemens avec infusion de valériane.

Le 4, La nuit a été bonne; le malade est plus calme que les jours précédens, mais quoiqu'il ne ressente plus rien dans son ventre, il dit qu'il ne sera rassuré sur son état que lorsqu'il aura rendu le serpent. Huile de ricin; le soir, lavement de valériane.

Le 5, le calme persiste; deux selles par l'huile de ricin; on continue l'usage de ce médicament, lavemens de valériane le soir. Le poids semble remonter à droite et passer ensuite dans la région épigastrique.

Le 6, même état; calomel et jalap; lavemens de valériane.

Le 7, le malade a eu trois selles; il n'a rien rendu du serpent; on continue les purgatifs.

Le 8 et le 9. Calomel; jalap.

Le 10, entre quatre et cinq heures du matin, le malade eut trois selles, à la seconde, il rendit la queue du serpent, et à la troisième, le reste de l'animal. Il fut obligé d'en favoriser la sortie en l'attirant doucement.

Toutes les parties du serpent ont été rendues; il n'en manquait que le côté gauche de la mâchoire et un petit morceau de l'endroit où la queue se joint à l'abdomen; on en a fait un dessin bien exact. L'animal avait plus d'un pied de long; toutes ses articulations avaient été rompues. Il appartient à l'espère *vipera berus*; c'est-à-dire un serpent qui, sans être très venimeux, occasionne cependant des inflammations.

L'espèce dont on raconte le plus ordinairement des faits pareils à la présente observation, est la *coluber natrix*. Les accidens auxquels cet animal donne lieu, sans être aussi fréquens qu'on l'a prétendu, sont loin d'être fabuleux; mais nous ne connaissons aucune observation dont l'histoire ait été aussi détaillée que celle que nous venons de donner.

IV. HUFELAND'S JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE; continué par OSANN.

Les cahiers de janvier, de février et de mars contiennent les articles suivans : 1° *Sur le traitement des maladies par l'eau,* par le docteur Osann. (L'auteur, sans être un partisan de cette méthode très ancienne, mais qui depuis quelques temps prend une vogue considérable en Allemagne, et a déjà fait irruption dans l'est de la France, décrit la manière dont on administre l'eau froide en lotions, en bains, et en boissons excessivement abondantes, et il cherche à se rendre raison d'une manière physiologique des succès qu'on attribue à cette méthode de traitement.) 2° *Sur l'organisation du sang,* par le professeur Schultz. (Dans cet article, M. Schultz fait un résumé qu'il présente sous forme d'aphorismes de tout ce qu'il a déjà publié sur le sang dans différens travaux et dont nous avons donné les analyses.) (Gaz. Méd. p. 519, 1835, et 618, 1838, etc.) 3° *Sur la peste à Odessa,* par le docteur Andrejewskij; communiqué par le docteur Vetter; 4° *Notes et extraits concernant l'histoire naturelle et la médecine,* par le docteur Pitschaft. 5° *Quelques notes sur Salzbrunn en Silésie,* par le docteur Zemplin. (Très avantageux pour les affections de poitrine.) 6° *Sur le rapport de la théorie à la pratique dans l'éducation d'un médecin,* par le professeur Fr. Hufeland. 7° *Sur l'ergotisme,* par le docteur Wagner. (L'auteur observe de temps en temps les effets de l'ergotisme ; il rapporte deux cas où les symptômes étaient très prononcés, tels que la contracture des doigts et le fourmillement dans les mains et dans les pieds; selon lui les moyens les plus efficaces sont les évacuations abondantes suivies de l'emploi de l'opium, s'il existe une congestion de sang vers la tête, il a recours aux émissions sanguines.) 8° *Sur l'huile de morue,* par le docteur Schenck; 9° *Sur l'emploi de l'extrait de stramonium,* par le docteur Droste. (Trois guérisons de tic douloureux.) 10° *Observation d'une maladie de la moëlle épinière,* par le docteur Busse; 11° *Même sujet,* par le docteur Meuthuer. (Rien de saillant.) 12° *Variole et revaccination,* par le docteur Dorublüth. (Dans le Mecklenbourg-Schwerin il y a eu de 1832 à 37, 1133 individus qui ont succombé à la variole, tandis que de 1826 à 31, il n'y en a eu que sept. L'auteur, qui a entrepris la revaccination sur 191 individus, est arrivé absolument aux mêmes résultats que ceux dont nous avons déjà parlé et qui ont opéré la revaccination sur une bien plus grande échelle dans le Würtemberg et en Prusse.) 13° *Observations.* par le docteur Roesch.

SUR L'EMPLOI DE L'HUILE DE MORUE; par le docteur SCHENCK.

Dans un article pratique et plein d'érudition, M. Taufflieb, médecin à Barr, a publié dans la Gazette Médicale (1837, p. 502) le résultat de ses essais faits avec de l'huile de morue; nous renvoyons donc à ce petit travail consciencieux ceux d'entre nos lecteurs qui voudraient connaître les auteurs qui se sont occupés de ce médicament, de son emploi et du succès qu'on peut en espérer.

Aujourd'hui nous donnons un résumé un nouveau travail sur cette matière, et sans vouloir trouver dans ce médicament un agent infaillible contre les affections chroniques les plus rebelles, telles que les scrofules et l'arthritis, nous pouvons dire, par notre propre expérience, que ce médicament n'est pas sans beaucoup de vertus ; mais nous avons besoin d'avertir de suite qu'il doit être employé avec une grande persévérance pour en obtenir l'effet qu'on peut en attendre ; nous savons aussi que plusieurs des malades traités avec succès par l'huile de morue auraient peut-être guéri par la seule force de la nature ; mais il y en a évidemment beaucoup d'autres chez lesquels la marche progressive vers la santé était trop manifeste pour ne pas voir l'influence d'un agent médicamenteux. M. Schenck rapporte ici cinq nouvelles observations que nous donnons très en raccourci et qui viennent à l'appui de la confiance que l'auteur accorde à ce médicament, qui, d'après lui, est un spécifique aussi sûr contre les scrofules, le rachitisme et l'arthritis que le quinquina contre la fièvre intermittente.

GUÉRISON DE FISTULES ET D'ULCÈRES AUX LOMBES, ACCOMPAGNÉS DE DOULEURS ARTHRITIQUES QUI ONT EXISTÉ PENDANT TROIS ANS.

Obs. — L., âgée de 43 ans, mère de plusieurs enfans, était affectée depuis dix-huit mois de douleurs dans les lombes, d'ulcères et de fistules au sacrum d'où s'écoulait une sanie fétide et séreuse; les vertèbres étaient saillantes, les articulations des membres gonflées. Déjà la femme était dans un état de marasme et la fièvre hectique prononcée, lorsqu'on eut recours à l'huile de morue qu'elle supporta sans peine à la dose de trois cuillerées par jour. Sous l'influence de ce moyen l'amélioration ne devint bien sensible qu'au bout de six mois, alors le gonflement des articulations diminua. Le neuvième mois la malade put marcher avec des béquilles. Au bout d'un an les ulcères se fermèrent; et dix-huit mois après avoir commencé l'usage de ce médicament, elle put même faire de longues promenades. Guérison.

OBSERVATION DE CARIE SCROFULEUSE.

Obs. — Gaspard S., âgée de 35 ans, née d'une mère scrofuleuse, et ayant eu ainsi que ses frères et sœurs des glandes engorgées dans son enfance, vit survenir en 1828 une tumeur scrofuleuse au pied gauche, qui après avoir ouvert se transforma en fistule d'où s'écoulait une sanie fétide et s'échappaient parfois des fragmens d'os cariés. Fièvre hectique. Amélioration notable au bout de six semaines par l'effet de l'huile de morue et enfin guérison complète dans l'espace de six mois.

DARTRES A LA FACE, DE NATURE SYPHILITIQUE, QUI AVAIENT DURÉ DOUZE ANS.

Obs. — O., maître d'école, était âgé de 25 ans, lorsqu'il lui survint un ulcère à la langue, qu'il attribua d'abord à l'irritation causée par une dent; quelque temps après des boutons se développèrent à la face, suppurèrent et se couvrirent de croûtes. Un médecin consulté apprit que le malade avait fumé d'une pipe appartenant à un de ses cliens affecté de syphilis. O. fut plus tard aussi atteint de la gale et d'un écoulement fétide du nez. L'éruption dartreuse fit toujours de plus en plus des progrès, au point de couvrir la face comme un masque et la rendre extrêmement hideuse. Les mercuriaux, l'éthiops antimonial, la douce amère furent pendant fort longtemps employés sans le moindre succès; ce n'est que par le traitement par la faim qu'on vit une amélioration momentanée, lorsque le malade était réduit à une émaciation extrême; aussitôt que l'embonpoint revenait la dartre reparaissait avec plus d'intensité à la face. La maladie avait déjà duré douze ans, lorsqu'on entreprit de la combattre par l'huile de morue (trois cuillerées à bouche par jour).

Au bout de sept semaines de traitement, l'amélioration était bien marquée, les croûtes disparurent peu à peu, et la guérison était complète au bout de quatre mois.

Lorsque le malade se présenta de nouveau chez son médecin, celui-ci eut de la peine à le reconnaître.

Cette observation est une des plus belles que nous connaissions, et donne la preuve la plus évidente de l'efficacité du remède ; ici, en effet, une foule de moyens très énergiques ont échoné pendant douze ans, et la guérison a été complète dans le court espace de quatre mois ; mais nous avons des doutes sur la nature syphilitique de l'affection ; quoi qu'il en soit, le résultat dans ce cas était presque inespéré.

Enfin M. Schenck rapporte encore deux observations, l'une de Carreau, et l'autre de toux chronique, chez un enfant scrofuleux, de huit ans, que l'auteur avait regardé comme tuberculeux ; ce n'est que l'ensemble des symptômes qui lui a fait porter ce diagnostic, qui n'était rien moins que sûr. Dans ces deux cas l'emploi de l'huile de morue fut couronné d'un plein succès.

V. MONATSSCHRIFT FÜR MEDICIN, AUGENHEILKUNDE UND CHIRURGIE; publié par AMMON.

Le cahier de janvier et février contient : 1° *De la nouvelle tendance de l'ophthalmologie;* par le docteur Schindler (l'idée dominante, au reste, très commune, dans cet article, c'est que très souvent le mal local n'est qu'un reflet d'une maladie de tout l'organisme); 2° *Observation de varice à la paupière et à la région susorbitaire;* par le docteur Heidenreich (guérison par l'excision et la ligature des veines distendues); 3° *Sur la physiologie et la pathologie de la menstruation;* par le professeur Naumann; 4° *Sur la thérapeutique de la syphilis;* par le docteur Hacker (le traitement que l'auteur emploie dans sa clinique consiste dans une diète sévère, des purgatifs, une saignée et la cautérisation du chancre; il n'y a pas de doute que par ce traitement les symptômes disparaissent; mais nous croyons, par expérience, que les malades traités par les mercuriaux sont moins exposés aux récidives et aux symptômes consécutifs, pour lesquels le mercure est toujours le médicament par excellence); 5° *Nouvelles considérations sur l'hématose;* par le docteur Carus (Gaz. Méd. p. 831, 1838); 6° *Observation d'un diabète accompagné de manie;* par le docteur Fieiller (rien de particulier).

SUR LA PHYSIOLOGIE ET LA PATHOLOGIE DE LA MENSTRUATION, par le professeur NAUMANN, de Bonn.

Dans cet article iatrochimique, l'auteur met en avant quelques propositions bien étranges, et nous fait connaître des particularités qui nous paraissent tout-à-fait nouvelles ; c'est ainsi qu'il dit que de toutes les hémorragies la menstruation se rapproche le plus des sécrétions, c'est même une véritable sécrétion en ce que le sang menstruel renferme des acides phosphoriques et lactique libres (démontrés par Retzius) ; il n'est pas rouge comme le sang ordinaire ; il est spécifiquement plus léger, ne se coagule pas et contient très peu de globules. Un fait singulier qui nous a le plus frappé dans cet article, c'est que d'après les observations de l'au-

teur et celles de Rokitansky (OESTERREICH. MEDIC. JAHRB. 1838, vol. XV p. 501), se trouve chez des femmes qui meurent au commencement de la gestation, chez celles qui sont récemment accouchées et chez les filles nubiles qui sont mal on pas du tout réglées, à la face interne du crâne, des ossifications ou des îlots osseux d'un sixième jusqu'à une demi-ligne d'épaisseur. Les ossifications se rencontreraient en plus grande abondance sur le frontal et les pariétaux. Lorsque la grossesse est plus avancée et lorsque les femmes ont allaité depuis un certain temps, on ne voit plus ces ossifications. Le reste de l'article renferme des hypothèses plus ou moins extraordinaires, devant servir à expliquer la relation qui existe entre l'activité du sang menstruel et la présence d'ossifications chez les femmes dont la menstruation est supprimée.

OBSERVATION D'UNE GANGRÈNE DU COECUM ET DE L'APPENDICE VERMIFORME; par le docteur ARNOLD.

OBS. — Le sujet de cette observation est un enfant de 7 ans, qui a montré tous les symptômes d'une péritonite coïncidente avec une hernie du côté gauche; celle-ci fut réduite facilement, et la péritonite traitée sans succès par les antiphlogistiques.

A l'autopsie, on trouva le cæcum, et surtout son appendice, sphacélés, dans l'intérieur de celui-ci et à son extrémité libre était logé un haricot, dont la présence a probablement donné lieu à tous les symptômes de péritonite. Plus tard, les parens se sont rappelé avoir donné à l'enfant, huit jours avant sa maladie, des haricots pour jouets.

MOYEN POUR RAPPELER LA TRANSPIRATION DES PIEDS SUPPRIMÉE, par le docteur RUETE DE GOETTINGUE.

M. Ruete, avantageusement connu dans la science par quelques travaux sur les maladies des yeux, propose dans les cas de suppression de la transpiration des pieds chez des malades affectés de goutte ou de rhumatisme qui, ordinairement, ne peuvent pas supporter des pédiluves, le moyen suivant comme très efficace: le malade avant de se coucher doit mettre un bas qu'il gardera toute la nuit, et qu'on saupoudrera d'une cuillerée à café de sel ammoniac et de deux cuillerées de chaux vive. Dans les cas simples, il répète ce moyen pendant plusieurs soirées; si cela ne suffit pas, il l'emploie aussi dans la journée. On comprendra facilement l'action de ce médicament; l'acide muriatique se combinant avec la chaux, met en liberté l'ammoniac dont la vapeur devient alors le remède efficace.

DE LA FORMATION DE POILS DANS LA CHAMBRE POSTÉRIEURE DE L'ŒIL; par le même (avec fig.).

OBS. — Il y a trois ans, un ferblantier, d'une trentaine d'années, vint consulter M. Ruette pour une cécité d'un œil. Le malade était d'une bonne constitution. En l'examinant, il trouva les phénomènes suivans:

Sur la cornée, au reste complètement saine, il existait une cicatrice très fine, à peine visible; la chambre antérieure avait sa grandeur naturelle, et était remplie d'un liquide aqueux, transparent; l'iris ne paraissait pas changé dans sa texture. Par contre, le bord pupillaire était adhérent dans presque toute son étendue avec la capsule lenticulaire, obscurcie et paraissait avoir quelques déchirures, en sorte que la pupille avait perdu sa mobilité.

En outre, on remarqua encore quatre endroits noirâtres sur la capsule qui évidemment tiraient leur origine d'une sécrétion vicieuse du pigment; mais ce qu'il y a de plus curieux, c'est qu'on voyait saillir derrière la pupille quatre poils de longueur différente et implantés sur la face antérieure de la capsule, de plus, un poil plus long perforait l'iris au côté gauche de la pupille et s'étendait au-devant de l'iris dans la chambre antérieure.

Plusieurs médecins qui ont vu ce malade reconnurent les objets tels que nous venons de les décrire.

Le malade qui a perdu la vue à cet œil pouvait encore distinguer l'action d'une vive lumière; l'autre œil est complètement sain.

En questionnant le malade sur l'étiologie de cette curieuse affection, on apprit que ses yeux ont été tout à fait sains jusqu'à 1834; mais qu'à cette époque, une parcelle de ferblanc rougie au feu est sautée dans l'œil actuellement perdu. Depuis ce moment il eut de violentes douleurs qui n'ont cessé qu'avec la cécité complète de cet œil.

M. Ruete a vu le malade une année après le début de cette affection, dix-huit mois plus tard, il a eu de nouveau occasion d'examiner cet œil, et il le trouva absolument dans le même état; les poils n'ont que très peu grandi.

Les physiologistes qui, passant par Gœttingue, désireraient voir ce cas intéressant, n'ont qu'à s'adresser au jeune et savant confrère. L'auteur fait suivre cette observation de quelques idées théoriques sur la formation des cheveux et de l'épiderme.

MANQUE DE STERNUM ET EXUBÉRANCE DE CET OS CHEZ LE FRÈRE ET LA SOEUR, par le docteur WITTSTAK.

Ces observations méritent d'être notées pour une particularité intéressante sous le rapport de l'anatomie pathologique, et du développement du fœtus, en ce que dans nos deux cas il n'existait aucun autre vice de conformation, comme on l'a trouvé communément dans des cas de difformités du sternum. Une autre circonstance digne de remarque, c'est que la mère qui a mis au monde quatre autres enfans bien conformés en eut eu deux dont l'un manquait complètement de sternum à l'exception du cartilage xiphoïde, tandis que l'autre avait une hypertrophie de cet os.

MICROPHTALMIE, MANQUE DES NERFS OLFACTIFS, DIVISION DU CORPS VITRÉ; par le professeur ARNOLD, de Zurich.

Dans le musée de Zurich il se trouve un enfant du sexe féminin, à terme; complètement déformé, qui ne mourut que cinq jours après la naissance, et sur lequel il existe les vices de conformation suivans: six doigts à la main gauche, six orteils au pied droit. Double bec de lièvre, tubercule médian formé par une portion de lèvre et une portion de l'os maxillaire renfermant deux dents incisives. La voûte palatine et le voile du palais manifestement perclus sont écartés en avant de six et en arrière de huit lignes; de chaque côté des rudimens il se trouve une lnette filiforme; la cloison est imparfaite. Les deux yeux sont plus petits qu'à l'ordinaire, surtout l'œil droit. Le front est étroit et les os frontaux sont soudés. Les nerfs olfactifs manquent de deux côtés, le nerf optique droit est grêle comme un fil, le gauche est un peu plus mince qu'à l'ordinaire, les autres nerfs cérébraux sont à l'état normal. L'artère calleuse droite manque; à sa place existe une artère qui s'anastomose avec la calleuse gauche. Les deux hémisphères du cerveau se confondent en avant, le reste est normal. Le globe de l'œil du côté droit était atrophie, n'ayant que trois lignes de diamètre antéro-postérieur; on n'y trouve que la sclérotique, la choroïde et le corps vitré: son segment antérieur est opaque, blanc et fibreux comme les autres parties du globe de l'œil; et recouvert par une lamelle vasculeuse de la conjonctive; point de cornée, ni d'iris. La choroïde s'étend d'arrière en avant, et se termine antérieurement en forme de sac; point de corps ni de ligament ciliaire. La membrane vasculaire est complétée antérieurement par une petite membrane celluleuse, analogue à l'arachnoïde, et est accolée contre la face interne des membranes antérieures. La face interne de l'arachnoïde est tapissée de pigment; l'espace qu'elle circonscrit est occupé par le corps vitré, on ne pouvait y reconnaître ni de zones de zinn ni d'enfoncement hémisphérique. Le cristallin et la rétine manquent. L'œil gauche est beaucoup mieux conformé; presque tous les tissus sont complètement développés; le corps vitré seulement est fendu en bas et en dedans, et renferme entre les deux portions le cristallin arrondi et dirigé obliquement en dehors de l'axe principal de l'œil.

Dans ce cas, outre le manque des nerfs olfactifs fréquemment observé dans les cas de bec de lièvre complet, il faut remarquer 1° les deux lobes antérieurs du cerveau confondus en un seul, ainsi que les deux moitiés du frontal; 2° l'absence de l'artère calleuse; 3° l'état rudimentaire dans lequel est resté le globe; 4° le colobome du corps vitré avec déplacement du cristallin dans l'œil gauche. M. Arnold se demande si cette dernière anomalie peut aussi être considérée comme un arrêt de développement, ce qui, d'après ses recherches, ne peut pas avoir lieu dans le corps vitré, pas plus que dans l'iris. Autant que je sache, dit l'auteur, on n'a pas encore décrit le colobome du corps vitré.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 8 JUILLET.

SECTION DES MUSCLES DANS LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS LATÉRALES DE L'ÉPINE.

M. Bouvier écrit relativement à la méthode proposée par M. Guérin pour le redressement des déviations latérales de l'épine au moyen de la section sous-cutanée des muscles du dos.

Suivant M. Bouvier, ce n'est pas la résistance des muscles qu'il s'agit de surmonter dans le traitement, mais bien celle qui résulte de la déformation des vertèbres et de leurs ligamens. M. Bouvier termine sa lettre en concluant en ces termes:

1° Le plus grand nombre des déviations latérales de l'épine n'est point le produit d'une rétraction ou contracture musculaire analogue à celle qui caractérise le torticolis musculaire ancien, le pied-bot, les flexions permanentes du genou, de la cuisse, du coude, des poignets, etc.

2° La section sous-cutanée des muscles ou des tendons, si efficace contre ces

différens ordres de difformités, n'est point applicable aux déviations latérales de l'épine (1).

SOLIDIFICATION DE L'ACIDE CARBONIQUE.

M. Savaresse écrit qu'il a trouvé pour solidifier l'acide carbonique un moyen plus simple que celui qu'emploie M. Thilorier, et que cette découverte a été pour lui l'occasion de reconnaître certaines propriétés physiques des gaz.

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'URINE HUMAINE; par M. LECANU.

(Commissaires : MM. Dumas, Robiquet et Pelouze.)

« Lorsque l'on veut étudier les changemens produits par une maladie dans la nature de l'urine, ce qui exige la comparaison du liquide tel qu'il se présente dans cette affection avec celle qu'il offre dans l'état de santé, on s'aperçoit, dit M. Lecanu, que les analyses d'urines qui ont été faites jusqu'ici ne peuvent pas servir à résoudre la question, attendu que dans ces analyses on n'a point eu égard à l'époque à laquelle le liquide a été rendu, au sexe du sujet, à son âge, en un mot à plusieurs circonstances qui toutes doivent influer plus ou moins sur les proportions des élémens solides contenus dans l'urine. Le travail que je soumets à l'Académie a eu pour objet de remplir cette lacune; un semblable travail exigeait que les expériences fussent singulièrement multipliées, que l'on opérât sur un grand nombre d'individus sains, que l'on recueillît pendant des temps égaux et à plusieurs reprises la totalité de leurs urines. Mes analyses sont au nombre de 120; elles se rapportent à seize individus de sexe et d'âge différens, dont l'appareil urinaire était dans un état parfaitement normal; savoir : à

6 hommes âgés de 20 à 45 ans;
2 vieillards — de 84 à 86 —
4 femmes — de 18 à 28 —
4 enfans.

» J'ai recueilli pendant quatre jours consécutifs au moins, quelquefois pendant douze, les urines rendues en vingt-quatre heures par chacun d'eux...

» Des expériences dont les résultats numériques se trouvent consignés dans les tableaux placés à la fin de mon mémoire, se déduisent plusieurs résultats généraux entre lesquels je me contenterai de citer les suivans :

» 1° L'urée est sécrétée en quantités égales pendant des temps égaux par un même individu;

» 2° L'acide urique est également sécrété en quantités égales pendant des temps égaux, par un même individu;

» 3° L'urée et l'acide urique sont sécrétés en quantités variables pendant des temps égaux par des individus différens;

» 4° Les quantités variables d'urée que des individus différens sécrètent pendant des temps égaux sont en rapport avec le sexe et l'âge de ces individus; plus fortes chez les hommes dans la force de l'âge que chez les femmes; plus fortes chez celles-ci que chez les vieillards et que chez les enfans;

» 5° L'ensemble des matériaux de l'urine fixes, et indécomposables par la chaleur, savoir : les phosphates terreux, le chlorure de sodium, les sulfates et les phosphates alcalins, sont sécrétés en quantité variable, sans aucun rapport avec le sexe ou l'âge, par des individus différens; en quantités non moins variables par un même individu pendant des temps égaux. »

Un autre résultat qui semble se déduire des recherches de M. Lecanu, c'est que dans l'urine des hommes la proportion de sels marins est en proportion notablement plus grande que dans celle des femmes.

SUR UN MOYEN DE PRÉVENIR LES MARQUES DE LA PETITE-VÉROLE.

Nous avons parlé dans notre compte-rendu de la séance précédente d'un moyen employé à cet effet par M. Legrand, l'application de feuilles d'or sur le visage. L'auteur, ainsi qu'on l'a vu, y rappelait l'observation faite par M. Larrey de la dorure des pieds sur une momie égyptienne. Aujourd'hui M. Larrey met de nouveau sous les yeux de l'Académie ce pied qui a, suivant toute apparence, appartenu à une jeune femme d'un rang élevé. L'application de la dorure doit-elle être considérée comme simple ornement ou comme moyen thérapeutique; c'est ce qui n'est pas bien clairement indiqué. Quoi qu'il en soit, M. Larrey en prend occasion pour rappeler un moyen différent qu'il applique avec succès pour prévenir les traces de la petite-vérole. Son procédé consiste à oindre plusieurs fois le jour tout le visage du varioleux d'huile d'amandes douces bien pure.

MÉMOIRE SUR LES PLAIES SOUS-CUTANÉES; par M. le docteur JULES GUÉRIN.

(Commissaires : MM. Savart, Serres, Flourens, Roux.)

L'objet de ce mémoire est : 1° De faire connaître certains phénomènes propres aux plaies pratiquées sous la peau, lesquelles ont pour propriété constante de guérir sans inflammation, au moyen d'un travail d'organisation immédiate; 2° De déterminer les conditions et le mécanisme de ce travail organique; 3° D'indiquer les applications qui peuvent être faites de la connaissance de ces phénomènes à la science et à l'art chirurgical.

On savait que la section sous-cutanée du tendon d'Achille et des autres tendons ne donne lieu généralement à aucune inflammation suppurative, mais est suivie d'un épanchement de matière plastique qui s'organise entre les deux bouts du tendon divisé, et acquiert progressivement toutes les propriétés physiques du tendon lui-même. Ce résultat était généralement attribué à la nature du tissu tendineux, qui est dépourvu de vaisseaux et de nerfs appréciables, et ne possède qu'une sensibilité très obscure. Cependant M. Jules Guérin avait remarqué que plusieurs de ces opérations, entre autres la première qu'avait pratiquée Delpech sur le tendon d'Achille, et quelques autres faites plus récemment par des chirurgiens de Paris, avaient été suivies d'inflammation et de suppuration. Cette circonstance exceptionnelle avait coïncidé avec l'existence de plaies à la peau, plus larges qu'on ne les fait ordinairement pour ces sortes d'opérations. Se fondant sur cette remarque, M. Guérin crut pouvoir attribuer les accidens inflammatoires observés dans ces cas particuliers à la communication de l'air extérieur avec l'intérieur des plaies, et il pensa que l'absence de tout accident de ce genre dans la généralité des opérations de section de tendons tenait à ce qu'elles étaient faites sous la peau et à l'abri du contact de l'air extérieur. Il fit en effet environ deux cents sections sous-cutanées de tendons différens, au moyen d'une simple piqûre à la peau, et dans aucun cas l'opération ne fut suivie de réaction inflammatoire.

Mais tous les tissus de l'économie et toutes les plaies sous-cutanées, de quelque dimension qu'elles fussent, pouvaient-elles être affranchies du travail inflammatoire? L'auteur a cru trouver la solution de ces questions dans les expériences suivantes pratiquées sur les animaux et l'homme.

Il divisa d'abord transversalement sous la peau la masse des muscles des gouttières vertébrales sur des chiens : il répéta la même opération en plusieurs points à la fois, au moyen d'une simple piqûre à la peau, et toujours la guérison eut lieu sans inflammation, en vingt-quatre ou quarante-huit heures. Il fit ensuite une large incision sous la peau, depuis la racine du cou jusqu'au sacrum, et divisa toutes les couches musculaires qui recouvrent et occupent la gouttière vertébrale : il divisa en travers, chez les mêmes animaux, les masses charnues de la partie postérieure et supérieure de la cuisse, depuis le fémur jusqu'à la peau, comprenant dans la même section les muscles, les aponévroses, les vaisseaux et les nerfs qui occupent cette région. Il eut soin de ne faire qu'une très petite ouverture à la peau et de fermer cette ouverture après l'expérience, au moyen d'un point de suture. Dans tous les cas, il y eut un épanchement considérable dans l'intervalle des tissus divisés et sous la peau; mais, dans tous les cas, cet épanchement se résorba en vingt-quatre ou quarante-huit heures, et toujours la guérison eut lieu sans inflammation, au moyen d'un travail d'organisation immédiate, sans la moindre apparence de fièvre, les animaux continuant leurs fonctions à peu près comme à l'état normal. On remarquait au niveau des plaies une accumulation de matière molle d'abord, comme gélatiniforme, et qui acquérait graduellement la consistance des autres tissus : les chiens à qui les masses charnues des cuisses avaient été coupées étaient paralysés complétement d'abord; la paralysie diminuait progressivement ensuite jusqu'à disparaître presque complétement au bout de dix à douze jours.

Passant des animaux à l'homme, l'auteur fit successivement sous la peau, pour le traitement du torticolis ancien d'abord, la section des tendons et des muscles du col, des sterno et cléido-mastoïdiens, du trapèze, de l'angulaire de l'omoplate; puis, pour le traitement des déviations latérales de l'épine, la section des grands muscles du dos et de la colonne, des masses communes du sacro-lombaire et du long dorsal, des transversaires épineux, etc., y compris les aponévroses, les gaînes tendineuses, les vaisseaux et les nerfs qui occupent ou traversent ces tissus. Dans toutes ces opérations, dont vingt-cinq pour le torticolis, et dix-huit pour les déviations de l'épine, les plaies offrirent des phénomènes analogues à ceux qui avaient été observés sur le chien, et dans tous les cas moins un, les plaies s'organisèrent immédiatement, sans la moindre trace d'inflammation. Dans le seul cas qui n'ait pas suivi la marche régulière des autres, il y eut un peu d'inflammation et de suppuration, mais dans ce cas il y avait eu deux ouvertures à la peau; les ouvertures avaient été plus grandes que de coutume, et une certaine quantité d'air s'était introduite dans l'intérieur de la plaie, et avait glissé entre les gaînes celluleuses des muscles longs dorsaux. Le lendemain de l'opération on sentait l'air crépiter sous la peau, qui était soulevée dans toute l'étendue occupée par ce fluide. Depuis cet accident, l'auteur n'a plus fait que de simples piqûres à la peau; il a eu soin d'expulser après chaque opération l'air qui avait pu s'introduire dans les plaies, et de fermer les petites ouvertures au moyen d'un emplâtre de diachylon gommé, et toujours l'organisation immédiate des plaies a eu lieu sans la moindre apparence de réaction locale ou générale.

(1) Nous n'avons pas à nous occuper pour le moment des raisons qui font penser à M. Bouvier que les déviations latérales de l'épine ne sont pas l'effet d'une rétraction musculaire analogue à celle qui produit le pied-bot ou le torticolis, ni des motifs pour lesquels il ne croit pas la section des muscles applicable dans le traitement de ces difformités : nous nous bornerons à faire quelques simples remarques qui nous paraissent propres à rassurer les esprits contre les craintes qu'a dû faire naître une autorité aussi grave que celle de M. Bouvier. On sait que ce médecin avait d'abord imprimé, il y a quatre ans (DICT. DE MÉD. ET DE CHIRURGIE PRATIQUES, t. XIII, p. 85, article *Pied-bot*), que la brièveté des muscles dans le pied-bot est *toujours* consécutive. On sait que l'année dernière encore (GAZ. MÉD., 1838, p. 384), il affirmait que la rétraction musculaire n'était à ses yeux qu'une *cause évidemment exceptionnelle* du pied-bot congénital. On sait, d'autre part, que lorsque je pratiquai pour la première fois la section sous-cutanée du sterno mastoïdien dans le traitement du torticolis, le même médecin déclara d'abord (GAZ. MÉD., 1838, p. 519) que mon entreprise ne réussirait pas, et plus tard, quand elle eut réussi, que ma méthode ne serait toujours que très exceptionnelle (GAZ. MÉD., 1838, p. 382). Eh bien! aujourd'hui, M. Bouvier, oubliant ses *jamais*, ses *toujours* et ses *restrictions d'exceptionnalité*, est arrivé progressivement et insensiblement à regarder avec moi le pied-bot et le torticolis comme généralement causés par la rétraction musculaire active, et la section sous-cutanée des muscles comme le traitement *efficace* de ces difformités. Il est inutile de rechercher les causes qui ont pu modifier à ce point les idées de M. Bouvier, ce qui, du reste, fait honneur à sa perspicacité et à sa bonne foi; mais ces révolutions salutaires ne permettent-elles pas d'espérer qu'un jour il finira par faire rentrer dans la théorie générale de la rétraction musculaire le plus grand nombre des déviations de l'épine, comme il vient d'y admettre le pied-bot et le torticolis, et qu'il approuvera la section sous-cutanée des muscles dans le traitement de ces déviations, comme il l'approuve depuis l'année dernière pour le torticolis; ce à quoi, du reste, rien ne s'oppose, et ce qui nous causera particulièrement une véritable satisfaction.

L'auteur attribue cette faculté qu'ont les plaies sous-cutanées d'être affranchies de tout travail inflammatoire à l'absence du contact de l'air, et il se fonde sur la généralité des résultats qu'il a obtenus dans le grand nombre d'opérations de ce genre; il rapproche de ces résultats beaucoup de faits existans dans la science, mais qui, sous ce rapport, avaient passé inaperçus : telles sont les luxations du bras, du coude et de la cuisse, avec déchirure des ligamens, des capsules articulaires, des muscles; les fractures des membres sans ouvertures de la peau, qui toutes, malgré des conditions moins favorables que celles des plaies par instrumens tranchans, guérissent presque immédiatement sans inflammation notable.

Après avoir cherché à déterminer comment agit l'air pour provoquer par son contact l'inflammation suppurative des tissus divisés, et permettre par son absence que les plaies sous-cutanées s'organisent immédiatement, l'auteur indique les applications scientifiques et pratiques dont la connaissance des phénomènes propres aux plaies sous-cutanées lui paraît susceptible. Parmi les premières, il signale le rapport des différens modes de cicatrisation des plaies avec celui des plaies sous-cutanées, et il établit que les plaies qui suppurent, que les plaies qui se réunissent par première intention, comme les plaies sous-cutanées, offrent un même mode final de guérison, comme elles sont soumises à une même condition essentielle de cicatrisation, *à l'absence du contact de l'air*; d'où le précepte, pour obtenir la réunion immédiate des plaies à la suite des grandes opérations, de produire un contact parfait et hermétique entre les surfaces des plaies, de manière à obtenir de la pression atmosphérique un supplément d'action propre à maintenir ces surfaces dans une adhésion parfaite et permanente.

Les applications pratiques de la méthode sous-cutanée seront de substituer à toutes les opérations qu'on avait l'habitude de pratiquer jusqu'ici en divisant les tégumens, les opérations sous la peau, quand elles seront susceptibles d'être faites suivant cette méthode.

L'auteur termine son mémoire par les conclusions suivantes :

1° Les plaies sous-cutanées des tendons, des ligamens, des muscles, des aponévroses, du tissu cellulaire, des artères de petit calibre, des veines et des nerfs, quelque étendues qu'elles soient, guérissent en s'organisant immédiatement, quoiqu'il y ait un espace considérable entre les bords de la solution de continuité.

2° La condition essentielle de cette organisation immédiate est que l'intérieur de la plaie n'ait aucune communication avec l'air extérieur; et le moyen d'arriver à ce résultat est de pratiquer une très petite ouverture à la peau, le plus loin possible du siége de la plaie interne, et de favoriser l'occlusion immédiate de cette ouverture au moyen d'un emplâtre collant.

3° Le mode d'action de l'air à l'égard des plaies sous-cutanées participe à la fois d'une action physique, chimique et vitale; physique, en favorisant par les espaces libres qu'il laisse sous la peau, au fur et à mesure de la résorption des parties épanchées, la continuité de la circulation; chimique, en n'altérant pas les principes de la composition du sang; vitale, en laissant à ce fluide sa consistance et les propriétés en vertu desquelles il vit, circule, nourrit et organise les tissus, et en laissant les extrémités des vaisseaux et des nerfs dans les conditions propres à la continuité de leurs fonctions.

4° Le mécanisme de l'organisation des plaies sous-cutanées est le même que celui de la réunion adhésive, le même que celui de la cicatrisation des plaies qui suppurent. La condition essentielle de cette cicatrisation est la même dans les trois ordres de plaies : la soustraction de leurs surfaces au contact de l'air, d'*où la condition essentielle de la réunion des plaies par première intention, l'absence du contact de l'air;* et *l'indication* pour *l'obtenir, l'application hermétique de leurs surfaces, et l'occlusion complète et permanente de leurs bords.*

5° Les applications pratiques du phénomène de l'organisation immédiate des plaies sous-cutanées sont de ramener toutes les plaies communiquant librement avec l'air, aux conditions des plaies sous-cutanées, et de faire sous la peau les opérations qui ne réclament pas indispensablement une large ouverture; tels sont *certains debridemens d'engorgemens inflammatoires, l'enlèvement de certaines tumeurs, les débridemens des hernies et la guérison radicale de ces dernières, au moyen de l'occlusion adhésive, de leur orifice, etc.*.

MÉCANISME DE LA RESPIRATION CHEZ LES POISSONS.

M. Duvernoy lit un premier mémoire sur ce sujet. Il y fait un historique des travaux qui se rapportent à ce point de la science, et il s'attache à revendiquer sur M. Bazin la priorité que celui-ci lui conteste pour certaines observations. Il résume enfin, dans les termes suivans, les conclusions qui, suivant lui, peuvent se déduire des détails historiques et critiques, ainsi que des détails descriptifs dans lesquels il est entré. Ces conclusions sont :

1° Que l'existence des fibres musculaires entre les lames branchiales des poissons, a été indiquée trop vaguement par Walbaum, pour qu'on puisse lui en rapporter la découverte. N'ayant pas précisé les espèces où il les a vues, rien ne prouve qu'il n'a pas pris du tissu élastique pour des fibres musculaires. Aussi aucun auteur n'avait fait attention, depuis 1788 jusqu'à M. Alessandrini, à l'indication de Walbaum.

2° La première description précise des muscles interbranchiaux date incontestablement de la publication des trois derniers volumes des LEÇONS D'ANATOMIE COMPARÉE, qui est de 1805. J'en avais, dit M. Duvernoy, fait la découverte dans les raies et les squales dès 1804, durant les recherches anatomiques dont j'étais occupé à cette époque, recherches qui avaient plus particulièrement pour objet les branchies des poissons dont la description m'était échue dans le travail commun de cet ouvrage que j'ai fait avec M. Cuvier.

3° Ce n'est que trente années plus tard, c'est-à-dire en 1835, que M. Alessandrini a lu à l'Académie de Bologne un mémoire sur les muscles interbranchiaux des squales, mémoire qui n'a été rendu public qu'en 1838. Ce fait particulier se rapporte d'ailleurs à un arrangement ou à un type spécial des muscles interbranchiaux qui était encore inconnu avant la découverte qu'en a faite M. Alessandrini.

4° La publication de cet auteur coïncide seulement avec celle de la dissertation de M. Lereboullet, dans laquelle sont consignées les recherches propres à l'auteur, et celles que nous avions faites ensemble ou séparément sur cette matière intéressante.

5° On lit dans cette dissertation que j'appelle diaphragme branchial la cloison déjà connue, mais non jusqu'alors suffisamment étudiée qui sépare et lie tout à la fois les séries et les paires des lames branchiales.

6° On y lit une série de noms des poissons chez lesquels nous l'avons observée.

7° On y montre que c'est simplement la plus grande étendue de cette cloison dans les poissons à branchies fixes, les gastrobranches exceptés, qui fait que les deux séries de lames correspondant à une même branchie dans les poissons à branchies sont séparées chez les premiers dans deux poches branchiales distinctes.

8° On y décrit comme exemple, et pour la première fois, les muscles interbranchiaux de l'esturgeon. On y indique leur position générale et relative, leur direction et leur terminaison tendineuse dans le bord libre du diaphragme; on y indique aussi leurs usages.

9° Nous avons fait voir dans la partie historique de ce mémoire, que dans la supposition que ces muscles servent à rapprocher deux lames branchiales l'une de l'autre, ils devaient les écarter en même temps des lames voisines.

10° Au reste, cette supposition qui détermine les muscles interbranchiaux de l'esturgeon comme des muscles adducteurs, ainsi que le pense M. Bazin, ou comme adducteurs et abducteurs, ainsi que l'exprime la dissertation de M. Lereboullet, était fondée sur des observations imparfaites (la première) ou incomplètes (la dernière).

11° En effet, les tendons des muscles interbranchiaux n'allant point se terminer aux lames branchiales, du moins dans leur partie diaphragmatique, ainsi que le dit M. Bazin dans sa lettre à l'Académie, mais dans le bord libre du diaphragme, ainsi que nous l'avons vu, M. Lereboullet et moi, ne pouvaient agir immédiatement sur la partie diaphragmatique des lames pour les rapprocher et pour les éloigner de leurs voisines.

12° D'un autre côté, nous avons vu que ces muscles forment un appareil très compliqué, dont la disposition et les usages avaient besoin d'être décrits avec plus de détails.

13° Cet appareil se compose *a* d'une série basilaire de grands muscles lombricoïdes, plus ou moins obliques, relativement aux lames branchiales; *b* de deux séries marginales de faisceaux musculeux beaucoup plus petits. Tous ces muscles sont comme enfouis dans le tissu cellulo-fibreux ou élastique qui forme la gaugue du diaphragme branchial; leurs tendons semblent tous aboutir à un tendon commun, médian, qui se voit près du bord libre du diaphragme.

14° Par cette disposition, ces muscles doivent avoir une action d'ensemble sur la partie flottante des lames qu'ils agitent et fléchissent les unes vers les autres dans plusieurs sens, c'est-à-dire par paires ou suivant des séries.

15° Le développement extraordinaire de cet appareil dans l'esturgeon paraît devoir compenser d'autres imperfections dans le mécanisme de leur respiration, tels que le défaut de membrane branchiostége et le peu de mobilité de leurs opercules.

Cet appareil musculaire est également très développé dans le congre, probablement par une raison analogue : les obstacles qu'éprouve l'eau de la respiration pour sortir de la cavité branchiale à travers l'issue étroite qui lui est ouverte au-dehors, et conséquemment la lenteur de son renouvellement. Il fallait y suppléer par un appareil musculeux qui agitât les lames branchiales dans l'intérieur de la poche qui les renferme. Ici le diaphragme n'a que le quart de la hauteur des plus longues lames, et la moitié seulement des plus courtes. Les petits muscles très prononcés qui sont dans l'épaisseur du diaphragme forment deux séries parallèles comparables, pour cette disposition, aux deux séries marginales que nous avons décrites dans l'esturgeon, mais répondant pour la position à la série basilaire des grands lombrics du même poisson.

M. Geoffroy Saint-Hilaire lit une note pour fixer le sens qui doit être donné à une expression dont il avait fait usage dans son dernier mémoire, l'expressions de *fonctions de la matière*,

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 16 JUILLET.

CORRESPONDANCE.

MM. Piedagnel, Montault et Abraham Szerlecki écrivent à l'Académie pour être portés sur la liste des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

MÉDECINE LÉGALE.

M. ORFILA a la parole pour donner lecture de plusieurs mémoires relatifs à des questions médico-légales.

Le premier mémoire porte sur la question suivante : Est il vrai qu'on puisse reconnaître, d'après l'état des organes génitaux, si la suspension a lieu pendant la vie ou après la mort ? Vous savez, Messieurs, dit M. Orfila, que la présence de zoospermes dans l'urètre, et l'état de congestion des organes génitaux ont été regardés par M. Devergie comme des signes certains de la suspension pendant la vie; j'ai réfuté cette opinion ailleurs, mais comme la question me paraît d'une haute importance, et que les élémens que j'ai pu rassembler donnent à ce problème une solution décisive, je viens soumettre à l'Académie les pièces du procès, désirant vivement une vérification des expériences nombreuses auxquelles je me suis livré, et des résultats que j'ai obtenus.

Je dis, Messieurs, que cette présence des zoospermes, seule, ou jointe à la congestion des organes génitaux, ne peut être considérée comme une preuve de suspension pendant la vie; car 1° il est possible de constater la présence des

zoospermes non seulement dans l'urine rendue immédiatement après l'éjaculation, mais encore dans celle qui est excrétée, une heure, deux heures, et même six à huit heures après. Or, il est évident que dans cet intervalle, si la mort survient et que la suspension ait consécutivement lieu, on ne pourra rien conclure de l'examen du canal de l'urètre, des linges du malade, etc., sous peine de commettre une grave erreur.

2° J'ai fait plus; ayant soigneusement examiné le canal de l'urètre de cinq cadavres d'individus morts de maladies diverses et placés plusieurs heures sur le dos, j'ai constamment trouvé du sperme dans le canal de l'urètre; en laissant entre le décès et l'examen microscopique des liquides renfermés dans ce conduit un temps fort variable, les zoospermes ont été constatés le plus souvent morts, mais quelquefois vivans. Je dois ajouter que chez plusieurs sujets examinés plus de vingt-quatre heures après la mort, la présence du sperme n'a pu être constatée; aussi je n'établirai point qu'il est possible de la démontrer chez tous les cadavres, en faisant remarquer toutefois que l'écoulement involontaire des urines, qui a lieu fort souvent à la fin des maladies longues, suffit pour expliquer cette absence; il serait facile d'invoquer d'autres causes.

3° Quant à la question de la congestion, voici à quelles expériences je me suis livré pour l'éclairer : j'ai suspendu des cadavres par les aisselles, par le cou, après avoir constaté l'état de flaccidité des organes génitaux, et mesuré leur volume, au bout d'un certain temps j'ai constamment trouvé la congestion bien établie, et dans un cas l'érection évidente. Chez un phthisique âgé de trente ans, la verge avait augmenté de sept lignes dans sa circonférence mesurée à la base; chez un autre, elle avait pris quatre lignes, et un liquide trouble, laiteux, d'une odeur ambrée qui suintait à l'orifice du canal de l'urètre fut trouvé contenir des animalcules morts. Sur un troisième cadavre, suspendu à une époque plus rapprochée de la mort, la circonférence du pénis avait augmentée de 9 lignes; les veines cutanées étaient remarquablement dilatées. Dans une quatrième expérience, la suspension détermina une congestion plus marquée encore, la verge était en érection et formait un angle droit avec l'abdomen; les veines de cette région étaient si exactement injectées qu'il fut possible de les étudier dans toutes leurs divisions. L'incision du corps caverneux donna lieu à un écoulement de sang en nappe.

J'ai dit, en commençant ce mémoire, que les conclusions de M. Devergie n'étaient point nouvelles, et je vais en fournir la preuve en lisant ce que j'écrivais en 1836, dans le tome deuxième de mon TRAITÉ DE MÉDECINE LÉGALE, p. 444; seulement je mettais plus de restrictions à l'opinion que je formulais; aujourd'hui j'en mettrai davantage encore, et je dirai seulement : s'il est vrai que dans les cas de suspension pendant la vie, il existe après la mort du sperme dans les linges du malade, dans le canal de l'urètre, et en même temps un état congestif des organes génitaux, on ne peut en conclure qu'il y ait eu suspension pendant la vie, puisque le canal de l'urètre peut présenter cette congestion et qu'on peut y démontrer l'existence de zoospermes, même vivans, chez des individus qui ont succombé à diverses maladies, et chez lesquels la suspension n'a pas eu lieu, même après la mort.

Je dois des remerciemens, dit en terminant M. Orfila, à M. Donné et à M. Desprets, aide d'anatomie, qui m'ont constamment aidé dans le cours de mes expériences.

Après la lecture de ce mémoire, qui a été écouté avec un vif intérêt, M. Orfila lit un autre travail sur les moyens de reconnaître si l'arsenic trouvé dans les expériences toxicologiques provient des réactifs employés, des vases dans lesquels on fait les expériences, ou bien des organes sur lesquelles les recherches sont faites. Il établit que l'acide sulfurique du commerce en renferme quelquefois à l'état d'acides arsénieux et arsenique en proportion variable, ce qui peut et doit en imposer sur les résultats obtenus; il donne le moyen de l'en débarrasser. On peut dire la même chose de l'acide azotique, s'il n'a pas été distillé sur du nitrate d'argent. Quant à la potasse dont on se sert dans ces expériences, elle n'en renferme jamais; le fer peut en contenir, ainsi que le zinc; on peut le constater facilement, et les en débarrasser en les essayant avant l'expérience avec l'acide sulfurique et l'eau; si après quinze à vingt minutes d'essai, on n'obtient pas les taches noirâtres, dues à la présence de l'arsenic, on peut être sûr qu'il n'existe pas; du reste, la même expérience a pour but de les en débarrasser; ceci s'applique surtout au zinc.

Relativement aux chaudières en fonte, on ne doit pas craindre qu'elles cèdent de l'arsenic aux liquides qu'elles renferment, si on a soin de tenir constamment ces liquides à l'état neutre par l'addition de potasse à l'alcool.

Les capsules de porcelaine, les flacons, les tubes de verres ne donnent jamais d'arsenic, et pour éviter toute erreur, on doit avoir soin de les laver souvent avec une dissolution alcaline.

Ainsi, dans ce premier mémoire, M. Orfila s'est attaché à démontrer que les réactifs employés pouvaient céder de l'arsenic aux substances soumises à l'analyse, que la présence de cet arsenic pouvait être démontrée; enfin, qu'il était possible par des moyens fort simples de les en débarrasser. M. Orfila fera connaître, dans la prochaine séance, la suite de ses travaux.

ÉLIXIR ANTI-FÉBRILE.

M. BALLY fait un rapport sur un élixir anti-fébrile pour lequel un pharmacien d'Angoulême demande un brevet d'invention. La commission a pensé qu'il n'y avait pas lieu à l'accorder, et sur la proposition de plusieurs membres, on rappellera au ministre, dans la réponse qu'il a demandée, que, d'après la loi, il ne doit jamais être accordé de brevet d'invention pour des médicamens simples ou composés. (Adopté.)

VOLVULUS SUIVI DE L'EXPULSION D'UNE PORTION D'INTESTIN.

M. GASTÉ, médecin à Montpellier, membre correspondant de l'Académie, lit un long mémoire sur le volvulus, avec expulsion d'une portion de l'intestin. Il rapporte l'observation d'un militaire âgé de 26 ans, qui était à peine guéri d'une rougeole, lorsque, le 9 novembre dernier, il fut pris de symptômes graves du côté des voies digestives. Douleur abdominale des plus vives, tumeur ayant son siége à la partie supérieure de la région iliaque droite, constipation, vomissemens des alimens et des matières fécales. Pouls petit, accéléré; état d'angoisse inexprimable. Au bout de neuf jours, après l'emploi de sangsues en grand nombre sur le ventre, de grands bains, des purgatifs huileux qui furent d'abord rejetés, la constipation fut vaincue, les vomissemens cessèrent; il y eut un mieux marqué.

Le 20, en faisant des efforts pour aller à la selle, le malade s'aperçut de l'apparition d'une énorme tumeur à l'anus; elle était noire, insensible, et répandait une odeur prononcée de putréfaction; on put la faire rentrer en partie, le reste fut excisé; il n'y eut pas d'hémorragie.

Le 24, le malade rendit par l'anus une portion d'intestin, longue de 53 centimètres, sphacélée à ses deux extrémités, qui seules étaient noires et gangrenées, on reconnut que c'était une portion d'intestin grêle, à son volume, à l'absence de bosselure, et à la présence des follicules agminés. Le malade se trouve dès-lors beaucoup mieux; la convalescence semble même se prononcer; on permit quelques alimens; le malade se levait, mais il commit des écarts de régime; des symptômes d'entérite et de péritonite se développèrent; l'émaciation se prononça, la mort survint le 19 mai, près de six mois après le début des premiers accidens.

Indépendamment de la déperdition d'une longue portion d'intestin immédiatement au-dessus de la valvule iléo-cœcale, de nombreuses ulcérations dans l'intestin grêle, on constata l'existence d'une péritonite, l'adhérence de l'épiploon et du mésentère avec la perte de substances; un épaississement considérable de la valvule iléo-cœcale, l'absence de l'appendice vermiforme du cœcum.

Dans les réflexions qui suivent l'histoire intéressante de cette affection, M. Gasté en discute le diagnostic, le traitement, insiste sur la rareté de faits analogues bien observés, et soigneusement décrits; tout s'est rencontré dans ce fait; pendant la vie, le signe pathognomonique, l'expulsion d'une portion de l'intestin; après la mort, l'examen attentif des désordres qui en avaient été la suite, et, comme fait remarquable, une tendance prononcée à la guérison, que l'imprudence du malade a pu seule compromettre.

AFFECTION PUSTULEUSE CHEZ LE CHEVAL.

M. RENAUD, d'Alfort, montre à l'Académie les pièces anatomo-pathologiques provenant d'un cheval atteint d'une affection pustuleuse chronique, dont la nature ne lui est pas connue, la muqueuse nasale, la peau en diverses régions présentent d'énormes pustules.

APPAREILS ORTHOPÉDIQUES ET COMPRESSIFS.

M. GROSS met sous les yeux de la société plusieurs appareils destinés à exercer la compression dans un certain nombre de maladies, et diverses machines orthopédiques.

VARIÉTÉS.

— On nous écrit de Strasbourg :

« M. le professeur STOLTZ vient de faire encore une fois l'opération césarienne; aujourd'hui dix-huitième jour, la mère et l'enfant se portent bien. »

— On nous écrit de Montpellier :

« Un concours va s'ouvrir pour une chaire de pathologie externe à la Faculté de médecine. Tout le monde est frappé de trouver le programme du concours plus facile que celui du concours pour l'agrégation. Il n'y a aucune épreuve de clinique : le jury se propose de demander au conseil de l'Université que cette lacune importante soit remplie.

— Deux concours sont ouverts, l'un à la Faculté de médecine de Paris, pour une chaire de pathologie interne vacante; l'autre à celle de Montpellier, pour une chaire de pathologie externe. Le premier commencera le 11 novembre prochain; le second, le 4 du même mois.

— M. Baron, médecin de l'Hôpital des Enfans, commencera, lundi 22 juillet, à 3 heures, un cours sur les fièvres éruptives à l'école auxiliaire et progressive de médecine, dirigée par M. Sanson (Alphonse), impasse des Vignes, 2. Ce cours est public.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 30. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 27 JUILLET 1839.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ÉPIDÉMIES.

NOTE SUR L'ÉPIDÉMIE DE VERSAILLES; par M. FAURE-VILLARS, D. M., médecin en chef de l'hôpital militaire de cette ville.

L'invasion a eu lieu le 6 février avec une intensité remarquable: le premier malade a succombé dans une heure avec des phénomènes apoplectiques. Jusqu'à la fin de mars, la maladie s'est à peu près bornée au bataillon du 18e léger, caserné dans les rues de la Bibliothèque et des Récollets. Ce corps avait reçu dans les derniers jours de janvier 300 conscrits des départemens de la Vienne, Loir-et-Cher et Indre-et-Loire. Ces jeunes gens avaient fait une route longue et fatigante sous des conditions atmosphériques très rigoureuses. Il résulterait même de la déclaration d'un grand nombre d'eux qu'ils auraient été surmenés, et je ferai observer en passant que cette cause est signalée comme produisant chez les bestiaux et les chevaux des altérations analogues.

Du 6 février au 6 mars, il y a eu 82 malades et 24 décès.

Pour relever le moral du soldat affaibli par le spectacle de tant d'agonies commencé sous ses yeux, les officiers de santé en chef demandèrent et obtinrent de l'autorité militaire l'évacuation de la caserne, bien qu'une visite scrupuleuse n'y eût constaté aucune cause grave d'insalubrité. Cette mesure paraît avoir produit un résultat avantageux puisque, dans le mois suivant, le 18e léger n'a fourni que 19 malades.

M. Miramout a signalé dans la GAZETTE DES HÔPITAUX du 11 juillet les conditions hygiéniques individuelles qui lui ont paru favoriser le développement de la maladie: l'habitude de couper les cheveux aux conscrits, l'épilepsie, la convalescence de la variole, la nostalgie, et la constitution pléthorique. Je convieus que l'épidémie a paru atteindre de préférence les constitutions vigoureuses, mais les autres causes invoquées m'ont paru complètement innocentes. Dans aucun cas je n'ai vu les malades inquiets de leur sort ou tourmentés par le désir de revoir leur pays: leur courage s'est toujours soutenu jusqu'au bout, et c'est même une circonstance que j'ai signalée comme caractéristique. Ce n'est qu'à l'époque de la convalescence que quelques-uns ont accepté les congés que je m'empressais de leur offrir.

L'épidémie a duré du 6 février au 20 juin et a présenté dans cet intervalle deux recrudescences, l'une en avril, l'autre en mai qui ont paru provenir des variations atmosphériques et de la fatigue des exercices militaires. La dernière a spécialement pesé sur le 14e de ligne qui a eu 25 malades presque tous gravement atteints.

L'épidémie, après s'être éloignée du 18e léger pendant trente-cinq jours, y a reparu à la fin de mai pour frapper les recrues arrivées pendant ce mois. Elle a eu cela de remarquable qu'elle a conservé toute sa gravité pendant sa durée entière, ce qui est en opposition avec ce qu'on a observé dans les autres épidémies.

Feuilleton.

MOEURS MÉDICALES AU DIX-SEPTIÈME SIÈCLE.

Chaque professsion avait autrefois ses mœurs, ses coutumes, ses traditions, circonscrites dans le cercle d'une légalité spéciale; elles se croisaient sans se confondre dans le tourbillon de la vie publique; le système des corporations, sur la valeur duquel l'expérience n'a pas encore prononcé en dernier ressort, fractionnait la société en un certain nombre d'individualités collectives qui vivaient de leur vie propre et prolongeaient, à travers les générations, la paisible uniformité de leurs rites et de leurs habitudes. Le principe d'association, que l'on invoque aujourd'hui avec une sorte de faste, et dont on fait phrase et bruit comme d'une nouveauté, trouvait une ample et sévère application dans la hiérarchie sociale de nos aïeux. Quoi de plus homogène que les associations fondées sur les arts et métiers, dont l'exercice met en jeu les forces intellectuelles et physiques de la grande majorité d'une nation? Même apprentissage, mêmes épreuves, mêmes labeurs, mêmes intérêts : il fallait, pour compléter l'œuvre de fusion et d'unité dans chaque profession un public appareil de formes et d'usages, et c'est encore ce que possédaient les corporations, vivantes images de la société, qui les encadrait toutes et dont elles répétaient le mouvement et l'esprit. Ce qui caractérisait cette institution, c'était le sens hiérarchique, non seulement par rapport à ce qui existait autour d'elle dans le siècle, mais encore dans la limite de son existence propre et dans la coordination des élémens multiples dont elle se composait; l'unité est la condition de la discipline; ralliés sous une même bannière, tous les membres d'une profession subissaient l'ascendant d'une autorité régulière, acceptée sans discussion, obéie sans effort. Cette organisation compacte et stable des carrières et des industries leur imprime dans le passé une physionomie particulière dont les traits sont presque entièrement effacés; il importe de ne point la perdre de vue, quand on considère les phases sociales que le médecine a traversées, car la médecine réalisait, dans sa vérité et dans sa force, le principe d'agrégation professionnelle. Elle n'est pas une des figures les moins originales dans cette foule de corporations qui nous apparaissent, dans l'ancienne société, bannière ou massiers en tête, ayant chef et conseil, église et juridiction spéciale, costume et langage à part, charte et priviléges. Les grades, dont le doctorat était le couronnement, ne s'obtenaient pas sans difficulté; un triple rempart de formalités et d'épreuves protégeait l'honneur de la toque; mais, une fois posée sur la tête du candidat pâli par les luttes multipliées de la controverse, elle lui imprimait une sorte de consécration, un caractère indélébile, comme celui du sacerdoce. Le jeune médecin, admis tout à la fois au droit de pratiquer et d'enseigner, ne retombait point, au sortir de l'école, dans les rangs pressés de la foule pour s'y perdre et s'y consumer à l'écart; il s'ajoutait comme un nouveau membre à un organisme robuste, dont il recevait vie et soutien, moyennant des conditions stipulées au seuil des études médicales. Libre à lui de

Du 4 février au 10	:	17 malades,	9. décès.
11 — 20	:	41 —	11 —
21 — 28	:	14 —	5 —
1er mars au 10	:	16 —	5 —
11 — 20	:	8 —	4 —
20 — 31	:	2 —	1 —
1er avril au 10	:	4 —	3 —
11 — 20	:	12 —	5 —
21 — 30	:	1 —	« —
1er mai au 10	:	4 —	3 —
11 — 20	:	8 —	6 —
21 — 31	:	13 —	7 —
1er juin au 10	:	6 —	4 —
11 — 20	:	5 —	» —
Total....		153 malades,	63 décès.
Mortalité....		41 °/₀.	

Ainsi la proportion des décès s'est maintenne an même degré pendant toute la durée de l'épidémie.

La maladie s'est divisée d'une manière très inégale parmi les corps de la garnison, bien que tons enssent reçu des recrnes à la même époque et fussent placés sous des conditions identiques de casernement et de nourriture.

14e de ligne......	25 malades,	14 décès.
15e id.........	4 —	0 —
55e id.........	1 —	1 —
18e léger........	116 —	46 —
4e cuirassiers....	2 —	1 —
2e hussards.....	5 —	1 —
Total........	153 malades,	63 décès.

Comme nn le voit le 18e léger et le 14e nnt fait à pen près tous les frais de l'épidémie.

C'est surtnnt sur les jeunes soldats que la maladie a sévi. Ainsi, snr 153 malades, 104 étaient des recrnes et 52 des anciens; sur les 63 décès, 11 appartiennent aux anciens et 53 aux recrues. Les anciens ont fourni le $\frac{1}{3}$ des malades et les $\frac{1}{6}$ des décès, taudis que les recrnes ont en les $\frac{2}{3}$ des malades et les $\frac{5}{6}$ des décès; outre les 153 malades reçus à l'hôpital militaire, 150 environ ont présenté à la caserne les prndrômes de la maladie qui ont été enrayés par des saignées abondantes.

Dans aucun cas la maladie n'a paru susceptible de transmission d'un individn à un antre.

Pendant la première périnde de l'épidémie (les deux premiers mois) nous avons observé la prédominance de la forme inflammatoire; la deuxième an contraire a été remarquable par l'insuffisance nu l'absence de la réaction. Les déplétions sanguines si manifestement ntiles an débnt de la maladie ont dû dès lors être ménagées avec prudence: des phénomènes de rémittence ont succédé à la forme continue et ont justifié l'emploi quelquefnis heureux des fébrifuges. Les deux notes insérées dans la Gazette des Hôpitaux des 4 et 11 juillet présentent un tablean assez fidèle des symptômes et de la marche de l'épidémie: toutefois elles devaient présenter nécessairement des lacunes on des inexactitudes, puisque les auteurs sont lnin d'avnir observé l'épidémie pendant tnute sa durée.

Occnpé à rédiger pour le conseil de santé des armées un mémoire snr ce snjet, je me bornerai pour le moment à présenter qnelqnes résultats généraux et à signaler les phénomènes qui nnt donné à la maladie une physionomie particulière.

La pean a été trente-sept fois le siége d'érnptinns pétéchiales lenticulaires nn de taches pourprées d'une à qnatre lignes de diamètre; elle a nffert quelqnefois des taches semblables à des ombres mal circonscrites, nu à de l'encre répandue sous l'épiderme.

Ce symptôme a été constamment très grave: sur 37 cas, il a été suivi 29 fois de la mort.

La complication vermiuense a été constatée dans 51 cas; snr 52 autopsies, 43 nnt des quantités parfois très considérables d'ascarides lombricoïdes; plusieurs malades en ont rejeté par le vomissement et par les selles.

Les organes digestifs ont été généralement étrangers à la maladie: quelques malades cependant ont nffert des symptômes typhoïdes vers la fin de l'épidémie.

Les irrégularités de la circulation se manifestaient par la coloration inégale des joues et lenr pâleur alternative, les différences dans le pouls des deux radiales, les monvemens tnmultuenx et comme vermiculaires du cœur, les hémorrhagies nasales, sous-épidermiques et sons-sérenses, enfin, les variations extrêmes du pouls qui allait de 35 à 140 pulsations suivant les périodes de la maladie: plein, dur et fréquent, puis régulier à peu près, et enfin d'une lenteur extrême lorsque les prodnits purulens comprimaient l'encéphale.

La diminntion ou l'abolition de la sensibilité dans certaines régions; les sensations de chalenr brûlante ou de glaçons cnurans sous la pean; l'altération profonde et persistante des fonctions nutritives et la lenteur de leur rétablissement; les alternatives de coma et de délire, les cris aigus arrachés par la douleur aux malades et revenant par crises; le siége de cette donleur qui, de la réginn fronto-temporale, se propageait à la nnqne, aux lombes et aux membres inférieurs; les mouvemens automatiques des malades qui se grattaient violemment la nuque et les parties génitales; la flexion de toutes les articulations et le renversement de la tête en arrière; la stupeur empreinte sur la physionomie; les troubles de la vision et de l'ouïe; la dilatation persistante de la pupille, et malgré tout cela, des réponses justes mais brèves lorsqu'on parvenait à tirer les malades de leur assoupissement: tout annonçait nne altération profonde du système nerveux et donnait à la maladie nn aspect spécial qui ne permettait pas de la méconnaître.

La marche de la maladie a été si rapide qne sur les 63 décès 46 nnt en lieu dans les huit premiers jours. Au-delà de ce terme survenait une convalescence immédiate, nu un état chronique qui se prolongeait jusqu'au cinquantième ou soixantième jour, et se terminait par la mort le plus souvent, et la guérison dans quelques cas. Pendant cette période survenaient des affections nouvelles qui hâtaient la disparition de l'affection primitive. C'est dans ces circonstances que nous avons pu apprécier la puissance réparatrice de la nature, et snivre les gradations des altérations cérébrales jusqu'à lenr entière résolution.

Les recherches cadavériques d'accord avec les symptômes ont révélé nne inflammatinn occupant presqne tnujours la totalité de la méninge cérébro-pinale.

Les prodnits purulens épanchés dans le tissu cellnlaire qui sépare la

porter son talent et son activité sur tel point du royaume qu'il lui plaisait exploiter; libre à lui d'innover en pratique et de commenter ses maîtres; mais il n'échappait point à l'action d'une discipline uniforme, constante, inévitable, et quelles que fussent les saillies de sa personualité, elles se dérobaient sous les larges plis de la robe professionnelle. Les idées d'égalité qui ont jailli sur la France depuis 93 et qui imprègnent la législation nouvelle ont fait tomber, avec l'établissement des corporations, le séculaire économe de la médecine; il n'en reste trace dans la situation contemporaine; inconvéniens et mérites ont disparu simultanément; abus et garanties sont également détruits; seulement d'autres abus, mais non moins considérables que ceux dont se plaignaient nos ancêtres, ont pris la place de ceux-ci; quant aux garanties, on les cherche vainement dans les conditions légales où gît aujourd'hui la médecine.

C'est une histoire à faire que celle de la médecine envisagée dans ses vicissitudes politiques et sociales. La science a trouvé des plumes qui ont fouillé profondément dans ses entrailles: la profession attend encore son Sprengel. La profession médicale a ses représentans dans les siècles antérieurs; comme la science médicale a les siens; si cette dernière éclate dans une succession d'esprits supérieurs, qui sont comme les vivans jalons du progrès, celle-là se personnifie dans quelques individualités, qui s'agitent sur le premier plan de leur époque. Une célébrité, dont nous avons essayé l'ébauche, résume en elle le côté social de la médecine au 17e siècle, c'est Guy-Patin. C'est auprès de lui qu'il faut s'informer des allures de notre art par cette société turbulente et composée tout à la fois que présentait alors notre pays; et c'est encore des pages souvent feuilletées de ses lettres que nous exhumons quelques détails propres à montrer au lecteur ce que roulait, en son limon, le flot médical de ce temps.

Pascal a dit: « Le dessein de Dieu est plus de perfectionner notre volonté que notre esprit. » Si l'on ne prend en considération que les changemens que notre profession présente à deux siècles d'intervalle, on est tenté de renverser les termes de la proposition du célèbre philosophe; le progrès se manifeste plus dans le domaine scientifique de notre art que dans sa contenance sociale; l'esprit des médecins s'est perfectionné plus que leur volonté. Nous possédons une foule de notions exactes qui manquaient à Guy-Patin et à ses contemporains; des découvertes admirables ont surgi sur tous les points de notre vaste science; l'efficacité de nos efforts curateurs se traduit même en résultats accessibles au contrôle de la statistique; mais nous n'avons gagné ni en dignité ni en crédit; notre action sur la société ne s'exerce ni de plus haut ni plus au large; il n'est même pas impossible d'avancer et de soutenir une opinion contraire sur ce sujet: la robe de nos ancêtres obtenait peut-être plus de respects que l'habit noir ou bleu de nos confrères d'aujourd'hui, nonobstant le liséré rouge modestement insinué entre les deux lèvres d'une boutonnière. A coup sûr, l'estime était plus générale; elle enveloppait le corps tout entier, elle s'adressait à la carrière; elle cherche aujourd'hui les individus, elle fait un triage parmi les docteurs dont la cité regorge, se donne sous la condition du succès, ou se laisse enlever par les artifices de l'habileté. Les causes de déconsidération qui travaillent la médecine contemporaine ne sont pas tellement nombreuses qu'on ne puisse les réduire par l'analyse; nous sommes disposés à les résumer dans la superfétation des docteurs, dans l'insuffisance des épreuves préparatoires au doctorat, dans l'impunité du charlatanisme. Sur ces trois points, le dix-septième siècle ne donnait guère prise à l'attaque, et loin d'avoir opéré un progrès sous ce triple rapport, notre profession a rétrogradé. Les avenues

première de l'arachnoïde dessinaient les scissures interlobulaires; formaient à la base du cerveau et du cervelet des plaques consistantes, et se continuaient en forme de gaine sur la moëlle épinière en l'enveloppant jusqu'à sa terminaison. Cette gaine a offert quelquefois de petites plaques blanches de consistance cartilagineuse.

La grande cavité de l'arachnoïde n'a jamais offert de produits morbides, mais elle a été quelquefois d'une sécheresse remarquables; les cavités ventriculaires et la région lombaire des méninges contenaient une sérosité purulente et souvent un véritable pus phlegmoneux. Ces collections ventriculaires étaient très abondantes dans l'état chronique.

La substance cérébrale n'a offert de lésion que dans quatre cas.

Une suffusion sanguine souvent considérable se faisait remarquer par plaques sur les hémisphères et constituaient d'autres fois une couronne correspondant au bandeau céphalalgique accusé par les malades. La pulpe cérébrale a été trouvée sablée et souvent très foncée à la périphérie.

Les fonctions du rectum et de la vessie sont restées presque toujours soumises à l'empire de la volonté.

La vessie et le péricarde ont présenté plusieurs fois un liquide d'apparence purulente qu'on retrouvait dans la substance des reins; des concrétions fibrineuses occupaient le cœur droit et se continuaient dans l'artère et quelquefois les veines pulmonaires; les concrétions ont aussi été rencontrées dans les veines de la superficie du cerveau, et la turgescence de l'organe, facile à constater par l'incision de la dure-mère, ne permettait pas de douter de la compression qu'il avait éprouvée.

Cet état coïncidait avec une injection foncée de la muqueuse trachéo-bronchique dans presque toute son étendue.

Dans l'appareil digestif on avait à remarquer les plaques blanches qui dès les premiers jours de la maladie se déposaient sur les gencives. La muqueuse digestive était souvent ramollie et offrait des rougeurs qui correspondaient au gîte des lombrics. Dans quelques cas rares, on y a vu des follicules isolés dans un état de turgescence.

Il est à remarquer que la constipation a été constante chez les malades, et que les révulsifs sur le tube intestinal ont été généralement employés (calomel, sulfate de soude, etc).

Quelques malades réclamaient des alimens avec instance, mais le plus grand nombre se montrait parfaitement indifférent sur ce point et sur les autres; leur embonpoint se conservait fort longtems et le mouvement de décomposition semblait avoir subi une sorte d'arrêt. La rate, sur l'état de laquelle notre savant confrère M. Piorry a surtout appelé notre attention, a été trouvée tantôt hypertrophiée, tantôt à l'état ordinaire ou même flétrie. Nous l'avons trouvée une fois recouverte d'une coque cartilagineuse qui occupait sa face externe. C'est surtout dans l'état chronique que des phénomènes de rémittence ont été observés et ont paru modifiés par le sulfate de quinine. Ce médicament, administré à haute dose à l'état aigu, ne m'a pas donné de résultats favorables, et a éloigné la pensée que j'avais affaire à une fièvre pernicieuse. Je me suis bien trouvé des saignées larges, des applications permanentes de sangsues et du froid par la tête; des ventouses scarifiées sur le rachis; le vésicatoire sur le vertex m'a procuré deux fois un succès inespéré.

Le sulfate de quinine par la méthode endermique a réussi plusieurs fois à arrêter le retour périodique des douleurs de tête chez quelques malades arrivés à une convalescence incertaine.

Maintenant quelle est la maladie dont je viens de tracer une esquisse trop rapide pour qu'elle soit complète?

Est-ce simplement une méningite cérébro-rachidienne? je ne le pense pas. Je crois qu'une altération particulière du sang devait préexister aux congestions sanguines dirigées si constamment sur la méninge cérébro-spinale, et entraîner l'organisme dans une fausse voie d'élimination.

Disons en finissant que la maladie que nous venons d'esquisser est loin d'être nouvelle : qu'elle a été observée et décrite sous les noms de *fièvre cérébrale, fièvre vermineuse, céphalée épidémique, céphalée maligne, fièvre ataxique épidémique*, par Forestus, Sauvages, Rhumelius, Ingrassias, Livinus Sanderinus, Félix Plater, Willis, Bouuet, Lepecq, Mathey, etc.

On trouve à cet égard des renseignemens très curieux dans L'HISTOIRE DES ÉPIDÉMIES D'OZANAM.

Enfin la GAZETTE MÉDICALE du 14 juillet 1838, contient un article sur une maladie fort analogue, qui a régné dans le département des Landes; de plus, il résulte de renseignemens particuliers qu'elle a été observée à l'hôpital de la marine de Rochefort et à l'hôpital militaire, pendant que nous l'observions à Versailles.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DE L'EMPLATRE DE VIGO CUM MERCURIO DANS LA VARIOLE; par M. AUG. NONAT, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin du bureau central des hôpitaux, etc.

L'idée d'appliquer le mercure au traitement de la variole date déjà d'une époque reculée. Les Chinois paraissent avoir vanté le cinabre comme un remède prophylactique de la variole (LETTRES ÉDIFIANTES ET CURIEUSES, t. XX, p. 342-343). Baillou indique d'une manière nette et précise que l'emplâtre de *vigo cum mercurio* et l'onguent mercuriel en frictions furent employés de son temps avec succès, dans une épidémie de petite-vérole qui exerçait de grands ravages parmi les enfans. Voici ce qu'il dit à ce sujet :

« Dum quadam tempestas, anno 1579, sæviret pustularum et eruptionum ferinarum ferax, oborti sunt tumores et dolores in variolis quæ pueros necabant corruptis partibus solidis : itaque in eam itum est sententiam, ut emplastrum de vigo cum mercurio applicaretur, aliis litus levis ex hydrargyro fieret; mirum in modum id remedii profecit, id quod non negligi debet, ne tam facilis et tam maoum parati remedii contemptus calamitatem ægris afferre videatur. » (Ballonii, OPERA, tom. I, lib. II, *Epid. et ephemerid.*, p. 192.)

Depuis Baillou, plusieurs médecins ont signalé les avantages du mercure dans le traitement de la variole, quelques-uns même, parmi lesquels nous citerons Lobb, ont prétendu que ce médicament pouvait non-seulement diminuer l'intensité de la variole, mais encore en prévenir le développement. Les uns (Ephémérides des curieux de la nature) vantèrent à cet effet le calomelas, ou le sublimé corrosif, donnés à l'intérieur. Lobb

du doctorat étaient plus ardues, plus étroites, plus allongées; sans doute les épreuves ne constituaient point une garantie réelle, se résolvant presque toutes en scholastique disputation; mais elles étaient multiples, entourées d'une solennité qui parlait à la foule; la distinction de la licence et du doctorat établissait une sorte de stage pour les candidats qui abordaient la pratique moins lestement que nos fabricateurs actuels de dissertations inaugurales. Le nombre des docteurs est allé croissant, de manière à déborder les nécessités locales; il y a longtemps qu'il n'est plus en rapport avec le mouvement de la population; cette disposition fâcheuse n'existait point au dix-septième siècle, et tout en tenant compte des accroissemens énormes qu'a reçus jusqu'à nos jours la population parisienne, on s'étonnera encore des résultats consignés dans une petite statistique doctorale qui remonte à l'an 1590, et dont la conservation est due à la curiosité de Guy-Patin : « Un honnête homme de mes amis m'a remis entre les mains un vieux registre de nos écoles, en lettres abrégées et presque gothiques, de l'année 1390, dans lequel sont marqués, de deux en deux ans, le nombre des docteurs et des licences. Celui des docteurs est quelquefois de quinze, vingt, vingt-six, et voire même de quarante. » Le charlatanisme n'est pas un produit de notre moderne civilisation; parasite séculaire, il ronge éternellement le tronc de la science; mais les ravages qu'il exerce sous nos yeux n'ont peut-être jamais été égalés; celui de nos devanciers différait, d'ailleurs, dans son mode d'exécution et dans sa nature, de cette industrie frauduleuse, éhontée qui s'étale au soleil et éclabousse en passant le praticien honnête et instruit. La malignité de nos aïeux ne dépassait guère l'affectation du mystère et de la profondeur; l'ignorance plus grande des masses favorisait le déploiement de certains airs ténébreux et cabalistiques qui domptaient les résistances du malade et étendaient jusqu'à son entourage l'effet d'une salutaire fascination. Les notions les plus simples en thérapeutique manquaient alors au peuple; dans les étages plus élevés du monde se rencontraient rarement pour le médecin des questionneurs importuns, pénétrans; l'homme de l'art doublait son savoir par l'ignorance des autres, et dictait des oracles plutôt que des avis. On ordonnait alors, on conseille aujourd'hui; l'obéissance passive des crédules cliens des Valot, des Simon Piètre, des Riolan, des Guy-Patin, a fait place aux hésitations d'un scepticisme spirituel, aux interrogations pressantes d'une demi-compétence physiologique. Le séné, la casse, le sirop de roses pâles, ne sont plus des substances mystérieuses pour personne; or, Guy-Patin, qui se vantait de les avoir fait connaître aux gens du peuple, nous apprend que ses confrères lui imputaient à crime cette tentative de vulgarisation médicale. Quand le charlatanisme se produisait avec éclat, quand des hommes revêtus du titre doctoral se prêtaient par complaisance ou calcul à ses exploits scandaleux, la Faculté n'avait garde de fermer les yeux et ne professait point le laisser-faire et le laisser-passer; elle savait user de son autorité et faire prévaloir la sévérité de sa règle : « L'an 1647, l'imposteur italien, L'Orviétan, pour mieux débiter sa drogue qu'il vendait sur le Pont-Neuf, s'adressa au doyen Perreau pour obtenir de lui; moyennant une bonne somme d'argent qu'il offrait, approbation de son opiat. Il en fut refusé de belle hauteur. De Gorris et une douzaine d'autres, affamés d'argent, signèrent une approbation, moyennant présent considérable. Le nouveau doyen, M. Piètre (prédécesseur de Guy Patin), fut aussi tenté; un présent de 400 écus offert; mais, sous prétexte de lire l'approbation dont le charlatan était porteur, il s'en empara, assembla toute la Faculté, où il se rendit délateur contre ces douze Messieurs, qui, ayant avoué leur féblesse et

préconisa dans le même but le cinabre et l'éthiops minéral. An nombre des partisans du mercure appliqué au traitement de la variole, nous devons citer Dessessarz, Conradi, Vandenhosch.

Van Swieten rapporte les faits invoqués en faveur de l'emploi du mercure dans la variole. Mais n'ayant point expérimenté lui-même cette méthode, il se contente d'appeler l'attention des médecins sur les effets qu'on lui attribue, en ayant soin toutefois de leur recommander d'être circonspects dans ses applications. De tous les faits de ce genre, le plus propre à démontrer l'action spécifique de l'emplâtre de *vigo cum mercurio* sur les boutons varioliques, c'est sans contredit l'observation consignée par Malouin dans le tome II de son TRAITÉ DE CHIMIE MÉDICALE, p. 135. Cette observation, reproduite par Zimmermann et Van Swieten mérite de trouver place ici : « Une dame, dit Malouin, venait d'être guérie de la vérole et portait encore sur le croupion un emplâtre de *vigo cum mercurio*, pour une tumeur qu'elle avait eue à cette partie. Ayant été prise de la petite-vérole, elle enleva presque aussitôt cet emplâtre. Tout le corps fut couvert de petite-vérole, à l'exception de la place qu'avait occupée le topique mercuriel. » Cette expérience, fournie par le hasard à Malouin, aurait pu le mettre sur la voie d'étudier à quelle cause était due l'absence de boutons au-dessous de l'emplâtre de *vigo*. Mais il n'en fit rien, et il laissa sans solution tous les points de cette intéressante question. MM. Serres et Gariel, guidés par le fait précédent, ont entrepris sur les modifications que l'emplâtre de *vigo* imprime aux boutons varioliques une série d'expériences pleines d'intérêt. M. Gariel en a consigné les résultats dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (2ᵉ série, t. VIII, p. 468, année 1835). Voici les conclusions qui terminent la note de M. Gariel :

1° L'emplâtre de *vigo cum mercurio* et la litharge en poudre, unie à l'axonge, font à coup sûr avorter les pustules varioliques; c'est à leur action résolutive qu'est dû cet avortement. (Depuis cette époque, MM. Serres et Gariel ont constaté que la litharge purifiée ne possède aucune vertu abortive.)

2° Le diachylon, le charbon porphyrisé, les solutions gommeuses, etc. ne donnent lieu à aucun phénomène d'avortement.

3° L'avortement a lieu, non-seulement quand les pustules viennent de paraître, mais encore quand elles sont en pleine suppuration.

4° Cet avortement a lieu d'une tout autre façon que dans la varioloïde. Dans la varioloïde, en effet, l'on appelle avortement le prompt dessèchement de la pustule, tandis que dans l'avortement obtenu avec l'emplâtre de *vigo*, la capule ne s'ouvre pas; le pus variolique ne se fait pas jour au-dehors; il est réellement résorbé, condition qui rend impossible la formation de cicatrices.

5° Cette résorption de pus n'amène aucun des accidens auxquels, théoriquement, avant les travaux de M. Serres, l'on aurait pu s'attendre; au contraire, l'avortement des pustules rend la maladie moins grave, puisqu'il diminue le nombre des pustules, et, qu'en définitive, c'est dans ce nombre que consiste la gravité de la maladie.

M. Gariel ajoute qu'il n'est pas douteux que, si l'on faisait avorter toutes les pustules qui couvrent la surface du corps, on réduirait la variole à son état le plus simple; mais il dit s'être borné jusque-là à provoquer l'avortement des boutons de la face, sans avoir vu survenir aucun accident.

Depuis les recherches de MM. Serres et Gariel, plusieurs médecins ont observé l'action abortive de l'emplâtre de *vigo* sur les pustules varioliques. Ce fait est des mieux établis, il est acquis à la science. Mais il fallait rechercher jusqu'à quel point cette méthode pouvait être utile au malade lui-même; il restait, en un mot, à étudier son influence sur la marche de la variole. Tel est le problème qui me semble réclamer de nouvelles observations. C'est dans ce but que j'entrepris les recherches qui font l'objet de ce mémoire.

PREMIÈRE PARTIE. — OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

Avant d'entrer en matière, je crois convenable de prévenir le lecteur que l'emplâtre de *vigo* qui servit à mes expériences était étendu sur de la toile sous forme de sparadrap. Cet emplâtre avait été préparé à la pharmacie centrale sur la demande de mon confrère M. Briquet, médecin de l'hôpital Cochin, qui s'occupait depuis quelques jours de cette intéressante question.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que, pour obtenir le sparadrap de *vigo cum mercurio*, il faut faire fondre l'emplâtre au bain Marie; car une chaleur un peu trop forte le décompose, et lui enlève une partie de sa propriété abortive. Quand l'emplâtre est fondu, on l'étend sur une bande de toile.

Après ce court préambule, arrivons à l'exposé des faits. Nous commencerons cet exposé par les observations de variole confluente; viendront ensuite celles de variole semi-confluente; et, enfin, quelques cas de varioloïde.

VARIOLE CONFLUENTE; APPLICATION DE L'EMPLATRE DE VIGO CUM MERCURIO SUR LA FACE ET SUR LA CUISSE DROITE, LE DEUXIEME JOUR DE L'ÉRUPTION; ENLÈVEMENT DE L'EMPLATRE AU BOUT DE SIX JOURS; VÉSICATOIRES AUX JAMBES LE HUITIEME JOUR DE L'ÉRUPTION; ABCÈS MULTIPLES SOUS-CUTANÉS; GUÉRISON.

OBS. I. — Un jeune homme, âgé de 22 ans, non vacciné, fut admis à l'hôpital Cochin, le 28 octobre 1837. Il avait été pris des prodrômes de la maladie quatre jours avant son entrée à l'hôpital. La fièvre peu intense le premier jour devint plus forte le deuxième et le troisième jour. Les boutons ont commencé à paraître vers la fin du troisième jour, d'abord à la face, puis sur le tronc et les membres. Ils étaient si nombreux à la face que malgré la petitesse de leur volume, ils se confondaient par leur circonférence. Au tronc et sur les membres, l'éruption s'annonçait devoir être également confluente. Les boutons étaient aplatis et légèrement déprimés à leur centre. Des pustules existaient en grande quantité sur les lèvres et sur la membrane interne de la bouche. Le voile du palais en était lui-même couvert. La déglutition était peu gênée, la respiration libre, la voix enrouée, le ventre indolent, les évacuations alvines rares, la peau d'une chaleur un peu plus élevée que dans son état naturel; le pouls marquait 108 pulsations par minute.

Je fis appliquer sur la face un emplâtre de *vigo*, et, pour avoir un terme de comparaison, je fis mettre deux disques d'emplâtre de *vigo* et de diachylon gommé, l'un sur la cuisse droite, l'autre sur la cuisse gauche. (Eau de mauve; sirop de gomme; gargar. adouc.; sinapismes.)

Le sixième jour, troisième de l'éruption, de nouveaux boutons ont paru sur le tronc et sur les membres; ils sont aplatis, d'un rouge pâle. (Reste *ut suprà*.)

Le septième jour, les pustules ont pris un peu d'accroissement; leur aréole est plus rouge que la veille, mais la peau n'est point encore tuméfiée.

Le huitième jour, moins de réaction qu'hier, les boutons sont confluens sur presque toutes les parties du corps; quelques uns offrent une teinte violacée; le pouls est faible et marque 96 par minute. (Vésicatoires aux jambes; reste *ut supra*.

---

leur mauvaise action, furent chassés de la compagnie par un décret solemnel. » Voilà un trait de vigueur bien capable de relever une corporation dans l'opinion des gens du monde, et qui fait ressortir honorablement la superbe intégrité des gardiens de l'honneur médical au 17ᵉ siècle. Un étrange rapprochement s'opère dans notre esprit entre cet exemple de loyale répression et le scandale permanent de ce qui se passe autour de nous. Combien de praticiens, et des mieux établis, dont le charlatanisme a surpris le suffrage, escamoté la signature! Combien de notabilités choyées par l'opinion, caressées par la publicité, et dont les noms servent d'étiquette à des remèdes dont les affiches nous révèlent tous les jours les mirifiques propriétés! Mais quoi! vous criez à la répression, et la loi défaille, et il n'existe aucun tribunal dont relève la cause de notre public honneur; la Faculté, refondue sur d'autres bases, n'a point hérité de cette magistrature salubre qui recevait avec merci les nobles délations de son doyen contre la fraude et la vénalité; plus soucieux de sa considération, le barreau possède son tribunal disciplinaire; les notaires, les huissiers, que sais-je? Les officiers et sous-officiers ministériels de toute couleur sont justiciables d'une cour d'honneur instituée dans leur sein, élue par leurs libres suffrages, dépositaires des intérêts de convenance et d'ordre extérieur; mais aux médecins, qu'importent, je vous prie, toutes ces choses? C'est pour eux qu'Horace a dit : *Virtus post nummos*. Non-seulement le corps médical ne peut aujourd'hui, comme il y a deux siècles, se débarrasser de la lèpre charlatanesque; mais il existe une réunion officielle de confrères, une Académie de médecine obligée de faire analyse chimique, rapport et lettre au ministre, toutes les fois qu'il plaît à celui-ci de transmettre à sa docte vassale quelque remède secret, quelque opiat élaboré par un nouveau L'Orviétan, et destiné par son *inventeur* à revêtir l'innocence tarifée d'un brevet d'invention!

Il est encore un moyen de créance et de dignité dont nos prédécesseurs avaient soin de se munir et dont la gent médicale d'aujourd'hui n'a pas un égal appétit : nous voulons parler de l'instruction littéraire profonde qui brillait chez la plupart d'entre eux : leurs écrits en font foi; leurs consultations, parfois si bizarres quant aux vues dogmatiques qu'elles renferment, abondent en citations et déroulent une érudition luxuriante il est vrai, mais témoignage irrécusable de leur savoir; ils ne se contentaient point d'enregistrer dans leur mémoire les faits et les idées déposés dans les ouvrages de la médecine grecque et latine; ils y joignaient un fonds de connaissances littéraires et tempéraient leurs discussions ou leurs écrits par les réminiscences variées de leurs infatigables lectures. Ces habitudes de libérale éducation n'étaient pas, comme dans les générations actuelles, une distinction clair-semée; elles se sont conservées jusques dans ces derniers temps, et nous avons connu plus d'un de ces Nestors de la pratique médicale, héritiers de l'esprit lettré et des caustiques élégances de la vieille école. On comprenait autrefois que l'étude d'une science aussi complexe, aussi difficile que la nôtre, exigeait une longue préparation de l'intelligence; et c'est dans les lettres antiques, c'est dans les sagaces exercitations de la philologie, dans la dialectique, souvent même dans le candide labeur de la versification, que l'on cherchait à assouplir les facultés du futur disciple d'Esculape. Nous aurions mauvaise grace à solliciter un surcroît d'instruction classique et de garanties littéraires, dans un moment où l'université commence elle-même à modifier ses allures, à rogner son vieux système d'enseignement; mais niera-t-on l'insuffisance, la nullité même des études premières chez un très grand nombre de confrères? Si vous les dépouillez de la technologie scien-

Le neuvième jour, l'éruption avait pris de l'accroissement; le pouls s'était relevé; d'ailleurs, le malade n'éprouvait point de douleur au niveau des parties sur lesquelles le topique mercuriel était appliqué.

Le onzième jour, on enleva les emplâtres de *vigo cum mercurio* et de diachylon gommé.

Ce dernier n'avait point modifié la marche de l'éruption; car, soit pour le nombre, soit pour le volume, les pustules varioliques qu'il recouvrait ressemblaient exactement à celles développées sur les parties voisines.

L'emplâtre de *vigo* avait au contraire imprimé à la marche de l'éruption des changemens évidens, palpables.

A la cuisse, dans le lieu même qu'il occupait, la peau avait sa couleur naturelle; elle n'était ni tuméfiée, ni douloureuse. Quelques boutons solides, tuberculeux, du volume d'un grain de chenevis tout au plus, étaient les seules traces de l'éruption.

A la face, l'emplâtre de *vigo* avait produit des effets analogues dans les points où il était resté en contact immédiat avec la peau. Au front, sur les joues et au menton, un grand nombre de tubercules remplaçaient les pustules varioliques. De même qu'à la cuisse, la peau n'était ni tuméfiée ni douloureuse. Les boutons, développés sur les lèvres et sur le nez, étaient remplis d'un liquide purulent; ceux situés en dehors de l'emplâtre de *vigo* contenaient au contraire un fluide séreux, transparent; ils étaient encore à l'état de simples vésicules; du reste, mêmes phénomènes.

A dater de ce jour, voici quelle a été la marche de l'éruption. Les boutons modifiés par l'emplâtre de *vigo*, et réduits, comme nous l'avons dit, à l'état de granulations tuberculeuses, ont été le siége d'une desquammation furfuracée qui a persisté pendant longtemps. Sous l'influence de cette desquammation, ils ont diminué peu à peu de volume, et n'ont laissé à leur place aucune cicatrice.

Sur les autres parties du corps, l'éruption a suivi la marche qui appartient à la variole confluente. Les boutons situés au pourtour des lèvres et des narines et sur le cou sont entrés en suppuration du onzième au douzième jour; ceux du tronc et des membres le lendemain; enfin les pustules des extrémités quelques jours plus tard.

Des croûtes épaisses, brunâtres, fétides, ont bientôt remplacé les pustules qui n'avaient pas reçu l'influence de l'emplâtre de *vigo*. Ces croûtes sont tombées peu à peu; mais en raison l'abondance de de la suppuration, elle se sont reproduites plusieurs fois. Aussi la desquammation s'est-elle prolongée jusqu'au vingt-quatrième jour, et même à cette époque elle n'était point encore achevée sur les membres.

Nous avons prescrit un bain tous les deux jours pendant la période de desquammation; chaque bain fut suivi d'une amélioration marquée. Enfin pour prévenir la formation de nouvelles croûtes sur le nez et les lèvres, nous avons employé avec succès le moyen suivant: après avoir provoqué la chute des croûtes à l'aide d'un cataplasme de farine de graine de lin, nous avons fait couvrir le derme dénudé d'une compresse de linge enduite de cérat. La plaie s'est desséchée dans l'espace de deux jours.

Quand la desquammation de la face fut achevée, le malade ne portait qu'un très petit nombre de cicatrices qui occupaient le nez et les lèvres. Mais soit aux joues, soit au front, soit au menton, en un mot dans toutes les régions où nous avons vu les pustules avorter, on n'apercevait point de cicatrices. Malgré la confluence de l'éruption, la fièvre fut modérée, et aucun accident ne s'est manifesté du côté de la gorge; la respiration s'est exécutée facilement; le ventre est resté indolent; les selles rares pendant l'éruption sont devenues ensuite plus régulières. Durant la période de desquammation, il s'est formé au moins soixante petits abcès sous-cutanés, soit aux membres, soit au tronc: plusieurs ont paru à la cuisse droite; mais aucun ne s'est développé dans l'endroit que l'emplâtre de vigo avait occupé. Ces abcès ont été ouverts dès l'instant de leur apparition. Le trente-sixième jour, le malade était en convalescence: il n'avait plus de fièvre et mangeait les trois quarts de la portion.

J'ai appris qu'il a quitté l'hôpital vers la fin de décembre.

L'histoire de ce malade nous paraît digne de fixer l'attention du lecteur. Il s'agit en effet de l'une des varioles les plus confluentes, de l'un des cas les plus propres à mettre en évidence l'action spécifique de l'emplâtre de *vigo cum mercurio*. Qu'on se rappelle la marche de l'éruption soit au-dessous, soit en dehors de l'emplâtre de *vigo*, et, je le demande, qui pourra méconnaître que l'avortement des boutons varioliques a été produit par cet agent thérapeutique? Quelques granulations solides, tuberculeuses, furent les seuls rudimens des pustules à la face et à la cuisse. Au contraire en dehors de l'emplâtre de *vigo*, les boutons varioliques ont suivi leur marche accoutumée. Ce n'est pas tout, après qu'on eut enlevé l'emplâtre de *vigo*, les pustules qui ont reçu son contact n'offraient pas moins de différence avec celles des parties voisines. Les boutons modifiés par l'emplâtre de *vigo* conservent jusqu'à la fin leur état tuberculeux, et disparaissent peu à peu sans laisser de traces de leur existence.

Si les boutons développés sur le nez et les lèvres ont passé à l'état de véritables pustules, il nous semble qu'on doit l'attribuer à ce que l'emplâtre de vigo n'a pas été maintenu dans un contact immédiat et permanent avec la peau. Cet insuccès loin de militer contre l'action spécifique de l'emplâtre de *vigo* vient au contraire la démontrer d'une manière péremptoire.

Dira-t-on que l'emplâtre de *vigo* doit la propriété de faire avorter les pustules varioliques, non aux principes qu'il renferme, mais à la soustraction du contact de l'air et de la lumière. S'il agissait ainsi, tout moyen susceptible de soustraire la peau au contact de ces deux agens devrait produire le même effet. Or l'emplâtre de diachylon qui remplit parfaitement cette condition n'a point empêché les pustules varioliques de parcourir leurs périodes. Ne devons-nous pas dès lors conclure, avec MM. Serres et Gariel, que l'emplâtre de *vigo* exerce réellement une action spéciale sur les boutons varioliques? Quoi qu'il en soit, ce moyen a non seulement produit l'avortement des pustules varioliques; mais encore il nous paraît avoir heureusement modifié la marche de la maladie. Il est rare en effet qu'une variole aussi confluente ne soit pas suivie d'une terminaison fâcheuse. Nous pensons que l'absence de tuméfaction de la face n'a pas été étrangère à la guérison.

D'un autre côté, les vésicatoires appliqués de bonne heure aux extrémités inférieures nous paraissent avoir exercé une influence favorable sur la marche de la maladie. Ce qui tend à le démontrer, c'est que, dès l'instant de leur application, les boutons qui étaient aplatis, violacés, ont pris un meilleur aspect. Enfin les bains auxquels nous avons eu recours ont été suivis d'une amélioration très prononcée.

Nous ne terminerons pas ces réflexions sans dire un mot des abcès qui ont apparu sur diverses régions du corps, et qui dans l'espace de huit à dix jours se sont élevés au nombre de soixant-dix à soixante-quinze. Quelques personnes ne manqueront pas d'attribuer la formation de ces abcès à l'avortement des pustules varioliques. Sans prétendre qu'il n'en soit pas ainsi, nous ferons observer qu'à la suite des varioles confluentes on voit fréquemment se développer une grande quantité d'abcès pendant la période de desquammation, quel qu'ait été d'ailleurs le traitement mis en usage. Nous devons encore appeler l'attention du lecteur sur un fait qui a besoin de vérification: je veux parler de l'absence des abcès sous-cutanés dans tous les lieux occupés par le topique mercuriel. Si ce fait se répétait d'une manière constante, il nous montrerait que l'état même de la peau n'est point étranger au développement des abcès sous-cutanés qui précèdent la variole. Cependant je ne puis m'empêcher de reconnaître qu'il est prudent d'établir un exutoire sur les membres inférieurs,

---

tifique, si vous leur faites secouer la poussière dorée des routines médicales, que leur reste-t-il? La guenille d'une éducation baclée, incomplète, les circonlocutions embarrassées d'une phraséologie d'imitation, et si la plume court entre leurs doigts, elle ajoutera aux litiges encore pendans de la grammaire les hasards incorrects de l'improvisation écrite.... Je ne sais si la décadence littéraire de notre profession est due au développement de ses exigences scientifiques; il y a dans les différentes branches dont se compose la médecine tant de matériaux à puiser, à retenir en soi que l'on conçoit parmi nos confrères l'omission de la littérature; mais en revanche, n'allons plus nous appliquer ce que Rousseau disait des médecins, à savoir, qu'ils sont partout pas les hommes les plus véritablement savans: Rousseau n'écrivait pas dans le siècle qui court; Rousseau n'avait pas soumis son tympan à la cadence de certaines improvisations académiques ni odoré les fleurs de la rhétorique présidentale.

Les gens habillés de noir avec des bas rouges (Guy-Patin appelle ainsi les chirurgiens) aspirent-ils à porter robes et bonnets; leur sarcastique adversaire n'a pas de plus valide argument à leur opposer que leur manque de littérature: « Avez-vous jamais vu doctrine sans littérature? » Dans ce procès mémorable entre les médecins et les chirurgiens (1660) se dénote toute la fierté du corps médical de Paris; ce n'était pas seulement, comme on l'a dit, par jalousie et hauteur aveugle que celui-ci repoussait les prétentions du collége de Saint Côme; les esprits lettrés de la Faculté ne pouvaient accepter la confraternité des hommes ignares et incultes dont se composait alors la chirurgie; aussi la lutte fut vive; l'avocat des chirurgiens « dit bien des choses qui ne servaient de rien à son fait, comme entre autres, que Rome avait été trois cents ans sans médecins, et que les Romains avaient chassé Archagatus; mais il n'ajouta pas ce qu'en dit Pline, que c'était à cause de sa cruauté à brûler et à couper, car les juges eussent reconnu par-là que c'était un chirurgien. » Guy-Patin est impitoyable envers le défenseur des barbiers; son plaidoyer lui rappelle où Aristote a défini la profession d'avocat l'art de mentir. En revanche, M. Langlais, recteur de l'université, professeur en rhétorique dans le collége du Plessis, et qui harangua pour l'académie de Paris contre les chirurgiens, « les a traités comme ils méritent, et a conclu qu'ils n'eussent ni robe, ni bonnet, ni aucune autre qualité que de manœuvres chirurgiens, sous la direction et intendance des médecins... » La doctrine avec littérature l'emporta sur la doctrine sans littérature; saint Luc fut plus fort que saint Come, comme dit encore le malicieux auteur des lettres; la communauté des chirurgiens resta soumise à l'autorité et à la discipline de la Faculté.

Ce culte combiné de la littérature et de la médecine avait engendré quelques types ridicules, dont nous retrouvons l'esquisse dans les lettres de Guy-Patin. Il cite un confrère qui, voulant lui dédier une nouvelle édition de la méthode de Vallésius, consacra quarante pages à un panégyrique, bizarre morceau, dont Guy-Patin s'amuse tout en s'ébahissant dans l'énumération des éloges qu'il contient; il parle encore d'un praticien nommé Fardy, « bien savant dans l'Hippocrate et dans l'Aristote, qui fait force grec. » Au lit du malade, Guy-Patin lui applique ce qu'un proconsul dit de saint Paul dans les actes des apôtres: « Votre grand savoir vous met hors de sens. »

Les ridicules qui dérivent de l'exagération du savoir littéraire sont assez rares dans la médecine du 19e siècle; et, quant aux citations grecques, la plupart de nos doctes confrères s'en abstiennent, sans doute pour ne point se mettre hors de sens.

Y...

dans le but de prévenir les fâcheux effets qui pourraient résulter de l'avortement d'un plus ou moins grand nombre de pustules.

L'observation suivante va nous fournir un exemple non moins intéressant de variole confluente traitée avec succès par l'emplâtre de *vigo cum mercurio* et les vésicatoires aux extrémités.

VARIOLE CONFLUENTE A LA FACE, DEMI-CONFLUENTE SUR LE RESTE DU CORPS; APPLICATION DE L'EMPLATRE DE VIGO CUM MERCURIO LE PREMIER JOUR DE L'ÉRUPTION SUR LA FACE, LE DEUXIÈME JOUR SUR LA CUISSE DROITE, LE TROISIÈME JOUR SUR L'AVANT-BRAS GAUCHE, LE CINQUIÈME JOUR SUR L'AVANT-BRAS DROIT ET LE SIXIÈME JOUR SUR LA FACE DORSALE DES MAINS; VÉSICATOIRES AUX JAMBES; ACCIDENS GRAVES DU CÔTÉ DE LA GORGE; ABCÈS MULTIPLES SOUS-CUTANÉS; GUÉRISON AU BOUT DE CINQ SEMAINES.

OBS. II. — Une femme, âgée de 36 ans, non-vaccinée, ayant eu plusieurs maladies syphilitiques, entra à l'hôpital Cochin, le 13 novembre 1837, le premier jour de l'apparition des boutons varioliques, et le quatrième du malaise qui l'avait précédée. La face était rouge et couverte de boutons qui formaient peu de saillie au-dessus de la peau. Le reste du corps offrait de semblables boutons, mais en moins grand nombre. Les mêmes boutons occupaient le pourtour des lèvres, le bord libre des paupières, la membrane interne de la bouche et l'isthme du gosier. La déglutition était gênée, la voix enrouée, la respiration facile, l'abdomen indolore, le pouls fréquent (104 par minute), peu élevé; l'œil brillant, humide, la tête douloureuse, les facultés intellectuelles libres. (Le jour même de l'entrée de la malade on appliqua un emplâtre de *vigo cum mercurio* sur la face, orge gom. sucrée, julep gom., gargarisme adouciss., diète.)

Le cinquième jour, de nouveaux boutons ont paru sur les différentes parties du corps; ceux du pourtour des lèvres et des narines étaient si rapprochés les uns des autres, qu'ils se confondaient par leur circonférence; d'ailleurs mêmes symptômes. (Emplâtre de *vigo cum mercurio* sur la partie interne de la cuisse droite.)

Le sixième jour, les pustules étaient plus nombreuses que la veille; elles avaient pris peu d'accroissement en volume. Les pustules du premier jour faisaient une saillie marquée au-dessus de la peau; celles du deuxième jour dépassaient à peine le niveau ambiant; les pustules du troisième jour ne soulevaient point encore la surface de la peau. La gorge était toujours douloureuse, la déglutition gênée, mais la respiration libre; les règles coulaient abondantes depuis hier. La peau était d'une chaleur modérée; le pouls marquait 98 par minute. (Emplâtre de *vigo cum mercurio* sur l'avant bras gauche.)

Le septième jour, les pustules étaient peu saillantes, entourées d'une aréole rouge peu étendue; quelques-unes avaient une couleur violacée, le pouls était fréquent (106), mais faible. Le flux menstruel continuait abondant; la gorge examinée avec soin nous présenta une ulcération à bords taillés à pic, qui occupait le pilier gauche du voile du palais. Le fond de cette ulcération avait une teinte grisâtre; la voix était enrouée, la déglutition douloureuse, mais la respiration facile. Sur les membres l'éruption était en général discrète; mais vers la partie externe du genou droit, et sur la face dorsale de chaque pied, les pustules étaient confluentes et formaient des plaques assez larges qui correspondaient à autant de contusions que la malade avait reçues dans ces divers endroits, un mois avant son entrée à l'hôpital.

Ce fait, sur lequel nous reviendrons plus tard, nous paraît avoir une haute importance dans la question que nous traitons ici; il nous prouve que les causes qui appellent le sang vers une partie de l'enveloppe cutanée ou qui l'y retiennent sont capables de rendre l'éruption plus confluente qu'elle n'aurait dû l'être sans cette circonstance. (Vésicatoires aux jambes, gargarisme adoucissant, reste *ut suprà*.)

Le huitième jour, on enleva l'emplâtre de *vigo* qui était appliqué sur la face. A l'exception du nez et des lèvres, les parties qu'il couvrait n'étaient ni tuméfiées ni douloureuses. Sur les joues, le front et le menton, à la place des pustules varioliques, il y avait des granulations dont le volume était variable. Les unes, extrêmement petites, soulevaient à peine l'épiderme; les autres avaient à peu près le volume d'un grain de chènevis. Ces granulations présentaient une base injectée, rouge; leur sommet était couvert de la cupule, au-dessous de laquelle il n'existait point de liquide, soit séreux, soit purulent; en un mot, les pustules varioliques étaient réduites à l'état de simples tubercules. Le liquide qui, à cette période de l'éruption, soulève peu à peu la cupule de chaque bouton, n'avait pas été sécrété, ou la résorption s'en était opérée quelque temps après sa formation.

Sur le nez, les lèvres, et dans la fossette du menton, en un mot, dans les points sur lesquels l'emplâtre de *vigo* n'avait pas été en contact immédiat avec la peau, les boutons varioliques avaient pris du développement; toutefois, leur volume était moins considérable que celui des pustules qui couvraient le bord libre des lèvres et des narines; en outre, ils contenaient déjà une matière purulente, tandis que les boutons restés en dehors du topique mercuriel étaient encore remplis d'un liquide séreux, transparent; la peau était également moins tuméfiée sur le nez qu'au pourtour des lèvres et des narines. Les pustules du reste du corps s'étaient agrandies; la plupart conservaient leur forme aplatie; en un mot, leur développement s'opérait d'une manière extrêmement lente. (Exciter les vésicatoires.)

Le dixième jour, on enleva l'emplâtre de *vigo*, qui avait été appliqué le sixième jour. Les pustules qu'il couvrait avaient avorté pour la plupart; elles étaient réduites, comme celles de la face, à l'état de simples tubercules; la cupule n'était point soulevée par du liquide.

Quant aux pustules, qui ne furent soumises à l'action de l'emplâtre de *vigo* que le huitième ou le neuvième jour, c'est-à-dire à l'époque où elles étaient déjà sous forme de vésicules, elles ont parcouru leurs périodes comme celles du reste du corps, mais avec plus de promptitude.

Voici la marche des pustules modifiées ou non par l'emplâtre de *vigo cum mercurio*, à dater de ce jour.

Sur les parties qui furent couvertes d'un emplâtre de *vigo*, les premier, deuxième ou troisième jours, les pustules ont complétement avorté, et elles furent, ainsi que nous l'avons dit, transformées en granulations tuberculeuses, dont le volume variait suivant l'âge de la pustule à l'instant de l'application de l'emplâtre. Ces granulations ont continué de s'accroître pendant quelques jours; puis elles devinrent le siége d'une desquammation furfuracée qui se prolongea pendant plusieurs semaines, les usa peu à peu et les fit disparaître entièrement. Ces granulations tuberculeuses se sont comportées, après qu'on eut enlevé l'emplâtre de *vigo*, de la même manière que les tubercules qui succèdent ordinairement aux pustules de la varioloïde.

Les pustules traitées par l'emplâtre de *vigo* le septième ou le huitième jours, étaient remplies d'un liquide purulent, lorsque l'on enleva cet emplâtre, mais elles n'ont point tardé à se dessécher, et elles n'ont laissé à leur place ni dépressions, ni élevures; leur desquammation était accomplie du treizième au quatorzième jour.

L'éruption sur tous les points non influencés par l'emplâtre de *vigo* continua de parcourir ses périodes avec beaucoup de lenteur.

Les pustules développées au pourtour des lèvres et des narines ont commencé à prendre une teinte blanchâtre, et à se remplir d'un liquide purulent, vers le onzième jour. Celles du tronc et des membres sont entrées en suppuration quelques jours plus tard. Pendant la période de suppuration, la fièvre devint plus intense, mais n'acquit pas un degré aussi élevé que dans les varioles confluentes. D'ailleurs, la gorge resta douloureuse, et l'ulcération dont elle était le siége prit une nouvelle extension. Cette ulcération fut combattue par les adoucissans d'abord; puis, au bout de quelques jours, par le nitrate acide de mercure. Malgré ces moyens, elle continua de s'agrandir.

Le quinzième jour, le corps était couvert de croûtes épaisses, d'une teinte jaunâtre et noirâtre, qui exhalaient une odeur fétide, excepté les parties sur lesquelles l'emplâtre de *vigo cum mercurio* avait été appliqué.

Quand la desquammation fut achevée, c'est-à-dire du vingt-trois au vingt-quatrième jour, la face présentait quelques cicatrices qui correspondaient aux parties sur lesquelles l'emplâtre de *vigo* n'avait pu rester convenablement appliqué; celles, au contraire, qui avaient reçu le contact immédiat de cet emplâtre étaient exemptes de cicatrices.

Ajoutons enfin que du côté de la gorge les accidens se sont aggravés jusqu'au vingt-cinquième jour de l'éruption. A cette époque, la déglutition était très pénible, la respiration laborieuse, la suffocation paraissait imminente; il y avait en outre une diarrhée abondante, fétide, une escarre au sacrum; le pouls était faible, dépressible; en un mot, tout portait à croire que la malade était menacée d'une mort prochaine. Cependant, après l'application d'un vésicatoire sur la partie antérieure du cou, la dyspnée diminua peu à peu. Plusieurs abcès sous-cutanés se formèrent ensuite sur diverses parties du corps; ouverts de bonne heure, ils marchèrent promptement vers la guérison. Enfin, malgré tant d'accidens graves, la malade s'est peu à peu rétablie, et elle est sortie guérie vers la fin du mois de décembre.

Nous avons pu suivre les modifications imprimées par l'emplâtre de *vigo cum mercurio* aux boutons varioliques de différens âges. Ainsi, comme dans l'observation première, les boutons du premier jour ont complètement avorté; ceux du second et du troisième jours ont été modifiés de la même manière; les boutons du quatrième jour ont avorté presque tous; ceux des cinquième, sixième et septième jours ont parcouru leurs diverses périodes, mais ils ont passé plus vite à la suppuration que les boutons abandonnés à eux-mêmes. En outre, nous avons remarqué la diminution de l'aréole inflammatoire des pustules qui reçurent le contact du topique mercuriel, quelle qu'ait été l'époque à laquelle on ait commencé le traitement.

Nous devons maintenant appeler l'attention du lecteur sur les accidens développés pendant le cours de la maladie, après l'application de l'emplâtre de *vigo*. Parmi ces accidens, nous citerons surtout l'ulcération de la gorge, qui a détruit une partie du voile du palais. Doit-on l'attribuer à l'avortement des pustules de la face, ou à l'irritation de la gorge, qui était habituelle chez la malade, depuis qu'elle avait eu une angine syphilitique?

Il est sans doute possible que l'éruption arrêtée dans sa marche sur toute la face se soit développée avec plus d'intensité dans la gorge; mais on peut également admettre avec assez de raison que l'éruption qui s'est faite sur la gorge n'a pris un caractère grave qu'à cause de l'irritation dont cette partie était devenue depuis longtemps le siége. Ne savons-nous pas que l'éruption se montre avec plus de confluence sur tous les points de la peau qui sont irrités depuis un temps plus ou moins long? Si l'éruption se comporte ainsi à la peau, pourquoi ne suivrait-elle pas la même marche sur les membranes muqueuses? Du reste, quelle qu'ait été la cause de cette angine ulcéreuse, la malade n'a pas éprouvé une dyspnée aussi grande que dans les cas où l'éruption cutanée n'est point traitée par l'emplâtre de *vigo*. Nous avons été frappés de l'absence de phénomènes cérébraux pendant tout le cours de la maladie. Cette circonstance aura probablement contribué à rendre supportables pour la malade les accidens graves survenus du côté de l'isthme du gosier et du larynx. J'insiste sur ce point parce que c'est à cela que le succès de l'emplâtre de *vigo* nous semble dû en grande partie.

Quelle est maintenant la part de l'emplâtre de *vigo* dans la production de la diarrhée et des abcès multiples sous-cutanés? Les personnes qui

craignent de faire avorter les pustules varioliques sont en droit de mettre ces accidens sur le compte de ces moyens; mais, comme on le sait, rien n'est plus commun que d'observer à la suite des varioles confluentes les accidens dont il s'agit. Pour nous, en raison de la confluence de l'éruption sur la peau et sur le voile du palais dès le premier jour de l'apparition des boutons, nous pensons que si l'emplâtre de *vigo* a augmenté les accidens vers la gorge et le tube digestif, il les adiminués d'unautre côté, en empêchant le gonflement et la suppuration de la face, et en prévenant la congestion du cerveau qui accompagne si souvent les varioles confluentes.

Nous ne terminerons pas ces réflexions, sans faire observer qu'ici, comme dans le cas qui précède, nous avons cru devoir établir deux vésicatoires aux jambes vers le huitième jour de la maladie, et qu'une amélioration notable a coïncidé avec l'emploi de ce moyen.

VARIOLE CONFLUENTE; MORT.

OBS. III. — Un jeune homme de 25 ans, non vacciné, fut pris de fièvre le mardi 12 décembre 1837; il garda le lit le 13 et le 14 et ressentit tous les phénomènes précurseurs de la variole. La fièvre peu intense le premier jour augmenta beaucoup le deuxième et le troisième jour. L'éruption ne fut aperçue que le quatrième; elle occupait les diverses parties du corps, mais principalement la face. Sur la partie latérale droite du nez et au niveau du quatrième os du métacarpe sur la face dorsale de la main droite, il y avait un plus grand nombre de boutons qu'ailleurs. Ces régions avaient été le siége d'une brûlure quelque temps auparavant. *Ubi stimulus ibi fluxus*. La plupart des boutons étaient rouges, aplatis et offraient une copule très petite; la peau était chaude, halitueuse, le pouls (90) régulier, peu élevé, sans dureté, sans vibrance; la poitrine saine, l'abdomen souple, indolent; constipation; la voix peu enrouée.

M. Guéneau de Mussy, médecin de la salle dans laquelle ce malade était placé, ayant consenti à l'emploi de *vigo cum mercurio*, j'appliquai cet emplâtre sur la face, les avant-bras et la cuisse gauche.

Le cinquième jour, les boutons sont plus nombreux qu'hier. Dans un espace circonscrit où nous avions compté vingt-deux boutons, il y en a aujourd'hui cinquante-quatre. Les boutons du premier jour ont augmenté de diamètre; ils blanchissent, mais ils sont toujours aplatis; leur aréole rougeâtre s'est peu étendue. Les boutons du deuxième jour sont petits, acuminés, rouges. L'isthme du gosier est très rouge, sans gonflement des amygdales; la déglutition est un peu douloureuse, la voix enrouée, la fièvre modérée (86 pulsations). Boissons adoucissantes.

Le sixième jour, quatre-vingts boutons existent dans l'espace qui hier en contenait cinquante-quatre.

Septième jour. L'emplâtre qui couvrait la face fut enlevé. Les boutons avaient avorté la plupart. Ceux du front étaient aplatis, sans tuméfaction ni rougeur des parties ambiantes. La cupule n'était point soulevée par du liquide; mais immédiatement appliquée sur le réseau muqueux de la peau. Les boutons des joues étaient gros comme des grains de millet, peu animés, et ne contenaient point ou peu de liquide. Ceux développés sur les lèvres, autour des narines et sur le bord libre des paupières, avaient suivi leur marche habituelle.

Afin de prolonger l'action du mercure, nous fîmes pratiquer des onctions avec l'onguent mercuriel sur la face.

Huitième jour, la face est à peine tuméfiée; les boutons modifiés par l'emplâtre de *vigo* ont pris un peu de développement, mais ils ont conservé leur état papuleux; quelques-uns cependant contiennent une petite quantité de liquide opaque, blanchâtre, puriforme. Les boutons placés sur le bord libre des lèvres et autour des narines continuent de parcourir leurs périodes; ils sont remplis d'un liquide séreux, demi transparent, de même que les pustules du reste du corps qui n'ont pas été couvertes d'emplâtre de *vigo*.

Le même jour, on enleva l'emplâtre appliqué sur les avant-bras. Les boutons étaient ici moins rapprochés que dans les parties environnantes; en outre, ils étaient moins gros, leur aréole moins animée, moins étendue. Tous renfermaient une matière blanchâtre, analogue au pus.

Le malade était du reste assez bien; sa gorge était douloureuse, mais elle ne l'était pas assez pour gêner la déglutition; la respiration était libre; la salivation peu abondante, la chaleur de la peau modérée, le pouls régulier (90 par minute), le ventre souple, indolent. (Boissons simples; diète.)

Les boutons varioliques non modifiés par l'emplâtre de *vigo* entrèrent bientôt en suppuration, puis ils se convertirent en croûtes larges et épaisses qui ne se détachèrent qu'avec une extrême lenteur. Ainsi tandis que les points sur lesquels l'emplâtre de *vigo* avait exercé son action étaient revenus à leur état naturel, les parties voisines n'étaient pas encore parvenues à la période de desquammation.

Depuis que l'emplâtre de *vigo* fut enlevé, ses effets sont devenus de plus en plus évidens. Ajoutons que les pustules de la face n'ont laissé de cicatrices qu'autour des lèvres et sur le nez, c'est-à-dire précisément dans les endroits qui n'avaient pas été en contact avec l'emplâtre de *vigo*. Sur les joues, le front et le menton, à peine distinguait-on quelques petites cicatrices. Au bout d'un mois la desquammation n'était pas encore achevée sur les membres, principalement sur les cuisses.

A cette époque, le malade ayant commis un écart de régime, il fut pris de diarrhée et de fièvre. Sous l'influence de boissons adoucissantes, de cataplasmes émolliens sur le ventre et de la diète, le dévoiement s'est calmé, mais la fièvre a persisté quoiqu'à un degré plus faible.

Au bout de cinq semaines, le malade semblait devoir entrer en convalescence, mais il lui restait toujours de la fréquence dans le pouls et de la chaleur à la peau.

On explora les diverses régions du corps, et on trouva plusieurs foyers sous-cutanés; l'un existait à la partie inférieure du cou, immédiatement au-dessus du sternum; d'autres existaient sur les membres; enfin il y en avait un très vaste au niveau de l'omoplate. Ces abcès furent ouverts; mais la grande étendue qu'ils occupaient, le décollement considérable de la peau qu'ils avaient entraîné, devaient inspirer des craintes sérieuses sur la terminaison de la maladie. Quelques nouveaux abcès se sont encore formés sur les membres, et ont été successivement ouverts. La fièvre a persisté ainsi que la diarrhée; les forces du malade se sont épuisées progressivement, et la mort eut lieu deux mois environ après l'invasion de la maladie.

L'ouverture du cadavre fut faite le lendemain.

Les divers abcès qu'on avait ouverts avaient leur siége dans le tissu cellulaire sous-cutané. A l'extérieur, nous trouvâmes les désordres suivans.

Au niveau du saerum, il y avait une plaie large et profonde, qui avait détruit toutes les parties molles et qui avait mis l'os à découvert. Le muscle trapèze était dénudé dans une étendue de trois ou quatre pouces de diamètre; en outre, autour de cette dénudation du muscle trapèze, il y avait un décollement de la peau. Ces désordres avaient succédé à la collection purulente, que nous avons signalée pendant la vie, et dont l'existence ne fut constatée qu'à l'époque où elle avait acquis une grande étendue.

Plusieurs ouvertures fistuleuses se remarquaient soit au cou, soit aux membres, et étaient également la suite des abcès sous cutanés.

Enfin, dans l'aisselle, sur les bras il y avait encore plusieurs abcès dont l'ouverture n'avait pas été pratiquée.

Des collections purulentes occupaient la région des muscles fessiers et n'avaient pas non plus été ouvertes.

Les organes intérieurs, examinés avec le plus grand soin, ne nous ont offert aucune lésion. Les poumons, un peu engoués en arrière, étaient sains d'ailleurs, les bronches intactes.

La membrane muqueuse gastro intestinale était injectée çà et là, arborisée, mais elle avait conservé son épaisseur et sa consistance naturelles; aucune lésion des follicules isolés ou agminés.

Malgré l'avortement des pustules varioliques sur la face et sur une grande partie des membres supérieurs, les accidens du côté de la gorge n'ont pas acquis une grande intensité; la fièvre ne s'est pas montrée plus forte après qu'avant l'application de l'emplâtre de *vigo*. Au bout d'un mois, le malade semblait devoir entrer en convalescence, lorsqu'à la suite d'un écart de régime il fut pris de diarrhée et de fièvre. Ces phénomènes ont persisté; le pouls a conservé de la fréquence. Plusieurs collections purulentes se développèrent dans différentes parties du corps et restèrent quelque temps inaperçues. L'abondance de la suppuration, jointe à la diarrhée, ne tarda pas à épuiser les forces du malade et devint la cause manifeste de la mort. Dans ce cas, la suppuration n'envahit pas seulement le tissu cellulaire sous-cutané, mais elle s'étendit également au tissu cellulaire profond et inter-musculaire. Cette circonstance a dû contribuer à faire périr le malade. On connaît le danger des collections purulentes au-dessous des muscles.

Aussi, tout en regrettant que les abcès n'aient pas été ouverts à propos, nous ne saurions affirmer que le malade n'eût pas succombé à cette fatale diathèse purulente.

L'application de vésicatoires aux jambes au début de l'éruption, l'emploi des bains au moment de la desquammation, auraient-ils diminué l'intensité de cette diathèse purulente? C'est à l'expérience de nous donner la solution de cette question.

Je ne pense pas qu'on accuse l'emplâtre de *vigo* des accidens qui ont causé la mort de ce malade; car il est probable que, sans ce moyen, en raison de la confluence de l'éruption, la maladie eût marché encore plus promptement vers une terminaison fâcheuse. D'un autre côté, les écarts de régime commis par le malade n'ont pas été sans influence sur la production des phénomènes secondaires qui l'ont entraîné au tombeau. Quoi qu'il en soit, nous ne devons pas moins constater ici, comme dans les deux cas précédens, la coïncidence de l'emploi du topique mercuriel avec la formation de plusieurs foyers purulens.

C'est en multipliant les observations qu'on parviendra à résoudre les difficultés que soulève cet intéressant problème de thérapeutique.

VARIOLE SÉMI-CONFLUENTE A LA FACE; DISCRÈTE SUR LE RESTE DU CORPS; GUÉRISON.

OBS. IV. — Une jeune homme, âgé de 19 ans, doué d'une constitution peu forte, était à l'Hôtel-Dieu pour une pleurésie du côté gauche, depuis environ un mois, dans le service de M. Guéneau de Mussy, lorsque, le 8 novembre, il fut pris de fièvre avec malaise général, douleur dans les lombes et dans l'épigastre; il eut en même temps des nausées et quelques vomissements. Trois jours après l'invasion de ces symptômes, on vit paraître des boutons à la face et sur les diverses parties du corps: ces boutons offraient à leur centre une légère dépression. Dès leur apparition, la fièvre a perdu de son intensité, la douleur lombaire s'est calmée, ainsi que la douleur épigastrique. Le pouls est descendu de 108 à 92 pulsations par minute.

On appliqua un emplâtre de *vigo cum mercurio* sur la face et sur la partie interne de la cuisse droite: on couvre la cuisse gauche d'un emplâtre de diachylon gommé. (Boissons adoucissantes).

Le septième jour, les boutons sitoés au-dessous de l'emplâtre de diachylou gommé avaient suivi la même marche que ceux des parties voisines.

A la cuisse et au-dessous de l'emplâtre de *vigo*, les pustules étaient moitiè moins grosses que celles des parties voisines; elles avaient une teinte blanchâtre et contenaient déjà nne matière purulente; tandis que les pustules nou modifiées par l'emplâtre de *vigo* ne renfermaient encore qu'nn liquide séreux limpide.

A la face, l'emplâtre avait produit des effets plus ou moins marqués. Sur les joues, le frout et au menton, l'avortement des pustules était complet; à leur place on trouvait des houtons solides, tuberculeux, d'un volume beaucoup plus petit que les pustules du reste du corps. Sur le nez et autour des lèvres, les pustules étaient remplies de pus, leur base moins ronge, moins tuméfiée que celle des pustules développées au pourtour des lèvres ou des narines.

Ainsi au-dessous de l'emplâtre de *vigo*, les houtons varioliques avaient été arrêtés dans leur développement, ou bien ils étaient parvenus à une période plus avancée que ceux placés en dehors de l'emplâtre.

Quant à l'emplâtre de diachylon gommé, il n'a point modifiée la marche de l'éruption.

Le neuvième jour les pustules de la cuisse ou de la face, sur lesquelles l'emplâtre de *vigo* avait été appliqué, commencent à se dessécher; celles des parties voisines ne font qu'entrer en suppuration.

Le onzième jour, la desquammation des premières commence à s'effectuer, taudis que les secondes sont encore pleines de pus.

Enfin, le treizième jour toute cette partie de la cuisse, sur laquelle l'emplâtre de *vigo* avait agi, était presque revenue à son ètat naturel; la plnpart des croûtes qui avaient succédé aux pustules étaient tombées.

Sur les parties voisines, les pustules n'ont commencé à se dessécher que du douzième au treiziéme jour, et leur desquammation n'était complète que du dix-huitième au vingtième.

A la face, les pustules développées sur le nez et autour des lèvres ont également parcouru leurs périodes beaucoup plus vite que celles du pourtour des lèvres et des narines.

Enfin les pustules situées sur les joues, le front et le menton, ayant été réduites à l'état de simples houtons tuberculeux, ont diminué peu à peu à l'aide du travail de desquammation qui s'est établi à leur surface, et qui a continué jusques à la fin du troisième septenaire.

Ici point de suppuration, mais desquammation prolongée.

Les pustules varioliques n'ont laissé après elles aucune cicatrice dans tous les points sur lesquels l'emplâtre de *vigo* fut appliqué; quelques-unes très petites se formèrent seulement autour des lèvres et sur le nez.

Pendant la période de desquammation, le malade a été pris d'une diarrhée qui a résisté aux divers moyens employés pour la combattre; il avait une fièvre continue avec des récrudescences le soir. Le côté droit de la poitrine rendait un son mat; il y avait de la toux et une expectoration de crachats muqueux, blanchâtres. L'auscultation pratiquée au-dessous des clavicules faisait entendre à droite une respiration plus sèche et plus forte qu'à gauche; dans le même lieu, la résonnance de la voix était plus prononcée que du côté opposé; en un mot, l'existence de tubercules pulmonaires soupçonnée par M. Guéneau de Mussy se vérifiait de plus en plus. Aussi ce malade parfaitement guéri de sa variole conserva de la fièvre, de la diarrhée et tous les accidens qui dépendaient de son ancienne affection. Je l'ai revu au bout de deux mois, il était à peu près dans le même état. J'ignore ce qu'il est devenu.

Chez le malade dont on vient de lire l'histoire, l'emplâtre de *vigo* n'a pas produit des effets aussi marqués que chez les malades des deux premières observations. Ainsi parmi les pustules traitées par ce moyen, les unes ont entièrement avorté, mais d'autres en assez grand nombre ont passé plus promptement que de coutume à la période de suppuration; en un mot, ainsi que nous l'avons dit, elles ont suivi la marche des pustules de la varioloïde. Bien que l'avortement des pustules ait été incomplet, cependant elles n'ont laissé après elles aucune cicatrice. Ce résultat mérite d'être noté, car il nous montre qu'il est possible de convertir les pustules de la variole en pustules de la varioloïde. Je ne sais même s'il ne vaudrait pas mieux se borner à effectuer cette transformation que chercher à produire l'avortement complet des boutons varioliques sur une grande surface. C'est à l'observation de décider cette intéressante question. Quoi qu'il en soit la variole a parcouru ses périodes d'une manière régulière. Vers la fin du troisième septenaire, le malade a été pris de diarrhée et de fièvre, accidens contre lesquels on a employé différens moyens, sans obtenir aucun succès. Si nous n'avons pu déterminer l'influence que l'avortement des pustules a exercée sur le développement de la diarrhée, chez la malade de l'observation II, il nous est encore plus difficile de le faire ici. Car il s'agit d'un jeune homme qui présentait les symptômes rationnels de la phthisie pulmonaire. Du reste, nous n'avons point observé ces abcès sous-cutanés qui, dans les deux cas précédens, se sont multipliés à un si haut degré pendant la période de la desquammation. Nous n'avons pas non plus remarqué que les accidens du côté de la gorge aient été modifiés, soit en mal soit en bien, par l'emplâtre de *vigo*.

VARIOLE SEMI-CONFLUENTE SUR LES MEMBRES, CONFLUENTE AU POURTOUR DES LÈVRES ET DES NARINES; APPLICATION DE L'EMPLATRE DE VIGO CUM MERCURIO LE PREMIER JOUR DE L'APPARITION DES BOUTONS; GUÉRISON.

OBS. V. — Une jeune femme de 23 ans, douée d'un tempérament sanguin lymphatique, se présenta au bureau central pour être admise dans un hôpital. Elle m'offrit les prodrômes de la variole, et quelques boutons rosés sur la face. Ces boutons étaient extrêmement petits, ils soulevaient à peine l'épiderme. Sur les membres, je n'aperçus point de boutons.

Le même jour, M. Vigla, interne de M. Honoré, que je remplaçais à cette époque, appliqua un emplâtre de *vigo cum mercurio* sur toute la face.

Le lendemain, deuxième jour de l'éruption, de nombreux boutons avaient paru sur les diverses parties du corps; ces boutons étaient rosés, peu élevés au-dessus de la peau et déprimés à leur centre. Dans l'intervalle des boutons, la peau avait conservé sa couleur naturelle, la fièvre était assez intense, le pouls fréquent (106 par minute).

Des boutons existaient sur les lèvres, la membrane interne de la bouche et sur le voile du palais; déglutition douloureuse, voix un peu enrouée, respiration facile. (Orge, sirop de gomme, purg. adouc., diète; emplâtre de *vigo* sur les cuisses.)

Le troisième jour, les boutons sont réunis par groupes sur les membres. Ils sont discrets sur le tronc; leur forme est aplatie, leur aréole peu étendue.

Le quatrième jour, la fièvre est moins forte; l'éruption continue de prendre de l'accroissement.

Le septième jour, l'emplâtre qui couvrait la face fut enlevé; sur les points qu'il occupait, la peau avait une teinte rouge, comme érysipélateuse; sur les joues, l'épiderme était détaché par petits lambeaux; les boutons étaient peu nombreux à l'état solide tuberculeux, quelques-uns à l'état de pustules. Les boutons situés en-dehors de l'emplâtre avaient pris du développement; ils étaient à l'état vésiculeux; le derme était gonflé, douloureux; la fièvre modérée.

Le huitième jour, on enleva l'emplâtre de *vigo* qui couvrait les cuisses. L'éruption avait éprouvé les mêmes modifications qu'à la face.

Les pustules des autres parties du corps ont suivi leur marche accoutumée.

Vers le neuvième jour, celles du cou et des lèvres étaient en suppuration; les pustules des membres ne sont entrées en suppuration que du dixième au onzième jour.

Enfin, leur dessiccation a commencé du quatorzième au quinzième jour, et leur desquammation a duré jusqu'au vingt-cinquième ou vingt-sixième jour.

Le pouls a toujours conservé de la fréquence.

Plusieurs abcès se sont formés à la fesse, du côté droit, et aux jambes. Ces abcès, ouverts à temps, se sont promptement fermés.

Enfin, la malade fut prise de diarrhée, puis d'une pleuro-pneumonie vers la fin du quatrième septenaire.

Quelques sangsues sur le lieu douloureux, des ventouses scarifiées, la diète, des boissons adoucissantes, ont triomphé de cet accident.

La malade a eu une convalescence longue; mais, au bout de sept semaines, elle a quitté l'hôpital dans un état satisfaisant.

Dans l'histoire qu'on vient de lire, l'emplâtre de *vigo cum mercurio* ayant produit les mêmes effets que dans les observations précédentes, nous n'insisterons pas sur les modifications éprouvées par les pustules sur lesquelles il fut appliqué. Nous nous bornerons à fixer l'attention du lecteur sur les accidens qui se sont manifestés pendant la période de desquammation, et que quelques personnes sont en droit d'attribuer à l'emplâtre de *vigo*. Ainsi, au lieu de cesser après la période de suppuration, la fièvre a persisté au-delà de cette époque; plusieurs abcès sous-cutanés, de la diarrhée, une pneumonie, tels sont les accidens qui vinrent compliquer la convalescence et qui nous inspirèrent quelques instans des craintes sérieuses. Sous l'influence d'un traitement simple, dirigé par M. Honoré, ces phénomènes se sont dissipés et la malade a parfaitement guéri. Nous ne saurions dire si l'on aurait obtenu le même résultat sans le secours de l'emplâtre de *vigo*.

Notons encore l'absence de congestion cérébrale, phénomène qui se remarque avec tant de fréquence dans les varioles confluentes. Quand même l'emplâtre de *vigo* concourrait à développer des abcès sous-cutanés, de la diarrhée, quand même il prolongerait la fièvre de quelques jours, nous ne persisterions pas moins à recommander l'emploi de ce moyen. Ajoutons, enfin, que dans ce cas on n'a point eu recours aux vésicatoires ni aux laxatifs, ni aux bains, moyens qui, appliqués à propos, me semblent avoir quelque importance.

L'observation suivante va nous fournir un exemple de variole semi-confluente, traitée par l'emplâtre de *vigo* et terminée rapidement par la guérison.

VARIOLE SEMI-CONFLUENTE A LA FACE; DISCRÈTE SUR LES MEMBRES; APPLICATION DE L'EMPLATRE DE VIGO CUM MERCURIO LE QUATRIÈME JOUR DE L'ÉRUPTION; GUÉRISON.

OBS. VI. — Une femme, âgée de 30 ans, douée d'une forte constitution, entra dans la division de M. Louis, le 18 décembre 1837. Elle était au quatrième jour de la maladie et au premier jour de l'éruption. Les boutons étaient rouges et formaient une saillie légère au-dessus de la peau; ils étaient plus nombreux sur la face que sur le reste du corps. Il y en avait sur le pourtour des lèvres, la langue et le voile du palais; la fièvre était modérée, la peau chaude, mais halitueuse, la soif peu vive, la déglutition facile, la respiration libre. (Boissons adoucissantes, diète.)

Le deuxième et le troisième jour, de nouveaux boutons ont paru sur les diverses parties du corps, mais principalement sur les membres.

Le quatrième jour, je vis la malade pour la première fois; je la trouvai dans l'état suivant :

La face était très tuméfiée, rouge, douloureuse, et couverte de boutons qui

se touchaient par leur circonférence; déjà ces boutons étaient remplis d'un liquide séreux, limpide; les paupières étaient tellement gonflées, qu'elles couvraient entièrement le globe de l'œil; le bord libre des lèvres, la voûte palatine présentaient un assez grand nombre de boutons. Sur les mains et les avant-bras, l'éruption n'était pas moins confluente qu'à la face; mais sur les autres parties du corps, les boutons étaient discrets.

A cette époque, les boutons étaient déprimés au centre, et la cupule était entourée d'une aréole rougeâtre; la peau chaude, moite; le pouls fréquent, peu élevé, régulier; la voix enrouée, la respiration facile, le ventre indolent, constipation.

On appliqua l'emplâtre de *vigo cum mercurio* sur les joues, le front, le nez, les lèvres et sur la face dorsale de l'avant-bras au niveau de l'articulation du poignet droit.

Le cinquième jour, au niveau de l'emplâtre de *vigo*, le gonflement nous a paru moins marqué que sur les parties voisines; en outre sur tous les points qu'occupait ce topique, on pouvait exercer une pression assez forte, sans que la malade accusât la moindre douleur, tandis qu'en dehors de l'emplâtre, la même pression était douloureuse. D'ailleurs les pustules continuent de prendre de l'accroissement; la cupule est moins déprimée au centre; la peau est rouge au niveau et dans l'intervalle des pustules; la fièvre est modérée, le pouls marque environ 84. La gorge n'est pas plus douloureuse que la veille; la déglutition et la respiration toujours faciles: point de nausées ni de vomissements, constipation. (Orge, sirop de gom., diète.)

Le sixième jour de l'éruption, mêmes phénomènes qu'hier, au niveau de l'emplâtre de *vigo*. Les pustules de la face situées en dehors de l'emplâtre commencent à prendre une teinte blanchâtre; le liquide qu'elles contiennent est légèrement opaque; leur sommet est arrondi; persistance de la tuméfaction de la peau. Sur les membres les boutons sont encore transparens. (Même prescription.)

Le huitième jour, au-dessous de l'emplâtre de *vigo*, la peau était à peine tuméfiée, indolente; quelques pustules contenaient une petite quantité de liquide opaque, purulent; d'autres étaient réduites à l'état de boutons tuberculeux. Il y avait un contraste manifeste entre les parties sur lesquelles avait agi l'emplâtre de *vigo* et celles qui n'avaient point éprouvé l'influence de cet emplâtre.

A dater de cette époque, l'éruption a parcouru ses périodes d'une manière régulière; les pustules modifiées par l'emplâtre de *vigo* se sont promptement desséchées; le douzième jour, leur desquammation était complète. Celles placées en dehors de l'emplâtre se sont également desséchées avec assez de promptitude, mais leur desquammation n'était terminée que vers le vingtième jour.

Du reste, la fièvre a complètement cessé le dixième jour; et la convalescence a marché rapidement et sans aucun accident.

Ajoutons que les pustules varioliques n'ont point laissé de cicatrices après elles sur aucune région de la face.

Dans ce cas l'emplâtre de *vigo* a eu pour effet de faire avorter plusieurs des boutons varioliques sur lesquels il fut appliqué, et de hâter la marche de ceux qui n'ont point avorté; il est probable qu'en diminuant la tuméfaction de la face, l'emplâtre de *vigo* aura contribué à rendre la fièvre moins intense. Notons qu'ici, malgré l'avortement des pustules d'une grande partie de la face, la malade n'a point eu de diarrhée, ni d'abcès sous-cutanés, ni aucun autre accident.

VARIOLE DISCRÈTE.

Obs. VII. — Un jeune homme de 28 ans, non vacciné, était à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. Lisfranc, pour une tumeur blanche du pied gauche, lorsqu'il fut pris de la variole. Transporté dans le service confié à mes soins, il nous offrit l'état suivant:

Quatrième jour de l'éruption. Les boutons disséminés sur toute la peau étaient séparés les uns des autres par un intervalle plus ou moins grand. Ils étaient légèrement déprimés au centre, leur aréole peu étendue. Dans leur intervalle, la peau était saine, la fièvre modérée, le gorge douloureuse; éruption sur l'isthme du gosier. (Emplâtre de *vigo* sur la face, et sur l'un des bras, bourrache sucrée, G. G. garg. adoucis., diète.)

Cinquième jour. Même état.

Sixième jour. Sur les coudes, l'éruption était confluente et ne formait qu'une seule et large pustule. Partout ailleurs les boutons étaient discrets.

D'où vient cette confluence de l'éruption sur les coudes? Je pense que cet effet est dû aux frottemens continuels exercés sur les coudes, par suite de la position pénible du malade. Obligé de garder le lit depuis longtemps, il s'appuie fréquemment sur les coudes, d'où une cause d'irritation de la peau, d'où l'intensité plus grande de l'éruption: *ubi stimulus ibi fluxus*. Du reste, l'éruption se fait lentement, la fièvre est peu intense; il y a du dévoiement depuis hier (deux selles liquides).

Dans ce cas, nous enlevâmes l'emplâtre de *vigo* cinq jours après son application. Ses effets n'ont pas été moins tranchés que dans les cas qui précèdent. L'avortement des pustules fut complet. D'ailleurs la maladie a parcouru ses périodes d'une manière régulière sur tous les points restés en dehors de l'emplâtre de *vigo*.

Au bout de trois semaines, le malade étant en voie de guérison, il fut transporté de nouveau dans le service de M. Lisfranc pour y subir le traitement que réclamait la tumeur blanche pour laquelle il était entré à l'hôpital.

VARIOLOÏDE; EMPLATRE DE VIGO CUM MERCURIO APPLIQUÉ LE TROISIÈME JOUR DE L'ÉRUPTION.

Obs. VIII. — Un jeune homme de 22 ans, doué d'un tempérament sanguin, portant deux cicatrices de vaccine au bras gauche, entra à l'hôpital Cochin le deuxième jour de l'éruption et le cinquième des phénomènes qui avaient précédé l'apparition des boutons.

Le sixième jour, nous le trouvâmes dans l'état suivant:

Les boutons étaient beaucoup plus nombreux sur la joue du côté droit que sur celle du côté opposé; il y avait à cet égard une différence bien tranchée. A droite les boutons, quoique distincts les uns des autres, se touchaient par leur base; à gauche, ils laissaient entre eux un intervalle de quatre ou cinq lignes. La joue du côté droit était rouge, gonflée; celle du côté gauche n'était point tuméfiée; la rougeur était circonscrite autour des boutons.

Le nez présentait les mêmes différences de l'un et l'autre côté.

Quelques boutons existaient sur les lèvres et sur la voûte palatine.

Partout ailleurs l'éruption était discrète.

La peau chaude, moite; le pouls développé, marquait 80 par minute.

La soif était modérée; l'appétit non aboli.

Un emplâtre de *vigo cum mercurio* fut appliqué sur la face.

L'éruption continua de se développer comme de coutume sur les diverses parties du corps.

Le cinquième jour, les boutons étaient blancs, opaques.

Le septième jour, ils commençaient à se dessécher.

Le neuvième jour, la dessiccation des pustules était complète.

Les boutons sur lesquels l'emplâtre fut appliqué suivirent une marche un peu différente des autres. Ainsi, le neuvième jour, ils étaient convertis en granulations solides, papuleuses, d'un rouge assez vif, surtout au niveau de la joue droite. Ces granulations avaient un volume égal à un grain de chenevis; quelques-unes étaient presque aussi grosses qu'un pois à cautère.

Abandonnées à elles-mêmes, elles ont diminué peu à peu de volume sous l'influence de plusieurs desquammations successives. Au bout de trois semaines, elles persistaient encore et déjà les autres boutons avaient entièrement disparu.

Dans ce cas, l'emplâtre de *vigo* a fait avorter les pustules, il les a empêchées de parcourir leurs diverses périodes. Mais il a eu l'inconvénient de transformer les pustules en granulations solides, papuleuses, qui ont exigé, pour disparaître, un temps très long.

Ce résultat s'est présenté à nous dans trois autres cas, dont nous ne pensons pas devoir donner la description. Il nous suffira de dire que les malades sont entrés à l'hôpital le deuxième ou le troisième jour qui suivit l'apparition des boutons, et que l'emplâtre de *vigo cum mercurio* ayant été appliqué sur la face, les boutons se sont arrêtés dans leur développement, et ont d'ailleurs subi les mêmes modifications que dans l'observation précédente.

(*La suite au prochain numéro.*)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 15 JUILLET.

DÉGAGEMENT INTERMITTENT D'ACIDE CARBONIQUE DANS LES MINES DE PONTGIBAUD.

M. Dumas communique l'extrait d'une lettre de M. Pallu. Nous avons creusé, dit M. Pallu, à la mine de Pranal jusqu'à la profondeur de 90 mètres, un grand puits d'extraction; mais les eaux étant arrivées avec plus d'abondance que ne pouvait en enlever la faible machine d'épuisement dont nous pouvions disposer, nous avons été obligés d'interrompre notre travail pour créer de nouvelles machines. Cette interruption ayant permis aux eaux de remplir le puits jusqu'à son orifice, cette circonstance a donné lieu à un phénomène périodique qui me paraît digne d'attention.

Tous les mois environ, on voit l'eau contenue dans le puits éprouver un léger frémissement, qui se termine au bout de quelques heures par une très forte et très bruyante agitation de toute la masse; le gaz acide carbonique commence à se dégager en très grande abondance, puis vient ensuite une éruption d'eau considérable, qui ne cesse que quand le puits s'est vidé jusqu'à une profondeur de 10 à 15 mètres. Ce puits a de section 3m 66 sur 2m 33. La masse de gaz est assez considérable pour combler pendant quelques instans une portion de la petite vallée; mais, un fait remarquable, c'est que l'eau ne jaillit pas par l'orifice du puits dès le début; elle prend d'abord son issue par le tuyau du ventilateur, qui a 0m 33 de section, et qui descend jusqu'au fond du puits. Le coude qui joint ce tuyau au ventilateur a été brisé, et l'eau, par cette issue, forme un jet qui n'a pas moins de 33 à 40 pieds d'élévation. Le phénomène dure de 15 à 20 minutes, avec des intermittences répétées de quelques secondes. Les trappes qui couvrent une partie du puits sont agitées violemment, puis tout rentre en repos pour recommencer le mois suivant.

Cette éruption de gaz n'a rien de bien inquiétant pour nous, dit M. Pallu, car un seul de nos ventilateurs absorberait, en moins de dix heures, toute la masse accumulée pendant un mois.

RECHERCHES STATISTIQUES SUR LA FRÉQUENCE DES HERNIES, SELON LES SEXES, LES AGES ET LES DIVERSES POPULATIONS; par M. MALGAIGNE.

Parmi les affections qui peuvent réclamer les secours de la chirurgie, dit l'auteur, il en est une qu'on s'étonne de voir si généralement négligée par les hommes de l'art, si complètement abandonnée à des artistes vulgaires, dont les

lumières sont loin d'offrir des garanties suffisantes. Ce n'est pas que cette affection soit exempte d'incommodités, car elle apporte avec elle une gêne continuelle; ni qu'elle ait peu de durée, car elle ne guérit jamais d'elle-même; ni qu'elle offre du moins peu de danger; car elle peut, d'un moment à l'autre, développer des accidens mortels; ni, enfin, que sa rareté ait dû en détourner l'attention; nulle autre peut-être n'est aussi fréquente. Je veux parler de la hernie simple, réductible, et qu'on peut contenir par des bandages.

Nous avons un grand nombre de traités et de mémoires spéciaux sur les hernies. Pour ce qui regarde leur anatomie normale et pathologique, l'histoire de l'étranglement. les opérations qu'elles rendent quelquefois nécessaires, il est peu de questions qui n'aient été agitées; bien plus, on a sérieusement recherché tous les procédés sanglans qui en promettaient la cure radicale. Mais, quand on étudie tout ce qui a été écrit touchant leurs causes, leur influence, sur la santé générale et même sur la durée de la vie, et enfin leur cure palliative, la seule que puissent attendre des milliers de malades, on est surpris du vague et de l'incertitude qui règnent encore dans cette partie de la science.

C'est cette histoire obscure et incertaine des hernies réductibles que je me suis proposé d'éclairer. J'ai dû d'abord à ma position beaucoup de facilités: chirurgien au bureau central des hôpitaux de Paris, et chargé à plusieurs reprises du service des bandages herniaires, dont on délivre chaque année plusieurs milliers dans cet établissement, les observations s'offraient d'elles-mêmes en foule. Dans le seul espace de deux mois, octobre et novembre 1835, j'en ai recueilli avec tous leurs détails jusqu'au nombre de 410, et, depuis lors, soit au bureau central, soit dans les hôpitaux, ou, enfin, dans ma pratique particulière, j'en ai vu et étudié plus de deux mille. Je puis donc dire que je les ai observées à peu près sous toutes les formes; en outre, le retour des mêmes individus m'a permis de continuer plusieurs observations pendant deux ou trois ans; enfin, j'ai institué une série d'expériences pratiques sur tous les bandages fabriqués jusqu'à ce moment par les plus habiles bandagistes de Paris.

Dans ce premier mémoire, je me bornerai à étudier les causes les plus générales du développement des hernies, savoir, quel est le sexe, quels sont les âges qui y sont le plus exposés; dans quel rapport elles se trouvent avec la population en général, et la population de chaque sexe et de chaque âge; et, enfin, autant que la difficulté du sujet me le permettra, je rechercherai s'il n'existe pas de dispositions spéciales dans les populations riches et dans les populations pauvres, dans les villes et dans les campagnes, et, enfin, dans les diverses parties de la France, selon la configuration du sol, la manière de vivre et peut-être l'origine des populations; je prendrai soin de glisser sur les détails et surtout d'insister sur les résultats, afin de ne pas abuser des momens de l'Académie.

1° De la fréquence comparative des hernies dans les deux sexes.— Cette question a été à peine effleurée par les auteurs, et la diversité de leurs résultats est peu propre à leur mériter une grande confiance. Tout le monde sait que les hommes sont plus sujets aux hernies que les femmes; mais, d'après Mounikoff, par exemple, la proportion serait de 3 à 1; suivant Laurens de 6 à 1.

Mes calculs sur ce point avaient porté d'abord sur un total de 410 observations écrites, par moi recueillies en octobre et novembre 1835. Il y avait 75 femmes contre 335 hommes; la proportion était de 4 1/2 à 1.

Ces chiffres me parurent trop peu nombreux pour décider la question; en conséquence, je relevai au bureau central le nombre des sujets qui s'étaient présentés pendant toute l'année 1836 pour obtenir des bandages; en défalquant avec soin tous les doubles emplois, j'arrivai ainsi à un total de 2767 individus, sur lequel il y avait 564 femmes; proportion, 3,91 à 1.

Enfin, pour prévenir cette objection que mes calculs fondés cette fois sur des chiffres satisfaisans ne portaient cependant que sur une seule série d'individus observés dans une époque unique, j'ai répété le même travail pour 1837, en diminuant de cette nouvelle série tous les sujets qui s'étaient déjà présentés dans la série précédente. Sur un total de 2575 hernieux, j'ai compté cette fois 489 femmes; la proportion est de 3,89 à 1, presque absolument semblable à celle de la première série; et si l'on réunit ensemble tous les chiffres, on aura une masse de 5450 hernieux, dont 1123 femmes, c'est-à-dire 1 femme pour 4 hommes.

2° De la fréquence comparative des hernies suivant les âges. — Mes recherches ont porté sur le même nombre de sujets que les précédentes; en voici les résultats.

Les hernieux âgés de moins d'un an forment environ le nombre total. Le nombre des hernies va en diminuant dans les années suivantes, dans une progression si rapide, que ni les guérisons radicales opérées, ni la mortalité ordinaire, n'en peuvent rendre raison, et qu'il faut admettre une mortalité bien plus considérable sur ces petits sujets hernieux. L'âge de 8 à 9 ans est celui qui offre le moins de hernieux; c'est pour ainsi dire l'époque où disparaissent les hernies de l'enfance, et à laquelle viennent se développer les hernies de la jeunesse. En effet, de 8 à 13 ans, on remarque une légère recrudescence, qui augmente de 13 à 20 ans, surtout chez les garçons; plus encore de 20 à 28, puis de 28 à 30, de 30 à 35. De 35 à 40 ans, la progression est si effrayante, que les cinq années de 35 à 40, par exemple, offrent plus du double de hernieux que les cinq années de 30 à 35. De 40 à 60 ans, le chiffre général demeure à peu près le même, mais il baisse de 60 à 70 ans, et à partir de 70 ans, la décroissance est si grande, qu'il faut également admettre que les hernies sont pour cet âge une cause énergique de mortalité.

Le rapport des hernies dans les deux sexes aux différens âges est aussi curieux à noter. Les hernies de l'enfance sont quatre fois plus nombreuses chez l'homme; celles de la jeunesse, entre 13 et 20 ans, huit à neuf fois plus nombreuses que chez la femme; plus tard, la proportion pour celles-ci revient au quart à peu près; de 40 à 70 ans, au tiers; plus au-dessus de 70 ans, la proportion des femmes hernieuses diminue rapidement, de manière à ne plus former le cinquième au plus du chiffre des hommes. On dirait que les hernies épuisent davantage chez elles les ressources de la vie; et certes, ce sont là des résultats faits pour exciter au plus haut degré l'attention des hygiénistes et des praticiens.

3° De la fréquence des hernies chez les hommes, a l'age de 20 a 21 ans. — Pour arriver au rapport général des hernieux à la population, il fallait d'abord, ainsi que je l'ai fait, déterminer le rapport des hernies entre elles aux divers âges; puis trouver le rapport des hernieux à la population à une époque donnée de la vie. J'ai choisi l'âge de 20 à 21 ans, parce que c'est le seul sur lequel il soit possible d'avoir des renseignemens un peu satisfaisans, à l'aide du recensement qui se fait à cet âge pour le recrutement de l'armée.

J'ai trouvé des tableaux fort curieux concernant le recrutement dans le département de la Seine, d'abord pour onze années, comprises entre l'an IX et 1810; puis pour huit autres années de 1816 à 1823. En défalquant du chiffre total des jeunes gens appelés au tirage. 1° Ceux qui étaient exemptés pour causes légales; 2° ceux qui échappaient à l'examen par leurs hauts numéros; 3° enfin, ceux qui étaient réformés sans autre examen, à raison du défaut de taille, il m'est resté le chiffre exact de ceux qui avaient subi un examen réel, et ceux qui avaient été reconnus bons à servir ou exemptés pour infirmités. La proportion des hernieux sur ce nombre total s'est trouvée pour les onze premières années de 1/31, pour les huit suivantes de 1/32.

Je ne m'en suis pas tenu là, et ayant demandé au ministre de la guerre communication des comptes-rendus à l'administration pour le recrutement dans toute la France, j'ai obtenu des renseignemens complets pour sept années, de 1831 à 1837, et toutes défalcations faites, il m'est resté ce chiffre énorme de plus de 750,000 sujets passés à l'examen, sur lesquels on avait trouvé un peu plus de 24,000 hernieux, savoir un peu plus d'un 31e.

Des résultats aussi uniformes pour des séries d'années si diverses, et avec des chiffres aussi nombreux, ne sauraient être attribués au hasard; je me suis donc cru autorisé à prendre pour la proportion générale des hernieux à la population mâle de 20 à 21 ans, le taux de 1/32.

4° Du rapport général des hernieux au reste de la population. — Ce premier résultat obtenu, il suffisait de quelques opérations d'arithmétique pour arriver aux proportions des hernies aux autres âges.

Je suis arrivé ainsi à la solution suivante:

Pour la masse de la population mâle, depuis la naissance jusqu'à cent ans, les hernies sont dans la proportion d'un 13e environ.

Pour la population féminine, dans la proportion de 1/51.

Pour toute la population, d'environ 1/20, soit 1 : 20,50.

5° De la proportion des hernies a la population dans les divers ages. — Les mêmes opérations me conduisaient également à la solution de ce nouveau problème. J'ai partagé à cet effet la vie en quinze époques, d'après les changemens que je voyais survenir dans la proportion des hernies. Je ne parcourrai pas toutes ces époques les unes après les autres; il me suffira de dire que, pour les sujets mâles, la proportion des hernies, de la naissance à un an, est d'environ 1/21,

Elle décroît très rapidement ensuite, de telle sorte que, de 3 à 13 ans, elle descend au 77e, après quoi elle remonte peu à peu; à 20 ans, elle est au 32e; de 28 à 30, au 20e; de 35 à 50, au 8e; de 60 à 70, au 1/4; de 70 à 75, enfin, au tiers, c'est-à-dire, chose effroyable, que sur trois hommes de 70 à 75 ans, il y en a un, terme moyen, qui sera affecté de la hernie. Passé ce terme, la proportion diminue, ce qui ne saurait s'expliquer, comme il est dit plus haut, que par une plus grande mortalité.

6° De la proportion des hernies dans la classe indigente et dans les classes aisées. Cette question était plus difficile à résoudre qu'aucune des précédentes; je n'ai pu y arriver qu'en comparant les hommes fournis de l'âge de 20 à 21 ans, par les arrondissemens de Paris distingués en trois classes, selon le nombre des indigens qu'ils contiennent.

Or les 12e, 8e, 6e, 9e et 10e qui ont le plus grand nombre d'indigens ont fourni des hernies dans la proportion de 1/28. Les autres, aisés ou riches, n'en ont présenté que dans la proportion de 1/38. On peut donc présumer que les hernies sont plus communes dans les classes indigentes; de même, il semble que la population des grandes villes y est un peu moins sujette que celle des campagnes; en effet, Paris n'en donne en masses que dans la proportion d'un sur trente-trois, tandis que la banlieue compte un hernieux à vingt ans sur trente hommes.

7° De la fréquence relative des hernies dans les diverses parties de la France. Enfin, à part les différences provenant de la richesse ou de l'indigence, de l'habitation des grandes villes ou des campagnes, j'ai voulu m'assurer s'il n'existait pas d'autres provenant du climat, de la configuration du sol et enfin des races elles-mêmes.

Je n'ai pu me procurer à cet égard qu'un seul document, c'est un travail fait au ministère de la guerre pour l'année 1836, et donnant les résultats du recrutement pour chacun des 86 départements, tandis qu'auparavant on s'était borné à en donner le résultat pour la France entière; on conçoit dès lors avec quelle réserve doivent être adoptées les conclusions à tirer de ce document; je les présente donc bien plutôt comme un point de départ que comme dignes d'une entière confiance, et toutefois je dois dire qu'elles offrent des résultats assez tranchés pour exciter l'attention et l'étonnement. J'ai figuré ces résultats sur la carte ci-jointe, représentant la division de la France par provinces et par départemens à la fois. Les départemens colorés en noir sont ceux où les hernieux de l'âge de 20 à 21 ans sont au-dessous de la proportion générale, et plus la proportion décroît, plus j'ai noirci les teintes. Ceux qui restent en blanc au contraire ont présenté plus de hernieux que la proportion moyenne.

Et d'abord en laissant de côté la Corse pour ne considérer que la France continentale, je trouve 54 départemens réfractaires en quelque sorte aux hernies,

et 31 qui y sont plus exposés; de ceux-ci il s'en rencontre presque sur tous les points du royaume, et cependant ils se groupent plus particulièrement au centre, où ils forment particulièrement une masse compacte et presque cerné de 17 départemens.

Si l'on recherche la disposition des départemens hernieux relativement aux chaînes de montagnes et aux bassins qu'elles circonscrivent, il semble qu'ils occupent de préférence les vallées; toutefois il y a des exceptions assez nombreuses pour ne pas tirer jusqu'à présent une conséquence trop générale.

Si l'on examine l'influence des climats, on trouve d'abord au nord-ouest une masse de départemens occupant tout le littoral, depuis la Loire-Inférieure jusqu'à la Somme, et comprenant la Bretagne, le Maine, la Normandie, la Picardie et l'Artois. La rareté des hernies y est d'autant plus frappante que les départemens limitrophes en présentent au contraire pour la plupart une proportion extraordinaire; ainsi tout à côté de la Bretagne où la proportion varie de 1/39 à 1/99, vous avez le Poitou, où la proportion va jusqu'à 1/7 et 1/13. A quoi tient une semblable différence? Je remarque d'abord que cette rareté des hernies commence presque subitement dans toute la zône où cesse la culture de la vigne et où le cidre est la boisson générale. Dans le département du Nord, pays riche et parsemé de grandes villes, on trouve cependant une quantité énorme de hernieux. Faut-il en accuser l'usage de la bière qui remplace ici l'usage du cidre? Je pose la question et ne prétends pas la résoudre.

Tout à l'opposé, c'est-à-dire au sud-est se rencontre encore une autre masse noire de 19 départemens, comprenant la majeure partie du Languedoc, de l'Auvergne, de la Provence, avec le Lyonnais et le Dauphiné tout entier, les hernies y sont également rares. Le caractère le plus général de ces départemens est d'être occupé par des montagnes; mais nous avons dit que l'influence des montagnes souffre de nombreuses exceptions. Quelques écrivains avaient pensé que l'usage de l'huile dans les alimens prédisposait aux hernies; cette assertion reçoit ici un démenti remarquable. En effet, toutes les régions où mûrit l'olive, et même encore les régions limitrophes sont moins affligées de hernies que les autres.

Enfin, une troisième masse noire se dessine au nord-est, comprenant la Bourgogne, la Franche-Comté, l'Alsace, la Lorraine et une partie de la Champagne.

Je le répète, il serait téméraire, avec les résultats d'une seule année, de se lancer dans des conjectures qui se démentiraient peut être à l'année suivante, et tout ceci ne peut passer que pour un premier coup-d'œil jeté sur un domaine inconnu, afin de révéler son existence et d'y appeler de nouveaux investigateurs. Mais je ne saurais cacher la pensée qui m'est restée de ces premières recherches comme la conséquence la plus générale. C'est que si l'habitation des montagnes et des grandes villes, si l'usage de certains alimens et de certaines boissons semblent défendre la population contre une trop forte invasion des hernies, c'est surtout à la différence des races qu'il faut attribuer la différence des proportions signalées. C'est dans l'ancienne France, la France centrale, la France de Charles VII, refuge spécial de la race gaëlique que je vois surtout prédominer les hernies; les pays habités par la race kymrique pure, ou envahis par les races normande, germanique et ibérique, en sont beaucoup moins affectés. Première vue d'une pathologie vraiment générale, puisqu'elle s'étendrait à toutes les races humaines, et qui nous donnerait déjà la clé de cette espèce d'énigme qui présente la comparaison des statistiques faites sur les hernies en France, en Hollande, en Angleterre, qui, portant sur des races différentes, devaient donner, comme elles donnent en effet, des résultats différens.

SÉANCE DU 22 JUILLET.

SUR L'ORIGINE DES NOMS VULGAIRES DU PIAN.

M. Roulin lit une note dans laquelle il discute la valeur des argumens à l'aide desquels on a entrepris récemment de prouver que le pian est originaire des parties de l'Europe habitées par des peuples de race celtique. Ces argumens, exposés dans un mémoire lu par M. Levacher, le 10 juin dernier, à l'Académie des sciences, peuvent être résumés à peu près en ces termes :

Les noms par lesquels la maladie est désignée dans les établissemens que les Européens ont formé au Nouveau-Monde, quoique variant d'une colonie à l'autre, sont tous également dérivés de mots appartenant aux langues celtiques.

Dans l'ancien continent, sur un de ces points plus nombreux où se sont conservés des dialectes de la langue celtique, nous voyons le pian régner encore comme maladie endémique, et il y existe de temps immémorial. Cette contrée est la Haute-Ecosse : le pian y est connu sous le nom de *sibbens* ou *sivvins*, nom qui sert aussi à désigner le fruit du framboisier sauvage, et ce double sens du mot nous révèle l'origine du mot *frambœsia*, par lequel on désigne en latin l'affection cutanée dont il s'agit.

Dans une question de cette nature, dit M. Roulin, les données historiques, ayant une valeur bien supérieure aux données philologiques, doivent être examinées les premières : voyons donc d'abord si l'on est fondé à dire que le pian était connu dans la Haute-Ecosse avant la découverte de l'Amérique et les premiers voyages sur les côtes de Guinée, c'est-à-dire à une époque antérieure aux relations des Européens avec les deux pays qui, jusqu'ici, se sont disputé le triste privilége d'avoir été le berceau de la maladie. Voici ce que dit à ce sujet un savant dont l'autorité est d'un grand poids. Pennant (TOUR IN SCOTLAND., t. III, p. 44 et 449) dit positivement que les montagnards considèrent le sibbens comme une affection récente parmi eux, et apportée par les soldats de Cromwell cantonnés à Inverlochy. Il est bien vrai que le mot *sibbens* est ancien dans la langue erse; mais son application à la maladie qui nous occupe est récente. Pennant pense qu'on l'a employé pour le mot écossais, à cause de certains *fongus* arrondis, rouges et grenus qui en sont quelquefois un symptôme. M. Roulin, remarquant que le mot *sibbens* est encore employé aux îles Orkneys pour désigner la gale, pense qu'on l'a appliqué par extension à une autre affection qui caractérise principalement une éruption cutanée. Si l'existence du pian dans la Haute-Ecosse, si le nom par lequel on l'y désigne ne prouvent rien relativement à la prétendue origine de la maladie, peut-on arriver à quelque chose de plus concluant par la considération des noms en usage dans le Nouveau-Monde?

Ces noms, qui varient selon les lieux : *pian*, dans les colonies françaises; *yaws*, dans les établissemens anglais; *bubos*, dans les provinces où l'on parle espagnol, dérivent de mots appartenant aux langues américaines et particulièrement aux dialectes du *Galibi*; dialectes parlés par presque toutes les peuplades avec lesquelles les Européens furent d'abord en rapport.

Cependant, en supposant prouvée cette assertion, que l'auteur de la note appuie de citations empruntées aux principaux écrivains qui ont parlé *de visu* des Américains et de leurs mœurs, est-on fondé à en conclure que la maladie est d'origine américaine? M. Roulin ne le pense pas. En effet, il résulte du témoignage d'Oviedo (HISTOIRE NATURELLE DES INDES, livre II, chapitre 14), du P. Ruiz (DICTIONNAIRE GUARANI, p. 222 et 288); du P. Dutertre (HISTOIRE NATURELLE DES ANTILLES, t. II, p. 409); du P. Raymond Breton (DICTIONNAIRE CARAÏBE, t. II, p. 399); du P. Labat (NOUVEAU VOYAGE AUX ILES FRANÇAISES DE L'AMÉRIQUE, t. IV, p. 358), etc., que pendant plus de deux siècles, les noms que nous venons de citer ont été employés pour désigner la syphilis; de sorte qu'il ne serait pas impossible qu'une maladie introduite dans le Nouveau-Monde, postérieurement à la conquête, eût reçu dans ce pays un nom qui y désignait déjà une autre affection avec laquelle celle-ci offrait plusieurs traits de ressemblance.

En résumé, la note de M. Roulin conduit aux conclusions suivantes :

1° Il n'y a aucune raison plausible pour considérer le pian comme originaire d'Europe;

2° Il est évident que des deux affections qu'on a longtemps confondues, le pian et la syphilis, une au moins est originaire d'Amérique.

3° Par conséquent, si l'on parvenait à prouver que le pian est originaire d'Afrique, on aurait établi d'une manière incontestable l'origine américaine de la syphilis.

EAUX THERMALES D'AIX.

M. Arago lit l'extrait d'une lettre, dans laquelle M. Valz lui rend compte d'une excursion qu'il a faite aux eaux thermales d'Aix, en compagnie de M. Forbes. On sait qu'une opinion commune dans le pays et qui semble fondée sur diverses expériences, veut que les eaux thermales des bains viennent en partie d'un cours d'eau souterrain, qui passe peu de la superficie du sol, en un lieu assez distant (la Pyramide) : où il offre une température assez basse, et qui s'échauffe en traversant le sol intermédiaire. Pour vérifier cette conjecture, il fallait, dit M. Forbes, commencer par s'assurer si les eaux pouvaient couler en effet de la pyramide vers les bains; c'est-à-dire, si le premier point est le plus élevé des deux; or, c'est ce qu'on n'avait pas fait jusqu'ici, et cependant la différence de hauteur des deux points n'est pas de celles qu'on peut reconnaître à première vue; en effet, la comparaison des observations barométriques faites aux deux stations ne nous a indiqué qu'une différence de cinq mètres, et cette différence est en sens contraire de celle qu'on supposait, c'est-à-dire que l'eau à la pyramide a été trouvée de cinq mètres plus basse qu'aux bains. Cependant, ajoute l'auteur de la lettre, comme les mesures barométriques, surtout quand elles ne résultent pas d'observations simultanées, laissent toujours quelque incertitude, et que les erreurs peuvent s'élever même à beaucoup plus de cinq mètres, je ne regarde pas la question comme résolue, et je me propose de faire prochainement un nivellement entre les deux points, en me servant du niveau à bulle d'air.

NOUVEL EMPLOI DE L'HUILE OBTENUE PAR LA DISTILLATION DES SCHISTES.

On sait que, dans quelques parties de la France, il existe des schistes bitumineux dont on peut extraire des matières qui s'emploient dans l'éclairage. Ainsi, aux environs d'Autun, on trouve de ces schistes qui sont l'objet d'une exploitation en grand, et les produits sont déjà appliqués à l'éclairage dans quelques villes. M. Selligue, qui a fondé trois de ces établissemens dans le département de Saône-et-Loire, écrit que, parmi les ouvriers employés dans ces établissemens, il y en avait plusieurs de galeux qui se sont guéris sans faire de remède, et qu'aucun de leurs compagnons n'a contracté la maladie, ce qui serait infailliblement arrivé dans tout autre atelier.

Ces hommes, dit M. Selligue, sont pour ainsi dire imprégnés d'huile de schistes, et il semblait évident que c'était à cette circonstance qu'était due la guérison des uns, la préservation des autres.

Je n'ai pu, ajoute l'auteur de la lettre, suivre ces expériences sur notre espèce; mais je les ai faites sur des animaux, et les sujets ne manquent pas dans nos contrées. Généralement les bœufs, les moutons, les chevaux, ont été guéris très promptement lorsqu'on les a frottés avec des huiles de schistes un peu légères. Un litre suffit ordinairement pour plusieurs animaux, et le traitement n'est pas coûteux, car le kilogramme d'huile ne coûte que 20 centimes.

REMARQUES SUR LE TRAITEMENT MÉDICAL DE LA GRAVELLE.

On s'est beaucoup occupé de la gravelle, dit M. Civiale ; mais la plupart des recherches ayant été entreprises d'après de simples prévisions systématiques, elles ont conduit à de fausses conséquences. Presque toujours en effet on a

considéré la formation des graviers comme dépendant des seules lois de l'affinité chimique, et l'on s'est borné à combattre le jeu de cette affinité. Puis, dès qu'on a supposé les concrétions formées, tous les efforts n'ont tendu qu'à en procurer la sortie ou la destruction également par des moyens chimiques, sans tenir aucun compte des modifications organiques qui leur donnent naissance. Ce qui frappe surtout en lisant les ouvrages publiés sur l'affection calculeuse, c'est que généralement on a pris pour la maladie ce qui n'est en réalité qu'un effet, un résultat d'un ou plusieurs états morbides de l'appareil urinaire.

La théorie clinique de l'affection calculeuse ne pourrait tout au plus trouver à s'appliquer qu'au moment où le liquide urinaire a été amené par une suite d'états morbides aux conditions propres à déterminer la formation de la gravelle. Mais qui a préparé ces conditions? qui a fait prédominer dans un cas l'acide urique ou l'urate d'ammoniaque, dans un autre la cystine; ici l'oxalate calcaire, ailleurs les phosphates? Voilà des questions qu'il faut résoudre si l'on veut soustraire le traitement des calculeux à l'empirisme qui y domine aujourd'hui. J'en ai tenté la solution, et si je n'ai pas trouvé la vérité tout entière, du moins puis-je me flatter d'en avoir rencontré une partie; car la manière dont je m'explique la formation des concrétions urinaires chez les deux grandes classes que j'ai été conduit à admettre parmi les calculeux fournit les élémens de méthodes curatives dont une longue expérience m'a permis de constater l'utilité.

L'auteur s'attache à faire ressortir les inconvéniens et les dangers des moyens généralement accrédités contre la gravelle et qui n'ont la plupart du temps pour effet que de masquer la maladie et de faire perdre un temps précieux, pendant lequel la gravelle s'est transformée en véritable pierre, et celle-ci s'est compliquée à son tour de lésions organiques qui ont été ensuite des obstacles à tout traitement efficace. En repoussant les vues des théoriciens modernes, l'expérience ne pouvait laisser échapper une longue série de faits que la pratique de chaque instant devait lui soumettre et qui devaient la conduire à d'importans résultats. Il est constaté en effet que ce n'est ni dans les caractères physiques de la gravelle, ni dans les accidens qu'entraîne cette maladie, que se trouvent les obstacles à l'expulsion des graviers à mesure qu'ils descendent des reins; ces obstacles sont presque exclusivement dus à des états morbides. M. Civiale passe en revue les coarctations spasmodiques, les rétrécissemens organiques de structure, les lésions de la prostate, l'atonie et la paralysie de la vessie; il indique les modifications que chacune de ces maladies apporte au traitement de la gravelle et fait connaître les résultats qu'il a obtenus dans ces divers cas.

L'action de ces maladies de l'appareil urinaire ne se borne pas à retenir les graviers dans la vessie, elles ont une influence notable sur la formation de la gravelle dans les veines. L'observation constate en effet que ces organes fonctionnant mal toutes les fois que l'excrétion de l'urine se fait difficilement et avec douleur. Dans une série de cas, il a suffi d'établir l'émission de l'urine pour préserver les malades de la gravelle lors même que tout autre traitement médical avait échoué.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 23 JUILLET.

CORRESPONDANCE.

La correspondance renferme 1° des lettres de MM. Huguier, Dalmas et Sédillot, qui se portent comme candidats dans la section d'anatomie pathologique; 2° une lettre de M. Orfila, au sujet de la souscription pour le monument à élever à Broussais.

DYSENTERIE ÉPIDÉMIQUE DANS L'ARMÉE OTTOMANE.

M. Gérardin, au nom de MM. Kéraudren et Bally et au sien, fait un rapport sur la relation d'une épidémie de dysenterie observée dans l'armée ottomane par M. Branzot, médecin à Constantinople. La maladie sévit à Malatia sur un corps de 9,000 hommes campé dans une plaine marécageuse, pendant les chaleurs du mois d'août 1838. Ces troupes composées pour la plus grande partie de recrues levées de vive force et sous l'influence par conséquent d'affections morales déprimantes, furent frappées en grand nombre.

A l'époque où M. Branzot arriva sur les lieux il y avait 1,050 malades répartis dans deux hôpitaux qui consistaient en deux agglomérations de tentes; 25 à 30 malades succombaient chaque jour. Les symptômes se développaient en général avec une excessive rapidité; d'abord apparaissaient des accidens cérébraux, un délire furieux; puis des douleurs abdominales, un ténesme des plus violens; les déjections peu abondantes consistaient en des matières puriformes, d'un brun noirâtre et très fétides; l'altération des traits de la face était profonde, la dépression des forces extrême; la mort était rapide et inévitable. Le docteur Branzot s'occupa d'abord de faire changer le lieu de campement; d'après ses conseils l'armée se rapproche de Malatia et se plaça dans un lieu plus élevé. Le régime des malades fut singulièrement modifié et les soins médicaux qui n'étaient donnés que par des domestiques ou d'anciens drogmans de médecins, reçurent dès lors une direction plus éclairée. Tout fut mis en usage; ce ne fut cependant qu'au bout de quatre mois que la maladie fut arrêtée. Dans cet espace de temps, 2,300 soldats succombèrent, ce qui est plus du quart, proportion réellement effrayante. M. Branzot paya son tribut à l'épidémie, mais il guérit heureusement, et put retourner à Constantinople.

M. le rapporteur conclut à ce que des remercîmens soient adressés à l'auteur de cette communication, à ce qu'il soit invité à transmettre de nouveaux détails sur l'état sanitaire des localités qu'il habite, à ce que son travail soit inséré par fragmens aux moins dans les fascicules de l'Académie, enfin il réclame son inscription sur la liste des membres correspondans. (Adopté.)

DE LA RESPIRATION DANS LES ANIMAUX VERTÉBRÉS.

M. Trillaye, en son nom et en celui de M. Robiquet, lit un rapport sur un mémoire de MM. Sarrus et Rameau. Ces auteurs se sont attachés surtout à faire l'application exacte des connaissances fournies par la chimie et la physique aux phénomènes vitaux; ils ont déduit de ces rapprochemens des formules algébriques qui expriment le rapport de la capacité des poumons et du volume du cœur, de la fréquence du pouls et des mouvemens respiratoires, etc., à l'étendue et au volume du corps chez des animaux vertébrés de même espèce.

Dans ce travail, dit M. le rapporteur, si les raisonnemens sont sévères, les principes desquels ils découlent ne sauraient être admis, ou du moins on ne peut actuellement les regarder comme suffisamment fondés. Ils supposent dans les phénomènes vitaux une invariabilité qui ne leur est point inhérente. Dépôt aux archives. (Adopté.)

M. Bouillaud tout en louant l'application des méthodes exactes à la médecine demande surtout que les points de départ soient bien établis, les données bien constatées, sans quoi l'erreur est inévitable; aussi regarde-t-il dans le travail qu'on vient de lire cette application comme prématurée.

M. Castel reproche aux auteurs d'avoir méconnu l'influence du système nerveux, point capital dans l'étude des phénomènes vitaux.

NOUVEAU PROCÉDÉ POUR CONSTATER LA PRÉSENCE DE L'ARSENIC COMBINÉ AVEC LES TISSUS ORGANIQUES.

M. Orfila lit un mémoire sur un nouveau procédé pour constater facilement dans nos organes la présence d'une préparation arsenicale qui aurait été absorbée.

Ce travail se composant d'un grand nombre de faits et d'expériences, M. Orfila, dans une analyse rapide, se borne à en faire connaître les principaux résultats. Le point important dans ces recherches est de séparer la matière animale avec laquelle la substance vénéneuse se trouve combinée; or, il existe souvent un atôme de poison pour des masses énormes de substance organique. Le procédé que j'indiquai, il y a près d'un an, et qui consistait à traiter successivement les matières par le nitrate de potasse, l'acide sulfurique, et enfin par la potasse à l'alcool, donnait bien en dernier résultat l'arsenic. Mais l'expérience est fort longue; elle demande une grande habitude, et, indépendamment de cela, les substances dont on fait usage, et spécialement l'acide sulfurique, peuvent ne pas être pures. Toutes ces raisons m'ont conduit à chercher une autre méthode, beaucoup plus simple et en même temps plus exacte; la voici: si l'on dessèche le foie, la rate, les poumons ou le sang du cadavre d'un individu mort empoisonné par l'arsenic, qu'on traite à chaud cette masse desséchée par l'acide nitrique concentré et purifié, comme je l'ai dit dans mon premier mémoire, par la distillation sur le nitrate d'argent, on obtient peu à peu une combinaison exacte; au bout d'un quart-d'heure, vingt minutes au plus, tout est dissous. La liqueur se concentre, un point noir apparaît, et bientôt la carbonisation est complète. On traite ensuite par l'eau froide. La dissolution est introduite dans l'appareil de Marsh, et l'on ne tarde pas à obtenir l'arsenic.

Dans cette expérience, on a deux écueils à craindre : 1° de ne pas élever assez la température du mélange; 2° ou bien d'agir avec une trop grande quantité d'acide nitrique. Si l'on opère avec une trop forte dose d'acide, on obtient une flamme énorme, et l'on perd presque tout l'arsenic. Si la température du mélange n'est pas portée assez haut, la carbonisation se fait mal: il se dégage une odeur pyrogénée désagréable, analogue à celle de la corne brûlée. Il faut plusieurs heures pour terminer l'expérience, et encore n'obtient-on qu'une portion de l'arsenic combiné, le reste s'est dégagé. Il importait donc de fixer, d'une part, le degré de chaleur et la durée de son application, et de l'autre la quantité d'acide nitrique à employer; or, d'après un grand nombre d'expériences, auxquelles je me suis livré, je crois pouvoir établir les proportions suivantes : pour trois onces de sang desséché, il faut sept onces d'acide; une once de gélatine desséchée, une once d'acide; pour trois onces de résidu provenant de la décoction des membres, il m'a fallu neuf onces d'acide nitrique; six onces de cerveau et de cervelet desséchés en ont exigé quatre onces; à ce propos, je ferai remarquer que toutes les fois qu'il a fallu opérer sur des matières grasses, les proportions d'acide ont dû être très fortes. Douze onces de foie desséché ont demandé trente-quatre onces d'acide; vingt-deux onces de chair musculaire, seize onces seulement, etc. En suivant ces proportions, pourvu qu'on ait soin d'opérer sur des matières convenablement desséchées, on est sûr de réussir presque constamment. Par ce procédé, dit M. Orfila, on n'obtient peut-être pas encore tout le poison, mais on en perd beaucoup moins que par toute autre méthode. Celle-ci est en même temps plus simple et plus expéditive; je crois donc qu'il faut, quant à présent, lui accorder la préférence.

M. Orfila expose ensuite les résultats qui lui ont été fournis par l'application récente de ce procédé. 1° Sur un chien qui succomba après avoir avalé douze grains d'arsenic, tous les organes furent soumis à ces expériences, et tous donnèrent de l'arsenic.

2° Le liquide provenant de la décoction des membres de Soufflard, quoique déjà traité par l'acide sulfhydrique, a fourni les mêmes résultats.

3° Tout récemment, le nommé Lorrain ayant succombé après l'ingestion d'assez fortes doses d'arsenic, une partie de ses membres fut traitée par l'acide nitrique, carbonisée, puis soumise aux mêmes recherches, a donné également les taches arsenicales.

4° Il en est de même du foie du cadavre de Mercier.

5° Enfin, chez une dame qui s'est empoisonnée au commencement de ce mois, les mêmes recherches ont amené d'aussi heureux résultats. Cette malade,

dont l'histoire m'a été communiquée par M. Casimir Broussais, fut saignée et soumise à une application de sangsues à l'épigastre; un grand soulagement suivit l'emploi des émissions sanguines, maintenant la guérison est complète. Dix onces du sang de cette malade carbonisé par l'acide nitrique, et traité ensuite comme je l'ai dit, m'ont donné un bon nombre de taches noires arsenicales.

Dans la prochaine séance, M. Orfila continuera la lecture de ses travaux.

OBSERVATIONS DE PLAIE DE TÊTE ET D'ANUS CONTRE-NATURE.

M. Bérard fait un rapport sur deux observations de chirurgie présentées à l'Académie par M. Séchan, médecin dans le département de la Haute-Vienne. Il s'agit, dans le premier fait, d'une fracture du crâne, avec enfoncement, qui donna naissance aux accidens ordinaires à la compression; on trépana le onzième jour; la guérison était complète le quarante cinquième jour. Ce fait, intéressant en ce sens que le médecin saisit bien les indications qu'il y avait à remplir, n'éclaire pas l'histoire des plaies de tête; une foule d'observations analogues, et d'autres plus rares et plus intéressantes sont citées par tous les auteurs. Je dois signaler seulement comme phénomène des plus rares, et que je ne sache pas avoir été mentionné, un bruit d'orchestre que le malade disait entendre après l'accident, et qui ne reparut plus.

Dans la deuxième observation, il est question d'une hernie inguinale étranglée depuis neuf jours; on se décida à pratiquer le débridement; l'intestin était adhérent au sac, surtout au niveau du collet; on ne put réduire, même après une large incision du sac; alors le chirurgien incisa l'intestin; il s'écoula une grande quantité de matières fécales, les accidens cessèrent, et trois mois après cet anus anormal était guéri. M. le rapporteur blâme l'établissement volontaire d'un anus contre-nature; il y avait dans ce cas indication d'inciser des parties superficielles aux parties profondes, suivant la méthode d'A. Cooper, qu'il a mise en pratique une fois avec succès. Sans doute, son emploi est difficile; mais s'il y a du danger des deux côtés, on ne saurait douter qu'il n'y en ait beaucoup plus à laisser subsister l'étranglement intestinal qu'à le vaincre, dût l'opération être plus difficile. M. S. dit avoir eu à inciser sous la peau un kyste séreux qu'on aurait pu confondre avec le sac; tous les auteurs ont parlé de cette disposition qui a pu en imposer; suivant M. Bérard, elle serait le résultat du taxis prolongé, qui, faisant glisser les unes sur les autres les lamelles celluleuses, les dissèque en quelque sorte, rompt quelques vaisseaux, et peut amener de petits épanchemens. Quant à la méthode que M. Séchan mit en usage pour amener la cure de l'anus contre-nature, et qui consiste dans l'introduction d'une canule de gomme élastique, maintenue d'abord par un fil, puis abandonnée à elle-même, jusqu'au moment où elle put se dégager par le bout inférieur, M. le rapporteur rappelle qu'elle a déjà été mentionnée par MM. Forget et Colombe, et appliquée par M. Velpeau, en 1831; toutefois, elle ne réussit pas à ce dernier chirurgien; en principe, M. Bérard la rejette, et préfère de beaucoup les moyens ordinaires. Il propose en terminant : 1° d'adresser des remercîmens à l'auteur; 2° de l'inscrire sur la liste où l'on doit choisir les membres correspondans; enfin, de déposer son travail aux archives.

M. Rochoux présente, à propos de ce fait, quelques observations générales relatives aux indications de l'opération du trépan.

M. Gerdy regarde le débridement en dehors comme très difficile; dans un cas où il pouvait à peine introduire la sonde entre l'intestin et l'anneau, et à plus forte raison le bistouri avec elle, il la recourba à angle droit très près de son extrémité, de manière à ménager, en coupant sur la cannelure, l'intestin placé derrière elle. On ne saurait trop insister, dit M. Gerdy, sur la tendance de l'éperon dans les anus contre-nature à se porter au-dehors; chez un malade, j'ai coupé quatre fois cet éperon, et chaque fois dans l'étendue de 9 lignes, ce qui donne une section totale de 36 lignes, ce qui est énorme.

Une discussion incidente s'élève entre MM. Ollivier (d'Angers), et Rochoux, sur l'inflammation des membranes fibreuses et séreuses. Suivant M. Ollivier, ce n'est point l'arachnoïde, pas plus que la dure-mère qui s'enflamme, mais bien la pie-mère. M. Rochoux persiste à admettre cette inflammation; il cite à l'appui de son opinion les concrétions pseudo-membraneuses, le pus qui recouvre les plèvres.

MORVE AIGUË CHEZ L'HOMME.

M. Petit fait mettre sous les yeux de l'Académie des pièces anatomiques provenant d'un palefrenier qui vient de succomber à la morve aiguë, dans son service à l'Hôtel-Dieu. Ce malade avait soigné des chevaux morveux; les fosses nasales de l'un de ces derniers sont également présentées.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

BIBLIOGRAPHIE.

DAS SCHRAEG VERENGTE BECKEN, NEBST EINEN ANHANGE UEBER DIE WICHTIGSTEN FEHLER DES WEIBLICHEN BECKENS UEBERHAUPT. LE BASSIN OBLIQUE-OVALAIRE, SUIVI D'UN EXAMEN CRITIQUE DES PRINCIPAUX VICES DU BASSIN DE LA FEMME; par le docteur Fr.-C. Naegelé, professeur d'accouchement à l'Université de Heidelberg, conseiller intime du grand-duc de Bade, etc. — 1 vol. petit in-folio; 16 planches coloriées. Mayence, 1839, chez Victor de Zabern.

M. le professeur Naegelé a rempli la promesse qu'il a faite, en 1834, dans les Annales cliniques de Heidelberg, lorsqu'il a décrit pour la première fois une espèce particulière de vice de conformation du bassin, dans laquelle le canal présente une forme oblique-ovalaire, en même temps qu'un rétrécissement qui peut être porté à un très haut degré.

En revenant sur ce sujet intéressant, M. Naegelé a ajouté de nouveaux faits à ceux qu'il avait publiés, et qui sont rapportés sommairement dans la Gazette Médicale, 1835, pages 22, 23 et 24. Il a reproduit les particularités et les caractères de ce singulier état pathologique du bassin, en insistant davantage sur les points qui le distinguent, agité de nouveau la question étiologique et celles de la fréquence et de l'importance de ce vice de conformation. Plusieurs questions nouvelles ont été soulevées par M. Naegelé; la principale est celle relative à la possibilité de reconnaître cette viciation chez la femme vivante. Des planches frappantes de naturel sont ajoutées à ce mémoire. Dessinées par un des meilleurs artistes de l'Allemagne, elles ont été reproduites par la célèbre lithographie de M. Engelmann, de Mulhouse. En un mot, l'esquisse est devenue un ouvrage complet, une monographie dont le fond et la forme font le plus grand honneur au savant qui l'a composée et au libraire qui en est l'éditeur.

La seconde partie de l'ouvrage de M. Naegelé est consacrée à la discussion des questions les plus intéressantes et les plus curieuses sur les vices du bassin de la femme en général, et sur leur origine et leur nature. Plusieurs des planches les plus belles du livre appartiennent à cette division.

Dans une introduction destinée à l'historique du sujet, l'auteur nous apprend qu'il y a trente-quatre ans que les deux premiers exemplaires du bassin oblique lui sont tombés sous les yeux. Vingt ans plus tard; il eut l'occasion d'en recueillir un lui-même qui avait une telle analogie avec les précédens, qu'il en fut frappé. Alors naquit en lui l'idée que cette analogie de forme, ou plutôt cette identité de déformation devait reposer sur une identité de cause, et dans la suite il fut fortifié dans cette manière de voir par les exemplaires nouveaux qu'il put examiner et qui s'accumulèrent dès qu'il en eut parlé à quelques-uns de ses collègues. Cependant, des bassins semblables avaient déjà fixé l'attention de quelques praticiens. Weidmann, entre autres, en a décrit un et l'a fait représenter dans sa dissertation sur l'opération césarienne et la symphyséotomie. Quoi qu'il en soit, personne avant M. Naegelé n'a fait voir qu'il existe des bassins de cette forme, ayant toujours le même type, présentant les mêmes particularités, et pouvant devenir un obstacle insurmontable au passage du fœtus. C'est une espèce nouvelle à ajouter à celles qui sont décrites dans les livres classiques.

Voici les caractères du bassin oblique-ovalaire, tels que les a donnés M. Naegelé :

1° Une des articulations sacro-iliaques est ankylosée, ou plutôt synostosée; c'est-à-dire qu'il existe une fusion complète des parties articulaires du sacrum et de l'os iliaque, d'un côté.

2° En même temps, il y a atrophie ou absence du bord correspondant du sacrum, y compris sa portion articulaire et rétrécissement des trous sacrés antérieurs du même côté, ainsi que

3° Atrophie ou absence de la portion articulaire de l'ilion, étroitesse de la grande échancrure ischiatique et défaut de développement de l'os entier.

4° Le sacrum paraît tourné du côté de l'articulation synostosée, tandis que la symphyse pubienne est déviée du côté opposé, ce qui fait qu'elle ne se trouve plus vis-à-vis l'angle sacro-vertébral.

5° Du côté de la soudure de la symphyse sacro-iliaque les deux plans inclinés du petit bassin sont moins marqués ou se confondent en un seul, ce qui diminue la courbure de la paroi latérale du bassin, ou la redresse complètement.

6° L'os innominé du côté opposé est écarté en dehors, ce qui en altère la forme. La ligne innominée de ce côté, à partir du milieu de l'angle sacro-vertébral, est moins courbe à sa moitié postérieure que dans le bassin normal; à sa moitié antérieure, au contraire, elle l'est davantage.

Des particularités 1 et 6, il résulte que le bassin est rétréci obliquement, c'est-à-dire que le diamètre oblique qui part de l'éminence iléopectinée du côté vicié, et se rend à la symphyse sacro-iliaque du côté opposé, est raccourci, tandis que l'autre conserve son étendue ordinaire, ou est plus long. Le diamètre sacro-cotyloïdien du côté malade est aussi plus court. Tout cela donne au détroit supérieur la forme d'un ovale dont la grosse extrémité est en avant et du côté évasé du bassin, et la petite en arrière à la symphyse synostosée, ce qui a engagé M. Naegelé à nommer cette espèce de bassin *oblique-ovalaire*. La forme de l'excavation a aussi éprouvé des changemens notables; ses parois convergent pour ainsi dire obliquement en bas, le diamètre sacro-sciatique du côté malade est

beaucoup raccourci et l'arcade pubienne est moins cintrée que dans le bassin normal, parce que le bord du côté synostosé est plus droit.

Tous les bassins de la même espèce se ressemblent tellement, qu'on ne voit d'autres différences entre eux que celles qui proviennent du degré de rétrécissement et du côté affecté. Les os ne sont pas malades le plus souvent, ils ne présentent aucune altération ni dans leur épaisseur; ni dans leur densité; ils ne sont ni rachitiques ni ostéomalaciques. Si, par la pensée, dit M. Naegelé, on fait abstraction des vices de conformation énumérés, le bassin ne présente plus rien d'anormal. Pendant la vie des sujets qui ont fourni les exemplaires de bassins obliques, on n'a jamais observé de symptômes d'altérations osseuses, aucune claudication, rien, en un mot, qui aurait pu mettre sur la voie d'une déformation, d'une maladie quelconque du bassin.

En 1834, M. Naegelé ne connaissait encore que neuf bassins de l'espèce qu'il a décrite. Dans ce nouveau travail il en a rassemblé trente-sept, dont trente-cinq de femme et deux d'homme. Les détails qu'il en donne sont instructifs sous plus d'un rapport. On remarque particulièrement que les deux bassins d'homme ne diffèrent en rien, quant au mode de viciation, de ceux de femme.

A tous ces bassins la synostose est complète. M. Naegelé a aussi découvert la transition entre le bassin oblique synostosé et le bassin normal. Déjà dans son premier mémoire il en a parlé, mais alors il ne possédait qu'un seul bassin oblique sans fusion d'une symphyse sacro-iliaque; maintenant il en décrit quatre dont trois de femme et un d'homme. Ils présentent tous les caractères du type, tels que développement incomplet d'une moitié du sacrum et de la portion correspondante de l'iléum, forme oblique, etc., seulement à un degré moins développé, mais l'articulation sacro-iliaque existe.

Ce que l'auteur a dit de la fréquence de ce vice de conformation en 1834 s'est confirmé, puisque, dans moins de cinq ans, il a eu connaissance de vingt-huit nouveaux cas. Ses idées sur l'étiologie du bassin oblique ovalaire ne sont point changées, quoiqu'il ne se prononce pas encore formellement. Il est en effet difficile de dire si la synostose de l'articulation sacro-iliaque est l'effet d'une maladie postérieure à la naissance, ou si elle n'est que le résultat d'un vice de développement congénital. M. Naegelé penche toujours pour cette dernière manière de l'expliquer, et il faut avouer qu'elle a beaucoup de vraisemblance. La déformation peut d'ailleurs exister sans synostose, mais non sans développement anormal des extrémités articulaires du sacrum et de l'ilion. Enfin M. Naegelé fait ressortir de nouveau l'importance de l'étude du vice de conformation en question et de son influence sur l'accouchement et sur la pratique obstétricale.

Un paragraphe intéressant et tout nouveau est consacré au diagnostic du bassin oblique ovalaire. M. Naegelé a fait différens essais de mensuration basés sur les règles suivantes: A parties de points faciles à atteindre et à explorer; B éviter d'employer des instrumens trop compliqués; C prendre des dimensions qui dans le bassin symétrique sont semblables ou ne diffèrent que très peu, tandis qu'elles présentent une grande différence au bassin ovalaire, au point de pouvoir le faire reconnaître.

Ces dimensions sont:

1° De la tubérosité sciatique d'un côté à l'épine postérieure et supérieure de l'os iliaque du côté opposé;

2° De l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles d'un côté, à l'épine postérieure et supérieure de celui du côté opposé;

3° De l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire à l'épine antérieure et supérieure de l'un et de l'autre os iliaque;

4° Du grand trochanter d'un côté, à l'épine postérieure et supérieure du côté opposé;

5° Enfin de l'extrémité inférieure de la symphyse pubienne à l'épine postérieure et supérieure de l'un et de l'autre ilion.

Suit le résultat de la mensuration de ces distances dans huit bassins décrits, et la différence de longueur de ces mêmes distances dans le bassin normal et dans l'oblique ovalaire. Il en ressort que ce dernier présente dans la direction n. 1 un pouce six lignes de moins que le bassin bien conformé; dans celle n. 2 un pouce cinq à six lignes; dans celle n. 3 un pouce quatre lignes; dans celle n. 4 un pouce cinq lignes, et dans celle n. 5 neuf lignes. Le compas d'épaisseur de Baudelocque est le seul instrument nécessaire.

M. Naegelé propose encore un autre moyen; il consiste à placer la femme contre un mur, de manière que les omoplates et la région sacrée y soient bien exactement appliquées; de suspendre ensuite un plomb au niveau de la symphyse pubienne, et un autre à l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire ou de la première sacrée. Si le bassin n'est pas oblique, les deux plombs se trouveront placés immédiatement l'un au-devant de l'autre; dans la difformité en question, au contraire, le plomb antérieur se trouvera plus ou moins à gauche ou à droite du postérieur, ce qui indiquera que la symphyse pubienne n'est pas directement vis-à-vis l'angle sacro-vertébral.

On doit encore prendre en considération le peu de distance des épines antérieures et supérieures et des crêtes des os des îles, et l'étroitesse de l'arcade pubienne, quoique ces particularités n'appartiennent pas exclusivement au bassin oblique-ovalaire. Enfin, les caractères différentiels ressortent de la comparaison des différens genres de déformation.

Il se pourrait même que le bassin oblique synostosé fût de plus rachitique ou ostéomalacique, ce qui le rendrait bien plus difficile à reconnaître.

M. Naegelé commence la seconde partie de son ouvrage par la description d'un bassin rachitique, qu'il croit être le plus rétréci de tous ceux dont il a été fait mention jusqu'à présent; il provient d'une femme qui n'a pu être délivrée qu'au moyen de l'opération césarienne; et, mesuré du milieu du corps de l'avant-dernière vertèbre lombaire, qui se trouve au niveau de la symphyse pubienne, à la partie supérieure de celle ci, un pouce une ligne; du niveau du corps du pubis droit (branche horizontale) à l'union de la quatrième et de la cinquième vertèbre lombaire, cinq lignes; du côté opposé, six lignes et demie; d'une tubérosité sciatique à l'autre, un pouce cinq lignes et demie. Les os de ce bassin présentent tous les caractères de l'altération rachitique, tandis que la conformation du canal est celle des bassins ostéomalaciques, ce qui conduit M. Naegelé à dire que les différences des bassins viciés, tirées de la forme seulement, ne permettent pas de conclure à la nature de l'affection osseuse; en d'autres termes, que le bassin rachitique peut affecter, jusqu'à un certain point, la forme du bassin ostéomalacique; que, par conséquent, les caractères tirés de la conformation assignée au premier par les auteurs ne sont pas exclusifs.

Une autre espèce de bassin vicié est celle qui présente, dans toutes les directions, dans tous les sens, des dimensions au-dessous de celles du bassin normal: *pelvis simpliciter seu æquabiliter justo minor*. Cette espèce de viciation, ce défaut de développement ou d'extension du bassin n'a que bien peu fixé l'attention de la plupart des accoucheurs. Stein le jeune a le mérite d'en avoir le premier fait sentir l'importance; car, quoi qu'en dise un de nos auteurs les plus modernes, le bassin, généralement trop petit, peut rendre l'accouchement non seulement laborieux, mais impossible sans des opérations graves.

M. Naegelé s'attache surtout à réfuter les opinions accréditées sur l'étiologie du bassin trop petit. Il combat l'idée de ceux qui, comme M. Velpeau, par exemple, croient que l'étroitesse tient à un arrêt de développement, car cette espèce de bassin n'a ni les caractères de celui de la jeune fille ni du bassin de l'homme; c'est un bassin de femme, mais beaucoup plus petit dans toutes ses parties qu'il ne devrait être. Notre auteur réfute également Stein, qui veut expliquer ce défaut de développement par le vice rachitique; mais les os ne présentent aucun indice de cette maladie. La cause est encore inconnue et exerce d'ordinaire son action sur le corps entier, qui, sans être disproportionné, ne parvient pas à un développement complet. Parfois on trouve le bassin trop petit dans un corps d'une taille normale.

Voici le résumé de l'auteur:

1° Chez une femme pubère, le bassin peut être trop étroit d'un pouce et plus dans toutes les directions.

2° Cette espèce de bassin vicié ne présente aucun des caractères de celui de la fille impubère on de l'homme.

3° Il y a deux variétés de bassins généralement trop étroits ou trop petits. A. La plus fréquente est celle qu'on rencontre chez des sujets d'une taille petite, moyenne ou grande. Les os ont la même consistance, la même épaisseur, etc., que ceux d'un bassin tout à fait normal. B. L'autre variété se voit chez les naines. Les os ont la grandeur, l'épaisseur, la force de ceux du bassin de l'enfant; mais, quant à la forme, il ne diffère pas de celui de la femme adulte.

4° le bassin trop petit peut rendre l'accouchement très difficile et nécessiter même l'opération césarienne.

5° Cette espèce de vice du bassin est plus fréquent qu'on ne pense.

Dans la dernière division de la seconde partie, M. Naegelé parle du bassin rétréci par exostose. L'auteur rappelle, en peu de mots, le beau cas qu'il a publié dans la Dissertation de Haber, en 1830; puis celui du docteur M'Kibbin, inséré dans le 35e volume du Journal de médecine et de chirurgie d'Édimbourg. La planche XVIe de l'ouvrage de M. Naegelé représente le bassin de cette dernière observation.

L'auteur fait voir particulièrement que la plupart des observations

d'exostoses développées dans l'intérieur du bassin, dont il est question dans les livres, ne sont pas authentiques. En effet, on ne peut pas compter au nombre des cas de ce genre ceux qui n'ont été que soupçonnés et dont l'autopsie n'a pas démontré l'existence. Les exostoses dans l'intérieur du bassin sont rares, et la meilleure preuve en est que les grands maîtres de l'art, tels que A. Paré, Mauriceau, de Lamotte, Levret, Smellie, Baudelocque, n'en ont jamais rencontré dans leur pratique longue et étendue.

Telles sont les matières traitées dans le livre important de M. Naegelé. Ce superbe ouvrage, dans lequel l'auteur a déployé autant d'esprit de critique que de talent, restera à la science et pourra trouver place dans la bibliothèque du praticien à aussi juste titre que dans celle de l'homme scientifique. M. le professeur Naegelé, nous nous plaisons à le proclamer, n'est pas un de ces savans de l'Allemagne qui ont écrit une foule d'ouvrages bons ou mauvais; mais tout ce qui sort de la plume de cet honorable confrère porte un cachet de nouveauté, d'exactitude et d'utilité qui font que ses productions sont recherchées par tous ceux qui savent apprécier ces qualités éminentes et en même temps si rares.

S.

VARIÉTÉS.

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Monsieur,

J'ai envoyé à la REVUE MÉDICALE, journal des progrès, une réclamation contre un article de ce journal (numéro d'avril dernier), qui a présenté très inexactement quelques points de la partie philosophique de mes recherches sur le cerveau. L'auteur de cet article répond (numéro de juin, p. 463) :

« La réclamation que M. Ribes nous adresse sous le titre de réfutation, ne pouvant, à cause de sa trop grande étendue, être insérée textuellement dans la REVUE, nous nous faisons un devoir de reproduire brièvement, mais fidèlement, tous ses griefs, avec de courtes annotations, espérant satisfaire ainsi à ce qu'exigent de nous la justice et les convenances...., etc., etc. »

Cette courte reproduction et ces annotations exigeraient encore de ma part une réfutation nouvelle; seulement, pour en finir, et dans l'intérêt de la GAZETTE MÉDICALE, où mes recherches sur le cerveau sont insérées, je vous prie, Monsieur, de vouloir bien accorder à ma réclamation une place dans un prochain numéro de votre intéressant journal.

Agréez, etc. RIBES père.

Paris, 9 juillet 1839.

RÉFUTATION D'UN ARTICLE INSÉRÉ DANS LA REVUE MÉDICALE (NUMÉRO D'AVRIL) CONTRE UN MÉMOIRE SUR LE CERVEAU, publié dans la GAZETTE MÉDICALE, en mars et avril derniers, par M. le docteur RIBES père, médecin principal des Invalides.

Je croyais trouver dans le dernier numéro de la REVUE MÉDICALE un second article sur le cerveau; j'ai été trompé dans mon espérance. Puisqu'il en est ainsi, je ne veux pas différer d'examiner ce que M. A. F. a dit de mon mémoire, dans le numéro d'avril dernier. J'avoue que j'étais loin de m'attendre à lire dans un journal grave, dont je m'honore d'avoir été un des premiers collaborateurs, une analyse non-seulement insignifiante, mais encore tellement inexacte, que je ne puis m'empêcher de relever les nombreuses erreurs que j'y découvre.

L'auteur s'exprime d'abord de cette manière :

« M. Ribes divise en deux séries les parties qui composent le cerveau. Il met dans la première série toutes les parties qui se trouvent dans les ventricules, et dans la seconde celles qui forment particulièrement la masse du cerveau.

» Il regarde les parties de la première série comme les organes des facultés intellectuelles, et celles de la deuxième série comme le lieu commun des sensations.

» Tel est, en dernière analyse, le résumé des quatre articles que M. Ribes a publiés sur le cerveau, dans la GAZETTE MÉDICALE des mois de mars et d'avril. »

J'ai divisé, en effet, les parties du cerveau proprement dit, en deux séries, mais M. A. F. n'a pas pu lire dans mon mémoire que je regardais les parties de la première série comme les organes des facultés intellectuelles, et celles de la deuxième série comme le lieu commun des sensations.

Voici ce que j'ai dit : « L'appareil sus-sphénoïdal et les parties du cerveau qui composent la seconde série sont en rapport direct avec tous les nerfs de la tête et avec tous les autres nerfs du corps, par l'intermédiaire de la moelle allongée et de la moelle épinière. »

« D'après cette disposition des parties, ne pourrait-on pas considérer l'appareil sus-sphénoïdal et les organes de la seconde série du cerveau, qui sont le point de départ ou d'insertion de tous les nerfs, comme le lieu commun des sensations, et les parties de la première série comme les organes des facultés intellectuelles? Avant de prononcer une opinion, cherchons si, en effet, il y a dans le cerveau un lieu pour les sensations et un autre pour le siége de la pensée et la génération des idées; enfin, pour les facultés intellectuelles. »

Ne suis-je pas maintenant en droit de répondre à l'auteur de l'article : Vous voyez que ce que je pose en question, vous le mettez en fait; s'il n'y a pas là de mauvaise intention, vous avouerez du moins que ce que vous dites n'est pas exact.

M. A. F. continue ainsi, page 90 : « M. Ribes n'ayant entrepris ce travail que pour arriver à la détermination des parties du cerveau qui sont le lieu commun des sensations, et de celles qui sont le siége des facultés intellectuelles, nous nous sommes cru obligé de poser et de résoudre cette question : Peut-il y avoir dans le cerveau des parties qui soient un lieu commun pour les sensations, et d'autres qui soient le siége de la pensée et de la génération des idées? » Quatre lignes plus bas, il ajoute : « J'avoue que je n'ai pas le courage de réfuter sérieusement de semblables propositions. »

Ici, je réponds à M. A. F. : Vous vous posez là des questions afin d'éluder le texte plus à votre aise. Qui vous a dit que je n'avais entrepris ce travail que pour arriver à la détermination des parties du cerveau qui sont le lieu commun des sensations? Vous supposez ce que vous ne savez pas. D'abord, j'ai étudié le cerveau pour tâcher de le mieux connaître, et pour pouvoir interroger avec plus d'avantage les parties qui le composent; et en cela j'ai fait en sorte de marcher sur les traces de MM. Flourens, Magendie, Rolando, Bellingeri, Serres; de même que ces hommes laborieux avaient suivi l'exemple de Haller, de Zin, Lorry, Saucerotte, etc., etc.

Je ne citerai pas mes observations pour prouver les rapports de quelques organes des sens avec différentes parties du cerveau, et pour en déduire la direction que doit suivre l'effet de l'impression, depuis l'organe qui l'a reçue jusqu'à une partie quelconque du cerveau.

M. Flourens détruit sur un animal les tubercules quadrijumeaux d'un côté, et l'animal perd la vue de l'œil du côté opposé; faut-il avoir recours à la psychologie ou à la métaphysique pour expliquer ce phénomène? Non, c'est à l'anatomie et à la physiologie qu'il faut s'adresser; l'une et l'autre de ces sciences nous apprendront que l'effet produit par la lumière passe de l'œil dans le nerf optique, de là aux éminences genouillées, et de celles-ci aux tubercules quadrijumeaux, par l'intermédiaire de deux prolongemens médullaires qui mettent ces éminences en communication directe.

Poursuivons : (page 91) « En lisant dans le mémoire de M. Ribes que la substance corticale pourrait bien être le siége de la puissance qui dirige les opérations de l'esprit, puisque l'inflammation de cette substance trouble complètement les facultés intellectuelles, je n'ai pu m'empêcher de penser, etc. »

(Page 93) « Qu'est-ce qu'une sensation qui arrive tant bien que mal dans la substance corticale, pour s'y accomplir? Que veulent dire ces mots : une sensation qui s'accomplit? Voudrait-on dire une sensation qui s'accomplit, qui se fait juger? »

Tout ce que dit à ce sujet l'auteur de l'article, dans la seconde moitié de la page 93, je m'abstiens de le qualifier pour ne pas manquer aux convenances.

Voici d'ailleurs le passage qui a excité la verve de M. A. F. J'ai dit : « Dans ce cas, serait-ce dans la substance corticale que s'accomplirait la sensation, et cette substance serait-elle en même temps le siége de la puissance qui dirige les opérations de l'esprit? Ne pouvant répondre à ces questions, nous rappellerons ce que nous avons dit, c'est que l'inflammation de la substance corticale est inséparable de l'inflammation de la pie-mère, trouble complètement les sensations et les facultés intellectuelles. »

Voilà ce que j'ai écrit, et je persisterai dans mon opinion, jusqu'à ce que M. A. F. m'ait prouvé grammaticalement et logiquement que ce que j'ai dit est un non sens, ou n'a pas le sens commun.

Plus loin : « Ce qui est cause des graves erreurs dans lesquelles est tombé M. Ribes, c'est le défaut de précision des termes dont il s'est servi. D'abord il donne de la sensation une définition inexacte, puisqu'il ne s'est pas tenu dans les termes de sa définition. En effet, il a dit : la sensation est l'impression que l'ame reçoit des objets par les sens.

» Cette définition, vraie en apparence, est vicieuse au fond, car elle confond la sensation qui est un fait spirituel, avec l'impression qui est un fait matériel. M. Ribes dit, il est vrai, que la sensation est cette impression que l'ame reçoit des objets par les sens; mais comme il appelle aussi sensation l'impression que les organes des sens reçoivent des objets, il est évident que pour M. Ribes la sensation est un fait matériel et non spirituel. D'ailleurs la sensation n'est pas l'impression que l'ame reçoit des objets par les sens : la sensation est la perception qu'a l'ame de l'impression que les objets font sur nos sens, ce qui est bien différent. »

D'après le DICTIONNAIRE DE L'ACADÉMIE, la sensation est l'impression que l'ame reçoit des objets par les sens.

D'après le DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, par Nysten, édition de 1810, *sensation*, fonction propre aux animaux, *impression* que l'ame reçoit des objets par les sens qui la transmettent ou la propagent à l'organe encéphalique ou au cerveau, le centre commun des sensations.

D'après le DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, par M. Bricheteau, édition de 1824, sensation, impression que le cerveau reçoit des objets externes par l'intermédiaire des sens.

Voilà plusieurs définitions. J'ai adopté celle de l'Académie, et je la maintiens. Du reste, je ne sais pas pourquoi l'auteur fait tant de bruit sur la définition du mot sensation qui est très clairement expliquée dans plusieurs passages de mon mémoire; il faut qu'il ait fermé les yeux pour ne pas les voir, ou plutôt il les a vus, mais il a ses raisons pour ne pas en parler.

J'ai dit que chaque sens a un centre qui reçoit les sensations sans les apprécier et les transmet au cerveau au moyen des nerfs. Je dis que les organes des

sens n'apprécient pas les sensations perçues; en effet, nous voyons souvent des hommes qui, après avoir éprouvé de vives douleurs aux extrémités des membres supérieurs ou inférieurs, sont obligés de se faire amputer la jambe ou le bras, et qui éprouvent encore des douleurs pendant plusieurs années, quelquefois durant toute leur vie, dans le membre que depuis longtemps ils ont perdu.

Chaque organe des sens est réellement un centre où la sensation est reçue, mais cette sensation qui ne reste pas là est-elle transmise au cerveau dans un lieu commun ou bien dans un point particulier de cet organe? c'est ce qu'il nous est impossible de déterminer.

Mais la sensation ou la *perception* des objets ne se fait pas à l'extrémité des nerfs et dans l'organe auquel la cause qui la détermine est appliquée; c'est dans les centres d'où les nerfs tirent leur origine, que les impressions vont se réunir; ce sont bien les nerfs qui sentent, et c'est dans le cerveau ou dans la moelle allongée ou dans la moelle épinière que l'individu perçoit les sensations.

Ainsi les nerfs sont bien les organes du sentiment, mais la sensation ne s'opère qu'au moyen d'organes disposés convenablement pour les transmettre au cerveau et au siége de l'âme. Voilà ce qu'on trouve dans mon mémoire; je n'y ajoute pas un mot.

Avoir dit que la mémoire était le réservoir de toutes les idées qui nous viennent par les sens, c'est avoir encore réveillé la susceptibilité de M. A. F.; cependant je n'ai avancé que ce qui existe dans les meilleurs écrits; en effet, on lit dans le DICTIONNAIRE DE L'ACADÉMIE : « Il se charge la mémoire de tant de choses; il a la mémoire pleine, remplie de tant de choses; cela m'est sorti, m'est échappé de la mémoire. »

« Il est très facile de voir que toutes les fois que la mémoire infidèle refusera de nous rendre on mot, un nom que nous lui aurons confié, nous pouvons le lui reprendre, le retrouver, etc., etc. » (Boiste, NOUVEAUX PRINCIPES DE GRAMMAIRE.)

« Le magazin de la mémoire est volontiers plus fourni de matière que n'est celui de l'invention. Si elle m'eust tenu bon, j'eusse assourdy tous mes amis de babil. » (MONTAIGNE.)

D'après ce que je viens d'exposer, je maintiens d'avoir dit que la mémoire est le réservoir de toutes les idées qui nous viennent par les sens, comme aussi je pourrais dire que la résidence de la mémoire est dans le cerveau, et particulièrement au siége de l'âme.

Dans les plis du cerveau la mémoire habitante
Y peint de la nature une image vivante.
(VOLTAIRE.)

En dernière analyse, on voit que l'auteur voudrait bien faire croire qu'il y a dans mon mémoire un peu de tendance au matérialisme, mais il ne lui est guère possible de réussir; car je dis que le cerveau est un viscère mou, lamelleux, aréolaire, fibreux, enveloppé et pénétré par des membranes et des vaisseaux. C'est par le cerveau que l'âme reçoit les impressions sensoriales, qu'elle manifeste les penchans, les sentimens moraux et toutes les facultés intellectuelles; c'est au moyen de cet organe que l'âme s'élève par la pensée dans les plus hautes régions, et qu'elle embrasse l'ensemble de l'univers.

Mais de quelque manière qu'on envisage la question, si le cerveau est subordonné à l'âme, l'âme est aussi sous la dépendance du cerveau, car lorsque, par une cause quelconque, la pulpe cérébrale est ramollie, ou que le cerveau est affaissé par suite d'une forte commotion, ou comprimé par un épanchement sanguin ou séreux, on peut tomber en paralysie, dans l'imbécillité et l'idiotisme : ainsi l'intelligence est réellement en raison du bon et du mauvais état du cerveau. Mais lorsque ce viscère n'est pas altéré dans son tissu, on sait combien l'éducation contribue au développement et au perfectionnement de l'intelligence, et c'est par elle que l'homme peut s'élever à la connaissance du créateur de toutes choses, sans avoir besoin des idées innées.

Un philosophe du dernier siècle dit : « Tout a une fin sans doute dans le corps animal; les yeux surtout ont des rapports mathématiques si évidens, si démontrés, si admirables, avec les rayons de la lumière; cette mécanique est si divine, que je serais tenté de prendre pour un délire de fièvre chaude, l'audace de nier les causes finales de la structure de nos yeux. »

— BOLIDE DU 6 JUIN. — Dans le compte-rendu de la séance du 17 juin dernier, nous avons parlé d'un météore lumineux qui avait été vu en même temps à Cambrai, à Evreux et à Chambéry. Aujourd'hui M. Wartman annonce qu'il a observé ce beau météore à Genève et qu'on l'a également aperçu à Lausanne.

M. Wartmann était avec quelques personnes sur la terrasse de l'Observatoire, lorsqu'à neuf heures trente-quatre minutes une vive lumière blanche éclaira subitement le sol. On aperçut alors un globe sphérique très brillant d'une couleur blanche tirant sur le bleu, qui cheminait non du sud-ouest à l'ouest, comme on l'a remarqué à Cambrai, mais qui paraissait descendre verticalement vers l'horizon, avec assez de lenteur en se projetant devant la constellation de la balance qu'on voyait au sud de l'Observatoire, près du méridien. Ce météore, dont la grosseur apparente égalait au moins huit ou dix fois celle de Vénus, laissait après lui des aigrettes lumineuses bleues qui formaient comme une espèce de queue; il fut visible pendant quatre secondes environ, puis il disparut en l'air sans détonation et sans aucun bruit appréciable.

Les observations des météores de cette classe faites dans des lieux très éloignés, offrent, dit M. Wartmann, un intérêt véritable, en ce qu'elles démontrent l'illusion qui fait croire à leur chute vers le sol. En effet, les observateurs du nord de la France, ainsi que ceux de Chambéry et de Genève, que 140 lieues environ séparaient, ont cru les uns comme les autres voir le météore descendre près de leur propre horizon.

— TRANSPORT SUR PIERRE D'IMPRESSIONS ET D'ESTAMPES ANCIENNES. M. Monin, lithographe à Caen, à l'occasion des communications de MM. Dupont et d'Aiguebelle, adresse copie du procès-verbal d'une commission nommée en novembre 1829, par l'académie de Caen, pour constater l'efficacité de son procédé de transport.

« Nous avons présenté à M. Monin, est-il dit dans un passage du rapport, plusieurs titre de livres anciens avec des frontispices gravés sur cuivre et sur bois. Les lettres de titres étaient imprimées en noir et en rouge; M. Monin les a heureusement transportés sur sa pierre lithographique; ils ont été tirés en notre présence et la comparaison rigoureuse que nous en avons faite avec les originaux n'a rien laissé à désirer. »

— PHYSIOLOGIE ET HYGIÈNE DES HOMMES LIVRÉS AUX TRAVAUX DE L'ESPRIT, etc.; par J.-H. REVEILLE-PARISE, docteur en médecine; chevalier de la Légion-d'Honneur, membre de l'Académie de médecine, etc.

Troisième édition, revue, corrigée et augmentée.

2 vol. in-8°. Prix : 15 fr.

A Paris, librairies de Dentre, de Baillière.

C'est avec plaisir que nous annonçons la réimpression d'un ouvrage épuisé depuis longtemps et dont le succès fut si brillant et si rapide. Nous ne doutons pas que cette nouvelle édition à laquelle l'auteur a travaillé avec beaucoup de soin ne contribue à donner une nouvelle valeur à ce livre que les amis de la science et du progrès ont placé dès sa première apparition dans un rang aussi distingué qu'honorable.

— MANUEL DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, fondée sur l'anatomie normale et l'anatomie pathologique; par J.-F. MALGAIGNE, professeur agrégé de la faculté de médecine de Paris, chirurgien du bureau central des hôpitaux.

Troisième édition, revue et augmentée.

1 vol. gr. in-18 de 810 p. Prix : 6 fr.

— Réponse à cette question : « Les hernies inguinales et crurales qui peuvent être réduites sont-elles susceptibles d'une guérison radicale? » Mémoire qui a obtenu la première mention honorable au concours ouvert en 1839, par la Société royale de médecine de Toulouse; par R. PASQUIER, docteur en médecine et médecin de l'hospice de l'Antiquaille.

Brochure in 8 de 48 pages. Prix : 1 fr. 25 c.

Ces deux ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, à Paris.

— LA VRAIE PHRÉNOLOGIE, ou unité d'un principe intellectuel et moral dans l'homme, etc.; par J.-B.-M. GENCE.

Brochure in-8. Prix : 1 fr. 25 c.

A Paris, chez Leleux, libraire-éditeur, rue Pierre-Sarrazin, 9.

— BULLETIN DES EAUX D'AIX EN SAVOIE; par le docteur DESPINE fils, médecin à Aix.

Quatrième année. In-8.

Annecy, imp. d'Aimé Burdet, et à Paris à la librairie des sciences médicales de Just Rouvier, rue de l'Ecole-de-Médecine, 8.

— DES PERTES SÉMINALES INVOLONTAIRES; par M. LALLEMAND, professeur à la faculté de médecine de Montpellier.

Tome II, première partie, in-8. Prix : 4 fr. 50 c., et 5 fr. 50 c. franc de port par la poste.

— APHORISMES D'HIPPOCRATE, traduits en français avec le texte en regard et des notes; par M. LALLEMAND, professeur à la faculté de médecine de Montpellier, et M. PAPPAS, licencié ès-lettres.

In-18. Prix : 3 fr., et 3 fr. 50 c. franc de port par la poste.

Ces deux ouvrages se trouvent à Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 31. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 3 AOUT 1839.

Gazette Médicale
DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE,

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LES CARACTÈRES GÉNÉRAUX DU RACHITISME; lu à l'Académie des sciences, le 17 juillet 1837, par M. le docteur Jules Guérin.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 13 et 20 juillet.)

§ IV. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DU RACHITISME.

Après avoir fait connaître avec détails les caractères du véritable rachitisme considéré dans sa phénoménalité générale et dans chacun de ses élémens particuliers, il me reste, pour achever le tableau de cette maladie, à la mettre en regard des formes morbides auxquelles on a prêté improprement la même dénomination. L'opposition qui doit résulter de ce rapprochement achèvera, je l'espère, de détruire les analogies superficielles qu'on avait admises traditionnellement.

Les maladies avec lesquelles on a longtemps confondu le rachitisme sont la plupart des *difformités de l'épine*, *l'affection tuberculeuse des os*, *et différentes espèces d'ostéomalacie*, toutes les déviations latérales de l'épine, de quelque nature qu'elles fussent, et les excurvations, principalement les excurvations tuberculeuses. Cette confusion ne paraîtrait plus possible aujourd'hui, surtout à l'égard des affections tuberculeuses de la colonne; elle existe encore néanmoins, même dans les ouvrages spéciaux les plus récens. Ainsi, dans un traité sur les maladies de la moëlle épinière, les termes de *carie de la colonne*, de *mal de Pott* et de *rachitisme*, sont indistinctement employés pour désigner la même maladie. Il n'est donc pas superflu de signaler ces synonymies fâcheuses.

Les déviations latérales de l'épine ne seront plus attribuées exclusivement au rachitisme, parce que le plus grand nombre de ces difformités sont le résultat d'autres causes bien établies, et parce que la véritable déviation rachitique, assez rare d'ailleurs, surtout dans la classe aisée, est accompagnée de circonstances et de caractères qui la font aisément reconnaître. Il suffit de se rappeler que toute difformité rachitique de l'épine a nécessairement été précédée des symptômes généraux du rachitisme, et en particulier des déformations des membres inférieurs. En conséquence, toutes les difformités de l'épine manquant de cet accompagnement, du moins dans l'immense majorité des cas, ne sont point de nature rachitique et ne peuvent être confondues avec le rachitisme. Dans un mémoire particulier sur les déviations rachitiques de l'épine, je spécifierai d'ailleurs les caractères propres à cette espèce de déviation. Ajoutons que le tissu osseux des colonnes atteintes de déviations latérales sans les caractères extérieurs et de connexion que je viens de rappeler, ne présente jamais les modifications de texture si caractéristiques du rachitisme. Les vertèbres n'offrent d'autres altérations que celles qui résultent de leurs

Feuilleton.

EXPOSÉ DE LA SITUATION DES OFFICIERS DE SANTÉ MILITAIRES DE L'ARMÉE FRANÇAISE; SUIVI DE CONSIDÉRATIONS SUR LA NÉCESSITÉ D'UNE RÉORGANISATION DE CE CORPS;

Par H. Scoutetten, D. M. P., chirurgien-major, professeur à l'hôpital d'instruction de Metz, agrégé à la Faculte de Strasbourg, etc.

Avec ces deux épigraphes :

« La patrie doit une reconnaissance sans bornes aux services » modestes des officiers de santé : placée entre la cupidité des » administrateurs et l'ambition des militaires, cette classe ho- » rable de citoyens a rendu des services dont aucun calcul n'al- » téra la pureté. »

Général Foy. (Histoire de la guerre de la Péninsule.)

« Le service des officiers de santé est un service de science, » d'honneur, de dévouement; et personne dans l'armée n'a re- » poussé cette assimilation (avec les officiers), même sous le » rapport des dangers, car les officiers de santé se mêlent sou- » vent dans les rangs. »

Dupin aîné (Discours à la Chambre des Députés, 30 avril 1838.)

Plus de douze cents confrères sont mêlés, par leurs intérêts d'existence et d'avenir, au sujet traité par M. Scoutetten; comment y resterions-nous étrangers? Naguère les doléances des médecins attachés aux hospices civils de la capitale ont retenti dans ces colonnes; place maintenant aux médecins militaires! L'un d'entre eux qui a donné plus d'une preuve de capacité s'est chargé de plaider leur cause; nos lecteurs n'écouteront pas sans émoi l'exposé de leurs griefs. Ainsi sera complété pour eux le martyrologe de notre profession. Courbée dans l'enceinte des établissemens civils sous le joug imposé de réglemens mesquins, parfois humilians, elle ne leur apparaîtra guère avec plus d'avantages dans la limite du service militaire. Partout une influence déprimante agit sur elle et lutte contre les droits qui résultent de ces deux choses souveraines, science et dévouement. Destinée à concourir avec efficacité au perfectionnement de l'espèce humaine, amie née de l'homme et de la société, auxiliaire ou principe de toutes les améliorations, usant de l'heureux privilége qu'elle ne partage qu'avec la religion, de faire le bien universellement et sans acception de climat, de temps et de forme politique, la médecine rencontre autour d'elle d'étonnantes difficultés; elle gît comme enserrée dans un triple cercle de défiance et d'imbécilité sociale : toute action directe lui est refusée : dans les tribunaux, malgré la possession absolue des élémens de conviction judiciaire, jamais elle ne monte au siége; jamais elle n'exerce, dans les causes spéciales, l'office d'une magistrature sanctionnée par la compétence; dans les conseils de recrutement, seule appréciatrice des légitimes causes d'exemption, elle est réduite à bégayer ses avis aux oreilles municipales, toutes pleines des recommandations et du murmure dolent de la clientelle protectrice et protégée; dans les hôpitaux, sa charité se débat dans les lieux administratifs, sa science est l'humble vassale d'une pléiade d'autorités profanes qui se

changemens de rapport, que des efforts mécaniques anomaux auxquels elles sont soumises, en y comprenant l'influence du degré et de la durée d'action de ces influences, et celle plus générale de la déformation de l'épine sur tout l'organisme, et l'effet de cette réaction sur l'ensemble du tissu osseux.

Les excurvations tuberculeuses et l'affection tuberculeuse des os ne pourront plus être rapportées au rachitisme et confondues avec ce dernier. L'affection tuberculeuse des os et le rachitisme sont en effet deux maladies essentiellement distinctes qui se rencontrent quelquefois chez le même sujet, mais qui ont des causes, des symptômes, des caractères anatomiques et une physionomie générale très différentes. Les excurvations tuberculeuses ne sont jamais précédées ou accompagnées de déformations des membres inférieurs, à moins que le rachitisme véritable n'ait existé pour son propre compte, ce que j'ai rencontré un certain nombre de fois. Mais la simultanéité de deux affections différentes aussi faciles à distinguer n'implique pas l'identité de leur nature; et leurs caractères particuliers, quoique existant simultanément chez le même individu, peuvent être reconnus comme s'ils existaient séparément. Je n'ai pas besoin de faire ressortir les oppositions qui résultent de l'âge d'invasion, de la marche, ni du traitement de ces deux maladies. Je me bornerai à rappeler les caractères les plus saillans du tissu osseux dans les affections tuberculeuses qui amènent après elles certaines difformités du rachis. Or, les os atteints de l'affection tuberculeuse sont presque toujours les os spongieux ou les extrémités des os longs. L'affection ne s'annonce jamais avec un caractère de généralité comme le rachitisme, elle se montre au contraire sur certains points circonscrits du squelette, et les parties qu'elle affecte, comme les vertèbres et les épiphyses des os longs, n'offrent jamais la succession des phases si distinctes des altérations rachitiques; finalement les tubercules, qu'on regarde à bon droit comme des corps parasites, envahissent successivement les différentes portions de l'os où ils se développent, en les détruisant plutôt mécaniquement que chimiquement, et laissant souvent aux portions conservées de ce tissu, mais avoisinant les points altérés, toute leur dureté, toutes leurs dispositions de texture primitive. On peut se convaincre facilement de ce fait en lavant à grande eau des vertèbres qui sont criblées de tubercules : les portions restantes offrent, à peu de chose près, les caractères du tissu le plus normal. Ces particularités paraîtraient n'avoir plus besoin d'être rappelées pour ceux qui suivent de près les progrès de la science; mais outre qu'elles sont encore trop peu connues du plus grand nombre, j'ai quelques raisons pour établir avec la précision dont je suis capable, que le rachitisme est anatomiquement tout-à-fait différent de l'affection tuberculeuse des os: car, dans mes expériences sur la production du rachitisme spontané chez les animaux, il m'est arrivé d'avoir en apparence fort peu de chose à changer dans les conditions de l'expérience, pour produire l'une ou l'autre de ces deux affections.

On a confondu avec plus d'apparence de raison les différentes espèces de ramollissement du tissu osseux chez les adultes avec le rachitisme exclusivement propre aux enfans; depuis l'histoire de la femme Soupiot, on leur a même conservé la dénomination de rachitisme. Ce qui a pu entretenir surtout dans cette erreur, c'est que les meilleurs auteurs qui ont décrit le véritable rachitisme, comme Glisson, n'ont pas échappé à cette confusion. Cependant, il m'est démontré que ces deux ordres d'affections, le ramollissement du tissu osseux chez les adultes, et le rachitisme tel que je l'ai décrit, ne peuvent pas plus être attribués à la même cause, qu'ils n'offrent ni les mêmes caractères ni les mêmes symptômes.

J'ai déjà établi que le véritable rachitisme est une maladie de l'enfance, s'observant principalement vers l'âge de 18 mois à 2 ans; que cette maladie est caractérisée par un mode d'invasion, une marche, des périodes et des altérations de texture tout à fait particulières; or, dans les différentes espèces de ramollissement du tissu osseux, observé chez les adultes, tel que la femme Soupiot en offre un très bel exemple, il n'y a aucune analogie entre ces différens termes de comparaison. Quoique je n'aie pas l'intention d'insister ici sur l'histoire détaillée du ramollissement des os chez les adultes, ce que je me propose de faire prochainement, il me suffira de rappeler les circonstances principales de la maladie pour prévenir tout rapprochement ultérieur.

Le ramollissement des os chez les adultes, pour lequel je réserve la dénomination d'*ostéomalacie*, est le résultat de causes spécifiques, comme du scorbut, de la syphilis, du rhumatisme, ou de quelque vice particulier, comme le vice cancéreux : tous les sujets qui l'ont offert avaient présenté avant le début du ramollissement les symptômes généraux de ces altérations. Le ramollissement s'était annoncé par des douleurs vives et profondes dans les os; la marche de la maladie est lente; elle dure un grand nombre d'années, quelquefois jusqu'à 20 ans; elle ne s'annonce pas simultanément dans toutes les parties du squelette, ni de bas en haut; mais elle ne l'attaque que par fractions, si bien que quand on ouvre un sujet qui l'a présentée à un degré encore peu avancé, on trouve des os isolément affectés, et même des portions d'os tout à fait ramollies à côté d'autres portions du même os conservant leur résistance et leur texture normales. Je possède plusieurs exemples de ce ramollissement partiel observé sur des sujets morts à la suite de cancers de l'estomac, du sein ou de l'utérus; je les ferai connaître plus tard avec détail. Si l'on examine de près la nature de l'altération du tissu, on acquiert par cette seule inspection la conviction que l'ostéomalacie et le rachitisme sont deux affections essentiellement différentes. Dans l'une, le tissu osseux est véritablement ramolli, comme carnifié par places, et ne conserve plus rien de la consistance, ni de la texture de l'os sain; c'est comme si on avait versé sur le siége du ramollissement une liqueur très énergique qui eût eu la propriété de faire disparaître immédiatement toute trace de sels calcaires, pour ne laisser plus qu'une trame fibro-cartilagineuse, ou même charnue, présentant çà et là de larges aréoles semblables aux sinus veineux du foie; cette trame est tantôt jaune, rosée, tantôt rougeâtre, lie-de-vin, toujours élastique, se coupant très facilement au couteau, mais quelquefois comme incrustée dans d'autres portions de tissu sain. Cette circonscription de la maladie est loin d'être constante; à une époque très avancée, il arrive souvent que tout le squelette a participé au ramollissement, et il ne reste plus, ainsi qu'on l'a vu dans quelques observations rapportées par les auteurs, aucune apparence de l'organisation primitive des os. Le mode de terminaison de l'ostéomalacie, qui est toujours fâcheux, ajoute aux traits de dissemblance qu'il y a entre elle et le véritable rachitisme.

On voit donc que les difformités de la colonne, considérées d'une manière essentielle, les excurvations tuberculeuses de cette tige, ou l'affection tuberculeuse des os, l'ostéomalacie, constituent des affections tout à fait différentes du rachitisme, et qui ne pourront plus désormais être confondues avec cette dernière maladie.

---

boursoufflent d'une importance d'emprunt et se démènent, comme la mouche du coche, autour des hommes éminens dont relève en définitive l'institution nosocomiale et qui sont assez sensés ou assez distraits pour ne point prendre au sérieux ce perpétuel labeur de vexation. Dans quelque situation qu'elle intervienne, la médecine figure toujours sur l'arrière-plan; elle est consultée par bon vouloir, parfois écoutée, jamais obéie; elle n'ordonne qu'au lit du malade; son rôle social est nul quant au pouvoir. Le législateur l'a traitée à peu près comme les grands seigneurs font les esculapes stipendiés qu'ils traînent à leur suite, dans le bagage de leur domesticité; ils se font explorer le pouls, palper leur derme aristocratique; ils regardent la plume de leurs docteurs intimes courir sur le papier qu'elle transforme en mystérieuse recette; mais ils ne sont pas tenus d'en user; au besoin, leurs exigences et leurs caprices, traduits avec certaines inflexions de voix, désarment la sollicitude de leur médecin et font fléchir la rigueur de ses aphorismes. Quels sont les droits que nous confère le diplôme? Où sont les prérogatives, les distinctions attachées, dans l'ordre civil, au doctorat? Il est un grand nombre de fonctions dont l'accomplissement réclame les lumières de notre art : sont-elles dévolues au médecin? Voyez plutôt la composition du conseil général des hospices : soyez grand propriétaire, pair de France, avocat ou magistrat et vous serez reconnu apte à gérer de haute main les affaires hospitalières; mais quand vous aurez passé trente ans dans la direction médicale des grands hospices, quand vous aurez blanchi dans les savans ennuis de cet apostolat, quand vous aurez remué le détail du service, étudié les difficultés, vérifié les lacunes, compris les nécessités d'avenir, palpé tous les ressorts de cette machine compliquée, le tout de par vos yeux et de par vos mains, n'espérez point vous asseoir, Nestor de la pratique des hôpitaux, dans l'aréopage qui en règle les intérêts; ne songez pas à déverser autour de vous l'expérience puisée à travers les années, et dont chaque corollaire représente un millier de malades traités par vous : vous n'êtes ni avocat ni pair de France : quand il s'agit d'administration hospitalière, arrière les médecins!

S'agit-il du service médical des armées, arrière les officiers de santé militaires! C'est merveille que d'entendre louer par les puissances administratives le zèle, la capacité, les bons offices de ces hommes utiles; mais on n'aurait garde d'élargir le cercle étroit dans lequel roulent leurs destinées. L'histoire du corps médico-militaire n'est qu'une série de souffrances et d'humiliations; sans doute sa composition n'a pas toujours été ce qu'elle devait être; les guerres incessantes de la République et de l'Empire avaient épuisé les sources du recrutement médical et ses cadres ont dû recevoir souvent d'imberbes ignorances et de caduques incapacités; mais vingt ans de paix ont amené dans la médecine militaire des élémens régénérateurs, en ont renouvelé la sève : certes, les douze cents médecins de l'armée, opposés à un égal nombre de praticiens civils, ne le cèdent point à ces derniers ni par l'émulation scientifique ni par le contingent des illustrations sorties de leurs rangs; n'oublions pas que même aux jours de presse et de fulminante pérégrination à travers l'Europe, la médecine militaire s'est couronnée d'une belle gloire, et qu'à côté des noms qu'elle a livrés à l'admiration de la patrie, se sont inscrits d'autres noms, moins radieux, mais qui décorent dignement le fronton de cette carrière. Chose étonnante! l'empereur, qui a si fréquemment vu les officiers de santé militaires à l'œuvre et qui entourait leurs principaux chefs d'une si haute estime, n'a pas fait pour eux ce que promettait sa juste appréciation; des paroles de regret sont descendues

§ V. — RÉSUMÉ GÉNÉRAL ET CONCLUSIONS.

Les recherches consignées dans ce mémoire peuvent se résumer comme il suit :

1° Le rachitisme est une maladie générale de l'enfance caractérisée, altération ou perversion et même la suspension du travail de développement et de réparation de l'organisme, et principalement du système osseux.

2° La marche du rachitisme considéré comme affection du squelette comprend trois périodes distinctes : la période d'*incubation* ou d'*épanchement*, la période de *déformation* et la période de *résolution* ou d'*éburnation*; à chacune de ces périodes correspondent des symptômes généraux propres, et des altérations propres du tissu osseux.

3° L'influence du rachitisme sur le tissu osseux se révèle par quatre ordres de faits distincts : la *déformation*, *l'altération de tissu*, *l'arrêt de développement*, et le *retard de l'ossification*.

4° La déformation rachitique du squelette se développe successivement de bas en haut, des os de la jambe aux fémurs, des fémurs au bassin; puis viennent successivement ou simultanément les différentes parties des membres supérieurs, le thorax, et en dernier lieu la colonne et le crâne.

Le degré des déformations est en rapport avec leur ordre de développement; d'où il suit que la déformation rachitique d'une portion du squelette implique toujours la déformation des portions situées au-dessous.

5° La plupart des os du squelette rachitique sont toujours relativement moins développés en longueur et en largeur que les os du squelette normal; cette réduction, qui est indépendante de celle résultant des déformations, s'opère suivant la même loi que ces dernières; c'est-à-dire successivement de bas en haut, et graduellement de haut en bas. La proportion suivant laquelle toutes ces parties du squelette sont réduites de bas en haut est exprimée par une série régulière de nombres qui permet de déduire approximativement de la dimension d'un seul os la dimension des autres parties du squelette.

6° La réduction plus grande des membres inférieurs, comparée à celle des membres supérieurs, établit entre ces parties des rapports de longueur qui répètent et perpétuent ceux de l'âge où la maladie s'est développée.

7° La réduction des os considérée chez les adultes rachitiques est le résultat composé de l'arrêt de développement du système osseux, sous l'influence directe de la maladie, et du ralentissement consécutif de son accroissement postérieur à la maladie.

8° La texture des os rachitiques offre des caractères tout à fait différens suivant qu'on les observe pendant la *période d'incubation* du rachitisme, pendant la période de *déformation*, pendant la période de *résolution*, différentes au commencement et à la fin de chacune de ces périodes, différentes enfin suivant les *degrés* et l'*ancienneté* de l'affection.

9° Pendant la période d'incubation du rachitisme, il se fait un épanchement de matière sanguinolente dans tous les interstices du tissu osseux, dans les cellules du tissu spongieux, le canal médullaire, entre le périoste et l'os, entre les lamelles concentriques de la diaphyse, entre les épiphyses et les diaphyses, entre les noyaux épiphysaires et leurs cellules, dans les os courts et les os plats, comme dans les os longs; en un mot, dans toutes les parties du squelette et dans tous les points du tissu osseux où se distribuent les radicules des vaisseaux nourriciers. De cet épanchement résulte le dédoublement des parties composantes du tissu, et le gonflement, le boursoufflement des différentes portions du squelette.

10° Pendant la seconde période du rachitisme, période de déformation, en même temps que la trame du tissu osseux perd de sa consistance et se ramollit, la matière qui continue à se déposer dans tous les interstices du tissu osseux tend à s'organiser : elle passe successivement de la forme celluleo-vasculaire à la forme cellulo-spongieuse. Cette matière de nouvelle formation est surtout abondante entre le périoste et l'os, entre la membrane médullaire et le canal, entre le périoste et la table externe des os plats, et entre les lames de ces dernières.

11° Pendant la troisième période, la période de résolution, le tissu de nouvelle formation dans les os longs et dans quelques us plats et courts, passe à l'état de tissu compacte et tend à se confondre avec l'ancien tissu qui recouvre sa dureté première. Cette addition d'un tissu nouveau au tissu ancien donne une très grande épaisseur, et surtout une très grande largeur à quelques parties des os qui avaient été le siége de l'organisation du tissu spongieux nouveau de la période précédente.

12° Dans l'état que j'ai désigné sous la dénomination de *consomption rachitique*, et qui résulte d'un degré exagéré de l'affection, le dédoublement et l'écartement des parties composantes du tissu osseux a été tel, que leur réunion ne s'est pas opérée, et que l'organisation de la matière épanchée n'a pas eu lieu. Dans cet état, les cloisons et les lamelles osseuses sont restées écartées, et la consistance de l'os primitif a été réduite au point que leur couche extérieure n'est plus formée quelquefois que par une pellicule mince.

13° La texture des os rachitiques chez les adultes, quand la maladie s'est complètement résolue, offre une compacité et une dureté supérieures à celle de l'état normal. Dans cet état, que j'ai appelé *éburnation rachitique*, on ne distingue plus aucune trace de la réunion des élémens de l'ancien os avec ceux de l'os nouveau.

14° Les difformités de l'épine qui arrivent vers l'âge de la puberté, et toutes celles qui n'ont pas été précédées de déformations des membres inférieurs ne sont point de nature rachitique.

15° Le rachitisme est une affection essentiellement différente des *scrofules*, ou de l'affection *tuberculeuse* des os, ainsi que de toutes les espèces de *ramollissement des os qu'on observe chez les adultes*; il faut exclusivement réserver pour ces dernières affections la dénomination d'*ostéomalacie*.

---

sur eux du rocher de Sainte-Hélène, manifestation tardive, inefficace, mais qui enveloppe les officiers de santé de l'empire dans la majesté du génie napoléonien. La restaurion a relevé les hôpitaux d'instruction; ce fut un bienfait immense; en rouvrant pour eux les sources de la science, elle les rendait maîtres de l'avenir; les professeurs et les élèves se créèrent pour ainsi dire réciproquement; avec le talent se développa en eux le sentiment de la dignité professionnelle, et quand éclata la révolution de 1830, l'armée possédait un corps de médecins sur les services desquels elle pouvait compter. Cette ère rénovatrice parut grosse de promesses : les officiers de santé saluaient avec une espérance ardente la réforme longtemps rêvée et toujours ajournée. Soyons juste : le rêve a reçu un commencement de réalisation. L'ordonnance organique du 12 août 1836 sépare le passé du présent par une profonde ligne de démarcation, et qu'elles qu'en soient les imperfections, ceux qui l'ont conçue et engendrée ont bien mérité de la médecine militaire. Le bénéfice capital de cette organisation nouvelle, c'est l'institution du concours comme mode de nomination aux grades d'élève, de sous-aide, d'aide-major, de médecin-adjoint et de professeur. Bien des intérêts, disons plus, bien des droits acquis ont été lésés dans cette transition de l'ordre ancien au régime inauguré par l'ordonnance du 12 août; mais telle est la fatalité des mutations d'ensemble. L'administration, en se démettant du droit de promotion directe entre les mains du jury, a fait acte de libérale intelligence; le concours, c'est le droit commun; cette seule conquête assure au corps médical de l'armée, des destinées meilleures; la conserver intacte, pure de toute influence adultérante, ce doit être leur plus vigilant souci. Hors de cette institution, qui y a-t-il? le vouloir incompétent des bureaux et l'appréciation hasardeuse du conseil de santé. Si les influences de multiple origine peuvent s'insinuer dans l'esprit d'un administrateur et troubler sa conscience, les membres du conseil de santé ne sont pas à l'abri de l'action des mêmes causes : comment pèseraient-ils, avec une sévère précision, le mérite relatif d'un millier de subordonnés dont la plupart n'ont jamais paru à leurs yeux, et le passé n'est-il point là pour démontrer que l'autorité médicale, privée des élémens d'une impartiale appréciation, peut s'égarer dans ses choix autant que l'autorité administrative, guidée par des indications insuffisantes ou poussée par un vent de protection semi impérative? Entre l'humaine erreur du conseil de santé et celle des bureaux, le concours se présente comme le régulateur légitime du choix : appliqué aux grades inférieurs, avec une équitable fermeté, il imprime à chaque génération d'élèves une secousse d'émulation forcée et suspend à l'horizon de leur scholarité un but déterminé qui règle leurs travaux. Quant au professorat, il devait être le prix obligé des luttes du concours : qui ne comprend que le droit et le talent de propager une branche de notre science ne sauraient se conférer comme un brevet de capitaine ou même de légionnaire?

Nous aurions désiré que M. Scoutetten, dont nous nous bornerons aujourd'hui à analyser brièvement le travail, rendit une plus complète justice à l'ordonnance du 12 août : trois ans bientôt révolus en ont dessiné les imperfections, l'expérience a parlé, et déjà l'on s'est efforcé d'en redresser les vices par une ordonnance complémentaire. L'essai de réforme, laborieusement tenté il y a trois ans, est déjà débordé par les nécessités de la carrière et les justes exigences de ceux qui la suivent, mais tel quel, il marque un progrès immense : l'œuvre régénératrice d'un corps tout entier ne saurait s'improviser, et souvent le progrès résulte autant des défauts que des mérites d'une institution.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DE L'EMPLATRE DE VIGO CUM MERCURIO DANS LE TRAITEMENT DE LA VARIOLE; par M. AUG. NONAT, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin du bureau central des hôpitaux, etc.

(Suite et fin. — Voir le numéro précédent.)

DEUXIÈME PARTIE. — REMARQUES GÉNÉRALES.

Les faits que nous avons rapportés dans la première partie de ce mémoire établissent d'une manière péremptoire que l'emplâtre de *vigo cum mercurio* possède la vertu d'arrêter le développement des boutons varioliques. Ils confirment ce qui avait déjà été démontré par les expériences de MM. Serres et Gariel. Nous ne reproduirons pas ici les changemens que les boutons éprouvent par l'influence de ce topique; nous les avons indiqués plus haut avec détail. Nous rappellerons seulement qu'ils prennent la forme de granulations solides, papuleuses, qui diminuent peu à peu de volume, à mesure que des écailles furfuracées se détachent de leur sommet. La desquammation est d'autant plus longue à s'opérer, qu'ils sont plus gros à l'instant où le traitement abortif est commencé. Les boutons du premier jour mettent plus de temps à disparaître que ceux du deuxième et du troisième jour. Il arrive ici ce qu'on observe sur les boutons tuberculeux de la varioloïde: usés peu à peu par la desquammation, ils ne laissent après eux aucun vestige.

Jusqu'au quatrième jour, on prévient avec certitude les cicatrices que la variole entraîne à sa suite. Plus tard, l'emplâtre de *vigo* ne s'oppose pas à la formation des cicatrices, mais il en diminue la profondeur (Obs. II).

Si l'emplâtre de *vigo cum mercurio* arrête le développement des boutons varioliques qui ont déjà paru, à plus forte raison produirait-il cet effet s'il était employé quelques jours avant la manifestation de l'éruption cutanée. L'observation de Malouin, que nous avons citée au commencement de ce mémoire, nous en donne la démonstration directe.

Nous n'ajouterons rien à ce qui a été dit précédemment, pour prouver que l'action abortive de l'emplâtre de *vigo cum mercurio* est due au mercure, et non aux divers autres principes qu'il contient.

N'ayant pas expérimenté l'onguent mercuriel, nous n'avons pas, sur l'action de ce médicament, des données suffisantes; mais il résulte des travaux de MM. Serres et Gariel qu'on obtient, à l'aide de ce moyen, les mêmes effets qu'avec l'emplâtre de *vigo cum mercurio*.

Toutefois ce dernier mérite la préférence à cause de la facilité de son application. Dans plusieurs cas nous avons employé comparativement l'emplâtre de *vigo cum mercurio* et le diachylon gommé; jamais ce dernier n'a imprimé aux pustules varioliques la plus légère modification. MM. Serres et Gariel sont arrivés au même résultat (voyez ARCH. GÉNÉR. DE MÉD., LOCO CIT.). D'autres substances telles que la litharge, le minium, le charbon, etc., ont été essayées sans aucun succès par les mêmes auteurs. Jusqu'à présent le mercure paraît être le seul principe qui possède la faculté d'arrêter les boutons varioliques dans leur développement, à l'exception toutefois du nitrate d'argent, dont MM. Serres et Bretonneau se sont servis avec succès, il y a déjà vingt ans, pour produire l'avortement des boutons de la variole (Mémoire de M. Serres, ARCH. GÉNÉR. DE MÉD., année 1824); mais il faut en convenir, ce procédé est inférieur à l'emplâtre de *vigo cum mercurio*, dont on peut aisément mesurer l'action, avantage que ne présente point le nitrate d'argent. La cautérisation en masse, telle que M. Serres la pratiquait, n'est pas entièrement exempte d'inconvénient; elle détermine souvent une douleur assez vive et une réaction inflammatoire qu'il est nécessaire de combattre par les émissions sanguines. Rien de semblable ne se manifeste à la suite de l'application de l'emplâtre de *vigo cum mercurio*.

Ce topique diminue en même temps et l'inflammation du derme et la douleur qui l'accompagne. Sous son influence l'aréole des boutons varioliques se resserre et pâlit, la tuméfaction de la peau ne se développe point dans les lieux sur lesquels l'emplâtre de *vigo* est appliqué. Pour obtenir ces effets, on ne doit pas prolonger l'action du mercure au-delà de quatre ou cinq jours. Si ce terme est dépassé, on s'expose à provoquer l'inflammation des couches superficielles de la peau et le détachement de l'épiderme. Cet accident ne s'est présenté que dans deux cas à mon observation. M. Briquet l'a signalé dans son intéressant mémoire (voyez ARCH. GÉNÉR. DE MÉD., année 1838). L'enlèvement de l'emplâtre de *vigo* le fait promptement disparaître.

Nous n'avons pas remarqué que ce moyen ait donné naissance au ptyalisme et à tous les phénomènes qui l'accompagnent. Ainsi plusieurs malades, chez lesquels l'emplâtre de *vigo* fut appliqué sur la face et une partie des membres, n'ont pas éprouvé une salivation plus abondante que de coutume. Sous tous les rapports que nous venons d'examiner, l'emplâtre de *vigo* est dépourvu d'inconvéniens. Il a, au contraire, l'avantage de prévenir les accidens qui peuvent résulter et qui résultent souvent de la tuméfaction de la face, tels que l'obstruction des narines, le resserrement de la bouche et la congestion cérébrale qui se manifeste fréquemment dans les varioles confluentes à la période de suppuration, c'est-à-dire du dixième au douzième jour. Ajoutons à ces avantages la diminution de la réaction fébrile pendant toute la période de suppuration. Enfin l'emplâtre de *vigo cum mercurio* prévient les cicatrices qui succèdent aux pustules varioliques, et il conserve aux traits toute leur régularité, circonstance dont on sentira facilement le prix dans le traitement de la variole chez la femme.

Après avoir fait ressortir les avantages qu'on retire du traitement abortif de la variole par l'emplâtre de *vigo*, disons quelques mots des reproches qu'on lui adresse.

Plusieurs médecins proscrivent ce mode de traitement par cela seul qu'il s'oppose au développement d'un certain nombre de boutons varioliques, et qu'il empêche le phénomène le plus essentiel de la maladie de parcourir ses périodes. Voyons jusqu'à quel point ce reproche est fondé.

Pour résoudre d'une manière convenable cette question, nous sommes obligé d'examiner d'abord le rôle que l'éruption cutanée joue dans la variole. Lorsqu'on suit attentivement la succession des phénomènes de cette maladie, on est frappé de la cessation de la fièvre, dès l'instant où les boutons commencent à paraître dans les varioles bénignes; l'éruption cutanée semble être une véritable crise de la fièvre d'invasion. Si la maladie est peu intense, si l'éruption est discrète, les boutons suivent leur marche régulière, sans que la fièvre se reproduise. Voilà ce qui s'observe

---

Si l'introduction du concours est le bienfait de la nouvelle charte qui régit les officiers de santé, la disproportion des services exigés et des récompenses en est le côté fâcheux. On a rendu plus difficile l'obtention des grades, et l'on n'en n'a augmenté ni le nombre ni les avantages; on a formulé plus sévèrement les obligations, on les a grossies; on n'a rien ajouté aux faibles résultats qui sont au terme de tant d'études et de devoirs remplis et de services rendus. Aussi, qu'arrive-t-il? «Le service médical des armées est en souffrance, les hôpitaux manquent d'officiers de santé; les démissions se multiplient, les élèves ne répondent point aux appels réitérés de l'autorité; un mal profond mine un corps dont les services attestent la science, le dévouement et l'importance dans l'armée.» Les causes de cette situation tiennent, suivant M. Scoutetten: 1° aux ordonnances et décisions ministérielle qui régissent les officiers de santé; 2° aux difficultés d'admission et d'avancement rendues plus nombreuses et plus onéreuses que dans aucun des corps de l'armée sans exception; 3° à l'infériorité relative de l'officier de santé quant aux autres officiers de l'armée sous le triple rapport du nombre et de l'importance des grades, de la considération et des récompenses honorifiques.

L'auteur ne se contente pas de dénoncer les causes du mal; il en démontre la réalité, et le développement des preuves qu'il réunit, remplit la première partie de son mémoire. Sous le titre de faits généraux, il signale la multiplicité des démissions, les résultats insuffisans des concours d'admission aux emplois d'élève, l'augmentation croissante des obligations pénibles et de la dépendance des officiers de santé, les embarras et les formalités minutieuses qui ressortent des dernières ordonnances et réglemens; le manque de protection de la loi militaire envers les officiers de santé livrés, par la jurisprudence des conseils de guerre, aux insultes des soldats. « Chose étrange! la loi du 13 brumaire an V nous rend justiciables des conseils de guerre; nous sommes alors réputés militaires. Mais sommes-nous insultés, cette qualité nous est contestée, et l'on nous refuse alors de faire, en notre faveur, l'application de l'art. 15 de la loi du 21 brumaire an V. C'est ainsi que dans les circonstances où il s'agit des plus nobles intérêts de l'homme, l'officier de santé est mis comme en dehors de la plus vulgaire justice: assimilé aux officiers de l'armée pour les charges à supporter, rarement il partage les avantages dont ces derniers jouissent. Dans son isolement, ses plaintes meurent sans écho, et lorsqu'enfin, le cœur plein d'amertume, il s'aperçoit que l'espoir d'un avenir meilleur fuit sans cesse devant lui, il abandonne une carrière où il n'a trouvé que dégoût et déceptions en retour de son dévouement et de ses sacrifices.» (pag. 10 et 11.)

De tous les corps de l'armée, celui des officiers de santé est celui dont on exige les plus grands sacrifices de temps et d'argent, et les garanties scientifiques les plus nombreuses, et la constitution de ses cadres lui fait les chances d'avancement les plus avares, les plus mesquines. Il résulte d'une suite de recherches statistiques faites par M. Scoutetten sur les documens officiels, que les chirurgiens-majors ont quatre fois moins de chances d'avancement qu'un capitaine d'infanterie, huit fois moins qu'un capitaine du génie et de l'artillerie, dix fois moins qu'un officier d'état-major. Si la comparaison s'établit entre les officiers de santé eux-mêmes, on remarque que les médecins sont trois fois mieux partagés que les chirurgiens et les pharmaciens, six fois plus favorisés que ces derniers. « En présence de ces faits, ajoute l'auteur, on pourrait supposer que l'officier de santé obtient des avantages spéciaux, et que son ad-

dans beaucoup de cas. Mais les choses ne se passent point toujours ainsi. L'éruption cutanée acquiert quelquefois tant d'intensité, les pustules deviennent si nombreuses, elles s'accompagnent d'une inflammation si violente de la peau, qu'elles sont à leur tour le point de départ de nouveaux accidens qui peuvent compromettre la vie des malades. Comment nier que la tuméfaction de la face joue un rôle dans la production des symptômes cérébraux? Comment soutenir que le gonflement des narines et des lèvres n'est pas quelquefois une cause puissante de dyspnée et même d'asphyxie? En outre comment prétendre que l'éruption cutanée, en raison du grand nombre de pustules et de l'abondance de la suppuration dont elles sont le siége, n'est pas capable de donner lieu à une fièvre plus ou moins vive, d'épuiser les forces du malade et même de provoquer la mort. La vérité de ces assertions n'est qu'une conséquence d'un grand nombre de faits recueillis par les meilleurs observateurs.

Nous sommes ainsi conduit à reconnaître qu'à l'aide du traitement abortif on peut prévenir plusieurs accidens graves, qui se lient à l'éruption cutanée elle-même. Ce que la théorie nous enseigne, l'expérience nous l'a démontré. Toutefois, s'il est souvent utile de faire avorter les pustules varioliques, on ne peut disconvenir, d'un autre côté, que cette méthode de traitement, appliquée à tous les cas et sans distinction, ne soit susceptible quelquefois de devenir nuisible. Lorsque, par exemple, l'éruption se développe avec peine, et que la maladie prend un caractère évident de malignité, il faut s'abstenir de tout topique mercuriel. Les antagonistes du traitement abortif de la variole lui ont surtout reproché de déterminer vers quelque organe important une métastase funeste.

Si nous en jugeons par ce qui s'est offert à notre observation, les accidens qu'on doit redouter le plus après l'emploi de ce mode de traitement, ce sont des abcès multiples sous-cutanés et la diarrhée. Sur trois cas de variole confluente (obs. 1, 2 et 4), des abcès sous-cutanés se sont développés en grand nombre dans tous les cas, mais principalement chez les malades des obs. 1 et 2. Deux ont éprouvé une diarrhée abondante, qui a commencé vers la fin du troisième septenaire. Une fois (obs. 2), nous n'avons pu trouver aucune cause capable de nous expliquer la diarrhée. Chez le malade de l'obs. 4, elle paraît avoir succédé à un écart de régime.

De nos trois malades atteints de variole confluente, deux n'ont pas éprouvé du côté de la gorge des accidens plus intenses après qu'avant l'application du traitement abortif. Quant à la malade de l'obs. 2, elle nous a présenté une angine ulcéreuse des plus graves; mais, ainsi qu'on se le rappelle, cette malade se trouvait dans des conditions spéciales, par suite de l'angine syphilitique qu'elle avait contractée deux ans auparavant. Il nous a été impossible, dans ce cas, d'apprécier jusqu'à quel point l'avortement des pustules varioliques a contribué à faire naître l'accident dont il s'agit.

Notons que le malade chez lequel nous avons borné à la face l'application du topique mercuriel est le seul qui n'ait point eu de diarrhée. (Obs. 1re.) Dans aucun cas, il n'est survenu de métastase ni du côté du cerveau, ni du côté des poumons. La mort a eu lieu une fois (obs. 4). On n'a, sans doute, pas oublié que, dans ce cas, le traitement abortif a été employé seul, sans le concours des bains ni des vésicatoires aux extrémités inférieures. Je suis loin de prétendre que, sous l'influence de ces médications, le malade n'eût pas succombé; mais les deux premières observations me permettent au moins de rester dans le doute à cet égard. Quoi qu'il en soit, malgré la confluence de l'éruption, nous n'avons perdu qu'un malade sur trois. Ce résultat est assez beau, si on le compare à celui que j'avais obtenu un mois auparavant à l'Hôtel-Dieu. Sur quatre individus affectés de variole confluente, que je traitai par la méthode généralement suivie, trois sont morts, un seul a guéri. Chez ce dernier, en raison de l'abattement des forces et de la lenteur de l'éruption, je fis appliquer des vésicatoires aux jambes vers le huitième jour de l'éruption. Chez les autres, j'employai pour médication une saignée au début et des vésicatoires aux jambes vers le onzième jour de l'éruption. Quoiqu'il soit impossible d'attribuer aux vésicatoires la guérison du malade, chez lequel ils furent employés de bonne heure, cependant je résolus de les employer désormais du septième au huitième jour de l'éruption, c'est-à-dire un peu avant le moment où l'on doit redouter les plus graves accidens. On sait, en effet, que les varioles confluentes se terminent fréquemment par la mort du onzième au douzième jour de l'éruption.

Les anciens avaient déjà signalé l'importance des vésicatoires appliqués de bonne heure dans la variole confluente. Du reste, même en admettant que l'avortement des boutons varioliques n'est pas étranger au développement des abcès multiples sous-cutanés et de la diarrhée, il n'en conserve pas moins sa supériorité sur les divers traitemens généralement adoptés; attendu que ces deux accidens, combattus de bonne heure et d'une manière convenable, peuvent être dissipés dans beaucoup de cas.

De nouveaux faits, recueillis avec soin, sont indispensables pour résoudre cette intéressante question de thérapeutique.

Revenons maintenant aux autres malades que nous avons soumis à l'action du traitement abortif. Sur trois individus affectés de variole semi-confluente (obs. 3, 5 et 6), deux (obs. 3 et 5) ont eu de la diarrhée lors de la période de desquammation; un seul (obs. 6) n'a point eu de diarrhée; deux (obs. 3 et 6) n'ont point présenté d'abcès multiples sous-cutanés. Dans un cas (obs. 5), nous avons vu survenir deux ou trois abcès sous-cutanés circonscrits, qui, ouverts de bonne heure, n'ont entraîné aucune conséquence fâcheuse. Nous n'avons point remarqué que les accidens du côté de la gorge aient été augmentés par le topique mercuriel. Dans un cas, la fièvre s'est prolongée bien au-delà de son terme ordinaire et nous avons pu craindre quelque temps pour la vie de la malade (obs. 5). Quoi qu'il en soit, la guérison a eu lieu dans ces trois cas. Nous pouvons considérer comme guéri de sa variole le malade qui fait le sujet de l'obs. 3, et qui, étant affecté d'une pleurésie chronique et de tubercules pulmonaires, nous présenta ensuite tous les phénomènes propres à ces deux maladies.

Nous devons ajouter que dans aucun de ces cas le traitement abortif ne fut combiné avec les vésicatoires, ce que nous ne regardons comme nécessaire que dans la variole confluente. Rappelons enfin que la malade de l'obs. 5 fut prise d'une pneumonie vers la fin du quatrième septenaire. Cette lésion a-t-elle été produite par l'avortement des pustules varioliques? Nous ne le pensons pas; car la malade a commis des écarts de régime pendant la période de la desquammation, et elle s'est plusieurs fois exposée à différentes causes de refroidissement. Allons plus loin, admettons que le topique mercuriel ait été la cause de l'accident dont nous parlons; nous voyons que, sur six varioles, dont trois confluentes et trois semi-confluentes, cinq ont été guéries, et qu'une seule s'est terminée d'une manière fâcheuse.

Nous n'ajouterons rien aux réflexions que nous avons faites à l'occa-

mission dans le corps est rendue très facile. Il n'en est rien. D'autres faits démontreront bientôt que l'admission se trouve hérissée de difficultés, qu'elle est très onéreuse, et que le reste de la carrière ne présente aucune compensation aux sacrifices imposés. » Il n'existe aucune assimilation des différentes positions qu'elle contient, avec les grades de l'armée; les membres du conseil de santé sont des chefs sans subordonnés, car ils n'exercent aucune action directe sur le corps; ils portent le titre d'inspecteurs, et ne sont pas appelés à le justifier; ce sont des intendans qui inspectent les hôpitaux militaires dans leur détail médical, et jugent en dernier ressort le mérite des officiers de santé; le conseil n'a d'autre mission que de donner son avis sur les propositions sans que l'administration soit tenue d'y obtempérer; tout l'avenir d'un officier de santé dépend du vouloir d'un colonel, s'il fait partie d'un régiment, de l'opinion d'un intendant, s'il est attaché aux hôpitaux. Si l'on compare les appointemens accordés par le dernier tarif aux officiers de santé de notre armée à ceux que reçoivent les médecins étrangers, on trouve que les officiers de santé de France sont notablement moins bien rétribués que ceux des principales armées de l'Europe. Les professeurs sont traités avec une parcimonie qui paralyse leur zèle en les condamnant à compléter leur existence sociale dans un autre ordre de travaux. M. Scoutetten critique ensuite l'organisation actuelle des hôpitaux d'instruction qui pèchent, selon lui, par trois points : 1° l'ordre et la nature des cours; 2° la durée et la marche des études, 3° la position des professeurs. Il termine cette première partie de son Mémoire, par la statistique comparée des distinctions honorifiques (Légion-d'Honneur) accordées aux différens corps de l'armée; il en résulte que l'on trouve dans l'infanterie un *tiers* d'officiers décorés, la *moitié* dans l'artillerie, les *deux tiers* dans le corps d'état-major, la *totalité moins quinze* dans l'intendance, et le *sixième* seulement dans le corps des officiers de santé. Et pourtant si l'on ouvre le nécrologe des guerres de l'Empire, on y trouve une liste immense d'officiers de santé blessés par le feu de l'ennemi, morts sur le champ de bataille, enfermés dans les prisons étrangères et décimés par les maladies cruelles; quarante-quatre officiers de santé sont morts sur la terre d'Afrique, depuis l'expédition de 1830 jusqu'au mois de juin 1838, proportion considérable en raison du chiffre peu élevé du personnel; le choléra seul en a dévoré vingt-six; tout le monde sait d'ailleurs qu'il meurt plus d'officiers de santé que d'officiers des autres corps : « La réflexion explique facilement ces résultats. L'officier de santé ne partage ni les émotions de la victoire, ni les plaisirs qui lui succèdent; son oreille n'entend que les cris plaintifs qui suivent le combat; l'hôpital devient pour lui un second champ de bataille; c'est là qu'il lutte chaque jour contre la mort. Alors plus de repos : le jour, la nuit il se doit aux malheureux qui souffrent; et lorsque les épidémies, suite inévitable de l'encombrement des hôpitaux, se développent, elles atteignent facilement des corps épuisés par des fatigues incessantes et par les souffrances morales que fait naître le tableau déchirant des misères humaines. »

De tous les faits qu'il enregistre dans la partie critique de son Mémoire, et que pourraient corroborer d'autres faits non moins nombreux, M. Scoutetten déduit la preuve :

1° Que la position des officiers de santé militaires est fâcheuse et presque intolérable;

2° Que ce sont les hommes de l'armée dont on exige les plus grands sacri-

sion des observations de varioloïde. Ici, le traitement abortif me paraît inutile; je dirai plus, il ne peut servir qu'à retarder la guérison des pustules; qui, transformées en granulations solides, sont quelquefois très lentes à se résoudre et à s'effacer.

Examinons maintenant si l'emploi du traitement abortif de la variole est en désaccord avec la théorie. Nous allons puiser dans l'étude attentive des phénomènes de la maladie elle-même de nouveaux argumens en faveur de ce mode de traitement.

Nul doute que si toutes les pustules qui couvrent la peau étaient nécessaires à l'expulsion du principe morbifique qui, accidentellement introduit dans l'organisme, en trouble les fonctions, il ne fallût renoncer à l'usage d'un moyen dont l'effet est de faire avorter un certain nombre de boutons varioliques. Mais il n'en est point ainsi; car lorsqu'on recherche les causes qui font que l'éruption variolique est plus ou moins confluente, on ne tarde pas à se convaincre, qu'indépendamment des dispositions générales de l'organisme, l'état même de la peau exerce une influence notable sur le degré de confluence de l'éruption.

En effet, les parties qui reçoivent habituellement le contact de la lumière présentent une éruption plus confluente que celles qui sont soustraites aux rayons lumineux. De là vient probablement la raison pour laquelle l'éruption acquiert ordinairement plus d'intensité à la face que sur le tronc, à la partie externe des membres qu'à leur partie interne, etc. Si l'action de la lumière modifie la peau, de telle sorte qu'elle la rend plus apte à se couvrir de pustules varioliques, il est d'autres causes qui, en agissant directement sur cette membrane, y développent le même genre d'aptitude. Tels sont la chaleur, le frottement, et toutes les causes qui ont pour effet d'augmenter l'activité des vaisseaux capillaires de la peau. Nous rappellerons à cette occasion un fait publié par Riedlin. (Lin. med., 1695). Ce fait est relatif à un homme chez lequel l'éruption variolique se développa avec beaucoup d'intensité sur l'un des côtés de la face, recevant habituellement l'action de la chaleur d'un four, et qui épargna le côté opposé regardant la fenêtre. Ziegler a rencontré un cas semblable. M. Serres, dans ses Leçons cliniques sur la variole, nous a communiqué l'histoire d'un boulanger dont la partie antérieure de la poitrine ordinairement à découvert, recevait l'action de la chaleur d'un four, et chez lequel l'éruption variolique fut très confluente en avant et discrète en arrière. Qui ne sait enfin que les sujets qui laissent à nu telle ou telle partie du corps présentent une éruption plus confluente sur cette partie que sur d'autres? Les faits de ce genre ne sont pas rares dans la science. Qui ne sait que toutes choses égales d'ailleurs les individus dont la peau est d'un tissu serré, dense, sont plus exposés à contracter une variole confluente que ceux qui ont la peau souple, molle?

Il nous reste à dire quelques mots de l'influence qu'exerce l'irritation ancienne ou récente de la peau sur l'éruption variolique. Nous avons vu chez plusieurs de nos malades, les pustules se multiplier d'une manière très remarquable sur des parties qui avaient été plus ou moins fortement irritées. Ainsi la malade de l'obs. 2 ayant reçu, quelque temps avant de contracter la variole, une contusion sur la face dorsale des pieds et sur la partie externe de la jambe, l'éruption fut confluente, dans les points qui avaient été contus, tandis qu'elle était discrète sur les parties voisines. Dans un autre cas, l'éruption se montra confluente sur la face dorsale de la main, là même où il y avait eu une brûlure quelques semaines auparavant. Dans un troisième cas (obs. 8), il s'agit d'une fluxion qui occupait la joue droite, et qui devint la cause d'une éruption beaucoup plus marquée sur ce côté que sur le côté opposé.

Vogel (N. Biblioth., t. III, p. 365) rapporte avoir vu les pustules varioliques se multiplier davantage au niveau d'un vésicatoire que sur les autres parties. Tous ces faits viennent à l'appui de l'influence que nous avons accordée à l'état de la peau sur le degré de confluence des boutons varioliques. Nous en concluons que l'on peut sans inconvénient diminuer le nombre des boutons varioliques à l'aide de moyens artificiels, toutes les fois que l'éruption tend à devenir trop confluente. D'autres faits nous conduisent encore aux mêmes conséquences. Ainsi la plupart des auteurs ont vu un certain nombre de pustules varioliques avorter spontanément, sans qu'il en soit résulté aucun inconvénient pour le malade. Camper, Frize, Hagendorn, Vogel ont eu l'occasion d'observer des cas de ce genre.

Dernièrement j'ai fait la même remarque sur un homme qui fut admis à l'Hôtel-Dieu, dans le service dont j'étais chargé par intérim. Cet homme, à peine guéri d'une pneumonie aiguë, fut pris d'une variole discrète. Les pustules ont avorté spontanément pour la plupart, et aucun accident n'en est résulté.

Persuadé que l'éruption cutanée constituait un des accidens les plus graves, lorsqu'elle se développait avec trop d'intensité, Sydenham employait tous les moyens capables de la maintenir dans de justes limites. Loin de chercher à augmenter le nombre des boutons varioliques, il s'appliquait, au contraire, le plus souvent à le diminuer. On se rappelle que dans ce but il conseillait de placer les malades dans une chambre bien aérée, et de les laisser hors du lit jusqu'au sixième jour; il recommandait les boissons froides et rafraîchissantes, et si la réaction générale était violente, si l'individu était jeune, fort, sanguin, si le pouls était large, plein, résistant, il n'hésitait pas à faire pratiquer une saignée du bras. Boerhaave, Van Swieten, Dehaen, et tous les bons praticiens adoptèrent les préceptes que Sydenham avait déduits d'une longue expérience. Je ne puis, à cette occasion, m'empêcher de citer le passage suivant du célèbre Van Swieten, dans lequel on trouve nettement exprimée l'indication de diminuer, s'il est possible, le nombre des pustules varioliques : « Superest ergo tantum, ut contagium, stimulo suo jam incipiens turbare sanitatem, expellatur de corpore quanto cyus, si hoc fieri possit, vel saltem deleatur, aut minuatur multum, illa contagii potentia, qua in suam indolem partes corporis convertit. Licet enim hoc contagium susceptum turbet omnes functiones corporis, febrimque validam sæpe excitet, tamen hæc omnia tolerari possent; raro enim moriuntur hoc morbo, antequam papulæ eruperint; quibus erumpentibus, symptomata solent minui; imo quandoque cessant. Verum, si hoc venenum multa sibi assimilaverit, in corpore, *tunc numerosæ admodum papulæ nascuntur, quæ dum inflammantur et suppurantur, novam febrim accendunt qua sæpe pereunt ægri*. Postea a pure resorpto, et adhuc magis a tabo gangrænoso, si pejoris indolis fuerint variolæ, putrida febris accenditur, qua plurimi hoc morbo decumbentes moriuntur, imprimis si interiora corporis similiter affecta fuerint ac cutis externa, uti postea dicetur. Si ergo vasa cutanea sic disponi possent, ut transmitterent per contagium assimilatam materiam, quæ critica metastasi versus hæc vasa deponitur, vel et ipsa hæc materia morbosa sic attenuaretur, ut per vasa exhalantia difflaretur de corpore, vel in totum, vel pro maxima parte, tunc nullæ, vel paucæ numero, nascerentur papulæ, et absque magno periculo totus morbi hu-

---

fices de temps et d'argent, et qu'ils sont ceux à qui les réglemens accordent le moins sous le triple rapport de l'avancement, de la considération et des récompenses honorifiques;

3° Que de nombreux vices d'organisation ruinent un corps appelé à rendre d'immenses services à l'armée;

4° Que le moment est venu de donner aux officiers de santé une organisation non moins vivement réclamée par les intérêts de l'armée que par ceux d'hommes que recommandent leur instruction, leur dévouement et les dangers incontestables de leur profession.

Dans une seconde partie, M. Scoutetten ébauche un plan d'organisation nouvelle et formule en articles d'ordonnance les détails relatifs au personnel médical des hôpitaux et des régimens.

Une troisième partie produit, sous le titre de Pièces justificatives, une série de documens recueillis dans les principaux états de l'Europe et qui nous font connaître la constitution hiérarchique, les attributions et les droits des médecins militaires étrangers; on y trouve de plus la liste des officiers de santé démissionnaires depuis 1836 et qui ne s'élève pas à moins de 101, la liste de ceux qui ont succombé en Afrique, ainsi qu'un tableau d'organisation des écoles d'artillerie et du génie, destiné à faire ressortir l'avantage de celles-ci sur les écoles de médecine militaire.

Nous reviendrons sur les vues de l'auteur ainsi que sur les documens qu'il a eu la persévérance de réunir : tous nos lecteurs s'associent, nous en sommes sûr, aux vœux et aux efforts de M. Scoutetten; il s'est constitué d'office l'avocat d'une cause aussi belle que négligée, et l'honneur de cette courageuse initiative lui restera. Puisse-t-il rencontrer autour de lui des auxiliaires aussi pénétrés que lui des droits et des intérêts du corps médical de l'armée! Leurs confrères de l'ordre civil applaudiront à leurs tentatives; la question ne se limite pas, en effet, aux intérêts partiels d'une classe de médecins; elle touche à la dignité, à l'indépendance de notre profession; sa destinée sociale est en jeu : l'Hôtel-Dieu et le Val-de-Grâce peuvent ici se donner les mains.

Y.

— Leçons sur les fonctions et les maladies du système nerveux, professées au collége de France par M. Magendie; recueillies et rédigées par M. C. James, interne des hôpitaux, revues par le professeur.

2 vol. in-8. Prix : 11 fr.

Le premier volume est en vente et le second sous presse, pour paraître incessamment.

A Paris, chez Ebrard, libraire-éditeur, rue des Mathurins-St-Jacques, 24.

— Résumé des leçons de médecine opératoire acoustique, professées à l'école pratique de médecine de Paris; par Paul Fabrizi, de Modene, docteur en médecine et en chirurgie. — in-8, 1839. Prix : 2 fr.

A Paris, chez Crochard et Cᵉ, libraires, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

jus decursus absolveretur. *Præterea, licet materia morbi, cutis basis jam impacta, papulas feecerit inflammatas, adhuc spes est idoneis remediis incipientem hanc inflammationem sic resolvi posse, ut non sequatur suppuratio.* Postea videbimus in cura hujus morbi hanc resolutionem papularum inflammatarum non semper impossibilem esse, et *quasdam papulas, jam prominere incipientes ultra cutis superficiem, perpetuis fomentis aliisque remediis, feliciter cessisse.* Dum hoc obtinetur, *multum minuitur morbi hujus periculum.* » (COMMENT. DE VAN SWIETEN SUR LES APH. DE BOERHAAVE, t. v, p. 57.) C'est en se fondant sur des observations analogues à celles qui précèdent, que M. Serres fut conduit à tenter l'avortement des pustules varioliques de la face, à l'aide du nitrate d'argent; qu'on emploie ce moyen ou tout autre pour empêcher le développement d'un certain nombre de boutons varioliques, le résultat est le même. Ce que Sydenham, Boerhaave, Van Swieten, etc., cherchaient à obtenir à l'aide des émissions sanguines, des boissons adoucissantes, des fomentations émollientes en permanence sur la peau, et d'autres remèdes semblables, on l'obtient plus sûrement encore avec le nitrate d'argent, et surtout avec l'emplâtre de *vigo.*

N'oublions pas toutefois qu'il est dans l'emploi de ce moyen des limites qu'il ne faudrait point dépasser; ainsi, le plus souvent, il suffit de provoquer l'avortement des pustules de la face; il pourrait être dangereux de couvrir une grande partie du corps d'un emplâtre de *vigo cum mercurio.* Du reste, il ne convient de recourir à cette méthode ectrotique que dans les cas de variole confluente ou semi confluente; dans la varioloïde, l'emplâtre de *vigo* ne fait que retarder la résolution des papules qui succèdent aux pustules varioliques. En outre, je ne doute pas que, dans les varioles confluentes, il ne soit souvent utile d'appliquer des vésicatoires aux jambes le septième ou le huitième jour de l'éruption, en même temps qu'on a recours à l'emplâtre de *vigo cum mercurio.* Les vésicatoires sont surtout indispensables dans les varioles confluentes, dont l'éruption se développe avec lenteur et qui s'accompagnent d'une réaction générale trop faible. Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'il faut aider ce traitement de tous les moyens propres à remplir les différentes indications qui se présentent pendant le cours de la maladie.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA PÉRITONITE PUERPÉRALE PAR L'HUILE DE CROTON TIGLIUM A L'INTÉRIEUR; communiquée par M. DU SOIT, D. M., à Moudon, en Suisse.

La première idée d'appliquer l'huile de croton au traitement de la péritonite puerpérale me fut suggérée par la lecture d'un opuscule de Tomassini (*considerationi sullo stato attuale della nuova patologia italiana*), dans lequel il parle des succès qu'a obtenus Morichini de l'effet contro-stimulant de l'huile de croton dans les maladies inflammatoires et surtout dans celles de l'abdomen. L'huile de croton, dit-il, produit des évacuations copieuses sans augmenter l'état inflammatoire qu'il tend plutôt à diminuer. Sans admettre l'explication de Tomassini qui attribue à l'huile de croton une action contro-stimulante tout-à-fait analogue à celle de la saignée et regardant au contraire l'action de ces deux remèdes comme entièrement différente, j'ai employé l'huile de croton dans trois cas de péritonite puerpérale, dont voici le plus récent.

OBS. — Une femme, âgée de 24 ans, paysane et primipare, était accouchée d'une fille. Tout s'était bien passé et elle avait abondamment de lait, lorsqu'au neuvième jour après ses couches, sans s'être levée et sans aucun écart de régime, elle fut prise de douleurs atroces dans le ventre, avec suppression des lochies. Elle demeurait à deux lieues de chez moi, et il était huit heures du soir lorsqu'on vint m'appeler auprès d'elle. Je lui envoyai un demi-gros d'ipécacuanha divisé en trois doses et j'y allai le lendemain matin. On me raconta que dès les premiers vomissemens elle avait été infiniment soulagée et qu'elle avait passé une assez bonne nuit. Le ventre était météorisé, douloureux à la pression, et elle ne pouvait qu'avec peine se remuer dans son lit; le pouls donnait 90 pulsations par minute : la face était un peu bouffie, la bouche sèche, la langue un peu chargée en arrière, sa pointe pointillée de rouge; les lochies étaient supprimées, mais la sécrétion du lait continuait; pas de constipation; l'excrétion des urines avait été suspendue, mais le vomitif l'avait rétablie.

J'administrai quelques grains de calomel, que j'avais avec moi, pendant qu'on allait chercher deux gouttes d'huile de croton incorporées à une once d'huile de ricin. J'ordonnai la diète et des frictions sur le ventre avec moitié onguent napolitain et moitié liniment volatil. Elle ne prit sa purgation que le lendemain, onzième jour, depuis ses couches. Le douzième, je la revis, elle était à peu près dans le même état. Le treizième, elle reprit la même purgation, à la suite de laquelle les lochies revinrent. Le quatorzième jour, elle se trouvait beaucoup mieux; mais le quinzième, au soir, les douleurs de l'abdomen reprirent avec une grande violence, accompagnées de suppression des lochies et de l'urine. J'envoyai trois gouttes d'huile de croton dans une once d'huile de ricin. Elle eut six à sept selles, et le seizième jour les lochies et l'urine reparurent. Dès-lors la convalescence n'a pas été troublée et elle s'est rétablie en peu de jours. Pendant sa maladie elle a continué d'allaiter son enfant, qui a paru, cependant, souffrir du ventre les jours de purgation.

Dans un autre cas, dont je n'ai pas conservé les détails, le mal était beaucoup plus violent, grâce au soin qu'on avait eu d'administrer plusieurs verres de vin à la malade pour faire reparaître les lochies. Ce moyen n'ayant pas réussi, on me demanda et je commençai par faire une large saignée, puis j'administrai une potion contenant six gouttes d'huile de croton que la malade prit en quatre jours; après quoi, les lochies revinrent et elle entra en convalescence.

Le troisième cas avait beaucoup de rapports avec le premier. Dans tous, l'effet a été si prompt et si manifeste, que je n'hésiterai jamais à administrer l'huile de croton dans toute péritonite puerpérale, tout en la faisant précéder, suivant les indications, d'un vomitif ou d'une saignée. Il serait à désirer que l'expérience déterminât ce que l'on doit attendre de ce moyen dans les fièvres puerpérales épidémiques : probablement que, suivant leur caractère, il réussira dans une épidémie et échouera dans une autre : il réussira si l'épidémie s'accompagne d'embarras gastrique; il échouera peut être si elle est plutôt inflammatoire ou typhoïde. Néanmoins, vu la grande mortalité de cette maladie, je crois que l'huile de croton offre plus de chances de succès que la plupart des moyens employés jusqu'à aujourd'hui.

Si nous revenons à nos observations et leur appliquons cet aphorisme « *naturam morborum curationes ostendunt,* » il nous paraîtra que c'étaient des embarras gastriques formés pendant la grossesse et la fièvre de lait, qui, excitant une inflammation abdominale et une fièvre, à laquelle l'état puerpéral imprime un cachet particulier, amenaient la suppression des lochies. Cette suppression aurait paru, à quelques médecins, la cause de la maladie, n'en est certainement que l'effet, car les lochies reparaissaient dès que les évacuans avaient fait cesser l'inflammation en détruisant sa cause. C'est là certainement le mécanisme de la production d'un grand nombre de fièvres puerpérales, que l'huile de croton guérira d'une manière preque infaillible.

Un médecin consciencieux ne devant pas publier ses succès sans mentionner ses échecs, je crois devoir joindre l'observation suivante :

OBS. — 10 avril. Une primipare âgée de 29 ans, est en travail depuis deux jours; les eaux se sont écoulées dès le commencement; il n'y a plus de maux, le bassin est étroit, l'enfant présente la face. Trois fois j'applique le forceps sans résultat; j'appelle un collègue qui l'applique deux fois sans mieux réussir. Le seigle ergoté avait précédé l'emploi du forceps et n'avait rien produit. Je perfore et j'amène l'enfant au moyen du crochet mousse. Placenta enchatonné, impossibilité de l'extraire.

11. Extraction du placenta. Ventre douloureux. Lavemens.

12. Constipation. Huile de ricin, deux onces et lavemens.

13. La constipation persiste. Vomissemens spontanés : l'ipécacuanha les arrête. Les lochies tournent au blanc; ventre très ballonné et douloureux, pouls petit et fréquent, peau sèche. J'ordonne, huile de croton, une goutte, qui ne produit rien.

14. Deux gouttes d'huile de croton. Une selle. Diminution des douleurs.

15. Trois gouttes. Quatre selles. Ventre toujours très ballonné, mais plus douloureux. Pas de montée de lait.

16. Deux selles naturelles; même état; la malade répond avec vivacité à mes questions; yeux brillans, facies non hypocratique; la malade n'accuse aucune douleur et se dit mieux.

17. Elle dit qu'elle a passé une bonne nuit; plusieurs selles naturelles, pouls fréquent et imperceptible, extrémités froides, un évanouissement. Mort à deux heures.

M. le docteur De la Harpe, médecin en chef de l'hôpital de Lausanne, qui nous a transmis l'article qui précède, fait suivre la dernière observation des remarques suivantes :

Il y avait eu très probablement gangrène de l'utérus, aussi la fièvre puerpérale avait-elle un tout autre caractère que dans les trois cas précités. Ce fait vient à l'appui des réflexions de M. Du Soit, sur la complication saburale (ou gastrique), des fièvres puerpérales que guérit l'huile de croton. Il en est de même de la cœcite (péritphlytis) aiguë, où il y a toujours amas primitifs de fœces.

NOTE SUR L'EMPLOI DES LAVAGES D'EAU FROIDE DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE MALIGNE; communiquée par M. le docteur MATTHEY, correspondant de l'Académie de médecine.

Permettez-moi de vous offrir quelques réflexions sur la fièvre dite ty-

phoïde et sur un moyen thérapeutique, fort simple, négligé de nos jours : je veux parler des *lavages d'eau froide* : le moment me paraît opportun.

Employés d'abord par le docteur Curric, en Angleterre, notre excellent *Odier* en fit, peu de temps après, l'essai à Genève : voici le jugement qu'il rapporte d'après sa propre expérience (MANUEL DE MÉDECINE PRATIQUE). « Outre les autres remèdes que j'ai indiqués contre la malignité, j'ai souvent employé avec succès dans nos fièvres malignes, des *lavages* par tout le corps, faits plusieurs fois par jour, avec de *l'eau froide* ou de la bière écumeuse. Je ne connais point de moyen dont l'effet soit plus prompt pour abattre une grande chaleur, faire cesser le délire, et ramener un sommeil paisible » (Voyez dans son manuel le procédé qu'il met en usage). A la fin de 1813 et en 1814, lors de l'épidémie qui reçut le nom de fièvre neroma (ou fièvre des Autrichiens), j'eus l'occasion d'administrer des lavages avec quelques succès, soit en ville, soit à l'hôpital civil, dont je fus nommé médecin par interim. Mais l'observation, la plus digne de remarque et la plus favorable aux lavages froids, est celle que j'eus l'occasion de faire en 1817, aux bains de St-Gervais, où je fus appelé (malheureusement (1) à exercer la médecine depuis 1815 jusqu'en 1838. Je crois cette observation assez importante pour être insérée en détail dans votre estimable journal (je l'extrais en entier d'un ouvrage inédit sur les maladies chroniques.)

OBS. — M. F..., Piémontais, quitta Turin au mois d'août (époque où régnait dans cette ville une épidémie de fièvre pétechiale); il vint à St-Gervais par le val d'Aoste et l'allée Blanche : il fit cette dernière partie de la route à pied. En arrivant aux bains, il se plaignit de douleurs de ventre, de malaise général, de lassitude dans les membres, d'anorexie et de dégoût pour la nourriture animale. La langue était blanche; le pouls petit, peu fréquent; le ventre souple, légèrement douloureux par la pression de la main. Les boissons adoucissantes, les lavemens émolliens, le bain tiède et le repos n'ayant pas sensiblement soulagé le malade, deux jours après son arrivée je lui fis appliquer huit sangsues sur le ventre : elles coulèrent abondamment. Le lendemain, tous les symptômes sont aggravés : pouls très petit à 120; langue sèche, brunâtres dents fuligineuses; pétechies sur la poitrine et les bras; assoupissement; réponses tardives, brèves : le ventre n'est plus douloureux. Je fis séquestrer le malade et le soumis aussitôt aux lavages d'eau froide. On se servait de l'eau du torrent (à 6 degrés Réaumur), le malade étant couché nu sur un lit de sangle. Dès le premier lavage le patient parut témoigner qu'il s'en trouvait bien : je les fis réitérer trois fois dans la journée, par un garçon de service, dévoué et fort intelligent, Ce moyen, seul, suffit pour dissiper en trois jours les taches pétechiales, la noirceur, la sécheresse de la langue, des dents et la torpeur du malade. Il ne prit durant sept jours que de l'eau du bon haut, édulcorée par le sirop de groseilles. Le quatorzième jour, il se leva : il était en pleine convalescence. Alors on commença à lui donner du bouillon de veau et du sirop de quina.

Un mois après son arrivée il quitta St-Gervais, plein de santé et de reconnaissance (qu'il me soit permis de le dire : la mémoire du cœur est si rare)!

Je ne veux point rechercher ici la part que l'inflammation des glandes et des plaques de la muqueuse intestinale a pu avoir dans la formation des symptômes observés après l'application des sangsues (si cette inflammation a eu lieu); je me réserve d'entrer ailleurs dans ces recherches intéressantes. Je veux simplement faire observer que les sangsues, indiquées, en apparence, par la douleur abdominale, ont paru plus nuisibles qu'avantageuses. On peut, au moins, conjecturer raisonnablement qu'une émission sanguine plus abondante ou réitérée eût aggravé la maladie et rendu la convalescence plus difficile, plus prolongée. On pourrait appuyer cette conjecture par le résultat peu satisfaisant des sangsues, jadis si prodigués! je ne dis rien des saignées ni des purgatifs coup sur coup, qui viennent leur succéder. Je désire seulement que l'on nous apprenne à bien discerner les cas où ces divers modes curatifs peuvent être appliqués sûrement et avec fruit.

D'autre part, les excitans à l'intérieur étaient ici contr'indiqués par les premiers symptômes observés (irritation intestinale), les boissons acidulées, la diète, etc., les lavages froids étaient probablement les seuls moyens convenables : car ils ont réussi.

Loin de moi, cependant, la prétention de donner les lavages d'eau froide comme le seul moyen efficace à opposer aux divers cas de fièvre maligne : je mériterais alors le reproche que l'on peut, trop souvent encore, adresser à la plupart des nouveaux therapeutes; j'ai trop à cœur les progrès assurés de l'art de guérir, et j'ai vu suffisamment de cas de fièvre maligne où les lavages n'allaient point, et où le quina, le vin, les évacuans, l'antimoine à petite dose (suivant la méthode d'Olivier) étaient l'un ou l'autre, préférables pour ne pas insister incessamment avec vous, M. le rédacteur, sur la nécessité de diriger avec soin les variétés et les circonstances particulières qui réclament telle ou telle médication, et telle ou telle modification du traitement qui semble d'abord le plus convenable. Sous ce double rapport je crois que l'observation précédente peut offrir quelque intérêt à vos nombreux lecteurs et fournir (peut-être) matière aux sages réflexions de nos jeunes et estimables confrères.

(1) Par suite d'une blessure à la hanche, en 1814, sur les bords de l'Isère.

OBSERVATION D'ÉLÉPHANTIASIS GUÉRI PAR L'HYDRIODATE DE FER; communiquée par le docteur EDOUARD PETIT, médecin des épidémies et de l'hospice civil à Corbeil.

OBS. — Madame Fontaine est âgée de 66 ans, elle est femme d'un peintre en bâtimens; elle a eu huit enfans, n'a jamais été malade à la suite de ses couches. Elle n'a pas eu de maladie de peau; dans sa jeunesse, elle a été atteinte d'une fièvre putride. Elle habite, depuis longues années, un rez-de-chaussée bas et humide, et c'est dans cette localité que la malade a continué de séjourner, malgré mes injonctions réitérées sur ce point.

Au mois de mai 1829, elle reçut un coup sur le sein droit, qui fut suivi de l'engourdissement et d'un état presque paralytique de tout le membre supérieur de ce côté. Ce ne fut que quatre mois après l'invasion de ce mal qu'il fut combattu par l'usage des mercuriaux à l'intérieur et en frictions, employé jusqu'à la salivation, l'enflure de la tête et un commencement d'œdème des membres.

Pendant l'année qui suivit cet accident, il survint des palpitations, des attaques de nerfs, puis une éruption pimphigoïde se montra sur la peau.

L'hiver se passa sans que la malade s'occupât beaucoup de sa santé; mais enfin, fatiguée non seulement de ces accidens, mais d'oppression, de gonflement du ventre et des jambes, ne pouvant plus se coucher, elle demanda et reçut pendant plusieurs années, et successivement, les conseils des professeurs Pinel, Ant. Dubois, Alibert, des docteurs Desmarets, Ornache, Besançon, Sédillot, Thirwan. Cette affection fut signalée comme une hydropisie enkystée et leuco-phlegmasie de date ancienne. Une ponction fut tentée, il n'y eut pas de résultat, mais elle donna lieu à un petit abcès qui guérit.

Successivement on avait employé les purgatifs : huile de ricin, acétate de potasse, eau de Sedlitz.

Le sirop anti-scorbutique, les scillitiques, de nouvelles préparations mercurielles, le sirop de Bellet. Des pilules de savon, calomel et aloës.

Des bouillons d'oseille, des sucs d'herbes, des boissons délayantes, du petit lait, les décoctions de racines d'asperge et de seconde plure de surean.

Des frictions avec des pommades de scammonée et de calomel.

Des bains simples et des bains d'amidon, des vésicatoires volans, un cautère.

A ma première visite, 5 avril 1835, après avoir noté tous ces renseignemens, je remarquai que cette malade, qui était assise sur une chaise longue, les pieds étendus, ne pouvait quitter cette position ni pour se coucher, ni pour marcher; elle était ainsi depuis cinq années.

La tête est libre, mais elle est tourmentée d'insomnie; elle a soif, et si elle satisfait ce besoin, il survient de l'oppression. Petite toux sans expectoration; battemens du cœur profonds, réguliers; aucun bruit anormal dans la poitrine. Appétit médiocre, ventre libre; on ne peut d'ailleurs apprécier l'état des organes, à cause du volume et de la résistance de la peau du ventre. Urines rares et foncées; les cuisses et les jambes sont considérablement hypertrophiées; la peau est ferme, luisante, se laissant cependant déprimer à la pression. En outre, sur les jambes et sur le dos des pieds existent des bosselures du volume d'un gros œuf. Sur ces bosselures lupeuses, la peau est recouverte d'un épiderme squammeux d'un gris brun, sous lequel il se forme un suintement séreux.

Je prescris pour boisson une décoction de racines d'asperges et de salsepareille tous les trois jours le matin; une cuillerée à bouche d'eau-de-vie allemande.

Toutes les trois heures dans la journée, une des pilules suivantes :

Prenez : Gomme ammoniaque.......... demi-once.
Résine de gayac.............. 2 dragmes.
Poudre digit. p.............. demi-dragme. M. d. en pilules n. 144

Vésicatoires volans sur les membres inférieurs.

20 avril. Il n'y a pas de changement dans l'état de la malade. Les vésicatoires fournissent beaucoup de sérosité.

Les 21 et 23, deux cuillerées chaque jour d'une potion stibiée préparée à six grains pour quatre onces d'eau déterminent des vomissemens abondans et plusieurs selles.

Cette potion devra être continuée à la dose d'une cuillerée tous les matins à jeûn, tous les quatre à cinq jours. Dans l'intervalle, tisane de chiendent ou de saponaire. Pansement des vésicatoires avec l'onguent basilienne morphiné.

Le 4 mai, l'état général est peu changé; appétit nul; ventre serré; douleurs des membres. Tenir le ventre libre au moyen d'une cuillerée d'huile de ricin prise tous les quatre à cinq jours.

12 mai. Il y a de la fièvre; le ventre est très gros; les cuisses et les jambes sont tuméfiées; l'état de la peau participe bien plus à l'état d'engorgement blanc (éléphantiasis) qu'à l'état d'anasarque, et les loupes sont dans le même état. Il y a du découragement et de la négligence dans le traitement.

A six heures du matin, à dix heures et à deux heures de l'après-midi, prendre chaque fois deux cuillerées du mélange suivant :

Prenez : Hydriodate de fer................ 12 gr.
Sulfate de quinine.............. 1 dragme.
Vin de Madère.................. 2 livres. M,

Le soir, une des pilules suivantes :

Prenez : Extrait aqueux d'opium.......... 12 gr.
Poudre digit, p.................. } 6 gr. de chaque. M.
Extrait de ciguë.................
d. en pilulea n. 12.

Panser les loupes avec l'onguent styrax.

22 mai. Gastralgie; anorexie; la fièvre continue; la malade souffre et se désespère. J'ai beaucoup de peine à soutenir son courage. Les vésicatoires rendent énormément de sérosité.

Bouillons de veau le matin; tisane de chiendent dans la journée. Une des pilules suivantes toutes les heures.

Prenez : Hydriodate de fer................ } 1 serupule.
Poudre digit. p... ....
Gomme ammoniaque............ 2 dragmes. M. a. t.
d. en pilules n. 100.

Les alimens seront pris une heure après les pilules; les jambes sont pansées avec l'onguent basilienne morphiné.

6 juin. Fièvre lente; les lymphatiques des membres supérieurs et du con se gonflent; les bras et les avant-bras sont tuméfiés et durs; la peau des deux côtés du tronc est engorgée; la langue est humide; il n'y a pas d'appétit; constipation; la malade trouve que les pilules la resserrent davantage que le vin.

22 août. Je ne revois la malade qu'à cette époque; l'état général est le même; elle est tourmentée par une expuition glaireuse; elle reste six semaines sans évacuation aucune, malgré l'usage de quelques purgatifs; enfin, un suppositoire de beurre frais et de miel favorise les évacuations.

A la même époque, la malade éprouve un vif chagrin de la perte de son mari qui succombe à une hernie étranglée.

Elle reprend l'usage du vin de quinine; hydriodate à la dose d'une cuillerée avant le déjeûner, et autant avant le dîner.

Le déjeûner se compose toujours d'un œuf frais ou d'une petite côtelette.

Le dîner, d'un potage, d'un peu de rôti et de fruits cuits.

10 septembre. Il n'y a plus de fièvre, il y a moins de douleurs, et pour la première fois les membres paraissent diminués de volume, principalement à gauche, qui est toujours le côté le plus douloureux; on remplace le basilicum, qui excitait de la douleur, par le beurre frais, pour panser les jambes, qui suintent toujours beaucoup.

Friction matin et soir sur la paume des mains et la plante des pieds avec la pommade d'hydriodate de potasse (1).

28 septembre. Il y a une nouvelle diminution légère, mais remarquable, du gonflement des membres et du ventre. Les douleurs sont à peu près les mêmes, mais la malade prend un peu de courage. (Même régime.)

Remplacer l'usage du vin par celui des pastilles suivantes, à la dose de deux pastilles avant chaque repas :

Prenez : Hydriodate de fer........ 1 dragme.
Safran en poudre........ 2 dragmes.
Sucre en poudre........ 8 onces.
Mucilage adragan........ s. q. p. d. 240 pastilles.

Le soir, une des pilules suivantes :

Prenez : Extrait d'opium..........
Id. de ciguë.........
Id. de belladone...... } 12 grains de chaque.
Id. de jusquiame.......
Poudre de quinine......... a. q. m. s. l'art. d. en pilules n° 24.

Continuer les frictions.

Cette médication fut exactement continuée jusqu'au 9 novembre, et alors il existait une diminution considérable de l'endurcissement de la peau.

La partie postérieure du col, la peau du dos, les bras, sont à peu près à l'état naturel. Le ventre est assez diminué pour que l'on puisse apprécier qu'il n'existe aucun engorgement dans son intérieur. Les cuisses et les jambes sont diminuées de volume et de dureté : aux jambes on peut sentir les tibias. Les loupes sont plus molles, et sur ces parties, l'épiderme forme encore des écailles noirâtres, mais ramollies.

La malade ne souffre plus; elle ressent une forte pesanteur dans le col et dans les bras; elle s'éveille et s'endort avec calme; elle n'est plus tourmentée par son crachement glaireux; le ventre est libre.

Même médication. En outre, tous les trois jours, lotions sur un des membres avec une eau de savon très forte, animée d'un peu d'eau-de-vie camphrée.

9 décembre. Le mieux se soutient, l'hypertrophie diminue; il y a peu de douleur; l'appétit se réveille. Elle ne peut se porter sur ses jambes.

24 janvier 1836. Le mieux continue; toujours les pastilles; pour boisson de l'eau bouillie; en outre, un bain de jambe tous les deux jours dans de l'eau de son; la nuit, les envelopper dans des cataplasmes faits avec la farine de riz et la décoction de pavot; dans le jour, les envelopper avec du sparadrap dyachilon.

(1) Cette pommade était préparée avec 24 grains d'hydriodate de potasse pour une once d'axonge. Avec la pommade du codex, on ne peut continuer les frictions.

30 mars. Le facies est bon, les yeux plus animés; petit état fébrile, qui a été plus marqué il y a quelques jours. La langue est un peu rouge. Toux assez fréquente, suivie d'expectoration muqueuse, quelquefois verdâtre. Oppression légère, ventre un peu moins libre, urines faciles; diminution considérable de l'hypertrophie. Les croûtes noirâtres des jambes et du dos des pieds sont prêts à tomber.

Le traitement est suspendu. Bouillon de veau, avec les oignons et les navets le matin; infusions pectorales dans la journée.

Vésicatoire au bras gauche.

6 avril. La fièvre persiste, la toux continue, l'expectoration est abondante. Même boisson; toutes les trois heures, une des pilules suivantes :

Prenez : Gomme ammoniaque................ 1 dragme.
Sulfate de quinine................ } 12 grains de chaque.
Extrait de belladone................
Kermès minéral................ M. d. en pilules n° 36.

18. mai. Il n'y a plus d'accidens; la malade se trouve bien. Elle croit qu'elle marcherait si les croûtes des jambes étaient tombées.

Elle reprend l'usage des pilules d'hydriodate de fer.

31 mai. Les membres sont revenus à peu près à leur état naturel. Les villosités des jambes et des pieds ne sont pas encore tombées; elles sont frottées avec du beurre frais.

30 juillet. Pour la première fois, elle peut chausser des bas. Elle cesse de nouveau l'usage des pastilles.

6 septembre. Pour la première fois, elle se couche dans son lit.

9 septembre. Vitalité plus prononcée; ventre libre; parfois elle crache de petits filets de sang sans tousser; parfois il se développe sur la peau des plaques rouges assez vives; le trajet des lymphatiques est encore engorgé. Elle éprouve de la gène dans le côté gauche. La hanche est encore tuméfiée et ferme. Les plaques noirâtres sont tombées et remplacées par des taches grisâtres crétacées.

La malade peut faire quelques pas; elle reprend encore l'usage des pastilles, ne trouvant, dit-elle que cela de bon contre l'enflure.

Frictions avec la pommade suivante :

Prenez : Baume Fioraventi.............. } 2 onces de chaque.
Pommade hydriodate de potasse..
Ammoniaque................ 1 dragme. M.

23 septembre. Petits crachats sanguinolens. Elle cesse les pastilles.

Les jambes se sont gonflées de nouveau après l'usage de la dernière pommade.

Lait de vache, sortant du pis de l'animal, matin et soir. Lotions savonneuses avec l'eau-de-vie camphrée. Evaporation de bains de genièvre, en bassinant le lit.

20 octobre. Rétablissement presque complet; flanelle sur la peau et frictions sur les membres avec pommade d'hydriodate de potasse.

27 avril 1837. L'hiver s'est bien passé. Elle peut marcher sans soutien; elle souffre encore dans la hanche gauche; elle peut se lever, se baisser pour ramasser de terre ce qui lui convient. Elle désire prendre encore des pastilles. Elle en prend quatre par jour. Elle se frotte le côté gauche avec la pommade d'hydriodate de potasse morphine.

Ce traitement a été encore continué pendant six semaines. Depuis ce temps, cette dame a repris presque toutes ses habitudes de bonne santé.

En 1838, j'ai eu occasion de faire voir cette malade, parfaitement rétablie, à plusieurs de nos confrères, et aujourd'hui elle est encore bien portante.

Quelle a pu être la cause d'une maladie aussi grave? L'habitation dans un lieu humide pendant l'action exagérée et imprudente du mercure me semble ici devoir être mise en première ligne.

Après les tentatives infructueuses faites par plusieurs de nos honorables confrères, je n'ai pu que me livrer à un empirisme rationnel, et successivement j'ai pu trouver le modificateur favorable.

Si le côté gauche est resté plus longtemps douloureux, cela s'explique par l'engorgement qui a dû succéder à une ponction infructueuse.

Les divers cas dans lesquels les préparations d'iode peuvent être utiles ne sont pas encore tellement précisés que j'ai trouvé convenable d'en rapporter un nouvel exemple. Encore, dans cette circonstance, quelle a été l'influence du safran comme auxiliaire? Des exutoires longtemps entretenus, des frictions longtemps continuées. Quoi qu'il en soit, c'est surtout, en considération de l'âge de la malade, de la durée de la maladie, une guérison heureuse et presque inattendue.

ABLATION D'UNE TUMEUR CARCINOMATEUSE, OCCUPANT TOUTE LA MOITIÉ GAUCHE DE LA LANGUE; LIGATURE PRÉALABLE DE L'ARTÈRE LINGUALE; GUÉRISON; observation communiquée par M. G. LETENNEUR, ancien interne à l'Hôtel-Dieu, médecin à Challens (Vendée).

Obs. — Le nommé Sourceau (J.-B.), âgé de 33 ans, tonnelier, entra à l'Hô-

tel-Dieu le 24 mai 1838. Bien constitué, d'un embonpoint ordinaire. Il ne se rappelle pas avoir eu de maladie grave. Il est marié depuis près de vingt ans. Aucun de ses parens n'a eu d'affection cancéreuse.

Avant son mariage, il a eu trois blennorragies, dont la durée a été de quelques semaines, et qui ne l'ont jamais fait beaucoup souffrir. Il assure n'avoir pas eu d'autre maladie vénérienne.

Sa conduite, surtout depuis son mariage, était très régulière. Il ne s'enivrait presque jamais. Parmi ses habitudes, une seule paraît avoir eu de l'influence sur le développement de la tumeur, dont la langue est le siége; je veux parler de l'habitude de fumer : il consommait au moins une demi-once de tabac par jour et tenait ordinairement sa pipe du côté gauche. Il n'a cessé de fumer que quelque temps avant son entrée à l'hôpital.

C'est vers le mois de janvier 1838 que se révélèrent les premiers symptômes de sa maladie. A cette époque, les dents étaient parfaitement saines et ne pouvaient irriter la langue. Dans tout le côté gauche de cet organe, Sourceau sentit d'abord des picotemens incommodes, qui se transformèrent peu à peu en véritables douleurs lancinantes; celles-ci s'irradièrent bientôt vers l'oreille gauche, où elles prirent une grande intensité, sans cependant troubler l'audition. La pression sous la mâchoire causait un peu de douleur; mais les mouvemens de la langue et du pharynx s'exécutaient sans difficulté.

C'est dans le courant du mois de mars que le malade, en portant le doigt dans sa bouche, reconnut, pour la première fois, sur sa langue, l'existence d'une tumeur irrégulière. Il ne se rappelle pas quel était alors son volume. Mais, depuis ce temps, elle prit un accroissement rapide, détermina de la gêne dans la déglutition et dans la prononciation, et, par son contact continuel avec les dents, s'ulcéra à sa surface.

Lorsque le malade se présenta à notre observation, tout le côté gauche de la langue, depuis l'os hyoïde jusqu'à six lignes de la pointe, était occupé par une tumeur dure, bosselée, irrégulière, ayant dans quelques points plus d'un pouce d'épaisseur. Le pilier antérieur du voile du palais, dans une très petite étendue, et la membrane muqueuse qui tapisse le plancher de la bouche, participaient à la maladie, qui s'arrêtait exactement sur la ligne médiane.

Sur le bord de la langue et dans le point correspondant aux dents molaires, quelques ulcérations superficielles grisâtres donnaient lieu à la sécrétion d'une certaine quantité de sanie purulente fétide, ce qui forçait le malade à cracher sans cesse.

L'articulation des sons et la mastication étaient imparfaites, et les mouvemens de déglutition pénibles et douloureux. La pression sur la tumeur n'augmentait pas beaucoup la douleur, qui avait le caractère lancinant au plus haut degré.

Malgré cela, la santé générale du sujet était excellente; sa figure franche et colorée n'exprimait point la souffrance; toutes ses fonctions s'exécutaient avec une parfaite régularité.

Il consentit à subir l'opération, qui lui fut proposée. M. Roux la pratiqua le 30 mai, c'est-à-dire six jours après l'entrée du malade.

La profondeur à laquelle s'étendait la maladie fit craindre que la ligature des artères ne fût trop difficile ou même impossible; c'est pourquoi M. Roux se décida à lier d'abord l'artère linguale au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde. Voici comment il procéda à cette première partie de l'opération :

Après avoir fait à la peau une incision horizontale d'un pouce environ d'étendue, et dont la moitié interne parallèle à la grande corne de l'os hyoïde était située à une ligne au-dessus de cet os, M. Roux divisa le muscle peaucier, et put, en introduisant son doigt dans la plaie, sentir les battemens de l'artère. Il divisa sur une sonde cannelée les fibres externes du muscle hyoglosse, et le vaisseau se trouva à découvert. Jusque-là, l'opération a été très simple; mais lorsqu'on voulut séparer l'artère des parties voisines et la soulever au moyen de la sonde cannelée, elle fuyait sans cesse au-devant de l'instrument, dont l'action causait de vives douleurs au malade. M. Roux prit alors le parti de passer un tenaculum au dessous de l'artère qu'on sentait et qu'on voyait battre au fond de la plaie. Ce moyen lui réussit. Ainsi fixé, le vaisseau put facilement être isolé et fut compris dans une simple ligature.

Dans cette opération, on a évité et la veine faciale et le nerf hypoglosse. La gaine de la glande sous maxillaire n'a pas été ouverte; enfin, aucune artériole assez volumineuse pour être liée n'a été coupée. La plaie fut pansée à plat, et immédiatement après on commença à pratiquer l'ablation de la tumeur.

La langue fut d'abord détachée du plancher de la bouche et du pilier antérieur du voile du palais; après quoi M. Roux la saisit avec la main droite et la transperça de bas en haut à sa base, au moyen d'un bistouri étroit et concave tenu de la main gauche; le bistouri amené d'arrière en avant sur la ligne médiane divisa la langue en deux moitiés dans l'une desquelles se trouvait comprise toute la tumeur. La partie gauche de la langue, séparée du voile du palais et du plancher de la bouche, tenait encore à l'os hyoïde; on l'entraîna au-dehors avec une pince de Museux et ses dernières adhérences furent incisées au moyen de longs ciseaux concaves. L'amputation de toute cette moitié de la langue n'a été accompagnée d'aucun écoulement de sang, et le malade a pu immédiatement parler sans difficulté.

Prescription : julep calmant; gargarisme émollient; diète.

Pendant les deux premiers jours, un peu de fièvre, surtout le soir, et une gêne assez grande dans la déglutition furent les seuls symptômes dignes de remarque.

Le troisième jour, c'est-à-dire le 2 février, cessation complète de la fièvre; le malade se leva pendant deux heures et prit du bouillon.

Le lendemain, il prit trois potages et resta levé une partie de la journée.

Le 6 juin, il se trouvait dans un état tellement satisfaisant qu'il demanda instamment sa sortie; M. Roux ne voulut la lui accorder que le 9, lendemain du jour où tomba la ligature.

Au moment où Sourceau quitta l'hôpital, il était entièrement guéri; la petite place du cou seule n'était pas tout-à-fait cicatrisée; il n'existait dans la bouche et dans le pharynx aucun gonflement, aucune rougeur qui pussent inspirer quelques inquiétudes, et le toucher ne faisait reconnaître aucune induration anormale.

La cicatrice de la langue était linéaire; la moitié restante de cet organe avait une largeur considérable, et il était difficile au premier abord de soupçonner qu'on en eût enlevé une si grande partie. La parole était très libre; et des alimens solides pouvaient déjà être avalés.

. . . .

OSSIFICATION TROUVÉE DANS UN ŒIL, ET QUI PROBABLEMENT ÉTAIT FORMÉE AUX DÉPENS DE LA MEMBRANE CELLULEUSE QUI EXISTE ENTRE LA RÉTINE ET LA CHOROÏDE; observation communiquée par M. MANNOURY, docteur médecin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Chartres, membre correspondant de l'Académie royale de médecine.

OBS. — Le nommé Janvier François, âgé de 65 ans, étant entré à l'Hôtel-Dieu de Chartres dans le mois de février 1832, je fus frappé de l'aspect de l'œil droit, affecté de cataracte. Cette cataracte, suivant le rapport de cet individu, était survenue à la suite de sa variole. Le cristallin présentait un grand nombre de stries blanchâtres, rayonnées, divergentes, et avait éprouvé un changement de direction tel que la partie supérieure de sa circonférence regardait en haut et en arrière et la partie inférieure en bas et en avant. La pupille était dilatée, immobile; son diamètre vertical était beaucoup plus long que le diamètre transversal. Janvier ne pouvait distinguer le jour de la nuit. Cet individu ayant été placé dans une salle de médecine, je ne pus observer la maladie à laquelle il a succombé quelques jours après son arrivée.

NÉCROSCOPIE. En extirpant l'œil droit pour en examiner la contexture, je vis que le globe de l'œil présentait une dureté qui n'était pas naturelle. Après avoir divisé la sclérotique circulairement en deux parties à peu près égales, je vis que cette membrane adhérait, dans une assez grande étendue, à la face externe de la choroïde. Au-dessous de cette dernière membrane existait une espèce de coque osseuse, inégale, plus épaisse à la partie moyenne qu'à la circonférence, et dont le bord était tranchant et légèrement dentelé. On voyait çà et là, non loin de la circonférence, quelques trous d'inégale grandeur, résultant du défaut d'ossification. Mesurée transversalement, cette coque avait 8 lignes, et 5 lignes seulement de haut en bas. La choroïde, dans les endroits où elle recouvrait cette lame osseuse était beaucoup plus mince et moins brune que dans les autres endroits de sa circonférence. Une membrane d'un gris jaunâtre, mollasse, semblable, par la couleur et la consistance, à la rétine, tapissait la face interne de cette coque, laquelle était percée d'une ouverture circulaire plus éloignée de la circonférence que les autres trous, et à travers laquelle pouvait passer une aiguille à seton. Le nerf optique, assez exactement rond, jaunâtre et mou, après avoir traversé la choroïde; passait par cette ouverture et ne la remplissait pas entièrement. A l'endroit où ce nerf se terminait, la rétine présentait un petit corps du volume d'un grain de millet, et qui paraissait ossifié.

Le cristallin avait subi un commencement d'atrophie. On voyait sur sa surface antérieure, à son centre, une saillie blanchâtre, quadrilatère. Ce corps était opaque, surtout à son centre, et jaunâtre; l'opacité et la consistance allaient en diminuant d'avant en arrière et du centre à la circonférence. Sa face antérieure présentait plusieurs lignes blanchâtres rayonnées, allant en divergeant du centre à la circonférence. Elles étaient moins nombreuses sur la partie antérieure de cette face. Ces stries radiées, que j'avais observées sur l'œil de cet individu pendant la vie, étaient tracées sur une lame extrêmement mince de cristallin; derrière cette lame, cet organe était jaunâtre. Sur la face postérieure de ce corps existait une couche blanchâtre uniforme et sans stries.

La christalloïde était transparente et n'avait éprouvé aucune altération. Le corps vitré était jaunâtre, plus liquide et moins diaphane que dans l'état naturel.

TUMEUR ENKYSTÉE DÉVELOPPÉE A LA BASE DU CRANE, AVEC USURE DES OS ET EXTRACTION D'UNE TUMEUR CANCÉREUSE AYANT SON SIÉGE AU-DESSUS DE LA BOSSE FRONTALE DROITE; MORT; AUTOPSIE; par le même.

OBS. — Mademoiselle Mulot (Catherine-Marie), âgée de 62 ans, couturière, aveugle depuis l'âge de 36 ans, entra à l'Hôtel-Dieu de Chartres vers les premiers jours de septembre 1835. Cette femme portait à la tête, au-dessus de la bosse frontale droite, une tumeur de la grosseur du poing d'un enfant de 10 ans. Cette excroissance était molle, spongieuse, saignant au moindre contact, et était le siége de douleurs lancinantes. De sa surface s'écoulait un pus séreux et jaunâtre horriblement fétide. Elle tenait par un pédicule étroit à la peau, qui était d'un rouge vif et dans une assez grande étendue. L'odeur infecte qui s'exhalait de cette tumeur faisait de la malade un objet de dégoût, et cette malheureuse demandait à être délivrée de son mal. L'état général me paraissant assez bon, je procédai à l'opération. J'eus le soin d'emporter toute la peau qui avait changé de couleur, et les tégumens placés sous cette membrane. Les os furent ainsi dénudés dans une assez grande étendue. Dans les premiers jours de l'opération, il ne survint aucun accident, mais vers le quatorzième jour, la malade eut des vomissemens bilieux répétés pendant trois jours. L'estomac ne pouvait recevoir la moindre quantité de liquide sans la rejeter aussitôt. Cependant la région épigastrique n'était point douloureuse; il n'y avait point de fièvre. Quatre jours après l'apparition des vomissemens, la malade tomba dans un état comateux, et mourut deux jours après.

Nécropsie 20 heures après la mort.

Crane. A l'endroit correspondant au pédicule de l'excroissance cancéreuse, l'os frontal, dans toute son épaisseur, était comme infiltré, imprégné de matière purulente jaunâtre, de la même nature que celle qui s'écoulait de la tumeur; le diploë surtout était pénétré, imbibé; les deux tables de l'os dans cet endroit étaient jaunâtres et humides; il ne me parut pas cependant qu'elles eussent perdu de leur solidité; la face externe de la dure-mère dans le point correspondant était recouverte d'un pus séreux, blanchâtre, inodore; la face interne de cette membrane offrait quelques végétations, et au-dessous, toujours dans l'endroit correspondant, il y avait à la surface du cerveau un petit abcès. Le foyer pouvait admettre une fève de marais; le pus qu'il contenait était blanchâtre, mal lié et sans odeur.

A la base du cerveau, à l'endroit qu'occupe le corps pituitaire, j'ai rencontré un kyste à parois d'une demi-ligne d'épaisseur, contenant une matière blanchâtre ressemblant assez bien à la pulpe cérébrale ramollie. Cette tumeur était de la grosseur d'un œuf de poule; sa face supérieure était un peu aplatie; sa moitié inférieure remplissait une fosse de forme ovale, s'étendant depuis la partie supérieure de la gouttière basilaire jusqu'aux trous des optiques; la gouttière transversale qui répond à la réunion des nerfs optiques avait disparu, et la lame osseuse que l'on remarque derrière la selle turcique avait presque entièrement été détruite; les apophyses clinoïdes postérieures n'existaient plus; les antérieures étaient très saillantes; le fond de la fosse était criblé de petites ouvertures, et l'on voyait manifestement que la lame compacte de l'os avait éprouvé dans cet endroit un amincissement très notable. On ne voyait aucune trace de la portion des nerfs optiques qui répond à la gouttière transversale; on ne retrouvait ces nerfs qu'à l'endroit où ils traversent les trous optiques, mais ils étaient atrophiés; ils avaient perdu un tiers de leur calibre, jusqu'à la distance de deux lignes de leur passage au travers de la sclérotique; là ils se renflaient et reprenaient leur volume naturel.

Dans l'espace intermédiaire à leur origine et à leur adossement, ils m'ont paru n'avoir éprouvé aucune altération. Le globe de l'œil était un peu plus petit que dans l'état ordinaire; il ne présentait d'ailleurs rien de remarquable. La portion du cerveau en contact avec la face supérieure de la tumeur enkystée m'a paru saine.

Abdomen. La vésicule du fiel était énormément distendue par une grande quantité de calculs à facettes. Un de ces calculs avait un volume considérable.

Les conduits cystique, hépatique et cholédoque étaient très dilatés et ne contenaient aucun calcul.

Les profondes altérations dont je viens de parler m'ayant fait recourir à quelques renseignemens sur les circonstances qui avaient accompagné la goutte sereine, j'appris des quelques personnes qui avaient connu cette femme, qu'elle avait éprouvé, vers l'âge de 32 ans, des maux de tête assez violens, que quelque temps après sa vue commença à s'affaiblir, et qu'après quatre ans de douleurs continuelles elle se perdit entièrement.

OBSERVATION D'UN KYSTE SÉREUX DANS LA RÉGION CANINE GAUCHE; communiquée par M. Cadel, D. M. à St.-Etienne.

PONCTION; INTRODUCTION DE BOURDONNETS DE CHARPIE; CAUTÉRISATION DES PAROIS INTERNES; GUÉRISON.

Obs.—Dans le courant du mois de février 1837, il se présenta à ma consultation une jeune dame de 24 ans, nommée Varenne, tailleuse de robes. Douée d'une forte constitution, issue de parens sains, elle n'avait jamais eu de maladie sérieuse, quoique enceinte pour la quatrième fois. Elle portait dans la fosse canine gauche une tumeur qui occasionnait sur sa physionomie une grande difformité. Je lui proposai l'opération, à laquelle elle se refusa. J'avais déjà perdu cette malade de vue, lorsque, le 17 du mois de septembre de la même année, entièrement remise de ses couches, elle me fit appeler chez elle pour lui faire subir cette opération, si je la jugeais praticable.

Dans le désir de lui être utile, j'examinai de nouveau la tumeur avec beaucoup de soin; elle s'étendait vers la pommette gauche et le côté correspondant du nez, et descendait jusque sur les dents. De forme globuleuse, elle était indolente, adhérente à la peau, qui n'avait aucune altération, et elle présentait un peu de mollesse. La malade racontait qu'elle avait éprouvé en 1835, quelques jours après son second accouchement, d'abord sur le côté droit, ensuite sur le côté gauche, des douleurs qui avaient précédé l'apparition de la difformité pour laquelle elle avait réclamé les secours de l'art. Elle ajoutait que cette tumeur avait percé d'elle-même au-dessous de la lèvre supérieure, et qu'à ce même endroit un médecin du pays lui avait fait une ponction qui donna issue à une assez grande quantité de liquide, mais que le lendemain elle avait repris son état ordinaire. Je crus aussitôt avoir affaire à un kyste séreux; mais il en fallait davantage pour former un diagnostic exact. Je proposai donc d'ouvrir la tumeur par la portion que l'on pouvait atteindre par dessous la lèvre supérieure. La malade, assise sur une chaise solide, en face du jour, la lèvre supérieure et la commissure gauche étant soulevées, je plongeai la pointe d'une lancette dans le centre de la tumeur, et j'éprouvai une grande satisfaction lorsque je vis s'élancer par cette petite ouverture une colonne de sérosité citrine que j'évaluai à environ deux onces. La tumeur n'était formée là que par la membrane des gencives en dehors et en dedans par une autre membrane assez épaisse. Je réfléchissais, pendant que ce liquide s'écoulait, au parti que je prendrais, lorsque la tumeur étant presque entièrement vidée, je me décidai, au lieu d'en faire la dissection, qui aurait présenté beaucoup de difficulté et de danger, à agrandir l'ouverture et à remplir la cavité du kyste de bourdonnets de charpie, pour déterminer dans ses parois une inflammation adhésive, ainsi que je l'avais vu souvent pratiquer par le célèbre Delpech, mon ancien maître. Mais avant d'introduire cette charpie, je m'assurai avec un stylet et ensuite avec le petit doigt que l'intérieur de la cavité n'avait aucune communication avec les parties environnantes, et que partout elle était lisse et douce au toucher. Je la remplis aussitôt après sans efforts, mais avec assez de soins, de tampons de charpie liés; il me paraissait important de mettre en contact tous les points de la surface intérieure avec ces corps étrangers, afin d'établir partout un égal degré d'inflammation. Je laissai cette garniture pendant quatre jours, ayant soin de remédier à l'affaissement qu'elle subissait par l'addition journalière de nouveaux tampons, que je dirigeais vers le haut de la cavité où se faisait le vide.

Au quatrième jour, je renouvelai à fond ce pansement, et je trouvai dans le sac de la sérosité lactescente dont une partie avait été absorbée par la charpie, et le reste était libre dans la tumeur. Je garnis mollement, mais exactement, toute la cavité de nouveaux tampons de charpie. Il ne faut pas oublier de dire que, pendant l'opération, la douleur fut presque insensible, et que la malade put se livrer bientôt après à ses occupations habituelles, n'ayant éprouvé que quelques légères douleurs de tête, sans mouvement fébrile. Les pansemens furent faits à quatre jours d'intervalle l'un de l'autre; cette distance, comme le professait Delpech, me paraissait plus propre à déterminer une inflammation générale et soutenue dans toutes les parties du kyste. La matière qui s'écoulait dans l'intervalle et pendant les pansemens eux-mêmes avait d'abord une odeur fétide, repoussante, et se rapprochait tous les jours de plus en plus de la nature du pus.

Le 6 octobre, c'est-à-dire le dix-neuvième jour de l'opération, il se développa des bourgeons celluleux, mollets, faciles à ensanglanter par le moindre contact; à cette époque, la cavité du kyste avait diminué de moitié, de sorte que, avec de bien moindre quantité de charpie, on la garnissait suffisamment; la suppuration avait alors beaucoup diminué.

Le 10 octobre, vingt-troisième jour, je renonçai à l'introduction de tous les tampons de charpie; il ne restait qu'un sinus étroit, se dirigeant vers la partie externe, du côté de la racine des dents molaires, racine qui n'était recouverte que par la membrane du kyste. Le nitrate d'argent solide y fut porté à plusieurs reprises, et chaque semaine j'avais le soin de le pousser jusqu'au fond même de la fistule.

Le 6 décembre, la difformité avait presque entièrement disparu, et il fallait être informé de l'état antérieur de la dame Varenne, pour reconnaître une légère différence dans les deux régions canines. Cependant il restait encore une fistule qui permettait à peine l'introduction d'un simple stylet; dans son fond, on sentait la racine des molaires. Chose singulière, elles ont été souvent exposées à l'action du caustique, et néanmoins les dents sont fermes et bien saines. Sans doute, elles ne peuvent être alimentées que par un anneau étroit, formé par un reste de l'alvéole et par la membrane des gencives qui embrassent son collet. Rien n'égale la joie de cette dame, qui se plaît à raconter à tout le monde le succès de son opération.

OBSERVATION SUR L'INGESTION ET LE LONG SÉJOUR D'UN REPTILE BATRACIEN DANS L'ESTOMAC D'UNE FEMME; PUIS SON EXPULSION PAR VOMISSEMENT; communiquée par M. J.-B. David, D. M. P.

Les faits litigieux ne sont pas, ce me semble, ceux qui méritent la plus minime place dans les annales de l'art: un rapprochement est toujours utile à leur juste appréciation. A la fin de 1825, cette pensée me détermina à envoyer à feu le docteur Miquel l'observation que j'avais recueillie sur l'expulsion par la bouche d'un reptile du quatrième ordre, après un long séjour dans l'estomac d'une femme. Ce médecin jugea non suffisans les caractères donnés de l'animal, et pensa qu'on pourrait croire que cette femme n'a rendu autre chose qu'une limace avalée précédemment. C'était accorder quelque chose.

En faisant cette communication, je ne prétendais nullement déterminer jusqu'à quel point il est vrai que des animaux vivans et d'une organisation élevée pussent s'introduire dans l'estomac de l'homme, et y vivre un certain laps de temps; je l'affirme seulement comme une pierre d'attente pour de futurs rapprochemens.

Aujourd'hui, le même motif me porte à soumettre de nouveau mon observation, parce qu'elle a certains rapports avec celle de M. le docteur Luroth, insérée dans la Gazette Médicale du 27 avril dernier.

Comme cet honorable confrère, je regrette que la pièce de conviction n'ait point été mieux examinée et conservée. Sa malade seule observa ce qu'elle venait de rendre avec des matières fécales; la mienne fit voir à ses voisines le reptile batracien, vivant et d'une couleur assez semblable à celle de celui de la fille Elisabeth, qu'elle venait de vomir avec des alimens, et que son gendre avait écrasé trop tôt; de plus, un homme qui, par son âge, son caractère et son instruction, méritait toute croyance, était près du lieu de la scène; il recueillit de suite les dires unanimes des spectateurs, et ne put concevoir aucun doute. Plusieurs fois il m'en parla. Les réflexions du docteur Luroth sur le fait qu'il communique sont d'ailleurs applicables au mien; le voici:

Obs.—La femme Lucas, sexagénaire, batelière sur la Seine, au passage de Mézy, forte et très active, fut, dès son bas âge, livrée à toutes les erreurs de régime et les vicissitudes hygiéniques des gens de rivière. Elle éprouvait, depuis plusieurs mois, des tiraillemens d'estomac, des élancemens parfois douloureux, qui l'obligeaient, disait-elle, à manger souvent et à prendre de temps

à autre un peu d'eau-de-vie, dont elle obtenait de plus longs instans de calme.

Consulté maintes fois en passant, je lui avais donné les conseils généraux applicables à une gastrite chronique, sans que cette femme en tînt compte. Seulement, lorsqu'elle était forcée par les douleurs de garder le lit, quelques gouttes de laudanum de Rousseau la soulageaient assez promptement.

Le 25 avril 1823 au matin, la mère Lucas, que son gendre appelait malade imaginaire, crut ressentir un pressant besoin d'alimens et mangea une bonne soupe aux haricots, dont elle s'était déjà nourrie la veille; le malaise augmenta et elle n'en fut pas moins vers la Seine. Sitôt son arrivée près du fleuve, à des nausées fatigantes, à des chatouillemens au gosier succédèrent des vomissemens, et au milieu des alimens et des mucosités rejetés, elle rendit, avec efforts, et en présence des laveuses accourues à ses cris, un animal vivant, que toutes ces femmes dirent être un lézard; elles en virent les pattes et la queue, car il était alors sur le dos. La femme Lucas assurait l'avoir vu se retournant, qu'il était gluant, découlant du dos de ses mains, et qu'il avait environ deux grands pouces de long sans la queue. Beaudoin, son gendre, survenu aussi, s'empressa de l'écraser. M. Ch... alors directeur de la poste aux lettres à Meulan, péchait près de là et fut bientôt réuni aux personnes rassemblée par cet événement singulier; il écouta les dires avec attention, sans remarquer la moindre hésitation dans les réponses à ses questions. Tous les assistans se montrèrent persuadés du fait, et le temps qu'à dessein je laissai s'écouler, n'amena aucune suspicion de fraude.

La mère Lucas, souffrante de fatigue et d'étonnement, ne tarda pas à occuper son lit. Quand j'arrivai près d'elle, je remarquai les signes d'une gastrite peu intense, qui disparurent en peu de jours. Je lui conseillai une diète sévère, une boisson délayante, bue en petite quantité à la fois, des fomentations et des demi-lavemens émolliens.

Cette malade m'assura qu'après avoir pris le second verre de tisanne, elle éprouva une sensation particulière dans la région épigastrique, comme d'un corps passant de l'estomac dans le tube intestinal, jusqu'aux environs de l'ombilic, où se firent sentir ensuite d'autres phénomènes:

Au demeurant, elle reprit promptement son train de vie ordinaire, sans que ses maux d'estomac aient reparu; mais depuis lors, et successivement davantage, elle se plaignait d'éprouver à la région ombilicale un mouvement particulier, des élancemens et, parfois, des douleurs poignantes, qui cédaient à la pression. Elle était moins souvent obligée de manger et n'en retirait plus le même soulagement. Ses digestions, d'ailleurs, n'étaient point pénibles, et ses selles étaient régulières; aussi cette femme ne se déterminait-elle que rarement à suivre les avis que je lui donnais; cependant elle était non seulement persuadée d'avoir avalé, en buvant dans un ru, l'animal vomi (lézard d'eau), mais elle croyait fermement en avoir un second dans les intestins, et répétait souvent à sa famille qu'il fallait la faire ouvrir après son décès. Depuis je l'ai perdue de vue.

Malgré le degré d'incertitude laissé sur le fait rapporté, il m'a paru bon à recueillir. Avant d'en rejeter la possibilité, l'on voudra bien considérer que les gens de rivière dorment souvent profondément sur les rives ou dans les îles plus ou moins marécageuses, et qu'ils choisissent trop rarement l'eau dont ils se désaltèrent à longs traits, circonstances habituelles chez la femme Lucas. Alors l'ingestion du jeune reptile batracien (salamandre) s'explique de suite. On peut donc y croire, sans trop aimer le merveilleux et sans excès de crédulité.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 29 JUILLET.

RECHERCHES SUR LA STRUCTURE DU POUMON DE L'HOMME ET DES ANIMAUX VERTÉBRÉS.

M. Bazin lit un second mémoire sur ce sujet.

Dans aucun animal vertébré, dit l'auteur, la membrane aérifère n'est un simple sac ou vessie : elle offre toujours des plissemens, des rentrées plus ou moins nombreuses, suivant que la quantité du sang qui doit être mise en rapport avec le fluide ambiant dans un temps et dans un espace déterminés, est plus ou moins considérable.

Si on prend un poumon de mammifère et que l'on injecte du mercure dans une des divisions des branches qui se rendent dans les parties les moins épaisses de ses lobes, ou bien, si dans les ruminans, on prend le petit lobe auquel on a donné le nom de lobe surnuméraire; ou bien encore, si après avoir laissé pendant quelques jours le poumon dans de l'eau que l'on a soin de renouveler, on en enlève d'abord la plèvre, ensuite la membrane en tissu élastique que l'auteur nomme capsule pulmonaire, et qu'ensuite on isole une ramification bronchique avec les lobules où elle se rend (si le poumon est lobulé) et qu'on l'injecte au mercure, on pourra, ainsi que l'a annoncé Reisseisen, suivre un certain nombre de rameaux bronchiques, les voir se ramifier de plus en plus, et leurs ramuscules devenir d'autant plus minces qu'ils sont plus nombreux et plus voisins du point où ils vont se terminer au cœcum.

Si l'injection est complète, les terminaisons bronchiques seront hérissées d'un grand nombre de petites éminences. Ces saillies, qui constituent ce que l'on nomme *cœcums* bronchiques, ont environ un douzième de millimètre chez l'homme adulte, un quart et même un demi-millimètre chez plusieurs carnassiers. Leur volume et leur forme sont respectivement déterminés par la grandeur et la forme des mailles du réseau vasculaire qui recouvre les terminaisons bronchiques, ou qui se trouve dans l'épaisseur de leurs parois. En effet, ces mailles étant formées par cette partie du système vasculaire d'où naît le système capillaire, ou système commun aux deux ordres de vaisseaux, et les vaisseaux se laissant moins facilement distendre par l'air ou par le mercure que la membrane mince qui reçoit le chevelu, on conçoit comment la distension générale de la membrane aérifère doit nécessairement donner naissance aux nombreuses petites saillies cécales en question.

M. Bazin dit s'être assuré qu'il n'existe aucune anastomose entre les divisions des conduits aériens des mammifères. Voici une des observations qu'il a faites à ce sujet : Sur un poumon de panthère, dans lequel les cœcums bronchiques ont un demi-millimètre de diamètre, il injecta de mercure une petite ramification bronchique qui se terminait au bord tranchant du poumon; quand tous les cœcums dépendant de la petite branche injectée furent remplis, il était impossible de voir, s'il existait ou non des anastomoses entre ces cœcums; mais en permettant au métal de remonter dans la bronche qui l'avait reçu d'abord, un grand nombre de cœcums se vidèrent tout-à-coup, et bientôt il n'y eut plus de mercure que dans les ramuscules pénultièmes, que l'auteur nomme aussi terminaisons des bronches, pour les distinguer des cœcums. Il me fut facile ensuite, dit M. Bazin, de faire refluer le mercure, de manière à ne plus avoir que trois ou quatre ramuscules pénultièmes de remplis. Établissant alors la compression sur l'origine des ramuscules que je venais de vider, et laissant leurs extrémités complétement libres, je voulus voir si en poussant de plus en plus fortement la petite colonne de mercure contenue dans la petite branche qui les avait remplis d'abord, je parviendrais, après avoir rempli de nouveau les cœcums bronchiques des ramuscules pénultièmes qui contenaient encore du mercure, à faire passer le métal dans les extrémités adjacentes restées complétement vides. Le métal déchira plusieurs cœcums, se fit même un chemin à travers la plèvre, plutôt que de pénétrer dans les ramuscules vides. Mais aussitôt que la compression qui empêchait leur communication avec le tronc a été discontinuée, ils se remplirent de nouveau, et je pus ainsi m'assurer que le mercure qui s'était épanché dans leur voisinage ne les avait point lésés, et qu'il n'existait entre ces terminaisons bronchiques d'autres rapports que d'avoir souvent une origine commune, c'est-à-dire les ramuscules d'un petit rameau.

Dans la suite de son mémoire, l'auteur, revenant sur la capsule pulmonaire, dont il a d'ailleurs traité plus amplement dans un mémoire précédent, remarque que ce tissu élastique acquiert son plus grand développement dans les grands mammifères, et qu'il semble d'autant plus apparent que les faisceaux musculaires des bronches sont moins apparentes. C'est dans l'éléphant, dit M. Bazin, qu'il nous paraît avoir son maximum d'épaisseur. Cependant il est probable que les grands cétacés surpassent l'éléphant sous ce rapport, et nous avons d'autant plus raison de le penser, qu'après l'éléphant, c'est chez le marsouin que nous lui avons trouvé le plus de résistance, et que Hunter avait été déjà frappé de la grande élasticité du poumon de la baleine et de la force avec laquelle l'air qu'on y injecte en est chassé. En général, chez les animaux de taille moyenne cette membrane est formée par des fibres en tissu élastique, s'entrecroisant dans leur direction, qui est légèrement oblique et sinueuse, et laissant assez fréquemment entre elles des vides qui donnent naissance à des mailles plus ou moins lâches remplies de tissu cellulaire. Maintenant, si dans l'éléphant on étudie la face interne de cette capsule pulmonaire, on voit qu'elle envoie dans l'épaisseur du poumon de nombreux prolongemens membraneux; que de ces prolongemens il en naît d'autres, de sorte que les ramifications des bronches se trouvent ainsi enfermées dans un certain nombre de grandes cellules très résistantes, et dont l'action doit être puissante dans l'expiration; aussi avons-nous remarqué que le poumon de l'éléphant mort il y a quelques mois à la ménagerie contenait très peu d'air. Il est évident que pour étudier le mode de terminaison des bronches de l'éléphant, il faut enlever la membrane élastique qui le recouvre.

SUR LE TISSU DES PLANTES ET LA MATIÈRE INCRUSTANTE DU LIGNEUX.

M. Payen communique de nouvelles observations sur ce sujet. Dans un précédent travail, dont nous avons rendu compte à l'époque de sa présentation, l'auteur avait montré que la substance propre des membranes qui constituent les utricules et le tissu cellulaire, débarrassée de tous corps étrangers, offre une composition élémentaire identique dans les différentes plantes, composition représentée par 0,448 de carbone et 0,552 d'eau, fort différente par conséquent de celle admise jusqu'alors pour le ligneux. En remontant par degrés de l'étude des tissus naissans à celle des parties devenues ligneuses, l'auteur avait encore été conduit à reconnaître que ces ligneux, épurés des matières facilement dissolubles, contiennent outre cette cellulose une autre matière bien distincte qui forme les incrustations dures; c'est l'examen de ce *durumen* qui forme l'objet principal du nouveau Mémoire.

La matière incrustante que M. Turpin désigne sous le nom de sclerogène et qui est une sécrétion spéciale des cellules fibreuses ou ligneuses peut se diviser, d'après les recherches de M. Payen, en trois substances distinctes :

1° Matière insoluble à l'eau, à l'alcool, à l'éther.

Composition : Carbone, 48,6; hydrogène 6; oxigène 46. Cette matière est fortement attaquée par l'*acide sulfurique* concentré; par l'addition d'eau elle en est précipitée en flocons volumineux, noirs, opaques. L'*acide hydrochlorique* très concentré la colore en brun; l'eau l'en précipite en flocons brunâtres. Le *chlore* l'attaque, la dissout et la blanchit un peu. L'*iode* est sans action sur elle.

2° Matière soluble à l'alcool.

Composition : Carbone 51,5; hydrogène 6,5; oxigène 42. L'*acide sulfurique* concentré la désagrége rapidement, puis la colore en fauve orange; l'eau l'en précipite en flocons brun-rougeâtres très volumineux. L'*acide chlorhydrique* très concentré l'attaque, la dissout et la colore en jaune. Le *chlore* l'attaque, la dissout et la blanchit un peu. L'*iode* est sans action.

Matière soluble à l'éther, à l'alcool, à l'eau.

Composition : Carbone 68,55; hydrogène 7,04; oxigène 24,43.

L'acide sulfurique concentré la dissout en la colorant en jaune fauve de caramel qui devient graduellement plus foncé.

L'eau en précipite des flocons gris-roussâtres légers.

L'acide chlorhydrique concentré la colore en noir très intense.

L'eau en précipite des flocons de même couleur.

Le chlore l'attaque peu et ne change pas sa couleur jaune.

L'iode fonce sa coloration en orangé.

L'eau la dissout en petite quantité.

Soumise aux mêmes réactions, la cellulose, dont la composition est : carbone 44,8 ; hydrogène 6,2 ; oxigène 49, se comporte de la manière suivante :

L'acide sulfurique concentré la gonfle, la désagrége et la dissout sans coloration sensible.

L'eau étend la dissolution sans y produire de changemens appréciables.

L'acide chlorhydrique la désagrège sans coloration.

Le chlore l'attaque peu, mais la blanchit.

L'iode est sans action sur elle.

L'eau ne la dissout point.

Ces quatre substances, qu'on avait confondues sous le nom de *ligneux*, peuvent exister dans des proportions très différentes, suivant les essences des bois, et même suivant les circonstances différentes dans lesquelles se sont développés des bois d'une même essence; c'est ce qui explique les discordances qu'on remarque entre les résultats des différens chimistes relativement à la composition du ligneux.

Parmi les propriétés caractéristiques qui distinguent ces quatre substances on remarquera :

1° La dissolubilité de la cellulose sans coloration par l'acide sulfurique concentré, ce qui explique sa transformation en dextrine et en sucre incolore.

2° Les colorations spéciales plus ou moins prononcées des trois autres substances par le même agent, en sorte que la transformation connue du ligneux en sucre non coloré doit être attribuée seulement aux membranes isomères de l'amidon, et non au ligneux entier des bois.

3° L'action si prononcée de l'acide chlorhydrique qui colore en noir l'un des principes des incrustations, désagrége les membres et peut nuire ainsi doublement dans quelques opérations du blanchiment.

4° L'action du chlore qui blanchit deux des substances du bois, est inerte sur la troisième, et colore la quatrième en jaune. Ce dernier effet est d'accord avec les observations sur l'inefficacité du chlore pour blanchir directement les sparteries et les fils écrus.

RECHERCHES SUR L'ACTION CHIMIQUE DE LA LUMIÈRE AU MOYEN DES COURANS ÉLECTRIQUES.

On lit l'extrait d'une note de M. Becquerel fils sur ce sujet.

Les radiations particulières émanées d'un faisceau lumineux, qui sont douées de la propriété de réagir sur les élémens des corps pour opérer leur combinaison ou leur séparation n'ont été étudiées jusqu'ici que sur un petit nombre de substances.

Parmi celles qui sont altérées par la lumière, on a remarqué que le plus grand nombre renferme du chlore, du brôme ou de l'iode. L'action de ces corps sur l'hydrogène, et principalement celle du chlore, est telle, que partout où un composé peu stable de chlore est en présence d'une combinaison hydrogénée, sous l'influence des rayons chimiques, le chlore tend à s'emparer de l'hydrogène pour former de l'acide chlorhydrique; mais, en général, on manquait de procédés physiques pour connaître l'action des deux substances l'une sur l'autre sous l'influence des rayons chimiques, d'après les produits formés; par exemple, on n'était pas encore parvenu à observer les courans électriques qui doivent se produire dans ce cas comme dans tous ceux où il y a action chimique, et on était ainsi privé d'une source d'indications devenue très précieuse depuis qu'on a réussi à former des galvanomètres doués d'une extrême sensibilité. Pour fournir aux chimistes ce moyen d'investigation, tel est le but que s'est proposé M. Edmond Becquerel.

Deux liquides, d'inégale densité, conducteurs de l'électricité, étant superposés dans un vase; si un des liquides renferme une substance capable de réagir, sous l'influence de la lumière, sur une autre qui se trouve dans le second liquide, dès l'instant où l'on fera pénétrer dans la masse la radiation chimique, il s'en réagira l'un sur l'autre à la surface de séparation en produisant un courant électrique qui sera accusé par un galvanomètre dont les deux extrémités sont terminées par deux lames de platine plongeant dans chaque liquide. C'est sur cette remarque que se fonde le procédé de M. E. Becquerel, et son mémoire contient l'exposé des principales applications qu'il en a faites.

ACTION DES MEMBRANES ANIMALES POUR PRODUIRE CERTAINES TRANSFORMATIONS CHIMIQUES.

Dans le compte rendu de l'une des précédentes séances nous avons dit que M. Fremy avait reconnu qu'une solution de sucre mise en contact avec certaines membranes animales, par exemple avec un estomac de veau bien lavé, se transformait en acide lactique. Un fait aussi curieux ne pouvait manquer de provoquer de nouvelles recherches; et ces recherches ont en effet conduit, dès à présent, l'auteur à des résultats que M. Pelouze communique en son nom à l'académie.

M. Fremy a reconnu que différens corps mis en contact avec une membrane à une température de 40 degrés pouvaient éprouver dans cette circonstance des altérations successives : ainsi, la mannite, le sucre de lait, la dextrine, etc., se transforment sous cette influence en acide lactique. Il ne se produit dans ce cas ni gaz putride ni matière visqueuse.

La transformation de la mannite en acide lactique, sous l'influence d'une matière animale, vient se ranger à côté des faits observés par MM. Pelouze et Gay-Lussac fils, dans leur travail sur la fermentation visqueuse; car, d'après les idées émises par ces deux auteurs, le sucre devait pouvoir se transformer en mannite, et la mannite en acide lactique, et c'est ce que M. Fremy a reconnu pour avoir lieu en effet.

M. Fremy a vu de plus que les sels organiques, tels que les citrates, les tartrates, les malates de potasse et de soude se changent très rapidement sous l'influence des membranes en carbonates de potasse et de soude.

On voit donc, en un mot, que certains corps qui, jusqu'à présent, étaient regardés comme fixes, ou qui du moins se décomposaient sous des influences mal déterminées, peuvent éprouver des modifications sous l'influence de certaines matières animales.

Tout le monde comprendra qu'une force de décomposition qui paraît s'appliquer à toutes les substances organiques peut rendre compte de certains phénomènes de physiologie animale ou végétale, qui jusqu'alors avaient été peu étudiés. Mais pour arriver à quelque résultat, il faut examiner dans quelles circonstances les décompositions se déterminent, quelle est la part que la substance animale peut prendre dans de pareilles réactions, et quels sont les corps qui peuvent se former. Aussi, dit M. Fremy, en communiquant ces résultats, mon intention est surtout de prendre date pour un travail qui peut être de quelque durée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 30 JUILLET.

MAGNÉTISME ANIMAL.

M. BURDIN annonce à l'Académie que, voulant rendre plus faciles les conditions exigées par lui, pour le prix de trois mille francs qu'il a fondé, il accorde maintenant qu'il suffira de pouvoir lire au travers d'un simple tissu de toile ou decoton, ou même d'une feuille de papier, ajoutant que les limites primitivement fixées seront étendues jusqu'au mois d'octobre 1840, au lieu d'octobre 1839.

TRAITEMENT DE L'EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

M. OLLIVIER (d'Angers) fait, en son nom et en celui de MM. Amussat, Bouillaud, Husson, Lecanu, un rapport sur les expériences de M. Rognetta, ayant pour but d'établir la valeur relative de la saignée et des excitans dans le traitement des empoisonnemens par l'acide arsénieux. On se rappelle, dit M. le rapporteur, qu'à l'occasion d'un fait d'empoisonnement par cette substance, où la saignée avait été utile, M. Rognetta écrivit à l'Académie que les excitans lui paraissaient le meilleur remède, et que la saignée, au contraire, devait être regardée comme nuisible, conformément à l'opinion de Rasori et de Giacomini. Sur la demande de M. Orfila, une commission fut nommée pour suivre les expériences sur lesquelles M. Rognetta, en appelant l'attention de l'Académie, espérait baser l'opinion qu'il soutenait. C'est le résultat de ces expériences que nous venons aujourd'hui vous exposer.

Les quantités d'acide arsénieux données aux chiens ont été fournies et dosées par M. Lecanu. Chacun des membres de la commission se rendait à des heures différentes dans le local consacré aux expériences et notait avec soin les phénomènes qu'il observait sur les animaux empoisonnés et soumis aux deux méthodes de traitement. Ce n'est, au reste, dit M. le rapporteur, qu'une simple question de thérapeutique, que nous chercherons à éclairer, en la restreignant au sujet spécial, sans nous engager dans la discussion du traitement général de l'inflammation par la méthode italienne ou le contro stimulisme.

Trois modes d'expérimentation ont été employés, ce qui constitue trois catégories d'expériences; chez une première série de chiens, une dissolution d'acide arsénieux a été injectée dans la cavité péritonéale; dans une seconde série, de l'arsenic, finement pulvérisé, a été introduit dans le tissu cellulaire sous-cutané de la nuque; enfin, chez d'autres chiens, la dissolution arsénicale a été injectée dans l'estomac, immédiatement après, laquelle était maintenue fermée par un lien circulaire pour s'opposer au vomissement.

1° Tous les chiens auxquels l'injection de la dissolution arsénicale avait été faite dans le péritoine moururent à des époques variables entre neuf heures et quatre jours, suivant la proportion d'acide arsénieux. Ceux qui furent saignés immédiatement et à plusieurs reprises moururent, comme ceux auxquels le mélange de bouillon, de vin alcoolisé et d'un cinquième d'eau fut administré, et comme ceux qui furent abandonnés à eux-mêmes. On remarqua, dans une première expérience, que le chien traité fut plus vif que celui qui avait été saigné; mais il n'avait injecté que trois grains d'acide arsénieux dissous. Dans une seconde expérience, qui porta sur six chiens, deux furent saignés, deux autres traités par les toniques; deux, enfin, abandonnés à eux-mêmes : tous succombèrent. Ceux qui furent traités par les excitans vécurent trois heures de plus que ceux qui avaient été saignés, c'est-à-dire douze heures, et l'un des deux chiens abandonnés à eux-mêmes vécut dix-huit heures.

2° Les chiens auxquels on introduisit de l'acide arsénieux en poudre dans le tissu cellulaire du cou, et qu'on a abandonnés à eux-mêmes, succombèrent; ils étaient au nombre de deux. Parmi ceux qui furent saignés, deux succombèrent sur six; les deux qui furent traités par les excitans succombèrent; l'époque de la mort varia entre huit heures et douze heures.

3° Ceux auxquels de la dissolution arsénicale fut injectée dans l'estomac furent soumis au même traitement comparatif et donnèrent les résultats suivans : sur treize chiens, auxquels l'arsenic dissous dans l'eau fut injecté dans l'estomac à la dose de 6 à 14 grains, et qu'on saigna une ou plusieurs fois après l'ingestion du poison, onze succombèrent et deux seulement guérirent.

Sur le même nombre de chiens, soumis, après l'intoxication, au traitement excitant, combiné avec les narcotiques (laudanum), huit guérirent, cinq moururent.

Enfin, neuf furent abandonnés à eux-mêmes et huit succombèrent.

Les renseignemens sur les huit chiens qui guérirent par suite du traitement excitant sont insuffisans en ce qui touche le vomissement; cela ne fut noté que pour quatre d'entre eux; et trois sur quatre vomirent; rien n'est indiqué pour les autres; or, on a pu se demander, dit M. le rapporteur, si les vomissemens n'avaient pas eux-mêmes une action puissante en faisant rejeter la substance toxique. Les liquides ingérés auraient donc produit de l'avantage, moins par leur action spéciale sur les parois gastriques enflammées qu'en déterminant le rejet des portions de poison qui restaient encore dans l'estomac. Cette hypothèse paraît d'autant plus probable que le rétablissement a été trop rapide pour admettre que l'inflammation ait eu le temps de se développer, puisque peu d'heures après le rétablissement était complet. Ce rejet de la substance vénéneuse se trouve facilité encore par le mode d'administration; le liquide qui tient l'arsenic en dissolution l'entraîne facilement, lorsque le vomissement a lieu.

Pour se placer dans des conditions analogues à celles qu'on observe le plus souvent il aurait fallu varier le mode d'administration du poison. Dans les exemples connus d'empoisonnement par l'arsenic, presque toujours il est donné à l'état solide, en poudre; dans les expériences dont il s'agit maintenant, on l'a toujours donné en dissolution, ce qui n'est point la même chose pour apprécier ses effets toxiques : à l'état pulvérulent il s'attache aux parois de l'estomac et il est beaucoup plus difficilement rejeté. Afin de donner plus de valeur à ces résultats, il aurait fallu, en outre, recueillir les matières des vomissemens et voir si elles renfermaient de l'arsenic et quelle quantité. Il a pu très bien se faire que, dans plus d'une expérience, le degré d'intoxication ne fut pas le même et qu'ainsi on parte de données qui ne sont point identiques. Enfin, la ligature de l'œsophage n'a été faite dans aucun cas, ce qui aurait levé la difficulté. Mais M. Rognetta, craignant, dans cette opération, de léser les nerfs pneumo-gastriques, et de donner lieu à un écoulement sanguin, qui aurait pu compliquer les résultats, a jugé plus convenable de s'en abstenir.

Le traitement excitant qu'il a suivi consistait à injecter dans l'estomac et les intestins un mélange de vin, d'eau-de-vie et de bouillon; si les vomissemens le rejetaient, il y revenait une seconde fois, pour donner le même mélange en lavement, si de nouveaux vomissemens survenaient; plusieurs fois il y a ajouté du laudanum au bouillon tonique; il évitait avec soin de laisser boire de l'eau aux animaux soumis à ce traitement.

Voici, en dernier résultat, ce qu'il a obtenu sur quarante-sept chiens soumis à ses expériences :

Sur 19 qui ont été saignés............	3 sont guéris,	16 ont succombé.
— 20 qui ont été traités par les excitans,	9 —	11 —
— 9 abandonnés sans traitement........	1 guéri,	8 morts.

On peut donc conclure de ces expériences, dit M. le rapporteur, que la proportion des chiens guéris aux chiens morts a été de trois sur 19 pour ceux qui ont été saignés, et de 9 sur 20 pour les chiens tonifiés. La guérison a été plus rapide chez ces derniers. Ces dernières considérations font donc désirer que ces expériences soient répétées dans d'autres conditions; en conséquence la commission propose d'encourager M. Rognetta à continuer ces travaux et de lui adresser des remerciemens.

M. Orfila : Avant d'entrer dans la discussion, je crois qu'il m'importe d'établir, messieurs, que je suis totalement désintéressé dans la question. Je n'ai point soutenu la prépondérance exclusive de la saignée. Je n'ai écrit dans ma Toxicologie que seize lignes sur ce mode de traitement et l'on y verra qu'en citant des faits empruntés à M. Campbell, à M. Davies, qui ont obtenu des succès par les évacuations sanguines, j'étais loin de regarder ce moyen comme constamment utile, « je le regarde, disais-je alors (p. 449) comme avantageux dans les cas où des symptômes inflammatoires se sont développés. Ce n'est donc point une opinion personnelle exclusive que je viens défendre, c'est l'intérêt de la vérité. Je me propose d'examiner successivement les trois points suivans : 1° Quelles sont les règles à suivre dans tout empoisonnement? 2° Quelle est l'utilité de la saignée dans l'empoisonnement par l'acide arsénieux. 3° Enfin, j'analyserai les expériences de M. Rognetta, et j'en apprécierai les résultats.

1° Le traitement de tout empoisonnement offre deux périodes; il faut d'abord s'opposer à l'action du poison, qui n'a point encore agi, et combattre ensuite la maladie qu'il a développée. C'est au traitement de la première période que se rapportent surtout les vomitifs et les antidotes isolés ou combinés. La première chose à faire consiste donc à expulser ce qui n'a point encore agi; si vous ne pouvez y parvenir, songez à le neutraliser; s'il s'agit, par exemple, de l'acide arsénieux, donnez le tritoxide de fer hydraté. Là se trouvent deux avantages que personne ne conteste, les expériences sur les animaux éclairent puissamment ce premier ordre de faits; sous ce rapport, on ne saurait s'empêcher de leur reconnaître de grands avantages.

Mais il n'en est plus ainsi à la deuxième période, tous les symptômes qui se développent alors sont variables, tant la réaction présente de degrés divers. Ici les vomissemens ont lieu de bonne heure, là ils surviennent fort tard; dans un cas, l'estomac était plein au moment de l'ingestion de la substance vénéneuse; dans un autre, il était vide; ainsi donc, une plus ou moins grande quantité d'arsenic restera dans l'estomac; même variation pour la portion absorbée. Est-il possible d'imiter sur les chiens ces divers états? Si vous administrez des doses faibles de poison, ils le vomiront et seront guéris; cela s'applique surtout aux chiens qui vomissent avec une grande facilité; vous n'aurez donc pas produit de maladie. Cela est si vrai que M. Virey était allé jusqu'à se demander si l'arsenic était un poison pour les chiens. Donnerez-vous des doses fortes, alors où il surviendra des vomissemens, et l'animal se trouvera dans les mêmes circonstances que ceux auxquels je viens de faire allusion, ou il ne vomira pas et sera tué comme par la foudre au bout de trois ou quatre heures. Comment alors apprécier la valeur d'une thérapeutique, d'une médication quelconque, et en espérer quelque avantage? Si donc, il y avait beaucoup à espérer des expériences sur les animaux pour éclairer la première partie de la question, c'est-à-dire le traitement de la première période, la même chose ne saurait être dite pour la seconde, on est forcé d'en convenir. On pourrait y arriver par l'application, dans le tissu cellulaire, dans la cavité péritonéale, de doses variées d'arsenic, et produire ainsi tous les états et tous les degrés de cet empoisonnement. Les animaux vivraient plus ou moins longtemps, et l'on pourrait toujours mieux apprécier les résultats d'un traitement. M. Rognetta a eu tort, ce me semble, de rejeter ce mode d'expérimentation pour s'attacher à l'ingestion dans l'estomac. Serait-ce que les premières expériences ne parlaient pas en faveur de sa méthode?

2° J'arrive à ce qui touche à l'utilité de la saignée. Depuis quelques années, 18 cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux, où la saignée a produit un heureux effet, sont venus à ma connaissance. Le dernier fait, qui vient de se passer tout récemment, m'a été communiqué par M. Casimir Broussais; je l'ai déjà cité à l'Académie. M. Carron du Villards m'a donné l'histoire de cinq malades chez lesquels ce moyen a été avantageux, enfin, je pourrais rappeler l'observation de M. Coqueret.

J'ai sous les yeux un relevé des empoisonnemens par l'acide arsénieux, dont les journaux anglais ont donné l'histoire; il renferme les noms des observateurs, l'âge des malades, l'indication de l'existence ou de l'absence de vomissemens, le nombre de saignées faites, etc.; or, ce relevé comprend 19 observations; dans tous les cas, on a désigné la saignée; un seul malade est mort; niera-t-on que la saignée ait été utile?

M. Gendrin citait, en 1823, dans le Journal général de médecine, l'histoire d'un empoisonnement par l'arsenic, qui fut suivi de guérison; on saigna largement du bras, et deux épistaxis étaient survenues au bout de quelques jours.

M. Robert a rapporté dans La Lancette une observation tout à fait semblable; il y eut, comme dans le cas précédent, une réaction énergique; le quatrième jour, le pouls était fort, la chaleur générale intense; on fit une saignée, et plus tard encore survinrent des épistaxis; le malade guérit.

A l'appui de ces faits, que je me borne à rapprocher sans chercher à trop généraliser les conclusions toutes naturelles qui en découlent, et que j'aime mieux laisser tirer à l'Académie, je citerai une lettre de M. Schœdel, qui m'écrit il y a peu de jours à propos des expériences dont on vient de vous entretenir; il a vu donner pendant nombre d'années, et a prescrit lui-même à l'hôpital St-Louis, sous la direction de M. Biett, les préparations arsenicales contre les maladies de la peau. Il a toujours constaté que les accidens auxquels les préparations arsenicales donnaient lieu étaient de nature inflammatoire, qu'il se développait une véritable fièvre angioténique, et que la saignée constituait le meilleur traitement à lui opposer. Tous les médecins qui ont prescrit ces médicamens sont pénétrés de cette vérité; M. Cazenave, élève de M. Biett, et collaborateur de M. Schœdel, m'écrit dans le même sens; comment, en présence de tels symptômes qui dénotent une excitation évidente du système sanguin, donner des alcooliques, des excitans pour les combattre? Ce serait, suivant moi, se jouer de la vie des hommes. Je ne pense pas qu'après l'exposé des faits qui précèdent on puisse mettre en doute l'utilité de la saignée, à part les cas d'asphyxie, de véritable sidération; on ne saurait, de bonne foi, en contester les avantages.

3° J'arrive, Messieurs, à l'examen des expériences de M. Rognetta; ce que j'ai à dire à ce sujet se rapporte à cinq principaux chefs :

1° Les animaux chez lesquels des injections ont été faites dans la cavité péritonéale, qui n'ont pu les rejeter comme lorsque l'arsenic est introduit dans l'estomac, sont tous morts, quel que fût le traitement; et celui d'entre eux qui vécut le plus longtemps avait été abandonné à lui-même; je ne pense pas qu'on puisse rien conclure de ce premier ordre de faits; cependant il aurait pu devenir le plus concluant, si on eût eu recours à un bon nombre d'expérimentations, si des doses moins fortes eussent été injectées, etc.; la même chose s'applique à l'introduction du poison dans le tissu cellulaire; on a eu grand tort, à mon sens, de renoncer à cet ordre d'expériences, que je considère comme le meilleur.

2° Que penser maintenant de l'injection de l'arsenic dans l'estomac, si l'on fait attention qu'il est immédiatement rejeté, quelle valeur attacher aux résultats obtenus dans cette circonstance? Ne faudrait-il pas savoir si des vomissemens ont eu lieu, et à quelle époque; quelle a été la quantité des matières vomies, et quelle était leur nature? N'était-il pas fort important de ne pas s'exposer à confondre ce qui avait été rejeté par tel ou tel chien, et, sous ce rapport, des erreurs ont dû nécessairement se glisser dans les expériences, puisque ce n'est que vers la quatrième ou cinquième que les chiens ont été, d'après mon conseil, attachés à une certaine distance les uns des autres, afin qu'il fût possible de savoir auxquels d'entre eux rapporter les matières vomies. Du reste, un moyen se présentait qui aurait évité ces inconvéniens, c'était tout simplement la ligature de l'œsophage. Le vomissement n'est plus dès-lors possible; et cette opération, que j'ai faite un si grand nombre de fois, que les physiologistes expérimentateurs, M. Magendie entre autres, ont si souvent pratiquée, n'a pas le moindre inconvénient, il suffit de maintenir cette ligature pendant quatre heures; plus tard, l'absorption a eu lieu, elle devint inutile.

3° Quant aux chiens saignés, on les a, suivant moi, doublement empoisonnés. Qui a jamais saigné immédiatement après l'empoisonnement? Personne que je sache; car tout le monde sait fort bien que ce seul fait favoriserait au dernier point l'absorption, cela saute aux yeux. Il aurait fallu attendre, dira-t-on? mais l'animal aurait succombé. Que fallait-il donc faire? Lui donner beaucoup moins de poison, procéder par de petites doses. Enfin, et ceci me paraît de la dernière importance, il fallait se placer dans les conditions où l'homme se trouve le plus souvent; c'est-à-dire donner l'acide arsénieux à l'état solide. Qui ne sait que 99 sur 100, c'est sous cette forme qu'il est pris ou administré; or, qui ne sait également qu'il réagit surtout alors en provoquant l'inflammation?

En résumé, Messieurs, je crois qu'en admettant que les expériences aient été bien faites, on ne saurait rien en conclure en faveur de la médication tonique. C'est le vomissement qui a surtout agi, comme vous l'a dit M. le rapporteur; les chiens se trouvaient guéris immédiatement après; ce n'était pas encore une véritable maladie qui s'était développée, ce serait trop en contradiction avec cela une guérison aussi instantanée. En exposant les faits et les réflexions

que je viens de vous soumettre, Messieurs, je me suis surtout proposé pour but de prévenir les praticiens de Paris contre toute erreur. Il importait de faire cesser toute incertitude au sujet d'un moyen qui a rendu de si grands services. Mais, je le répète en finissant, si, d'après les faits, j'ai dit que la saignée pouvait être utile, je n'ai jamais prétendu qu'elle dût constituer à elle seule le traitement de l'empoisonnement par l'arsenic; j'ai dit seulement et j'affirme encore que, dans tel cas donné, à telle période, elle peut être utile, nécessaire même; je n'ai jamais prétendu qu'elle le fût toujours et à toutes les périodes.

M. Dupuys insiste sur le trouble que les vomissemens doivent apporter dans l'appréciation des résultats fournis par les expériences; en liant l'œsophage, dit-il, cet inconvénient est évité, et rien de plus simple que cette ligature; les nerfs pneumogastriques accompagnent moins l'œsophage que l'artère carotide; dans les nombreuses ligatures de ces nerfs, que j'ai faites avec Dupuytren, j'ai eu cent fois l'occasion de m'assurer de ce fait. J'ajouterai enfin que l'arsenic en dissolution est bien loin d'avoir la même action que l'arsenic en substance; ce dernier se combine avec le tissu de l'estomac, s'y attache, et produit des ulcérations, des perforations; ce sont donc des expériences à recommencer.

M. Bouillaud, membre de la commission, fait part des impressions que lui ont fait éprouver les expériences de M. Rognetta. Défalcation faite d'un certain nombre de faits, j'examinerai successivement dit-il, ce qui se rapporte à chaque catégorie. Relativement à ceux de la première série, je dois dire que l'injection dans le péritoine détermina des accidens tels, qu'il est impossible de distinguer ce qui appartient à la péritonite intense de ce qui est le fait de l'action spéciale du poison. Aussi, suis-je disposé à admettre qu'on ne peut tirer aucune conclusion de ces premières expériences; il serait trop difficile d'empêcher la péritonite de se développer, pour qu'on puisse en attendre quelque chose par la suite. Pour ce qui est de l'application de l'arsenic dans le tissu cellulaire, cette voie me parut bonne, puisque d'une part les accidens ne sont pas trop intenses, et que de l'autre l'estomac n'est pas dans le cas de rejeter le poison; il est malheureux qu'on n'ait pas poursuivi ce mode d'expérimentation. Les résultats obtenus dans les cas où l'arsenic avait été injecté dans l'estomac me paraissent des plus favorables; on ne saurait mettre en doute que si les animaux eussent été tous abandonnés à eux-mêmes ou saignés en plus grand nombre, tous, ou la plupart auraient succombé. J'ai peine à croire que le fait du vomissement soit la cause unique de la différence entre ceux qui furent traités par les saignées ou abandonnés à eux-mêmes, et ceux auxquels M. Rognetta administra son traitement. J'avoue que je fus singulièrement surpris de voir les chiens avaler si facilement et conserver dans leur estomac ces liquides alcooliques, tandis qu'ils en souffrent si évidemment à l'état normal. J'étais en quelque sorte dans un monde nouveau pour moi, tant les impressions que je ressentais étaient imprévues et profondes, d'autant que j'ai vu à l'autopsie cet état phlegmasique de la muqueuse gastrique chez les chiens auxquels l'injection avait été faite dans la cavité pelvienne, et qui avaient pris le mélange excitant; tandis que chez ceux qui ont été saignés, il n'y avait pas de trace d'inflammation. Je le répète, il ne me semble pas que les vomissemens puissent à eux seuls expliquer l'heureux effet du médicament; car je ne sais pas si ceux qui ont pris le bouillon ont vomi davantage que ceux qui ont été saignés; je ne sais jusqu'à quel point ces derniers ont gardé le poison dans leur estomac sans le rendre. Au reste, je ne veux point faire une application de ces faits à ce qui se passe chez l'homme, je m'en tiens uniquement pour le moment aux résultats observés; or, en me tenant à ces résultats, il est évident pour moi que cette méthode est utile, et que très vraisemblablement si les chiens traités ainsi eussent été abandonnés à eux-mêmes, ils seraient morts plus tôt. Cela ne veut point dire que je repousse la saignée; je crois au contraire avec M. Orfila qu'elle devient surtout utile quand la réaction s'est développée, que cette réaction exige évidemment la saignée. Pour moi, je trouve dans l'action de l'arsenic deux modes différens : 1° une influence spéciale sur le sang, d'où résultent les phénomènes adynamiques; 2° une action sthénique, inflammatoire, consécutivement à l'action locale du poison. C'est contre cette dernière et la réaction qu'elle développe, que les évacuations sanguines me paraissent surtout indiquées.

M. Ollivier (d'Angers) lit de nouveau la partie de son rapport qui a trait au vomissement, et regrette que les renseignemens aient manqué sur ce phénomène chez la moitié des chiens qui, traités par le bouillon vineux, ont guéri. Il fait remarquer en outre que la rapidité de la guérison chez ceux qui n'ont pas été saignés, comparativement à ceux qui l'ont été, doit faire entrevoir des résultats heureux, mais que de nouvelle expériences sont nécessaires.

M. Chervin, qui a assisté aux expériences préparatoires de M. Rognetta, dit que l'impression qu'il en a gardée est tout à fait favorable à l'emploi des toniques; il admet, du reste, avec M. Bouillaud, que la phlegmasie péritonéale complique nécessairement les résultats, et peut rendre difficile à isoler, ce qui appartient à l'action spéciale de l'arsenic.

M. Emery pense que des expériences nouvelles sont nécessaires. Il affirme qu'à l'hôpital St-Louis, où il a administré les préparations arsénicales jusqu'à la dose d'un quart de grain, lorsque des accidens se sont développés, ils ont constamment présenté le caractère inflammatoire; pouls fort et accéléré; douleurs vives au cœur; chaleur générale, etc.; parfois il a observé la paralysie des extenseurs de la main, les fléchisseurs restant seuls en action. Dans ce cas, il a presque toujours retiré de grands avantages de la saignée.

M. Castel trouve qu'on met en parallèle deux moyens également mauvais. Il pense qu'un liquide quelconque introduit dans l'estomac est moins actif que le poison, que les narcotiques émoussent la douleur qui résulte de son contact; suivant lui, si les excitans ont l'avantage de relever les forces, de donner cette sorte de gaîté aux animaux, ils ont l'inconvénient de faciliter l'absorption, à laquelle la saignée s'opposerait, suivant lui, loin de la favoriser.

M. Amussat insiste spécialement sur les résultats fournis par la troisième catégorie d'animaux mis en expérience; car ceux dans lesquels le péritoine ou le tissu cellulaire avaient le contact du poison mouraient trop vite pour qu'on pût continuer des essais dont on ne pouvait tirer des conclusions de quelque valeur. J'avoue, dit M. Amussat, qu'avant d'avoir assisté à ces expériences, la saignée me paraissait préférable aux toniques, il n'en est plus ainsi maintenant; je dirai plus, si j'avais à traiter un malade empoisonné par l'acide arsénieux, je lui donnerais le tonique de M. Rognetta, préférablement à la saignée, dans le principe; c'est là ma conviction pleine et entière; j'adopte les conclusions de la commission, et je propose en outre que l'Académie indemnise M. Rognetta des frais auxquels il a été conduit par des expériences toujours fort coûteuses.

M. Chervin appuie cette proposition. Comme elle rentre dans les attributions du conseil d'administration, l'Académie n'est pas appelée à voter sur elle.

M. Dubois (d'Amiens) rapporte un cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux, dans lequel il y eut, vers le cinquième ou le sixième jour, des symptômes de réactions inflammatoires tellement marqués, qu'on fit successivement, à peu de jours d'intervalle, deux saignées qui amenèrent une amélioration marquée; cependant le malade succomba vers le douzième jour. Je serais disposé à admettre, continue M. Dubois, deux périodes dans l'empoisonnement par l'arsenic, l'une d'affaissement, l'autre de réaction qui lui succède. Il serait important d'expérimenter si les toniques ne conviendraient pas dans la première période, et les antiphlogistiques, la saignée, notamment, dans la seconde.

M. Orfila. Je ne comprends pas, Messieurs, comment M. Amussat a pu vous dire que les praticiens seraient embarrassés pour prendre un parti dans un cas d'empoisonnement tel que ceux dont nous parlons ici; il ressort tout naturellement de ce que j'ai dit, et de ce qui a été dit par plusieurs membres de l'Académie, que la première période exige et les vomitifs et les substances qui agissent chimiquement sur les poisons, peut-être les toniques, si de nouvelles expériences en démontrent l'efficacité; que dans la deuxième période, au contraire, la saignée est parfaitement indiquée.

M. Lodibert insiste sur l'inconvénient d'expérimenter sur les voies digestives, à cause du rejet du poison par le vomissement; il rappelle des cas d'empoisonnement par diverses surfaces muqueuses, le vagin, le rectum, la muqueuse respiratoire, etc., qui constituent tout autant de voies par lesquelles les substances toxiques peuvent être introduites.

M. Renaudin demande que la discussion soit continuée dans la prochaine séance. Cette proposition et les conclusions du rapport sont adoptées.

TUMEUR FIBREUSE DE L'UTÉRUS.

M. Scoutetten met sous les yeux de l'Académie une énorme tumeur fibreuse de l'utérus, enlevée par la ligature et l'excision; il fallut en quelque sorte faire l'accouchement de cette masse dure et très considérable; la malade est parfaitement guérie.

Il est cinq heures et demie, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

RECHERCHES SUR LE DÉVELOPPEMENT, LA STRUCTURE ET LES MALADIES DU SYSTÈME DENTAIRE; par A. Nasmyth, membre du collége des chirurgiens, etc. (En anglais.) — Un vol. in-8° avec 7 planches. Paris, chez Crochard, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Le travail que publie en ce moment M. Nasmyth doit comprendre tout ce qui, dans la science, se rattache à l'appareil de la dentition : l'anatomie, la physiologie et la pathologie; vaste sujet, qui, considéré uniquement du point de vue pratique, aurait déjà une grande importance, mais qui en acquiert une immense aussitôt qu'on le contemple dans toute l'étendue que l'auteur a su lui donner et avec les moyens d'investigation dont il s'est servi. Quand on considère le rôle important que jouent les dents dans l'économie, les formes variées que la nature, pour se conformer aux différences d'organisation, leur a données chez les animaux; quand on se rappelle les caractères importans que la plupart des zoologistes ont tirés de leur forme, de leur nombre, de leur position, les nombreux travaux dont elles ont déjà été le sujet, et les divergences d'opinion auxquelles elles ont donné lieu, on doit désirer ardemment que toutes ces opinions, que tous les faits sur lesquels elles reposent soient soumis à une sérieuse investigation, à l'aide de tous les moyens que les progrès de la science ont mis à notre disposition.

Jusqu'ici on n'avait guère étudié les dents que sous le rapport de leur forme et de leurs caractères extérieurs; leur organisation interne était restée à peu près inconnue, et c'est cette dernière que M. Nasmyth paraît avoir eu surtout en vue d'étudier, en se servant alternativement de l'analyse chimique et de l'examen microscopique. Déjà le microscope avait été employé avec succès, et tout récemment par plusieurs anatomistes allemands, et spécialement par le savant Suédois Retzius; mais leurs observations étaient peu nombreuses et ne pouvaient servir de base à une étude complète des organes de la dentition. C'est ce qu'a tâché de réparer M. Nasmyth, en comblant les lacunes laissées par ses prédécesseurs dans ces sortes de travaux, en cherchant à les mettre d'accord, ou en signalant les causes de leurs nombreuses dissentions, et éclairant par l'induction leurs observations et celles bien plus nombreuses qu'il a faites lui-même, à l'aide des mêmes moyens. Voulant donner à ses études toute l'extension possible, et aux résultats qui en découlent le degré le plus élevé de certitude,

l'auteur n'a pas borné ses recherches aux dents des animaux vivans, mais y a compris aussi celles des espèces éteintes. Sous ce dernier point de vue même, il est arrivé à des résultats tout à fait sorprenans et qui promettent d'être d'une grande utilité pour l'étude de la géologie et de la zoologie antédiluvienne. En effet, à l'aide des caractères spéciaux fournis par l'organisation interne du tissu des dents, il peut reconnaître à quelle espèce et même à quel animal a appartenu, non seulement une dent entière et bien conservée, mais encore un simple fragment de dent fossile. On conçoit facilement de quelle importance est cette découverte pour le géologue, qui trouvera dans l'inspection d'un fragile fragment de dent, échappé au bouleversement des élémens et enfoui depuis tant de milliers d'années, à de grandes profondeurs, de précieux documens; non seulement sur l'animal auquel il aura appartenu, mais aussi, dans de nombreux cas, sur les couches qui l'auront conservé si longtemps. Ces brillans résultats des études auxquelles se livre M. Nasmyth depuis plusieurs années nous font désirer ardemment qu'il active la publication de cet ouvrage, dont la première partie, qui est seule entre nos mains, contient l'historique des études faites jusqu'à l'époque actuelle sur l'anatomie et la physiologie des dents. Nous regrettons de ne pouvoir le suivre dans l'énumération des auteurs qui l'ont précédé, et dans les jugemens qu'il porte sur leurs travaux : il y a cependant une partie de ces recherches historiques que nous aimerions à reproduire, c'est lorsque l'auteur, après avoir parlé de l'école française, représentée par Bichat, les deux Cuvier et MM. Serre, Rousseau et Blandin, puis de l'école anglaise, à laquelle se rattachent les noms du docteur Blak et de MM. Fox et Bell, passe à l'exposition des travaux de l'école allemande, école toute moderne et même contemporaine, et à laquelle les recherches de Muller, de Purkinge et de ses élèves Valentin et Raskow, et, enfin, de Retzius, ont donné un si grand lustre ; mais la simple analyse de cette partie excéderait déjà de beaucoup l'espace que nous pouvons consacrer à l'examen de cet ouvrage ; aussi nous bornerons-nous à indiquer sommairement les principaux résultats auxquels sont arrivés les physiologistes micrographes dont nous venons de parler, car leurs travaux sont peu connus parmi nous, et ont servi de point de départ à ceux de notre auteur.

Purkinge, dont les travaux sur l'organisation des dents ont été publiés dans les thèses de plusieurs de ses élèves, et notamment dans celle de Fraenkel (De penitiori dentium humanarum structura observationes. Wratislaviæ, 1835), établit une grande ressemblance dans ses observations entre la structure des dents et de l'émail et celle du tissu osseux. Le tissu propre de la dent est, selon lui, composé d'une substance en apparence privée d'organisation et de fibres qui la traversent. Ces dernières vont en lignes parallèles, les unes en ligne droite et les autres obliquement de la surface externe à la surface interne de la dent. Elles offrent partout à peu près le même volume et communiquent entre elles par un petit nombre de rameaux. Ces fibres sont creuses, et quelquefois, chez le cheval par exemple, elles peuvent absorber l'encre par l'action capillaire. Muller, qui avait aussi reconnu ces fibres, a également constaté qu'elles sont, en partie au moins, remplies de sels inorganiques, calcaires. Des sels de la même nature existent encore dans la substance intermédiaire placée entre les fibres.

L'émail de la dent, d'après les recherches du même micrographe, serait composé de fibres simples, placées perpendiculairement, augmentant un peu de volume vers leur extrémité supérieure, formant des prismes quadrilatéraux, et offrant souvent plusieurs courbes dans leur trajet.

L'intérieur et l'extérieur de la racine de la dent sont recouverts, d'après Purkinge et Muller, d'une couche mince de vrai tissu osseux.

Les recherches du professeur Retzius, de Stockolm, furent publiées peu de temps après celles de Purkinge, et ne fixèrent pas moins l'attention. Elles les confirmèrent en partie, tout en signalant dans la structure des dents, de nouvelles formes organiques qui avaient échappé aux recherches antérieures. Non seulement Retzius a constaté la présence, dans le corps de la dent, de fibres creuses, mais il y a reconnu des tubes pourvus de ramifications, dont les troncs s'ouvrent dans la cavité de la dent, tandis que leurs extrémités se dirigent, sous forme de branches extrêmement fines, vers la surface externe de la dent. Chez l'homme, les tubes contigus paraissent marcher parallèlement; mais, en réalité, ils s'épanouissent, sous forme rayonnante, autour de la cavité de la dent. Pendant les cinq sixièmes de leur trajet, à partir du point où ils s'ouvrent dans la cavité de la pulpe, ils paraissent conserver le même diamètre que Retzius a évalué, avec le micromètre de Franenhof à 1/417 de ligne (mesure française). Dans le reste de leur trajet, ce diamètre diminue considérablement, et finit même par disparaître ou par se terminer par une petite cellule irrégulièrement circulaire. Lorsqu'on examine des branches minces et transparentes, avec un grossissement de 300 à 500 fois, on reconnaît que ces canaux sont des tubes qui se divisent par bifurcations successives, et fournissent ainsi pendant leur trajet un nombre presque infini de petites branches qui se divisent elles-mêmes et servent à remplir partiellement l'espace qui sépare les tubes au-delà desquels même ces divisions vont souvent se terminer. Ces tubes ne sont pas, pour Retzius, de simples canaux creusés aux dépens du tissu propre de la dent; il croit encore qu'ils ont des parois qui leur sont propres et dont la structure diffère de celle du corps de la dent. Quant aux matières contenues dans ces canaux, Retzius les regarde, ainsi que le professeur Muller, comme de nature inorganique ou terreuse.

L'émail des dents est formé, d'après l'auteur suédois, de prismes hexagones solides, dont une extrémité repose sur la couronne de la dent, tandis que l'autre sert à former la surface. Par l'extrémité interne, ces prismes reposent sur une membrane mince, qui probablement est le reste de celle qui a dû sécréter l'émail, et dont Purkinge a donné une si heureuse description.

Nous venons d'esquisser rapidement quelques-uns des principaux faits dont la découverte est due aux recherches de MM. Muller, Purkinge et Retzius, et qui ont rapport à l'organisation des dents; nous voudrions pouvoir signaler aussi d'autres faits non moins importans sur le développement de ces organes; nous aurions à à retracer les recherches de Arnold et de Raschkow, en Allemagne; de Goodsir et de l'auteur lui-même, M. Nasmyth, en Angleterre. Nous suivrions, avec les premiers, le développement de la dent à toutes les époques de son existence, et avec le dernier, nous reconnaîtrions que l'émail, même après la sortie complète de la dent, est encore recouvert d'une capsule membraneuse qui avait échappé aux observateurs précédens, et qui ne disparaît pas, comme on le pensait, à la sortie de la dent, mais par l'absorption graduelle, ainsi que M. Nasmyth l'a démontré dans un mémoire lu tout récemment à la société médico-chirurgicale de Londres; mais nous trouverons l'occasion de revenir sur ces travaux en rendant compte des recherches propres à l'auteur, et qu'il nous promet de développer dans les parties suivantes. Nous souhaitons vivement leur prompte publication; car si nous en jugeons par le soin avec lequel il a exposé les travaux de ses prédécesseurs, par la justesse avec laquelle il les a critiqués à l'occasion, et par la nouveauté de quelques-uns des faits qu'il n'a annoncés qu'en passant, ses recherches doivent former l'ouvrage le plus important qui ait été publié jusqu'ici sur l'appareil de la dentition, et mettront cette partie de la science, trop longtemps restée en arrière, de niveau avec les branches les plus avancées de l'histoire naturelle.

Sept planches dessinées sur acier et exécutées avec un talent qui ne laisse rien à désirer sous le rapport de l'art se trouvent à la fin de cette première partie. Trois d'entre elles sont reproduites de celles des ouvrages des micrographes allemands dont nous avons parlé, et leur sont, comme on doit le penser, de beaucoup supérieures. Les quatre autres, représentant les résultats des recherches propres de l'auteur, et dont il ne sera question que dans la suite de ce travail, nous font espérer, ainsi que M. Nasmyth nous le promet lui-même, que la seconde partie ne tardera pas à paraître.

CONFERENCES CLINIQUES

SUR LES DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX,

M. le docteur Jules Guérin, chargé du service spécial des difformités à l'Hôpital des Enfans malades, rue de Sèvres, commencera des conférences cliniques sur les difformités du système osseux dans l'amphithéâtre de l'hôpital, le mercredi, 7 de ce mois, à 10 heures du matin; il les continuera tous les mercredis et samedis de chaque semaine, à la même heure.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 32. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 10 AOUT 1839.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette* de *santé* et *Clinique* des *hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE ET PATHOLOGIE.

ESSAI SUR L'HÉMIPLÉGIE FACIALE CHEZ LES ENFANS NOUVEAUX-NÉS; par M. H. Landouzy, docteur en médecine à Reims, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc., etc.

Quominus nota eò magis exploranda sunt.
(Fernel.)

Malgré les belles découvertes dont se sont enrichies, de nos jours, la physiologie et la pathologie du système nerveux facial, il est un point sur lequel l'attention n'a pas encore été appelée d'une manière spéciale, et sur lequel les travaux le plus récemment publiés n'ont fourni aucun document : je veux dire la paralysie de la septième paire de nerfs chez les enfans nouveaux-nés par suite de l'application du forceps.

Soit que les chirurgiens qui s'occupent d'obstétrique, et qui auraient pu étudier cette lésion, n'aient pas eu occasion de l'observer, soit plutôt qu'un examen inattentif, ou des idées préconçues sur le mécanisme de la paralysie faciale, l'aient fait rapporter, dans la plupart des cas, à une compression de l'encéphale, toujours est-il que cette altération ne se trouve ni mentionnée ni décrite nulle part, et qu'elle paraît même inconnue à la plupart des pathologistes.

C'est à M. le professeur P. Dubois qu'est due l'observation première de cette maladie, qu'il eut occasion de constater, il y a quelques années, à la Maternité, après un accouchement laborieux terminé par le forceps.

Ce savant praticien, dès les premiers exemples qui s'offrirent à lui, reconnut une paralysie du nerf facial, fait curieux, dont il eût lui-même enrichi la science, si ses nombreuses occupations ne l'en eussent empêché (1).

Sans doute, une fois bien connues, les causes qui peuvent interrompre l'influx nerveux, une fois bien déterminées, les attributions des différens nerfs de la face, il est facile de résoudre, par de simples indications, tous les problèmes variés relatifs aux altérations organiques ou fonctionnelles

(1) En attribuant à M. le professeur P. Dubois l'honneur d'avoir indiqué le premier la véritable nature de l'hémiplégie faciale chez les enfans nouveaux-nés, je ne veux pas dire que cette lésion n'ait jamais été signalée avant lui, mais seulement qu'elle n'avait jamais été ni expliquée sous le point de vue physiologique, ni étudiée sous le rapport pathologique.

Les auteurs allemands, et Kilian en particulier, indiquent bien la paralysie de la face au nombre des lésions que peut produire le forceps; mais ils en connaissaient si peu la véritable origine, qu'un jeune chirurgien de Berlin, parfaitement au courant de tous les travaux des Allemands en obstétrique, et avec qui je discutais il y a six mois, en présence de M. P. Dubois, sur un cas d'hémiplégie faciale qui venait de s'offrir à notre observation, n'hésita pas à affirmer que ce phénomène était dû à la compression du cerveau.

Feuilleton.

DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE EN PROVINCE ET A LA CAMPAGNE, CONSIDÉRÉ DANS SES RAPPORTS AVEC LA PRATIQUE;

Par P.-D. Thiaudières, D. M., ancien chirurgien interne de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Si l'on songeait à établir une sorte de classification des hommes utiles à la société, le médecin de campagne y occuperait certainement une place éminente. Il est l'un des centres autour desquels se groupent les intérêts d'une population qui présente, sous tant de rapports, de si grandes disparités avec celle de nos villes. Sans doute notre profession ne s'efface point au milieu des foyers populeux où la civilisation déploie sa riche activité, où les arts et les sciences luttent à l'envi pour procurer aux nombreuses classes de la société la plus grande somme d'aisance, le plus facile éclat de jouissance et de luxe; mais la multiplicité des secours médicaux qui sont à leur portée, les empressemens intéressés d'une foule de médicastres, l'industrie rivale de tous ceux qui exploitent le même terrain, toutes ces causes et beaucoup d'autres qu'il serait long d'énumérer, ne permettent pas à la médecine de prendre dans les cités la place qui lui est assignée par l'importance de son but, la relèguent dans une difficile obscurité qui n'est percée que par une minime proportion de fortunes ou de célébrités. Mais parcourez nos bourgs, nos villages : le médecin y est partout en première ligne; si les avantages matériels de sa situation ne répondent point au labeur de sa tâche, il n'a guère à lutter pour la considération de son titre et l'honneur de son ministère; c'est que là on le voit à l'œuvre de près; on compte ses services; on le rencontre dans les greniers, dans les granges, dans les huttes; on le voit s'élancer, à travers les intempéries de la saison, sur la route qui mène au village voisin, ou dans le sentier où se trouve, isolée, la demeure de quelque pauvre laboureur. Quel est le fonctionnaire public, quel est le militaire illustre dont les états de services puissent se comparer, après trente ans révolus, à ceux du praticien qui a choisi pour théâtre de son dévouement et de son activité quelque localité rustique perdue dans un coin de la carte de notre pays, enserrée dans les gorges des montagnes, jetée sur les bords des marais, environnée d'un archipel d'autres localités mesquines et pauvres? Quels exploits que ceux de l'homme docte et charitable qui a voué son existence et ses efforts au soulagement des misères les plus obscures, nonobstant les difficultés de toute espèce qui entravent tous les jours l'exercice de son ministère? Sa maison est, après le presbytère, la seule qui s'ouvre la nuit comme le jour à toutes les infortunes qui viennent frapper à sa porte; quand le valet de ferme goûte un paisible sommeil, le médecin de campagne est à la merci de tous les malades qui existent dans le rayon de sa pratique disséminée par monts et vaux; brisé par les fatigues d'une journée de migration et d'ambulante ferveur, il se tient prêt à remonter à cheval pour s'élancer, haletant et poudroyant, vers l'habitation lointaine de quelque paysan qui souffre et dont la clameur dolente ne s'apaise qu'à

dont ils peuvent être le siége; aussi n'ai-je pas la prétention d'éclairer, par les observations que je présente, un point nouveau de doctrine, mais seulement de compléter, par la description d'un phénomène passé jusqu'ici presque sous silence, l'histoire physiologique des nerfs de la face, et de faire connaître un fait pathologique sur lequel l'attention n'a pas été assez portée jusqu'alors.

Comme la manière la plus logique de procéder en pathologie me paraît être de faire précéder par les faits la description symptomatologique, je pense devoir donner d'abord quatre observations sur des cas variés d'hémiplégie faciale chez les nouveaux-nés. La première a été recueillie par moi-même, pendant mon séjour à la Clinique d'accouchement; la deuxième m'a été donnée par M. Gosselin, interne à l'hôpital de la Pitié; et les deux autres par M. le professeur P. Dubois.

J'ai obtenu, en outre, de mes collègues MM. Depaul et Voillemier des renseignemens précieux sur plusieurs autres cas qu'ils ont observés à la Maternité et à la Clinique d'accouchement.

HÉMIPLÉGIE FACIALE CHEZ UN ENFANT NOUVEAU-NÉ, PAR SUITE DE L'APPLICATION DU FORCEPS; GUÉRISON SPONTANÉE EN QUINZE JOURS.

OBS. I. — La nommée Flamand Françoise, âgée de 20 ans, enceinte pour la première fois, et n'ayant éprouvé d'autres accidens pendant sa grossesse que quelques nausées au début, de la céphalalgie, des coliques à de rares intervalles, et des varices à la vulve, fut prise des premières douleurs de l'enfantement à l'hôpital des Cliniques, le 20 mars, à huit heures du soir (époque présumée du terme de la grossesse). Le lendemain, 21 mars, à quatre heures du matin, les membranes s'étant rompues spontanément, on constata une présentation du sommet en position occipito-iliaque droite postérieure réduite : à six heures du matin, la dilatation du col de l'utérus était complète; la résistance du périnée, jointe à la diminution des contractions utérines et à l'affaiblissement de la femme, mettait obstacle à l'expulsion du fœtus; et, à neuf heures, c'est-à-dire treize heures après le début du travail, M. le professeur Dubois se détermina à employer le forceps. L'enfant (1), qui fut extrait sans difficulté, fit d'abord quelques inspirations très faibles, et séparées par de longs intervalles; mais ces inspirations devinrent plus larges, plus rapprochées, et furent bientôt suivies par des cris.

Pendant ces cris, la commissure gauche des lèvres est fortement déviée, plus haute, plus éloignée de la ligne moyenne du visage que celle du côté droit; la bouche est oblique de droite à gauche et de bas en haut; l'œil gauche est entièrement fermé, mais les paupières du côté droit sont largement ouvertes et complètement immobiles, même pendant les mouvemens si variés que produisent les cris de l'enfant. Il semble, pendant ces contractions violentes, qu'un côté de la face soit entraîné vers l'autre.

Si les cris cessent, l'accord se rétablit peu à peu entre les deux côtés du visage; mais on aperçoit toujours une légère obliquité de la bouche, avec déviation de la commissure, et l'œil droit reste constamment ouvert; s'ils recommencent, la difformité reparaît immédiatement, et elle est portée à un si haut point, et donne à la physionomie de l'enfant une expression si singulière, qu'aucun des élèves ne peut l'examiner sans rire.

M. Dubois annonce aussitôt une hémiplégie faciale, produite par la compression de la septième paire. Vers le tiers postérieur, et à la partie moyenne du côté droit de la face, on voit une ecchymose rougeâtre, large d'environ quatre millimètres, semi-lunaire, à convexité antérieure, et s'étendant depuis la partie supérieure de l'oreille jusque vers le milieu de la partie latérale droite du cou. L'extrémité supérieure de cette ligne ecchymotique est située à six millimètres environ du pavillon, et sa partie moyenne à vingt-six millimètres du lobule de l'oreille, et à trois centimètres de la commissure labiale.

La sensibilité est complète de chaque côté. Si, pendant le repos, on pique faiblement avec une épingle les parties paralysées, l'enfant témoigne aussitôt sa souffrance par des cris.

Les ailes du nez sont également dilatées et également mobiles : la langue et la luette, examinées à plusieurs reprises, ne paraissent pas déviées.

Les paupières du côté paralysé se laissent facilement rapprocher, mais elles reprennent leur écartement aussitôt qu'on les abandonne à elles-mêmes; le globe de l'œil et la conjonctive ont leur coloration ordinaire; la pupille a sa sensibilité et sa dilatation normales. Toutes les parties du corps sont, du reste, parfaitement conformées, et en aucun autre point on ne trouve des traces de paralysie.

Le soir, à cinq heures, l'enfant dort d'un sommeil paisible; la déviation des commissures labiales me paraît moins sensible que le matin; l'œil droit est toujours aussi largement ouvert, le gauche est complètement fermé.

On réveille l'enfant, et il boit parfaitement au biberon; la difformité de la bouche reparaît pendant les mouvemens de succion; les lèvres ne se ferment qu'incomplètement vers la commissure droite, et laissent écouler la salive.

L'œil gauche, qui jusqu'alors était resté fermé, s'ouvre pendant que l'enfant boit, ce qui diminue beaucoup le désaccord qui régnait entre les deux côtés de la figure.

J'excite pendant un instant les cris de l'enfant, afin de juger de l'état de l'hémiplégie, et aussitôt la déviation reparait, aussi prononcée que le matin.

Le 22, on donne une nourrice à l'enfant; il prend très bien le sein, et, pendant qu'il tète, les deux yeux sont également ouverts; le pouls donne 120 pulsations par minute : du reste, même état que la veille au soir.

Le 23, j'examine l'enfant pendant son sommeil : les paupières du côté gauche sont parfaitement closes, celles du côté droit sont largement ouvertes; l'œil est porté en haut et en dehors. Il est impossible de distinguer la moindre différence dans l'état des commissures pendant le repos; mais, à la moindre contraction du visage, celle du côté gauche est entraînée de suite en haut et en dehors.

Les 24, 25, 26 mars, pas de changement notable; la déviation, qui se remarque aussitôt que l'enfant crie, paraît diminuer.

Le 27, pendant le sommeil, les paupières du côté droit sont beaucoup moins écartées que les jours précédens; du reste, même état.

Les jours suivans, l'amélioration continue graduellement, et, le 4 avril, jour de la sortie de l'enfant, il ne restait plus, même pendant les contractions les plus violentes, aucune nuance entre les deux côtés du visage.

HÉMIPLÉGIE FACIALE DU CÔTÉ GAUCHE, SURVENUE CHEZ UN ENFANT NOUVEAU-NÉ, APRÈS L'APPLICATION DU FORCEPS, ET SANS TRACES APPRÉCIABLES DE L'ACTION DE L'INSTRUMENT; GUÉRISON AU BOUT DE DEUX MOIS.

OBS. II. — Madame X..., primipare, et parvenue au terme de sa grossesse, éprouva, dans la matinée du 5 mai 1839, les premières douleurs de l'accouchement, et fit appeler aussitôt M. le docteur Jacquemin. Celui-ci reconnut, par le toucher, que la symphyse du pubis descendait très bas, et qu'ainsi le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur devait être très étroit : il en conclut que l'accouchement serait long et difficile; la tête, d'ailleurs, se présentait en première position; et les douleurs furent intenses toute la journée; le soir, le col était complètement dilaté, la tête engagée dans l'excavation pelvienne.

Toute la nuit, les douleurs se prolongèrent, et le lendemain, malgré leur

(1) BULLETIN DE L'ENFANT. — Fille, d'une constitution moyenne.

Poids		7 liv. 6 onc.
Longueur	totale	18 p. 1/2
	du sommet à l'ombilic	10 p.
	de l'ombilic aux talons	8 p. 1/2
Principaux diamètres de la tête	occipito-frontal	4 p. 6 l.
	occipito-mentonnier	5 p. 3 l.
	bipariétal	3 p. 3 l.
	sous-occipito-bregmatique	3 p. 6 l.

la vue de deux hommes, le curé et le médecin : double providence départie aux infirmités morales et physiques des campagnes, souvent leurs soins se résument dans un même but; souvent leurs efforts tendent au même résultat : l'organe des idées religieuses, le représentant du sanctuaire ne saurait disputer à l'homme de l'art la prééminence de l'utilité sociale; le premier trouve une terre préparée pour la semence qu'il y vient jeter; tombant avec autorité dans cette masse d'esprits incultes, les pénètre et les maîtrise; la foi surabonde au cœur de cette population, déprimée par l'habitude exclusive des travaux matériels, frustrée souvent des plus humbles notions d'esprit; les traditions du foyer, les enseignemens de la chaire, les rites du temple, cette véritable maison commune de nos villages, sont pour lui d'efficaces auxiliaires; il y a plus de puissance dans le son de la cloche d'une église rustique que dans la parole inspirée des orateurs, et quand le pasteur se présente au soir dans l'intérieur d'une famille de paysans qui vient de s'agenouiller au son de l'angelus, que lui reste-t-il à tenter pour atteindre le but essentiel de son intervention? Mais le médecin! il n'a pas à s'exercer seulement contre les difficultés qui naissent de la distance des lieux et de l'insuffisance des moyens d'action, de l'absence d'aides, de la pauvreté des malades; il lui faut lutter encore contre les ignorances invétérées de la chaumière, contre le scepticisme grossier de ses cliens, contre les suggestions d'un entourage qui oppose aux prescriptions de l'art les routines domestiques, les superstitions ou les formules consacrées du charlatanisme. Quand le praticien des villes est appelé auprès d'un malade, il prescrit; à la campagne, il propose; force lui est de discuter, de délibérer avec ceux qui entourent le malade, de transiger avec leurs préventions : s'il a réussi à assurer l'application des premiers soins, il n'en connaîtra point lui-même l'effet immédiat; l'éloignement l'empêche d'assister à l'évolution des symptômes de la maladie comme à la réalisation successive des effets thérapeutiques; forcé d'interroger, sur ces deux ordres de faits, des témoins inexperts, il devra démêler dans leur narration les résultats d'une observation grossière d'avec les commentaires d'un esprit prévenu, compléter en quelque sorte leurs perceptions, leur susciter la vérité par l'adresse et la succession des questions. S'il prescrit de nouveau, ses conseils doivent embrasser une période de temps plus ou moins longue, prévoir les accidens possibles, parer aux incidens, faciliter à la maladie sa voie de solution à travers tous les dangers extrinsèques qui s'ajoutent à ses chances propres : tout est ici difficulté, lutte, embarras, labeur. La médecine de campagne n'a rien de commun avec celle des villes; c'est un autre monde, et il faut plaindre ceux qui s'y engagent sans le connaître, ou qui ne sont pas munis d'une suffisante dose de résolution et de dévouement pour se prêter aux nécessités dont il les investit. Quelle transition pour un novice docteur, des bancs de l'école à la situation que lui fait l'exercice de l'art dans les campagnes! Il a vu les praticiens de la cité se transporter commodément chez leurs opulens cliens, brûler le pavé en tilbury, cumuler les honneurs d'un titre scientifique, les jouissances de l'homme du monde, recueillir exactement la libérale récompense des soins donnés, vivifier leur esprit au contact des notabilités de toutes les carrières; splendide existence qui compromet quelque peu le côté philantropique de notre profession : ce côté reluit presque seul dans la médecine champêtre; des plaisirs bornés à des relations sans éclat et le plus souvent sans fruit, une rémunération incertaine, avare, contestée; une audace de jugement non moins grande que dans les états élevés de la société citadine, et plus ignorante et plus fâcheuse

intensité et leur rapprochement, la tête était toujours au même point, et ne franchissait pas le détroit inférieur.

M. Jacquemin se décida donc à appliquer le forceps. Une première fois l'instrument fut appliqué, sans succès; la seconde tentative réussit, et nous avons reconnu que l'une des branches du forceps occupait la région temporo-occipitale gauche, et l'autre la région fronto-temporale droite. L'oreille n'a donc pas été comprimée, mais on ne peut pas savoir si elle ne l'a pas été dans la première tentative, qui a été infructueuse.

L'enfant a d'abord donné peu de signes de vie; ce fut après avoir été frotté sur toute la surface du corps pendant près de cinq minutes, et après qu'on eut à plusieurs reprises pratiqué l'insufflation artificielle, qu'il commença à remuer et à crier.

Bientôt nous reconnûmes que dans les efforts de la respiration, toujours grands chez le nouveau né, l'aile droite du nez se dilatait seule, l'aile gauche était entièrement immobile, l'œil droit se fermait complétement pour s'ouvrir ensuite; mais l'œil gauche ne se fermait qu'imparfaitement. La paupière supérieure s'abaissait bien un peu, mais l'œil restait entr'ouvert; toutes les fois que l'enfant criait, la commissure droite des lèvres était tirée en dessus; mais il fallait être prévenu et examiner avec soin pour observer ce phénomène qui, s'il eût existé seul, aurait pu être attribué aux nombreuses grimaces qu'exécutent les enfans en venant au monde. Ce qui était surtout caractéristique, c'était la paralysie de l'aile du nez et des paupières; nous l'avons pincé, et il a crié.

Madame X. a voulu nourrir son enfant, mais elle avait les mamelons peu saillans et peu volumineux, en sorte que l'enfant n'a pu les saisir pendant les premiers jours; il ne pouvait contracter les muscles orbiculaires pour faire complétement le vide.

On a été obligé de le faire nourrir par une femme déjà nourrice depuis un certain temps, et dont les mamelons étaient gros et saillans; il a pu alors téter. Pendant ce temps, madame X. a nourri l'enfant de cette dernière femme bien portant et habitué déjà à prendre le sein. Aujourd'hui, les mamelons de la mère sont devenus assez saillans pour que son enfant puisse les saisir.

Le 15 juin, l'hémiplégie, bien qu'un peu moins marquée, existe toujours.

Il s'est en outre formé une petite ulcération un peu en arrière et au-dessous du pavillon de l'oreille gauche, en sorte que, probablement, ce point aura été contus et comprimé par le forceps.

Le 6 juillet, toutes les traces de l'hémiplégie ont complétement disparu.

HÉMIPLÉGIE FACIALE DROITE CHEZ UN ENFANT NOUVEAU-NÉ, APRÈS L'APPLICATION DU FORCEPS; MORT PENDANT LES CONVULSIONS, VINGT-QUATRE HEURES APRÈS LA NAISSANCE.

OBS. III.—Le 5 janvier 1839, une femme, parvenue au terme de sa grossesse, fut accouchée à la Maternité avec le secours du forceps. Les contractions, qui manquaient depuis cinq heures, n'avaient pu être ramenées par le seigle ergoté, et la tête, placée en quatrième position de l'occiput (réduite en deuxième), ne pouvait franchir le détroit inférieur. L'enfant, qui fut extrait sans difficulté, ne donnant d'abord aucun signe de vie; on eut recours à tous les moyens capables de le ranimer; mais ce ne fut qu'après avoir insufflé de l'air dans les bronches pendant trois quarts d'heure, qu'on parvint à provoquer quelques inspirations, et qu'enfin la respiration s'établit. On se servit du tube laryngé, et on eut soin de simuler, en comprimant la poitrine, les mouvemens d'expiration. Le cordon ombilical formait une circulaire autour du cou, et déjà, une heure avant l'extraction, les eaux qui s'écoulaient par la vulve étaient teintes de méconium.

Examiné quelques heures après sa naissance, cet enfant nous offrit à considérer une paralysie de tout le côté droit de la face. La commissure gauche des lèvres entraînait celle du côté droit. La pointe du nez, attirée à gauche par la narine correspondante, dont la contraction faisait ressortir l'immobilité de celle du côté droit, donnait au visage un aspect tout particulier: quand les paupières du côté gauche se rapprochaient pour cacher complétement l'œil, celles du côté droit ne pouvaient arriver au même résultat; une partie de l'organe restait toujours à découvert. Toutes ces différences devenaient encore plus tranchées lorsque, pendant les cris et les pleurs, les muscles de la face entraient dans une contraction presque convulsive.

La langue fut examinée pendant quelques petits mouvemens, et ne parut pas déviée de sa direction normale. La faiblesse de l'enfant ne lui permettant pas de prendre le sein, on ne put juger de l'influence de la paralysie sur les mouvemens de succion. Il nous fut possible de constater que le côté paralysé était aussi sensible que celui dont les muscles conservaient toute leur énergie. La moindre irritation de la peau provoquait des grimaces et même des cris, si elle était portée un peu plus loin. La face était la seule partie du corps qui fût paralysée; toutes les autres jouissaient de leur sensibilité et de leurs mouvemens ordinaires.

Le lendemain de la naissance, des convulsions se déclarèrent et entraînèrent la mort. J'assistai à plusieurs accès, et je pus voir l'état convulsif agir seulement sur les muscles du côté gauche, et exagérer la déviation signalée plus haut.

La tête, placée diagonalement dans l'excavation, l'occiput répondant à peu près à la cavité cotyloïde droite, avait été saisie de manière à ce que l'une des branches passât au-devant du conduit auditif droit, l'oreille placée dans l'intervalle des deux jumelles, et l'autre au-devant de la bosse coronale du côté gauche. Toutes les deux avaient laissé des empreintes assez profondes, sans que toutefois il y eût déchirure des tégumens.

AUTOPSIE. L'encéphale est examiné avec le plus grand soin dans toutes ses parties, et ne présente pas la moindre altération. Le nerf facial est aussi l'objet d'une dissection attentive. La parotide droite me paraît plus rouge et plus volumineuse que la gauche; mais la septième paire n'offre rien à considérer, soit dans sa texture, soit dans sa coloration, ni dans son tronc, ni dans ses principales anastomoses suivies dans le rocher. Il est entouré par une petite quantité de sérosité sanguinolente qu'on n'observe pas du côté opposé. Tous les autres organes sont à l'état normal.

HÉMIPLÉGIE FACIALE DROITE; GUÉRISON SPONTANÉE EN DIX-HUIT JOURS.

OBS. IV.—La nommée Marie Pillon, âgée de 28 ans, d'une bonne santé habituelle, d'un tempérament lymphatique, enceinte pour la seconde fois, entra à la Clinique le 7 novembre 1837.

Le premier accouchement avait nécessité l'emploi du forceps; M. P. Dubois fut obligé de l'employer encore cette fois pour des raisons qu'il serait trop long d'énumérer ici (1).

L'enfant présentait le sommet en quatrième position, réduite presque complétement en occipito-antérieure droite au moment de l'application de l'instrument. Cette circonstance ne permit pas de le placer d'une manière régulière sur les parties latérales de la tête: la branche à pivot porta sur la bosse coronale et sur le pariétal du côté gauche, et produisit même une petite plaie contuse sur le front; l'autre branche, au contraire, fut fixé sur la région de l'oreille droite, et y laissa une empreinte légère qui disparut très vite.

La lenteur du travail et la pression du forceps, peut-être, firent que, chez cet enfant, la respiration s'établit difficilement (2).

---

(1) Voulant me borner aux détails relatifs à l'hémiplégie faciale, j'ai dû nécessairement, sous peine d'être entraîné trop loin, passer sous silence, dans les observations, toutes les circonstances de la grossesse et de l'accouchement qui ne rentraient pas directement dans mon sujet.

(2) BULLETIN DE L'ENFANT. — Poids. . . . . 8 liv.

Longueur.	totale.	19 p.
	du sommet à l'ombilic. . . .	10 p. 1/4.
	de l'ombilic aux talons. . . .	8 p. 3/4.
Principaux diamètres de la tête. .	occipito-frontal.	4 p.
	occipito-mentonnier.	5 p. 9 l.
	bipariétal.	3 p. 6 l.
	sous-occipito-bregmatique.	3 p. 6 l.

---

en résultats; un intérieur plus que modeste; au dehors de la fatigue, le soleil, la pluie sur les grandes routes et dans l'appareil économique d'un habitant des champs; voilà la physionomie de la carrière médicale dans les localités rurales, et certes elle est loin d'être exagérée dans ses traits disgracieux; notre plume ne lui a mis ni verrue ni difformité. La faire connaître dans les devoirs qu'elle impose, dans les ennuis qu'elle entraîne, dans les difficultés qu'elle rencontre, dans les résultats qu'elle promet et réalise, tel a été le but de M. Thiandières en écrivant l'opuscule dont nous avons relaté le titre. Avant lui, le docteur Munaret avait déjà pris souci d'une portion de nos jeunes confrères, et la plus notable, qui se destine à la médecine rurale. Sous le titre du *Médecin de campagne* et de ses malades, il a colligé une série de lettres adressées à un jeune confrère; ce sont deux volumes qui contiennent tout ce qui concerne ce sujet et au-delà; ainsi il disserte sur la fondation d'un institut médical, esquisse presqu'un traité de pathologie, donne de longs détails sur la bibliothèque, l'arsenal et la pharmacie d'un médecin de campagne. M. Thiandières s'est renfermé dans un cadre plus étroit; il omet à dessein ce qui relève du domaine scientifique; il n'a d'autre but que de tracer quelques règles de conduite, destinées à guider les jeunes médecins au milieu de la population de campagne; son opuscule est la traduction tristement littérale d'une expérience qui ne paraît avoir été exempte ni de souffrances ni d'épreuves; on sent, en le lisant, que l'auteur n'a pas pu protéger ses débuts sous l'égide de conseils amis, et qu'il a manqué de cette espèce de tutèle que trouveront dans la lecture de son travail ceux qui le suivront dans l'ingrate voie de la pratique rurale. M. Thiandières voit les hommes et les choses sans préventions, sans exagérations dans aucun sens; le mal et le bien qu'il a constatés autour de lui, il le déclare, le mal sans amertume, le bien sans enthousiasme; il a dans l'esprit une sorte de calme raideur, une stoïque impartialité qui semble lui défendre, dans un coup d'œil sommaire jeté sur la carrière qu'il a parcourue, et la satisfaction et le regret; s'il ne décourage point les jeunes médecins qui portent leurs vues sur la campagne, il ne leur présente pas non plus en perspective les oasis agrestes que beaucoup d'entre eux rêvent dans leurs illusions inaugurales; s'il se préoccupe des nécessités matérielles, il ne leur sacrifie pas les sentimens qui doivent animer le ministre de l'art; il en est par intervalle le rigide interprète et il sonne à travers tout son discours comme un accent d'honneur et de probité qui nous fait aimer d'emblée l'auteur des judicieux conseils offerts aux futurs praticiens de campagne.

Dans les considérations générales qui remplissent les premières pages, M. Thiandières indique brièvement les différences qui séparent la pratique des villes de celle des campagnes; il prend ensuite le jeune docteur au moment où il vient de conquérir le diplôme, et le place au milieu des influences sous l'empire desquelles il doit vivre désormais; il lui montre les avantages de l'hérédité médicale qui perpétue le succès dans une famille, les allures de l'envie et le combat des rivalités qui ne sont plus ardentes par leur concentration dans une étroite limite, l'importance des formes extérieures et de l'attitude sociale, les conséquences d'un premier exploit clinique, les conditions variables de l'établissement d'une clientelle; il dresse ensuite, non sans quelque minutie, l'état des dépenses et des recettes d'un médecin de campagne, fixe les honoraires qu'il peut exiger suivant les cas, indique les moyens qu'il convient d'employer pour les obtenir; ce dernier point ne pouvait être touché sans doléance; la médecine rurale est celle qui souffre le plus; il est juste d'écouter le langage

Avant même qu'elle eût fait entendre les premiers cris, on avait remarqué que, pendant ces petits monvemens inspiratoires qui précédent, après l'accouchement laborieux, l'établissement régulier de la respiration, la narine du côté droit était complétement immobile, pendant que celle du côté gauche exécutait manifestement un monvement alternatif de contraction et de dilatation.

Bientôt, des cris survinrent, et la déviation très prononcée de la commissure gauche en haut et en dehors vint confirmer l'idée qui s'était offerte tout d'abord à M. Dubois, d'une paralysie du côté droit de la face.

On constatait parfaitement la contraction presque convulsive de l'orbiculaire palpébral du côté gauche pendant les cris, tandis que, celui du côté droit ne pouvant s'approcher, les paupières laissaient l'œil grandement onvert. La sensibilité était égale de chaque côté, et aucune antre partie du corps ne présentait d'altération ni du monvement ni du sentiment.

Malgré la déviation énorme de la bouche de l'enfant pendant les contractions musculaires, la succion n'a pas été génée un seul instant, et le mamelon a pu, dès le début, être saisi comme d'habitude.

Jusqu'au 26 décembre, c'est-à-dire dix jours après la naissance, l'enfant, qui du reste se portait parfaitement, parut conserver au même degré tous les signes de l'hémiplégie faciale. Dès cette époque seulement, le désaccord entre les deux côtés du visage diminua graduellement et sans autre traitement que les soins hygiéniques, et le 2 janvier, jour de la sortie de l'enfant, il ne restait plus que quelques traces à peine perceptibles de la paralysie.

C'est, comme on le voit par ces observations, aussitôt après la naissance, et au moment des premiers cris de l'enfant, que paraissent les symptômes de l'hémiplégie faciale, quand elle a pour cause la compression de la septième paire par le forceps. La commissure des lèvres est fortement déviée; l'aile du nez paraît moins onverte et moins mobile que celle du côté sain, et les paupières du côté malade sont ouvertes, tandis que celles du côté sain restent closes; tout un côté de la figure semble entraîné vers l'autre, et cette difformité, exagérée encore quand les cris de l'enfant augmentent, donne à sa physionomie l'aspect le plus bizarre.

Si les cris viennent à cesser, l'observateur qui a suivi attentivement la transition entre les nuances diverses de la physionomie de l'enfant, aperçoit bien encore, pendant les premiers momens de calme, un désaccord entre les deux côtés de la face; mais aussitôt que les derniers vestiges des pleurs ont disparu, et que la figure a repris un calme complet, la différence, qui était produite surtout par le défaut d'équilibre entre les deux segmens de l'orbiculaire labial, disparaît aussi entièrement; et si l'œil du côté non paralysé est ouvert, il ne restera plus que des nuances très légères qu'il sera presque impossible de saisir, mais que les premiers cris de l'enfant viendront bientôt exagérer de nouveau.

Cette différence si grande entre les phénomènes de la maladie, pendant l'état de repos ou d'agitation de la face, mérite d'être signalée, car elle n'existe chez l'adulte qu'à un degré incomparablement moindre.

Chez l'adulte, en effet, bien qu'à l'état de repos et pendant la cessation de toute contraction volontaire, les muscles du côté paralysé ne se meuvent pas; cependant comme ils ont, indépendamment de leur élasticité propre, une force de raccourcissement qui a pour condition, suivant M. Bérard, leur communication avec les centres nerveux, force qui n'existe plus dans les muscles paralysés, il y a nécessairement défaut de symétrie de la face, et les traits sont tirés du côté sain. Ainsi voit-on chez les malades atteints d'hémiplégie fortement prononcée, et pendant l'état de calme, la commissure du côté paralysé plus basse, plus rapprochée de la ligne médiane, la bouche oblique, et le nez lui-même attiré du côté paralysé.

Mais, outre cette raison, il me semble en exister une antre plus puissante, qui n'a pas été indiquée, et qui tient à ce caractère particulier imprimé à nos traits par les passions les plus habituelles, caractère qui forme le type individuel de chaque physionomie. Or, quelle est l'origine de cette expression physionomique individuelle, sinon une contraction latente et insensible des muscles de la face, déterminée à la longue d'une manière permanente par les contractions le plus fréquemment répétées, et en rapport avec les sentimens journaliers qu'elles sont destinées à exprimer, ou avec les sensations les plus habituelles dont elles sont l'expression?

Ces contractions musculaires, quelque insensibles qu'elles paraissent, n'en ont pas moins pour moteur le nerf facial; elles doivent donc nécessairement disparaître d'un côté dans le cas d'hémiplégie, et de là cette différence qui existe dans la physionomie de l'homme adulte, même pendant l'état de repos complet et en l'absence de toute contraction volontaire.

Dans la première enfance, au contraire, outre l'abondance du tissu cellulaire qui rend imperceptible la saillie des muscles, les besoins instinctifs modifiant seuls à tous instans l'expression des traits, sans laisser aucun vestige de l'expression précédente, les nuances physionomiques sont entièrement nulles; les émotions effleurent, pour ainsi dire, la surface du visage sans y imprimer de traces, et dans l'état de calme de l'enfant, les deux côtés de la figure restant presque en tout, malgré l'hémiplégie, symétriques et semblables, aucun signe apparent ne viendra révéler l'affection.

Cette différence énorme dans l'expression physionomique, chez l'homme adulte et chez l'homme enfant, explique, suivant moi, en grande partie la différence qui existe entre les effets de la paralysie de la septième paire à l'état de repos. Aussi beaucoup d'hémiplégies faciales chez les nouveaux-nés ont dû rester ignorées, quand elles n'étaient pas poussées trop loin, parce que, d'une part, on ne pouvait les constater pendant les momens de calme, et que, d'une antre part, on les confondait pendant les pleurs, les cris ou le sourire de l'enfant, avec les grimaces que produisent toujours les contractions irrégulières auxquelles ces actes donnent lieu.

C'est surtout pendant les quelques momens qui précèdent les pleurs, qu'on peut saisir la différence qu'établit la paralysie entre les deux côtés du visage. Ainsi pendant ce moment d'indécision qui sépare l'état calme de l'état violent, et où il semble, pour ainsi dire, que l'enfant lutte contre le spasme qui doit amener les pleurs, on voit alterner rapidement les phénomènes expressifs de l'état précédent et de l'état qui doit suivre; les lèvres se dévient, pour reprendre et quitter aussitôt leur position normale; puis les contractions violentes prennent le dessus, la déviation s'exagère, la commissure du côté sain s'étend fortement, se relève, s'entr'ouvre ou se resserre, en entraînant avec elle celle du côté paralysé, qui demeure presque immobile, ou dont les mouvemens sont entièrement passifs. Plus tard, le tremblement convulsif augmentant, surtout pendant la reprise des cris, la face tout entière semble y participer, et les phénomènes de l'hémiplégie sont plus obscurs, mais bien assez évidens néanmoins pour qu'on les remarque toujours si on les observe avec soin.

J'ai examiné avec attention si la luette ou la langue étaient déviées, et quoique l'agitation de l'enfant rende ces différences, quand elles sont lé-

---

qu'elle tient et qui n'est qu'une variante, assez modérée, de la clameur universelle de nos confrères : « Les gens du monde qui disent souvent ce qu'ils ne pensent pas et parlent de ce qu'ils ne connaissent pas, affirment que la profession de médecin est entourée de grands avantages dans le monde, à commencer par celui de la fortune. Ainsi l'on trompe le public sur la véritable position des médecins dans notre état social, car il n'est pas de carrière qui use plus promptement la vie; supporter l'intempérie des saisons, les fatigues continuelles, l'irrégularité des repas, les privations du sommeil; vivre perpétuellement au milieu de l'affliction et de la douleur, des miasmes et de la contagion, franchir à cheval des distances souvent fort considérables, à la campagne, braver tous les dangers pour aller au secours de ceux qui souffrent, telles sont les pénibles conditions de cette profession, toute de dévouement. Aussi les tables de mortalité du docteur Casper établissent-elles une effrayante vérité pour nous; savoir que sur mille médecins, six cents meurent avant soixante-deux ans, tandis que pour les personnes qui exercent un état paisible, la mortalité n'est que de trois cent quarante-sept; que sur cent individus de chacune des professions qui suivent, le nombre de ceux qui arrivent à soixante-dix ans est de quarante-trois pour les ecclésiastiques, quarante pour les agriculteurs, trente-cinq pour les employés, trente-deux pour les militaires, et seulement vingt-quatre pour les médecins... »

Jugement, instruction, tact, aménité de caractère, sont des qualités nécessaires au succès du praticien, dans les campagnes comme dans les villes; on peut même dire que l'exercice de l'art dans les conditions rurales les réclame à un plus haut degré; il suffit de lire, pour s'en convaincre, les observations judicieuses que fait M. Thiaudières sur la manière d'établir le diagnostic auprès des malades campagnards, sur les entraves de la thérapeutique; ce qui domine la pratique proprement dite, ce qui en constitue l'essentielle et permanente difficulté, c'est la misère intellectuelle des populations auxquelles elle s'adresse : « Rien n'est digne de pitié comme les idées du peuple sur les maladies; il a tantôt le sang brûlé, tantôt une humeur sur la poitrine, sur la tête ou sur tout le corps; il accuse son mal dans les tendons, qu'il appelle les nerfs; il fait communiquer le cerveau et les narines dans le coryza; il trouve la cause de la gravelle dans les fruits pierreux; il croit qu'on meurt de rien, et il veut guérir de tout. Il accuse d'ignorance le médecin dont la conduite franche décèle l'impuissance de l'art, et vite il court aux promesses d'un charlatan qui s'échappe avant l'administration de ses remèdes. » Les vulnéraires, les emplâtres, les onguens, les sorciers, les devins, les pélérinages, les gales rentrées, les laits répandus, etc., tout cela fleurit encore dans les croyances populaires de la campagne et fait concurrence aux efforts d'une saine médecine. L'auteur insiste avec raison sur la nécessité de pratiquer à la fois, dans les villages, la médecine et la chirurgie, voire même quelques spécialités, telles que l'art du dentiste, la pharmacie, etc. : ausculter et saigner, accoucher et préparer une potion, c'est la condition d'un établissement à la campagne; l'isolement scientifique où l'on se trouve ne comporte point là, comme dans nos cités, le fractionnement de la profession en une multiple série de branches, exploitées à part, plus encore par l'industrie que par le talent. Enfin, il termine par un chapitre sur la responsabilité médicale et la position sociale du praticien de campagne. Est-il besoin de dire que M. Thiaudières s'élève avec force contre les conséquences de la jurisprudence consacrée par la cour de cassation, conséquences qui menacent d'une façon plus directe, et pour ainsi dire avec plus de brutalité, l'exercice de la médecine

gères, difficiles à apprécier, cependant, l'examen ayant été répété souvent et avec le plus grand soin, j'ai toujours obtenu un résultat négatif. L'anatomie rend compte parfaitement de ce phénomène pour la luette, puisque le filet supérieur ou crânien du nerf vidien (grand nerf pétreux superficiel d'Arnold) qui fournit le mouvement aux muscles du voile du palais, excepté au péristaphylin externe, prend son origine dans l'aqueduc, à l'hiatus de Fallope, au niveau du renflement ganglionnaire du facial, et par conséquent dans un point où ce nerf n'a pu être comprimé (1).

Malgré le trouble apparent que semblerait devoir nécessairement apporter dans les fonctions de l'appareil lacrymal la non occlusion des paupières, cependant il n'existe chez l'enfant ni épiphora, ni inflammation de la conjonctive oculaire, comme on pourrait le croire d'après les faits observés chez l'adulte, soit que la rotation de l'œil opérée par les muscles obliques le garantisse en partie des influences extérieures, soit plutôt que, dès sa naissance, l'enfant étant soustrait daos son berceau aux effets de la lumière, cet organe ait moins besoin d'être lubrifié par les larmes ou protégé par les paupières (2). Du reste, l'altération de l'œil ou de l'appareil lacrymal n'est pas une conséquence nécessaire de la paralysie de l'orbiculaire palpébral, et la science possède un assez grand nombre d'observations recueillies chez l'adulte, et d'après lesquelles, malgré une hémiplégie faciale complète, le cours régulier des larmes n'avait pas été interrompu.

Quant aux antres muscles d'expression auxquels se rend la septième paire, leurs mouvemens sont si bornés et si peu apparens chez l'enfant nouveau-né, qu'ils ne peuvent donner lieu à aucun phénomène appréciable dans l'affection qui nous occupe.

Le jour même de la naissance, ou quelques jours après, on voit diminuer insensiblement les phénomènes de l'hémiplégie. Cette différence légère, qu'on apercevait déjà difficilement en l'absence de toute contraction musculaire, disparaît d'abord complètement pendant les momens de calme de l'enfant; et il devient alors tout à fait impossible d'indiquer le côté paralysé.

Bientôt les simples contractions du visage n'amènent plus entre les deux côtés un si grand désaccord; l'œil n'est plus aussi largement ouvert, la commissure labiale est moins tirée, les narines paraissent également dilatées, et ce n'est qu'au moment des pleurs ou des bâillemens de l'enfant qu'on voit reparaître cette déviation si prononcée, que nous avons signalée plus haut.

Au bout de huit à dix jours environ, les muscles du côté paralysé font équilibre à ceux du côté sain dans les mouvemens peu étendus; mais ils ne peuvent suffire encore si les contractions s'exagèrent, et la difformité reparaît. Il semble que le nerf facial ne puisse donner que le quart ou la moitié de l'excitation nécessaire à la contraction complète, et qu'il acquiert chaque jour une quantité plus grande de fluide nerveux, qui augmente la somme et l'étendue des mouvemens qu'il excite. Enfin, ces mouvemens reçoivent leur entier développement; et même pendant les contractions violentes auxquelles donnent lieu les cris de l'enfant, il est impossible d'apercevoir la plus légère nuance entre les deux côtés.

C'est, en général, dans l'espace de quelques heures à deux mois que s'effectue la guérison complète; or, si l'on compare ce terme à celui de la durée ordinaire de l'hémiplégie chez l'adulte, ne sera-t-on pas étonné de voir une paralysie causée par une forte compression disparaître en si peu de temps chez l'enfant nouveau-né, tandis qu'on voit la même affection produite par une cause dont l'action doit paraître, au premier abord, beaucoup moins énergique, le froid, par exemple, résister aux moyens les mieux dirigés, et durer souvent plusieurs années?

La marche de l'affection, telle que je viens de la décrire, est celle qui s'offre le plus souvent à l'observation; mais, évidemment, elle devra varier, et suivant le siége, et suivant l'étendue, et suivant l'intensité de la compression.

Chez l'adulte, la saillie de l'apophyse mastoïde, du conduit auditif externe et du muscle sterno-mastoïdien, rendrait presqu'impossible une compression de la septième paire à sa sortie du rocher; mais, chez l'enfant naissant, l'absence presque complète de l'apophyse mastoïde et le peu de développement du conduit auditif font que l'extrémité de la cuillère du forceps peut porter sur l'origine du nerf facial, surtout si la tête se présente en inclinaison pariétale.

Mais cette compression du nerf à sa sortie du trou stylo-mastoïdien doit avoir lieu rarement. Dans la majorité des cas, le forceps étant appliqué, comme cela a lieu le plus ordinairement, dans le sens du diamètre occipito-mentonnier, le bord postérieur de la cuillère tracera son sillon à quelques lignes environ au-devant du lobule de l'oreille, au niveau de la naissance des principales branches, et presque tous les muscles peauciers du crâne et de la face seront paralysés, comme si le tronc lui-même des nerfs eût été comprimé par l'instrument.

(1) Ces déviations de la luette, dont on a rapporté plusieurs exemples dans les cas d'hémiplégie faciale, et dont on ne pouvait se rendre raison par la distribution des nerfs du palais, trouvent une explication facile dans la théorie ingénieuse qu'a proposée récemment M. le docteur Longet.

D'après cet anatomiste, le grand nerf pétreux superficiel émane du facial pour se rendre au ganglion de Meckel, et non du ganglion de Meckel pour se rendre au facial; c'est alors la racine motrice du ganglion sphéno-palatin. En effet, M. Longet a trouvé parmi les nerfs palatins (qui, d'après leurs auteurs, se rendaient seulement à la muqueuse) des filets moteurs ou musculaires; ce sont les nerfs palatins postérieurs qui sont les ramuscules moteurs correspondans à la racine motrice, et qui, se portant en arrière à travers les glandules du voile du palais, se divisent habituellement en deux filets, et pénètrent dans l'épaisseur de la portion horizontale du muscle peristaphylin interne et dans le muscle palato-staphylin.

Ce fait anatomique nouveau offre un grand intérêt, puisqu'il permet, à la seule inspection de la luette, de diagnostiquer d'une manière presque certaine le siége de la lésion du nerf facial.

Quant à la déviation de la langue, il est beaucoup plus difficile de l'expliquer. On a bien admis quelques filets du facial qui se rendraient aux muscles stylo-glosse, mais cette distribution est loin d'être démontrée. M. le professeur Cruveilhier cite dans son ouvrage un cas dans lequel une branche considérable de la septième paire se rendait à la langue. Cette branche naissait du facial à sa sortie de l'orifice stylo-mastoïdien, croisait obliquement la partie antérieure de l'apophyse styloïde, communiquait par plusieurs arcades avec le nerf glosso-pharyngien, et, arrivée à la base de la langue, se divisait en deux branches, l'une qui longeait le bord de la langue, l'autre qui s'anastomosait par anse avec le glosso-pharyngien: de cette anse partaient des filets qui se distribuaient comme de coutume. Cette disposition avait lieu seulement d'un côté.

(2) La sécrétion des larmes est très faible aux premiers temps de la naissance. Les enfans nouveaux-nés ne *pleurent* pas véritablement, ils *crient*, et si j'ai plusieurs fois, dans les paragraphes précédens, employé le mot *pleurs*, ce mot n'exprimait pas rigoureusement, dans ce cas, l'action de verser des larmes.

rurale? Il sollicite aussi l'établissement de médecins cantonnaux et de médecins légistes officiels. Enfin, il trace les convenances imposées au médecin sous le rapport politique et social; notre pensée est tout entière dans les paroles de l'auteur, et nous ne saurions mieux finir qu'en les citant: « Tous les cliens peuvent connaître l'opinion de leur médecin; mais tous doivent lui rendre cette justice qu'il ne s'en sert pas comme d'un marche-pied vis-à-vis des uns, et comme d'un épouvantail vis-à-vis des autres; tous doivent le croire consciencieux et se trouver dans l'obligation d'estimer son caractère; il faut respecter les convictions de chacun. L'indépendance est le seul avantage attaché à notre profession; le médecin doit donc la conserver entière dans toutes les positions de la vie, malgré les tiraillemens et les suggestions de toute espèce dont il se voit entouré; il doit garder ses croyances et sa foi, et s'exprimer dans les circonstances qui l'exigent; mais il ne doit pas courir au-devant des passions ni les servir, et, dans aucun cas, il ne lui convient d'être un homme de parti. »

Y.

Si le forceps, au lieu d'agir parallèlement au diamètre occipito-mentonnier, agit perpendiculairement à cette ligne, il ne devra intéresser que quelques branches isolément. Enfin, les symptômes varieront nécessairement suivant que l'instrument aura comprimé le tronc tout entier ou seulement les branches, et suivant que ces branches appartiendront aux parties supérieures ou inférieures de la région faciale. On peut donc prévoir, *à priori*, qu'il pourra y avoir séparément une paralysie de l'orbiculaire des paupières ou de l'orbiculaire des lèvres, et que, dans le cas où tous les rameaux qui émanent d'une branche principale, de la branche temporo-faciale, par exemple, auront été comprimés en même temps, la compression ayant pu s'exercer inégalement sur chacun, l'intensité de la paralysie pourra varier aussi suivant les régions auxquelles ils se rendent.

Quoique je ne connaisse dans la science aucun exemple d'hémiplégie faciale chez l'enfant nouveau-né, en dehors de la cause que j'ai signalée, néanmoins on comprend que toute autre cause analogue puisse la produire : ainsi une tumeur anormale développée dans le bassin; une viciation des os coxaux; une compression violente, locale, pendant le travail, etc., etc. Je ne prétends pas même que, dans tous les cas d'hémiplégie faciale, paraissant aussitôt la naissance chez un enfant extrait par le forceps, on doive nécessairement rapporter la lésion fonctionnelle à une lésion produite par l'instrument : l'analyse exacte de tous les phénomènes peut seule éclairer le chirurgien à ce sujet.

Ainsi, une compression par le forceps peut avoir été assez violente pour déterminer la paralysie du nerf facial, et cependant n'avoir laissé aucune trace sur la tête de l'enfant (c'est même ce qui est arrivé chez l'enfant qui fait le sujet de la troisième observation). Dans ce cas, la connaissance exacte de la position et des manœuvres qui ont été faites pourra indiquer la partie de la tête saisie par le forceps; mais il peut se faire aussi que cette détermination devienne impossible, soit que plusieurs tentatives d'application aient eu lieu, soit que celui qui observe n'ait pas été présent à l'accouchement et ne puisse avoir de renseignemens, soit par d'autres circonstances faciles à prévoir, et qu'il est inutile d'énumérer. Eh bien! dans ce cas, si la paralysie s'est montrée aussitôt l'accouchement, si elle n'occupe que des muscles soumis au nerf facial, sans lésion de la sensibilité, sans déviation de la langue ou de la luette, si tous les sens sont intacts, s'il n'existe en aucune partie du corps d'autre paralysie, dans ces cas, sans savoir où a porté le forceps, on peut, dans l'immense majorité des faits, affirmer qu'il a comprimé la septième paire des nerfs.

Si, les mêmes circonstances existant, on trouve une déviation de la luette, on devra penser que l'instrument a produit une lésion du rocher dans l'aqueduc de Fallope.

Quant à toutes les autres lésions du crâne ou de l'encéphale que pourrait déterminer l'application du forceps, elles sortent de mon sujet, et je ne dois pas les examiner.

Du reste, si l'on réfléchit à la facilité avec laquelle les praticiens les plus distingués admettent des épanchemens là où il n'existe qu'une affection locale d'un nerf, on concevra combien il est important d'insister sur cette particularité de l'histoire de l'hémiplégie faciale chez les nouveaux-nés, savoir, que le forceps peut avoir comprimé le nerf de la septième paire assez fortement pour le paralyser, sans cependant laisser à l'extérieur la moindre trace de son action.

Je n'ignore pas qu'en poussant aussi loin que possible l'analyse et le doute, on pourra, dans le cas où le forceps n'a laissé aucune trace de compression sur les tissus, nier son influence sur la production de la paralysie et l'attribuer à toute autre circonstance. Il suffit de savoir que cette affection peut survenir et disparaître spontanément et sans cause appréciable chez l'adulte, pour ne pas contester qu'il pourrait en être de même chez les nouveaux-nés; mais, enfin, nous raisonnons seulement d'après les résultats de l'observation, et ils nous apprennent que dans tous les cas où siégeait une hémiplégie faciale, il y avait eu une application de forceps qui pouvait en rendre compte.

Quant à l'interruption de l'influx cérébral, je pense qu'elle a lieu simplement par une sorte de condensation du parenchyme nerveux lui-même, produite par la compression.

Si cette compression a été peu intense, les fibrilles qui composent le tronc de la septième paire reprendront rapidement, en vertu de leur élasticité propre, leur position normale, et le mouvement sera facilement rétabli. Si, au contraire, la condensation a été poussée trop loin, la paralysie persistera plus longtemps. Dans tous les cas, les accidens étant primitifs, et se montrant au moment même de la naissance, il sera impossible de les rapporter à l'inflammation produite par l'action du forceps, ou à un épanchement consécutif.

Mais cette contusion, déterminée par l'instrument, ne pourrait-elle amener une inflammation du nerf ou du névrilème, qui, gagnant de proche en proche, et se propageant dans le rocher, déterminât un épanchement; et cet épanchement ne pourrait-il être, à son tour, la source d'une nouvelle compression? Les faits manquent pour décider cette question (1); mais, dans tous les cas observés jusqu'à ce jour, soit par M. le professeur P. Dubois, soit par M. Depaul, soit par mon excellent collègue et ami, M. Voillemier, soit par moi-même, les accidens ont toujours été en diminuant, ce qui n'aurait pu avoir lieu dans la supposition d'un épanchement consécutif dans l'aqueduc de Fallope.

On peut se demander maintenant comment il se fait qu'une cause extérieure, agissant sur la septième paire, n'agisse pas en même temps sur la cinquième, qui partout se distribue aux mêmes régions, et comment, au lieu d'une simple paralysie musculaire, il n'existe pas en même temps une double abolition de motilité et de sensibilité. Et, en effet, l'anatomie pathologique, démontrant que des causes analogues à celles qui produisent la perte du mouvement produisent, quand elles s'appliquent au nerf trifacial, la perte du sentiment, il semblerait, au premier abord, que ces deux facultés dussent s'éteindre en même temps sous l'action compressive du forceps. Mais si l'on réfléchit à la disposition anatomique de la cinquième paire, on verra que dans le mode de compression qui produit la paralysie du nerf facial, aucune des branches principales du nerf trijumeau ne peut être intéressée.

D'abord les rameaux fronto-palpébral de l'ophthalmique et le plexus sous-orbitaire du maxillaire supérieur ne sont pas dans la région occupée habituellement par le forceps; et, quant au maxillaire supérieur, qui parcourt, à la vérité, la ligne occipito-mentonnière, suivie ordinairement par le forceps, il est protégé de la manière la plus efficace contre son action par l'arcade orbitaire.

Le bucco-labial, ou l'auriculo-temporal, ne peuvent être comprimés que dans une petite étendue, et il est difficile qu'ils le soient tous deux en même temps.

En outre, les ramifications de la cinquième paire, dirigées presque obliquement de haut en bas, dans un sens parallèle aux bords des cuillers, seront nécessairement comprimées bien plus difficilement et dans un espace beaucoup moindre que les ramifications du nerf facial, qui, se portant transversalement de dehors en dedans, et s'offrant perpendiculairement à l'action du forceps, peuvent, même dans un espace très borné, être toutes paralysées.

Enfin, les rameaux de la cinquième paire, communiquant tous ensemble par de nombreuses anastomoses, il s'ensuit qu'une paralysie du sentiment ne pourrait s'étendre que dans des limites très restreintes, puisque les filets anastomotiques des branches intactes donneraient à la peau et aux muscles la sensibilité qui leur serait refusée par quelques rameaux, tandis que, malgré les anastomoses du facial, l'influx nerveux ne peut se produire, puisque, dans la région de la face occupée ordinairement par l'instrument dans les applications régulières du forceps, le tronc ou ses principales branches peuvent être, comme je l'ai dit plus haut, comprimés entièrement.

C'est surtout pour les indications à remplir qu'il est important de reconnaître, d'une manière précise, la nature intime de la lésion dans l'hémiplégie faciale, afin de ne pas diriger contre une prétendue maladie de l'encéphale des moyens qui, d'une part, pourraient nuire à la santé générale de l'enfant, et qui, d'une autre part, n'abrégeraient en rien la terminaison de la maladie.

Les mouvemens revenant, comme nous l'avons vu, d'une manière graduelle, spontanément et dans un laps de temps ordinairement très court, il est donc tout-à-fait superflu d'employer un traitement actif, et on devra se borner à des soins purement hygiéniques. Ainsi, on évitera de coucher l'enfant sur le côté paralysé et de serrer les vêtemens qui lui couvrent la tête et le cou.

L'œil du côté paralysé n'étant plus protégé par les paupières ni lubrifié régulièrement par les larmes, il sera important de soustraire cet organe à l'action d'un jour trop vif et de placer le berceau de l'enfant de manière à ce qu'il ne reçoive que la lumière diffuse.

Quoique l'hémiplégie doive rendre nécessairement la succion plus difficile, cependant, quelques jours après la naissance, l'enfant peut prendre ordinairement le sein; et si le peu de saillie du mamelon de la nouvelle accouchée augmente les difficultés, on présentera à l'enfant le sein d'une nourrice dont le mamelon sera déjà formé.

Enfin, on devra éviter de provoquer les pleurs de l'enfant et chercher

(1) A la vérité, on a noté, dans la troisième observation que j'ai citée, une petite quantité de sérosité sanguinolente autour du nerf facial; mais cet enfant étant mort de convulsions le lendemain même de la naissance, les troubles fonctionnels n'ont pu être étudiés d'une manière assez complète pour être rapprochés des lésions organiques, et d'ailleurs les détails nécroscopiques sont trop peu précis pour qu'il soit possible de les interpréter avec rigueur. Ce fait isolé doit donc, jusqu'à de nouveaux documens, rester sans application.

même à les calmer aussitôt, surtout si la paralysie est intense, afin d'exagérer le moins possible la difformité et d'empêcher que les traits du visage ne conservent quelque chose de ces nuances anormales qui nuiraient à leur régularité.

Jusqu'ici, dans tous les cas qui sont venus à ma connaissance, l'hémiplégie a toujours disparu spontanément et trop rapidement pour qu'on ait songé à la combattre autrement que par des moyens hygiéniques; mais si la guérison se faisait trop longtemps attendre, on pourrait, je pense, recourir avec avantage, soit à de petits vésicatoires avec la pommade ammoniacale, placés sur le trajet du facial, soit à l'électrisation, en plaçant une aiguille au niveau du trou stylo-mastoïdien et en dirigeant l'excitateur sur les principales ramifications du nerf.

Du reste, soit qu'on emploie le galvanisme simple ou l'électro-magnétisme, on devra se servir d'un courant très faible et mettre l'aiguille placée sur le trajet du tronc de la septième paire plutôt en communication avec le pôle positif qu'avec le pôle négatif, afin d'exciter moins de douleur.

CONCLUSIONS.

1° L'hémiplégie faciale chez les nouveaux-nés, inconnue dans sa nature jusqu'à ces dernières années, étudiée pour la première fois par M. le professeur P. Dubois, et observée depuis par plusieurs de ses élèves, doit prendre rang dans le cadre nosologique.

2° Quand cet accident se montre après une application de forceps, il doit être attribué, dans la très grande majorité des cas, à l'action de l'instrument sur le nerf de la septième paire.

3° Lors même qu'on ne pourrait découvrir à l'extérieur aucune trace de compression par le forceps, il faudrait rapporter à l'action de cet instrument l'hémiplégie faciale qui se montrerait aussitôt après la naissance, sans aucune autre paralysie du mouvement et sans lésion de la sensibilité.

4° Cette affection confirme les théories physiologiques adoptées aujourd'hui sur les attributions des nerfs de la face.

5° Elle diffère de la même affection chez l'adulte, quant à la symptomatologie, en ce qu'à l'état de repos, et pendant les momens de calme parfait, l'expression faciale de l'enfant est à peine modifiée; et, quant à la marche, en ce que les accidens disparaissent spontanément dans l'espace de quelques heures à deux mois (je parle seulement de l'hémiplégie causée par l'application du forceps; sans doute, il peut en exister d'autre nature chez l'enfant comme chez l'adulte, mais les annales de la science n'en contenant pas d'exemple, il est impossible de savoir si les phénomènes seraient identiques).

6° Le traitement doit être, dans la plupart des cas, purement hygiénique.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES (Mai 1839).

Ce cahier renferme les articles originaux suivans : 1° *Statistique de l'hôpital des aliénés de Frankford en Pensylvanie*; par le docteur Charles Evans; 2° *Observations sur la nature et le traitement de la Télangiectasie, ou des nævus et de l'anévrisme par anastomose*; par M. J. Watson, D. M. (travail judicieux n'offrant rien de neuf; l'auteur ne paraît pas connaître les derniers travaux qui ont été publiés en France sur ce sujet); 3° *Affection cérébrale chronique d'un diagnostic difficile*; par le professeur E. Bartlett; 4° *Ulcération cancéreuse de l'œsophage ouverte dans la trachée*; par le docteur Morill Wymann; 5° *Sur les propriétés thérapeutiques du persisquinitrate de fer*; par M. T.-C. Adam, D. M.; 6° *Cas remarquable de sueur partielle*; par M. Samuel Marcy, D. M.; 7° *Observation d'épilepsie*; par Ch. Forter, D. M.; 8° *Accidens graves survenus à la suite d'une morsure du pénis par une araignée, suivis de la guérison*; par le docteur Isaac Hulse; 9° *Histoire de la scarlatine qui a régné dans la maison des orphelins de Charleston* (Caroline du sud), *pendant les mois de juin et juillet* 1838; par M. George Loyan, D. M.

DESCRIPTION DE L'ASILE DES ALIÉNÉS SITUÉ PRÈS DE FRANKFORD (PENSYLVANIE), AVEC LES RÉSULTATS STATISTIQUES DRESSÉS DEPUIS L'ÉPOQUE DE SA FONDATION JUSQU'A LA FIN DE 1838; par le docteur CH. EVANS, médecin de l'établissement.

Cette espèce de compte-rendu offre de l'intérêt, non seulement à cause du long espace de temps qu'il comprend et du nombre considérable de malades sur lesquels il repose, mais encore pour une autre circonstance qu'il serait difficile de trouver ailleurs; c'est que la plupart des sujets qui ont été reçus à l'asile de Frankford appartenaient à une classe qui différait des autres classes de la société par la croyance, par les habitudes de la vie, par la manière de se vêtir; enfin, par toutes les circonstances qui peuvent contribuer à modifier le physique et le moral de l'homme; ils étaient presque tous quakers; en effet, l'établissement fut ouvert en 1817, par les quakers d'Amérique, pour ceux de leurs co-religionnaires qui perdraient la raison. Ce fut le premier de ce genre, destiné aux aliénés, qu'on pût citer en Amérique, comme modèle de ces sortes d'établissemens, aucun de ceux qui y existaient alors n'offrant presque aucune des conditions absolument indispensables.

L'asile de Frankford, outre les avantages de position et de construction qui, si nous en croyons le docteur Evans, laissent peu à désirer, en offre quelques autres qu'aujourd'hui même on ne rencontre pas dans tous les établissemens de ce genre qui passent pour être bien organisés. Ainsi, pendant qu'à l'intérieur les malades sont classés dans un ordre qui ne permet point aux turbulens de déranger le repos de ceux qui sont tranquilles; ni à ceux qui ont la connaissance de leur position d'être frappés de la vue d'êtres plus misérables qu'eux encore, il y a au-dehors des promenades, des champs qui offrent de nombreuses occupations à ceux que leurs forces et leurs habitudes antérieures appellent à ces sortes de travaux, et, dans la maison même, des pièces destinées au travail en commun pour ceux auxquels ces travaux conviennent. La même disposition existe pour le quartier des femmes, qui occupe tout un côté des bâtimens, tandis que celui des hommes occupe le coté opposé. Des jeux de diverse nature sont offerts aux individus des deux sexes; soir et matin ils trouvent, suivant leur goût, une voiture ou des chevaux pour faire de longues promenades. En face du bâtiment, il y a un chemin de fer circulaire qui a environ 450 pieds de circonférence, et sur lequel roule un petit char pour deux personnes, et que la main peut faire marcher avec rapidité.

Le nombre des malades admis dans cet établissement depuis le cinquième mois de 1817 jusqu'à la fin de 1838, n'a été que de 634; savoir, 331 hommes et 303 femmes; sur ce nombre encore, il y a en 127 réadmissions, ce qui réduit le chiffre des malades traités à 507.

Le tableau suivant nous fera connaître à la fois et l'époque de la maladie où chacun des malades a été reçu et le résultat du traitement.

Durée.	Nombre total.	Guéris.	Amélior. considérable.	Amélior. simple.	Stationn.	Restans.	Morts.
Moins d'une année.	261	152	26	27	18	4	34
De 1 an à 2....	57	18	8	8	9	7	7
2 ans à 3....	36	17	3	3	4	5	4
3 ans à 5....	43	14	7	6	9	3	6
5 ans à 10....	47	19	7	3	8	11	5
Plus de 10 ans ...	61	0	7	5	22	13	14
							70

Le chiffre des guérisons, relativement au chiffre total des admissions, 42,21 pour cent; mais si on déduit du chiffre total les cas qui étaient tout à fait incurables à l'époque de leur entrée, savoir, les 61 malades qui l'étaient depuis plus de dix ans, et 10 autres qui étaient affectés d'épilepsie et de paralysie générale, ce chiffre se trouve réduit à 436 et la proportion des guérisons à 49 pour cent.

Le chiffre des guérisons chez les sujets qui n'avaient pas plus d'une année de maladie a été, pour les 22 premières années, de 58,25 pour cent, et pour les 6 dernières, seulement de 66 pour cent; ce qui indique une notable amélioration dans les soins que reçoivent ces malades depuis quelques années. L'auteur assure, en outre, que la plupart des cas indiqués dans le tableau ci-dessus comme ayant éprouvé une notable amélioration, étaient à peu près guéris, et n'ont été retirés que pour des motifs particuliers et le plus souvent dans la certitude que la guérison se compléterait facilement au sein de leur famille et de leurs amis.

Sur les 70 morts, 49 sont arrivées pendant le premier mois du séjour, et ont évidemment été le résultat d'une inflammation du cerveau ou des méninges.

Des 81 malades qui rentrèrent à l'établissement,
36 sortirent guéris.
4 — avec une amélioration considérable.
6 — avec amélioration.
7 — sans changement.
17 — morts.
11 restaient à la maison.

Sur ce nombre, 41 étaient sortis primitivement de l'asile, guéris, et 22 revinrent une troisième fois.

Cet asile fut fondé, comme nous l'avons déjà dit, uniquement pour les membres de la société des amis (quakers), et cette exclusion de tous les étrangers dura jusqu'en 1834, époque où l'établissement fut ouvert à tous les aliénés, à quelque secte qu'ils appartinssent, à la seule condition que jamais l'entrée n'en serait refusée à un membre de la société.

D'après les registres de l'établissement, sur lesquels on conserve des notes exactes sur chacun des malades qui sont reçus, il paraît que la moyenne des aliénés admis pendant les dix premières années a été de 30 par année. Or, comme cette société comprenait tous les quakers de la Pensylvanie, de Delaware et de New-Jersey, dont le nombre varia alors de 20 à 23,000, il semblerait en résulter qu'il y aurait eu annuellement 1 aliéné sur 693 individus. La société éprouva, en 1827, une scission qui ne permit plus d'établir depuis cette époque une proportion exacte, comme par les dix premières années.

Le docteur Burrow a émis l'opinion que l'aliénation est plus commune parmi les membres de la société des amis que dans le reste de la population, ce qu'il attribue à l'obligation où ils sont de ne pas contracter de mariage en dehors de leur secte; mais cette raison est sans valeur quand on pense au grand nombre de partisans de cette secte en Amérique et même en Angleterre, où on n'en compte pas moins de 25,000, nombre trop vaste pour supposer qu'une prédisposition héréditaire puisse s'y perpétuer. On se tromperait également si on voulait attribuer à l'influence des idées religieuses la plus grande proportion apparente des aliénés chez les quakers; car la manie religieuse est si rare chez eux, qu'on pourrait dire qu'elle ne s'y rencontre presque jamais. Le vrai motif de ce nombre plus grand d'aliénés chez eux qu'on ne l'observe dans le reste de la population se trouvera dans le soin que les quakers prennent de leurs malades, dans l'ordre avec lequel toutes les affaires de leur société sont réglées, et qui est tel qu'aucun des cas d'idiotie et d'aliénation qui existent parmi eux ne reste inconnu.

AFFECTION CÉRÉBRALE CHRONIQUE D'UNE LONGUE DURÉE; CÉPHALALGIE; VARIATIONS DANS L'ÉTAT INTELLECTUEL; MÉMOIRE EXTRAORDINAIRE DES ÉVÉNEMENS; INEFFICACITÉ DE TOUT TRAITEMENT; DIAGNOSTIC DOUTEUX; par le docteur BARILLET, professeur de médecine au collége de Dartmouth.

Sous le titre précédent, nous trouvons l'histoire incomplète d'une de ces affections nerveuses anormales qui jettent le praticien dans un si grand embarras. Nous disons que cette histoire est incomplète, parce que la malade n'était pas guérie à l'époque où cesse le rapport du médecin; cependant, comme elle éprouvait une amélioration notable depuis quelque temps, nous sommes disposés à croire que le diagnostic de l'auteur, qui inclinait vers la supposition des tubercules cérébraux, n'était pas exact. En effet, la malade, pendant sa longue maladie, qui durait depuis plus d'un an, n'avait éprouvé aucun symptôme organique proprement dit, ni paralysie, ni convulsions, ni amaigrissement; elle se plaignait seulement d'une douleur qui semblait aller du frontal à l'occipital, et qu'elle disait au-dessus de toute description. Aussi, nous ne nous arrêtons quelques instans sur cette observation que pour le phénomène curieux qu'a présenté la malade, et qui est indiqué dans le titre. Nous allons rapporter les propres paroles de l'auteur, après avoir dit que le sujet était une jeune fille âgée de 15 ans, qui depuis plusieurs mois se plaignait d'un mal de tête atroce, avec de fréquens accès d'un frisson général et des mouvemens désordonnés des bras paraissant en partie volontaires et en partie spasmodiques. « Il est évident que la malade présente, pour ce qui concerne les fonctions cérébrales et les manifestations intellectuelles, deux états tout à fait différens; l'un qu'on pourrait appeler état normal; et l'autre l'état anormal ou surnaturel; pendant le premier, elle ne diffère pas de ce qu'elle est habituellement; elle a la conscience parfaite de tout ce qui lui arrive, répond comme il est convenable aux questions qui lui sont adressées, décrit les sensations qu'elle éprouve, repose tranquillement sur le dos, poussant quelquefois un soupir, en partie spasmodique qui semble l'indice d'une douleur profonde et est accompagné d'un frémissement ou tremblement passager. Pendant l'état anormal, elle est toute différente. C'est alors que se développent les accès pendant lesquels elle se jette d'un côté du lit à l'autre. Pendant que dans l'état normal elle se contente de répondre aux questions qui lui sont adressées, dans celui-ci elle parle d'elle-même et de sujets qui se rapportent aux premières années de son enfance, et dont il est quelquefois difficile de croire qu'elle ait pu conserver le souvenir, tandis qu'elle paraît ne pas garder la mémoire des choses qui se passent actuellement; elle s'entretient longuement des personnes qu'elle n'avait pas vues depuis huit ou neuf ans, et offre d'elle-même de dire combien il y a de minutes et même de secondes dans un jour, ce qu'elle exécute immédiatement, sans crayon ni plume, et seulement après s'être placée la face sur son oreiller, et avoir, pendant quelques secondes, agité ses doigts avec rapidité, comme si elle eût tracé une somme. Puis, elle disait combien le médecin lui avait fait de visites depuis le commencement de sa maladie, et autres singularités qu'on n'aurait attendues ni de son âge, ni surtout de ses dispositions particulières. » Si nous ajoutons à cela que dans cet état elle se moquait beaucoup de deux médecins qui avaient voulu en vain obtenir chez elle des phénomènes magnétiques, nous aurons complété tout ce que nous trouvons sur cet état qui peut être rapproché jusqu'à un certain point de l'extase, dans l'observation incomplète où nous avons cherché en vain des renseignemens sur la fonction de la menstruation, sur l'éducation qu'avait reçue la jeune fille, sur ses occupations habituelles, ses lectures, etc., renseignemens qui seraient si importans dans un cas de ce genre.

DES EFFETS THÉRAPEUTIQUES DU PERSESQUINITRATE DE FER; par le docteur ADAMS, de Lenawes, dans le Michigan.

Cette préparation de fer, qui a été recommandée en 1832 par le docteur Kerr, et dont la GAZETTE MÉDICALE a donné la formule (année 1832, p. 107), a, depuis, fixé l'attention de plusieurs praticiens qui l'ont employée dans le traitement de la diarrhée chronique. Le docteur Adams vante aussi beaucoup les effets de ce médicament, qui est à la fois un astringent et un tonique d'une grande énergie. L'auteur, passant en revue les cas où cette préparation est employée avec succès, en éloigne d'abord les cas d'inflammation des intestins; puis ceux où la diarrhée semble se lier à un état pléthorique, et, au contraire, signale les diarrhées chroniques, celles surtout qui surviennent chez les sujets nerveux ou lymphatiques, comme offrant les conditions les plus favorables à son action médicamenteuse. La dose à laquelle elle s'administre est habituellement de 15 gouttes au début, et qu'au bout de quelques jours il ne tarda pas à porter à 20, 25 et 30 gouttes, trois et même quatre fois par jour. Il n'a encore vu qu'un seul cas où il ait été obligé de baisser la dose; c'était un cas de diarrhée récente; n'éprouvant aucun effet avantageux des doses ordinaires, la malade semblait plutôt s'aggraver; il baissa la dose à 7 gouttes, et en vingt-quatre heures l'amendement était manifeste, quand, avec 31 gouttes, il n'obtient pas de soulagement, il n'augmente pas la dose, mais y ajoute quelques gouttes de laudanum ou quelque autre auxiliaire.

Le temps pendant lequel la préparation reste claire et transparente varie beaucoup. Quelques auteurs ont dit qu'elle ne se conservait pas plus d'une semaine; mais il l'a toujours vue rester transparente pendant deux mois et plus. Il pense qu'il est convenable de la renouveler lorsqu'elle commence à se troubler.

Non seulement il ne connaît pas de médicament qui agisse avec autant de promptitude que le persesquinitrate de fer, lorsqu'il est employé à propos; mais il lui accorde encore une grande supériorité sur les autres astringens pour prévenir les rechutes, et il a obtenu les plus heureux résultats de son emploi longtemps continué chez les enfans. Il a aussi obtenu des succès de l'emploi du même médicament dans la leucorrhée, lorsque cette maladie se liait à un état de faiblesse et d'atonie générale. Il a eu aussi à s'en louer dans les cas de ménorrhagie observés dans les mêmes conditions.

OBSERVATION D'UN CAS DE SUEUR PARTIELLE; par le docteur S. MARCY

Nous rapportons l'observation suivante sans en garantir l'authenticité, ni sans chercher à en donner l'explication.

OBS. — J. Fallopius, âgé de 43 ans, d'une constitution athlétique, n'a jamais eu d'autre maladie que des fièvres intermittentes. De 1823 à 1830, il éprouva toutes les formes sous lesquelles se montre cette maladie, depuis le plus léger frisson jusqu'aux accès les plus violens, sous les types tierce, quotidien, quarte et double tierce. Pendant les six dernières années, cependant, il a été complètement libre de ces accidens; mais il a conservé une disposition à une transpiration très abondante à l'occasion d'un exercice actif. Lorsqu'il reste couché sur un côté, la transpiration reste bornée à la partie du tronc et aux extrémités qui se trouvent en dessus, tandis que tout le reste du corps en est entièrement privé et conserve sa température normale. S'il change de côté, ce sont alors les parties du corps qui font saillie qui sont baignées par la sueur, tandis que le reste sèche promptement et reprend la température normale. Une

ligne tirée du milieu du frontal au pubis, suivant exactement la démarcation qui s'établit entre les parties qui deviennent successivement le siége de la sueur quand la position du corps est variée. Le malade s'est souvent amusé à produire devant ses amis ce phénomène curieux, en changeant à plusieurs reprises le côté sur lequel il était couché. S'il se tenait debout, la transpiration était uniformément répandue sur tout le corps. Pendant l'été dernier, qui a été si chaud, cette disposition a éprouvé un changement assez remarquable, et qui a persisté; quand il se tient debout, la disposition à la sueur continue, mais d'un côté seulement, et exclusivement du côté gauche.

ACCIDENS GRAVES A LA SUITE D'UNE MORSURE DU PÉNIS PAR UNE ARAIGNÉE, SUIVIS DE LA GUÉRISON; par le docteur ISAAC HULSE.

OBS. — Le 7 du mois d'août 1838, M. G. se trouvant aux lieux d'aisance, s'aperçut qu'il venait d'être mordu sur le gland par une araignée. La douleur qui résulta de cette morsure ne fut pas sur le moment très grande, mais elle augmenta bientôt au point de donner de graves inquiétudes. Cependant, le point d'où partaient les accidens n'offrait aucune trace d'irritation ou de gonflement. Peu de temps après (une heure et quelques minutes), il était survenu des vomissemens extrêmement violens, accompagnés d'une douleur profonde dans le ventre, s'étendant à la poitrine, et d'une sensation de battement et de suffocation. La face était turgescente, les vaisseaux paraissaient distendus par le sang. J'ouvris largement une des veines du bras, et le sang coula en abondance. Peu après, j'administrai l'ammoniaque liquide et le laudanum de Sydenham, qui étaient rejetés à chaque fois. Il survint de la douleur et des spasmes le long de l'épine et aux extrémités; l'anxiété était portée au plus haut point. On fit des frictions excitantes avec le liniment volatil, la teinture de cantharides; on administra plusieurs lavemens simples pour vider les intestins; on continua l'usage de l'ammoniaque et du laudanum, auxquels on joignit le camphre; d'après le conseil du docteur Edwards, on donna plus tard l'huile d'olives. Bientôt les accès de douleurs se montrèrent à de plus longs intervalles; les vomissemens devinrent moins fréquens. Cinq heures après l'administration des lavemens, le malade eut une selle abondante. Il se trouva mieux vers le matin, et put garder une dose d'huile de castor qui le purgea facilement. Cependant, la douleur persista dans les jambes pendant toute la nuit, qu'il passa sans sommeil.

Le jour suivant, on eut recours en vain à des applications de moutarde sur les membres inférieurs. On ouvrit les veines des pieds, et on laissa couler le sang dans l'eau chaude, jusqu'à ce que l'on pût noter un changement dans le pouls. Une heure après la saignée, le malade se trouvait parfaitement bien; il dormit bien cette seconde nuit, et le jour suivant, il put sortir. La guérison fut rapide et ne s'est pas démentie.

J'ai vu, dit le docteur Hulse, plusieurs des araignées dans le lieu où M. G. avait reçu la morsure; elles sont d'un volume considérable, d'un brun noirâtre et couvertes de poils sur les membres et le corps.

Il est bon de noter que, dans ce cas, quatre onces de laudanum, et la même quantité d'ammoniaque liquide ont été administrées dans l'espace de quatre heures.

Nous écrivons ce fait tel que le journal américain, l'a rapporté; d'autres détails seraient nécessaires pour décider la question de savoir si, au lieu d'offrir quelque chose de spécifique, les accidens n'ont pas été simplement nerveux d'abord, et de nature congestive ensuite. La frayeur, plus que la douleur, suffirait elle seule à expliquer l'intensité des phénomènes nerveux; sous ce rapport, ne sait-on pas que les causes les plus légères ont produit souvent les accidens les plus graves?

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 5 AOUT.

PUITS FORÉ DE L'ABATTOIRE DE GRENELLE.

M. Arago donne de nouveaux détails sur l'état actuel des travaux de ce forage. A l'époque de la dernière communication sur ce sujet, la sonde était parvenue dans la craie verte, ce qui annonçait la limite inférieure de cette formation; maintenant elle a atteint une argile très noire qui indique l'apparition prochaine de l'eau. On a fait à cette profondeur des expériences pour déterminer la température de la partie inférieure du trou. Les anciens thermomètres *à maxima* avaient dû être écartés comme des instrumens infidèles, les thermomètres à déversement de M. Walferdin, grâce à une modification que ce physicien leur a fait subir depuis, permettaient d'obtenir des indications justes, pourvu qu'on évitât, en les retirant, l'échauffement provenant de la friction, et on a adopté pour cela des précautions qui font disparaître cet inconvénient. Afin d'avoir bien exactement la température de la couche, et non celle des parois du trou échauffé par le travail de la sonde, on a attendu 35 heures après la cessation des travaux pour descendre les instrumens, et on les a laissés plus que le temps nécessaire pour qu'ils se missent bien en équilibre de température avec les parties environnantes : la moyenne des indications de six thermomètres, descendus à 481 mètres, a été de 25°, 5 centigrammes.

LOIS DE LA POPULATION EN FRANCE.

Dans une des précédentes séances l'Académie avait reçu de M. le ministre des travaux publics une lettre demandant son avis sur le mérite de différentes tables de mortalité, et notamment de celles de M. Demontferrand, qu'une société annonçait devoir prendre comme base de ses calculs dans une sorte de tontine projetée. C'est à l'occasion de cette lettre que M. Demontferrand écrit aujourd'hui à l'Académie.

On ne peut plus accorder, dit-il, d'autorisation à l'établissement d'une compagnie d'assurances mutuelles qui promettrait à ses cliens des produits basés sur la table de Duvillard. Il en résulterait un immense désappointement. En effet, cette table ne suppose sur 1,000 naissances que 496 survivans à 21 ans, tandis que les résultats du recrutement en 1837 et 1838 en donnent plus de 600 pour la France entière, et 680 pour quelques départemens.

J'ai été consulté, reprend l'auteur de la lettre, par plusieurs directeurs ou fondateurs de compagnies d'assurance, et entre autres par M. de Montry, dont la demande a provoqué la lettre du ministre à l'académie. Je n'ai pas, comme on pourrait le supposer d'après un passage de cette lettre, proposé à M. de Montry de baser sur ses calculs sur les tables que j'ai publiées, mais sur une loi de mortalité formée empiriquement en ralentissant la table des départemens de la première classe, à chaque âge, de la quantité dont ces départemens l'emportent sur la France entière. Cette table, qui donne 710 survivans à 21 ans, approche certainement beaucoup plus de la vérité que toutes celles dont on fait usage jusqu'ici. Je suis loin, d'ailleurs, de prétendre qu'elle doive être imposée à d'autres compagnies. En résumé, je ne prétends pas avoir calculé les tables qui conviennent aux compagnies d'assurance, mais leur avoir assigné des limites. Ainsi, il me sembla évident que la mortalité des *têtes* choisies est plus lente que celle des départemens de la première classe, et les assurés en cas de mort sont, par les conditions de leur admission, soumis à des chances au moins aussi favorables que celles des départemens de la troisième classe.

EMPLOI DE L'HUILE DE SCHISTES CONTRE LA GALE.

Nous avons, dans notre avant-dernier compte rendu, parlé d'une communication de M. Selligue sur cet emploi de l'huile des schistes, qu'il regardait comme nouveau. Aujourd'hui M. Fournel, ingénieur des mines, vient montrer que les anciens ont fait usage, dans le même but, sinon de l'huile obtenue des pierres par la distillation, du moins de l'huile de pierre naturelle (*petroleum*).

Pline, dans son *Histoire naturelle* (liv. 35, chap. 15), parlant du pétrole d'Agrigente, que l'on nommait alors *huile de Sicile*, dit : « On s'en sert pour les lampes au lieu d'huile; on l'emploie aussi pour la gale des bêtes de somme. »

Avant lui, Vitruve (liv. 8, chap. 3), avait signalé l'usage où étaient les Africains de plonger leurs bestiaux dans les eaux d'une fontaine bitumineuse qui existait de Carthage.

Solin parle aussi de la Fontaine d'Agrigente à peu près comme Pline, qu'il copie habituellement et qu'il défigure parfois.

Un grand nombre d'auteurs des XVe, XVIe et XVIIe siècles, dit M. Fournel, ont indiqué le même remède. On peut citer notamment François Arioste, qui guérit des hommes et des animaux de la gale avec le pétrole qu'il a découvert, en 1460, au mont Zibio, dans le duché de Modène. On peut citer aussi, entre beaucoup d'autres, Agricola, qui disait au milieu du XVIe siècle, en parlant de cette substance : « employée en frictions sur les bêtes de somme et les bêtes à cornes, elle les guérit de la gale (*de naturâ eorum quœ effluunt ex terrâ*, lib. II, p. 115, fol., Basles, 1546.)

Si maintenant nous passons au pétrole obtenu par distillation, nous trouvons qu'en 1721 un nommé d'Eyrinis retirait de la pierre asphaltique du Val-de-Travers dans le canton de Neufchâtel en Suisse, une huile dont il vantait beaucoup l'efficacité pour la guérison de la gale, et il affirmait avoir guéri par ce moyen plus de trente personnes.

Il faudrait voir cette brochure, qui a été publiée à Paris en 1721, pour savoir, ce que n'indique pas la lettre de M. Fournel, si c'était par distillation ou simplement par ébullition dans l'eau qu'on obtenait l'asphalte, ainsi que cela se pratique pour des sables bitumeux dans certaines parties de l'Alsace.

M. le ministre de l'instruction publique adresse ampliation de l'ordonnance royale relative à la fondation du prix Cuvier. Voici les termes de l'ordonnance :

ART. 1er. L'Académie royale des sciences est autorisée à accepter l'offre faite par la commission des souscripteurs pour la statue de Georges Cuvier d'une somme de sept mille francs destinée à la fondation d'un prix qui portera le nom de Cuvier.

ART. 2. Cette somme de 7,000 fr. sera placée en rentes sur l'état au profit de l'Académie, et le produit servira à former le montant de ce prix, qui sera distribué tous les trois ans à l'auteur de l'ouvrage le plus remarquable soit sur le règne animal soit sur la géologie.

RECHERCHES SUR L'ÉTAT DE LA SUBSTANCE COLORANTE DANS LES FEUILLES DU POLYGONUM TINCTORIUM.

M. Robiquet lit un mémoire sur ce sujet. Dans une note lue précédemment sur la matière colorante du *polygonum tinctorium*, M. Robiquet avait rapporté des expériences qui lui faisaient regarder comme très probable que la matière se trouvait dans les feuilles à l'état bleu. Cependant, l'auteur d'une autre note, lue dans la même séance, avait soutenu la thèse contraire. Cette opposition était assez propre à piquer la curiosité; mais la saison était trop avancée pour permettre de reprendre les expériences. M. Robiquet a donc dû attendre l'année suivante : les essais qu'il a faits dans cette saison n'ont fait que confirmer sa première opinion.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 6 AOUT.

CORRESPONDANCE.

M. Chassaignac écrit à l'Académie qu'il se porte comme candidat pour la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

FIN DE LA DISCUSSION SUR L'EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

M. Renauldin admet l'utilité des évacuations sanguines générales et locales dans les cas où de petites doses d'arsenic auront été prises; il pense qu'alors l'inflammation qui se développe souvent avec une marche chronique se trouve très avantageusement modifiée par la saignée générale, si la grande circulation est troublée ou seulement par les applications de sangsues à l'épigastre dans le cas contraire. Lorsque des doses énormes de poison ont été prises, les accidens sont si graves, que toute thérapeutique est infructueuse, les saignées ne produisent pas plus d'effet que tout autre remède.

M. Marc n'adopte pas l'opinion de M. Renauldin sur la rapidité de la marche des accidens et leur intensité dans les cas d'ingestion de fortes doses de poison; il se rappelle avoir observé une femme qui, après avoir avalé une demi once d'arsenic et deux gros de sublimé, vécut onze jours, après avoir constamment vomi durant ce laps de temps. De petites doses de poison tuent souvent beaucoup plus vite.

M. Londe n'a pas l'intention de se prononcer pour ni contre la saignée, ce qu'il veut établir c'est que la mort peut survenir dans l'empoisonnement par l'acide arsénieux sans qu'on trouve la moindre trace d'inflammation; si ce n'est pas la phlegmasie qui tue, suivant lui, c'est l'absorption. Il cite à ce propos divers faits et entr'autres des accidens qu'il observa chez des soldats qui pour se guérir de la gale s'étaient frictionné la surface cutanée avec une pommade dans laquelle entrait de l'arsenic. Ils avaient des vomissemens, etc.; et les vésicules n'avaient pas semblé éprouver la moindre surexcitation. Divers auteurs ont déjà constaté ce mode d'action, qu'ils reportent plutôt sur le système nerveux. Ceci ne doit pas être perdu de vue dans le traitement de ces empoisonnemens.

La discussion est close.

TRAITEMENT DES FRACTURES PAR L'APPAREIL INAMOVIBLE.

M. Blandin fait un rapport au nom de MM. Larrey, Velpeau et au sien, sur un mémoire de M. Seutin, professeur de médecine opératoire à l'université de Bruxelles, et ayant pour titre : NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITER LES FRACTURES. M. le rapporteur indique rapidement les données qui ont servi de point de départ au chirurgien belge, et décrit la méthode de pansemens qu'il emploie; des bandes, des attelles de carton et l'amidon constituent son appareil. Ce traitement, dit M. Blandin, est à la fois plus simple, plus commode, plus court et plus économique; tels sont du moins les avantages que lui reconnaît son auteur.

Dans les réflexions qui suivent, M. Blandin, après avoir blâmé l'expression d'*inamovible* donnée à cet appareil, réclame en faveur de M. Larrey la gloire d'avoir ouvert, en l'employant avec tant de soin, une voie nouvelle à la thérapeutique des fractures; toutefois les modifications de M. Seutin l'avaient rendu d'une application plus facile, plus simple, moins embarrassant par son volume et d'un prix plus modique. et les applications que ce chirurgien en a faites à d'autres maladies, aux tumeurs blanches, aux plaies des articulations, doivent être considérées comme offrant dans beaucoup de cas de précieuses ressources. L'utilité des ouvertures que M. Seutin a eu l'idée de pratiquer à son bandage au niveau des plaies ou des fistoles consécutives à l'inflammation et à la suppuration, ne saurait être révoquée en doute; les surfaces suppurantes sont mises à découvert, le pansement peut en être fait et modifié à volonté, la stagnation du pus ne saurait avoir lieu; cette modification généralise donc l'emploi de ce moyen et en lui ôtant ces inconvéniens elle lui donne de nouveaux avantages.

M. le rapporteur ne partage pas l'opinion de M. Seutin sur l'époque à laquelle il est convenable d'appliquer le bandage; le chirurgien belge le met immédiatement, M. Blandin n'adopte pas cette opinion sans restriction; il pense que si l'on est appelé immédiatement après l'accident, c'est le cas d'appliquer l'appareil; si au contraire l'engorgement inflammatoire a commencé, il faut attendre, appliquer l'appareil ordinaire d'abord, et le bandage inamovible viendra plus tard quand l'époque du développement des accidens sera passée; le gonflement inflammatoire, la suppuration, la gangrène du membre sera parfois à craindre; il faut les prévenir ou les combattre avant de songer à l'appareil amidonné.

M. le rapporteur n'adopte pas l'utilité de la déambulation prescrite par M. Seutin; il trouve à cette méthode de graves inconvéniens, lui reproche de déranger les fragmens, dont le contact est si facilement altéré. Il pense que si, pour certains sujets, pour les vieillards, les individus maigres et affaiblis, la position assise dans un fauteuil ou dans une voiture a des avantages, le précepte de faire marcher les malades ne saurait être reçu.

Après avoir comparé le bandage tel que M. Seutin l'a employé le premier, à ce qu'il est maintenant, après les modifications de M. Velpeau, qui l'a rendu plus souple, plus économique, d'une application et d'un changement plus faciles; de M. Laugier, qui a substitué le papier au linge; de M. Lafarge de St-Emilion, qui s'est servi d'un mélange de plâtre et d'amidon, M. Blandin formule en manière de proposition les principales circonstances dans lesquelles ce bandage est utile, celles où il peut avoir des inconvéniens, les préceptes relatifs à son application, et termine en demandant 1° que des remercîmens soient adressés à l'auteur; 2° que son mémoire soit déposé dans les archives de l'Académie; 3° que M. Seutin soit inscrit au plus tôt sur la liste où l'on doit choisir les membres correspondans.

M. Velpeau ne saurait partager les opinions de M. le rapporteur sur le bandage inamovible. Je me suis, dit-il, beaucoup occupé de ce point du traitement des fractures; j'ai traité un grand nombre de malades depuis l'époque où j'ai commencé à en faire l'application, puisque je pourrais citer maintenant plus de 150 observations, j'ai donc quelques résultats intéressans à présenter à l'Académie. Je ne partage pas l'opinion de M. Blandin sur le danger d'appliquer immédiatement le bandage inamovible; s'il n'y a pas d'engorgement, ce moyen en préviendra le développement; s'il y a déjà de la tuméfaction, et que la compression soit bien faite, elle disparaîtra; rien n'empêche d'enlever l'appareil dans le cas où il produirait de la douleur, ou pourrait amener des accidens. On peut le desserrer ou le renouveler tout à fait; l'épithète d'inamovible lui convient donc fort peu. Dans les faits qui se sont passés sous mes yeux, la compression qu'il exerce m'a paru toujours fort avantageuse pour dissiper la tuméfaction; rarement ce gonflement qui accompagne les fractures passe à l'état de suppuration, à moins qu'il n'y ait plaie; tous les chirurgiens savent cela, ce n'est donc pas une objection à faire contre l'emploi de ce moyen. J'ajouterai qu'il est facile, en surveillant attentivement le développement des douleurs, en consultant la teinte du membre, l'apparition de phlyctènes, etc., de savoir au juste quand il convient d'enlever l'appareil. A ce propos, et pour rendre cette application plus facile, je dois dire que j'ai fait subir au bandage de M. Seutin quelques modifications qui le rendent d'un emploi plus facile; je l'ai réduit à l'application de quelques linges secs sur la peau, d'une bande roulée ordinaire peu serrée, depuis les orteils ou les doigts jusqu'au dessus du point fracturé, des plaques de carton mouillé maintenues par une seconde bande; il suffit alors, avec un pinceau d'afficheur, ou tout simplement avec les doigts, d'enduire le tout de la solution de dextrine. L'appareil, ainsi modifié, durcit avec une grande rapidité; il suffit de quelques heures au lieu de trois jours qu'exigeait le bandage de M. Seutin. S'il doit être enlevé et renouvelé, on le ramollit en l'humectant, rien n'est plus facile. Je n'ai pas vu une seule fois, dans le nombre des faits que j'ai observés, survenir des accidens qui, avec quelque raison, puissent être attribués au bandage. Dans un cas, il y eut du gonflement des phlyctènes; mais le malade m'ayant à plusieurs reprises assuré de son bien-être, je crus devoir m'en rapporter; je ne regardai pas le membre; j'eus tort, je l'avoue, mais cet accident ne saurait être imputé au bandage. Quant à la déambulation dont M. Blandin n'admet pas les avantages, il faut bien s'entendre sur ce qu'elle est en réalité; les malades n'appuient pas de tout le poids de leur corps sur le membre fracturé, mais en se soutenant avec des béquilles. Le membre est pendant, soutenu seulement par une bande qui passe sur le cou et qui vient servir d'étrier. Ce qui m'étonne, dit M. Velpeau en terminant, c'est que ce bandage ne soit pas plus généralisé encore dans son emploi; il est si simple, si facile, il présente tant d'avantages et si peu d'inconvéniens, que je ne comprends pas les reproches qu'on pourrait lui adresser.

M. Rochoux blâme l'expression de bandage inamovible, et rappelle l'observation de M. Baruel, qui disait ne pas se trouver bien de la marche; au moment où elle avait lieu, il ressentait un malaise, des douleurs dans le lieu de la fracture.

M. Larrey pense que l'épithète d'inamovible convient parfaitement au bandage tel qu'il l'applique depuis nombre d'années; je le mets immédiatement, dit-il, et je ne l'enlève qu'au dernier moment; j'ai vu des malades auxquels on l'avait appliqué parcourir des distances considérables sans le moindre inconvénient, soit à cheval, soit dans des charrettes fort dures; cet avantage est immense aux armées. Je ne vois rien de plus simple que l'appareil dont je me suis servi; il suffit, pour en être convaincu, de jeter un coup-d'œil sur les planches qui accompagnent l'opuscule que j'ai présenté à l'Académie.

M. Bérard, qui a expérimenté l'appareil inamovible à la manière de M. Larrey, et qui a publié les résultats de ses expériences en 1833, dans les ARCHIVES DE MÉDECINE, avait déjà recueilli à cette époque plus de 30 faits, qui lui permettent d'exposer son opinion relativement à plusieurs points de son histoire. Je l'ai constamment, dit M. Bérard, appliqué de bonne heure dans les fractures simples et dans deux cas de fractures compliquées seulement; je n'ai jamais eu d'accidens, pas une fois je n'ai observé le développement d'escarres gangréneuses; sous ce rapport donc je partage entièrement les idées de M. Velpeau. Je suis également de son avis pour ce qui regarde la déambulation, les objections qu'on lui adresse, telle que nous l'entendons, sont purement théoriques; je dois dire cependant que je n'ai pas osé la conseiller aux malades atteints de fractures de cuisse. Quelque avantageux que soit l'appareil de M. Larrey, les modifications de M. Seutin me paraissent un véritable progrès; j'en dirai de même de celles de M. Velpeau; mais ni la bande roulée, ni l'attelle de carton ne me semble fort avantageuses, car toutes ces pièces sont molles au moment de l'accident, dans les premiers instans de l'application de l'appareil; le bandage ne remplit ses indications que beaucoup plus tard, lorsqu'il a acquis sa solidité. Les fanons de M. Larrey obvient à cet inconvénient; ces cylindres de paille offrent assez de résistance aux efforts de déplacement pour maintenir les fragmens en rapport jusqu'à ce que l'appareil soit entièrement solidifié; sans doute, cela constitue autour du membre une masse plus considérable, mais le poids n'en est guère augmenté. Je dois dire, du reste, que pour rendre la dessiccation plus prompte, j'ai imaginé de suspendre le membre mis en appareil dans un filet attaché à l'arceau qui soutient les couvertures, l'air frappe de toutes parts les surfaces humides, et l'évaporation est beaucoup plus rapide.

M. Breschet a vu à Bruxelles les tentatives de M. Seutin; il a suivi sa méthode à l'Hôtel-Dieu, et n'a jamais observé d'accidens à la suite de l'emploi de ce bandage, pourvu qu'on attende que l'engorgement soit diminué s'il était survenu, ou bien qu'on l'applique immédiatement dans le cas contraire; en adoptant, sous ce rapport, la doctrine professée par Dupuytren sur le traitement des fractures. Un point important dans l'appareil de M. Seutin, et sur lequel on a eu tort de ne pas insister, suivant moi, c'est le soin qu'il prend de laisser quelque partie à découvert, le talon, l'extrémité des orteils, afin de ju-

ger, d'après leur état, de celui des parties situées au-dessous; averti à temps de cette manière, il est toujours permis de changer l'appareil dès qu'on soupçonne la moindre inflammation, et qu'on redoute de ce côté le moindre danger. M. Breschet ne partage pas l'opinion de M. Seutin sur le précepte de faire marcher les malades; il repousse tout exercice, même avec les béquilles dans la première période de la formation du cal, le moindre déplacement, le moindre glissement d'un fragment sur l'autre peut retarder la consolidation. A la seconde période, il n'en est plus de même, le danger est moins pressant, les malades peuvent, en se soutenant avec des béquilles, faire quelques mouvemens, et marcher sans inconvénient. Mais c'est peut-être moins dans les fractures simples qu'il faut vanter les avantages du bandage amidonné, que dans les fractures compliquées. De l'avis de tous les chirurgiens, cette sorte de lésion est excessivement grave, quelle que soit la marche qu'on suive dans leur traitement, qu'on ampute ou qu'on conserve les membres, fort souvent on se repent de la marche qu'on a suivie. Eh bien! l'emploi de l'appareil inamovible dans ces cas fournit les plus grands avantages; l'immobilité complète est assurée; les pansemens sont faciles à travers les ouvertures laissées au bandage, dont la constriction maintenue dans de justes limites exerce une heureuse influence sur la résolution de l'engorgement inflammatoire.

M. Gimelle parle dans le même sens que M. Breschet; depuis trente ans, il a vu appliquer l'appareil inamovible de M. Larrey, dans toute sa rigueur, et dans aucun cas il n'a vu la compression amener des accidens; presque toujours elle les prévenait ou les diminuait s'ils s'étaient développés. C'est surtout dans les fractures compliquées qu'on retire de ce bandage de grands avantages; il empêche le développement de la suppuration, de la gangrène, etc. A ce propos, M. Gimelle cite un cas de fracture compliquée de toutes les extrémités osseuses qui concourent à l'articulation du genou, et qui se termina de la manière la plus heureuse et la plus inespérée sous l'influence de l'appareil inamovible. M. Gimelle n'attribue pas aux ouvertures qu'on laisse au bandage le même avantage que MM. Velpeau, Bérard et Breschet, et M. Seutin; suivant lui, les chairs se boursoufflent à travers ces ouvertures, avec d'autant plus de facilité que les parties voisines sont plus fortement comprimées.

M. Amussat a vu appliquer le bandage amidonné par M. Seutin lui-même; il est beaucoup plus simple qu'on ne l'a décrit, et la précaution de mettre une attelle de carton sèche sur l'attelle humide s'oppose au déplacement qu'on redoute lorsque tout l'appareil est ramolli par l'humidité. Du reste, M. Amussat blâme la déambulation; elle offre des inconvéniens; il faut donc être très réservé sur le précepte de faire marcher les malades.

M. Emery rapporte à M. Bérard l'idée d'avoir ménagé des ouvertures dans l'appareil, pour laisser à découvert les parties qui ont besoin de pansemens répétés; ces ouvertures étaient indiquées dans le travail publié par notre confrère en 1833.

M. Gerdy rappelle que ces fenêtres avaient été déjà indiquées par les anciens chirurgiens; elles sont figurées dans Scultet et dans d'autres auteurs; il combat les inconvéniens de la déambulation, et essaie de prouver que le séjour au lit est loin d'en avoir d'aussi grands, d'autant que les malades ne se plaignent pas de ce séjour; cet appareil ne guérit ni plus promptement ni plus sûrement, et il a l'inconvénient d'agir en aveugle, de cacher les tissus malades, ce qui pourrait amener de fâcheux résultats, surtout dans les cas de plaie ou d'inflammation consécutive.

M. Blandin répond successivement aux diverses objections adressées, soit à l'objet du rapport, soit au rapport lui-même; il insiste sur ce fait que M. Bérard n'ayant pas appliqué l'appareil dans les fractures de cuisse, n'est pas fondé à généraliser et ses avantages et le précepte de faire marcher les malades; que la marche, dans ces cas, favorise la formation des fausses articulations; que dans les fractures de jambe qui atteignent les deux os à la fois, déjà elle devient plus désavantageuse que dans celles qui n'atteignent qu'un seul os. Quant aux ouvertures dont il a été question, Dieffenbach les avait déjà pratiquées dans son appareil de plâtre coulé; elles sont également mises en usage dans les appareils des Arabes, ainsi que l'a rapporté M. Sédillot. Du reste, il n'a pas vu ce boursoufflement dans les fractures compliquées de plaies dont a parlé M. Gimelle; il pense que cette modification à l'appareil de M. Larrey est d'une grande importance dans ces cas, et doit être conservée. M. Blandin revient sur les dangers de l'application immédiate du bandage; il cite un fait où des accidens mortels se sont développés consécutivement à cette application, et ces accidens pourront se présenter de nouveau; on peut en être sûr. Relativement à l'objection tirée de la mollesse du bandage au moment de la réduction, et aux inconvéniens qui peuvent en résulter pour la facilité du déplacement, M. Blandin dit qu'il met constamment un appareil solide à l'extérieur, une sorte de tuteur, au moins pendant quelque temps; ainsi, pour la fracture du radius, il met l'attelle cubitale de Dupuytren; pour la fracture du péroné, il se comporte de même; cette combinaison lui a donné de grands avantages, on ne saurait les nier. Si M. Seutin ne l'a pas faite, je serais heureux d'en être l'auteur, et j'en accepte l'honneur, si on veut m'accorder qu'elle m'appartienne; dans tous les cas, je dois en signaler l'importance.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

M. Velpeau ayant à répondre et la discussion n'étant pas terminée, sur la demande de plusieurs membres, on la reprendra dans la prochaine séance.

Il est cinq heures, la séance est levée.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOUVEAUX DÉTAILS SUR LES DERNIÈRES ÉPIDÉMIES PESTILENTIELLES DE TUNIS ET DE TRIPOLI, EN BARBARIE; communiqués par M. le docteur Guyon.

La dernière peste qui affligea Tunis, celle de 1818 à 1821, était venue de Sfax (1), par un bâtiment qui ramenait, du levant, la caravane de Constantine, dont deux hommes étaient morts le lendemain de son débarquement. L'apogée de l'épidémie eut lieu en janvier 1819. Le camp d'hiver (2) partit à cette époque pour Tozer (3), où il arriva n'ayant qu'un seul accident de peste. Celui-ci s'était montré à son huitième jour de marche. La peste ne s'en manifesta pas moins à Tozer dès qu'il y fut rendu. Elle éclata ensuite dans tout le Djérid, dont Tozer est, pour ainsi dire, la clef, aussitôt que le trafic des hardes et autres effets y eut commencé avec la ville. Après s'être éteinte dans ces contrées, elle y reparut à l'époque du camp d'été, et de nouveau, en 1820, lors du camp d'hiver. Ses ravages, dans ses différentes apparitions, furent peu considérables, surtout dans le Djérid. Disons aussi que ce dernier pays, où la peste a régné à peu près toutes les fois qu'elle a paru sur le littoral, n'en a jamais beaucoup souffert. Cette circonstance, il faut sans doute l'attribuer, d'une part, à sa population peu élevée et disséminée sur une grande étendue de terrain, et, de l'autre, à la sobriété des habitans, à leurs mœurs simples et tranquilles. Mais, peut être faut-il y faire entrer aussi, en ligne de compte, la position géographique du pays, le Djérid étant le point le plus méridional où la peste ait encore été observée, car s'il est à peu près certain que la peste ne peut se développer dans les régions équatoriales, il est assez naturel de la voir diminuer d'intensité en approchant de ces régions. Je dis qu'il est à peu près certain que la peste ne put se développer dans les régions équatoriales, car je ne sache pas qu'aucun cas de cette maladie ne s'y soit jamais montré, bien que les chances de son importation aient dû s'y présenter quelquefois.

A Tunis, comme sur les autres points de la Barbarie, la peste a toujours été importée. C'est ce que nous confirme encore le voyageur à qui nous devons les nouveaux détails que je viens de donner sur la dernière peste de Tunis. « La peste, dans cette ville, dit M. Falbe, a toujours été importée (4). »

La plus longue et la plus meurtrière peste de Tripoli remonte à l'année 1783: un navire français, du commerce, l'avait apportée de Tunis. La dernière peste de Tripoli, avant celle de 1836, eut lieu vers l'année 1795. Celle-ci avait été importée par un navire qui venait de Smyrne ou d'Alexandrie. Elle n'eut qu'une courte durée.

La maladie qui régnait à Tripoli en 1820 était une fièvre qui offrait des intermittences, et qu'on désignait sous le nom de fièvre tierce. Trois ou quatre ans auparavant une fièvre maligne, ou typhus, avait fait d'assez grands ravages dans la ville comme dans la campagne. C'est de cette maladie dont nous avons parlé dans notre travail *sur les principales pestes qui ont régné dans le nord de l'Afrique occidentale* (5).

Tous ces renseignemens sur les maladies de Tripoli, antérieures à sa dernière peste, nous les devons à notre consul général de cette ville, M. Bourboulon.

La deuxième peste de Tripoli est celle de 1836 à 1837. Nous en avons déjà parlé dans le travail que nous venons de citer. Ce qui nous reste à en dire, nous l'empruntons à un document que nous recevons de M. le docteur Capoleone, médecin en chef de la division turque à Tripoli, et le seul médecin européen qui en ait été témoin.

Les premiers cas de cette peste remontent à la dernière quinzaine d'octobre 1836, mais elle n'a été officiellement reconnue que le 26 du mois suivant. Elle ne s'éteignit complètement que dans les derniers jours de

(1) Sfax ou Sfakus, ville située sur la côte occidentale du royaume de Tunis, au sud-est de cette ville.

(2) On désigne sous le nom de camp les troupes qui, deux fois l'année, vont lever les tributs dans l'intérieur, voyage qui dure environ six semaines, aller et retour compris. Il y a le camp d'été et le camp d'hiver: le premier est pour le sud, et l'autre, pour l'ouest.

(3) Ville située au sud-ouest du royaume, à l'entrée du Djérid ou pays des dattes.

(4) *Lettre du 21 juin 1838.* M. Falbe, auteur d'un excellent plan de Carthage, est le même voyageur qui, de concert avec son infatigable compagnon sir Greenville Temple, vient de faire pratiquer, à Carthage, des fouilles qui ont eu les plus heureux résultats.

(5) Gazette Médicale, année 1838, n. 22.

juillet 1837 : son dernier cas se présenta le 26. Le vent du désert, qui souffla plusieurs fois pendant sa durée, ne parut exercer aucune influence sur sa marche.

La mortalité la plus forte eut lieu le 25 mai 1837. On compta, ce jour-là, jusqu'à 106 morts, sur lesquels 78 seulement purent être inhumés le même jour : les autres, faute de bras, ne le furent que le lendemain. L'atmosphère, pendant tout le mois, fut assez calme, mais humide, à cause des vents d'est qui soufflaient légèrement le soir.

Il n'y eut aucun décès le 24 juin, jour de la saint Jean, ce qui fait dire au docteur Capoleone que ce que rapportent les voyageurs de la cessation, ce jour-là, de la peste en Égypte, est vrai jusqu'à un certain point. « *E vero*, dit ce praticien, *fino ad un certo punto quel che dicono i vaggiatori sulla cessazione della peste in Egitto nel dette giorno.* » Mais si, le 24 juin, il n'y eut aucun décès de peste à Tripoli, il y en eut les jours suivans. D'un autre côté, nous savons qu'il ne faut pas prendre à la lettre ce que disent les voyageurs de l'entière cessation de la peste en Égypte, au 24 juin ; qu'il faut seulement entendre par-là que les nouveaux cas deviennent alors moins nombreux, comme la maladie, moins intense, ainsi qu'il résulte des observations les plus récentes faites en Égypte, notamment de celles de l'illustre secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, le docteur Pariset qui dit : « La peste croît, s'élève » en mars et avril, se soutient et fléchit en mai, décline et tombe à la fin » de juin, jetant pourtant encore quelques éclats en juillet et même en » août et septembre (1). » Mais si la peste en Égypte ne cesse pas tout-à-fait à l'époque dont nous parlons, toujours est-il qu'elle s'y affaiblit alors considérablement. Or, chose remarquable, la même maladie se comporte tout différemment en Algérie; du moins elle s'est comportée tout différemment à Alger, dans sa dernière apparition : sa plus grande intensité, comme sa plus grande mortalité dans cette ville, pendant une durée de six années, de 1817 à 1823, eut précisément lieu à l'époque où elle s'éteint, pour ainsi dire, en Égypte. Nous reviendrons ailleurs sur ce fait, établi sur des chiffres, et qui nous servira à étayer quelques idées sur les causes productives de la peste en Égypte.

On porte à 32,000 hommes le nombre approximatif des décès à Tripoli et dans les campagnes environnantes pendant toute l'épidémie, c'est-à-dire du 26 décembre 1836 au 26 juillet 1837. La mortalité de la ville seule, pendant le même laps de temps, s'élève à 7,876 individus, y compris bon nombre d'étrangers. Ces deux chiffres, le premier surtout, sont évidemment exagérés.

La population tripolitaine était, en janvier 1837, d'environ 10,000 hommes.

Les exemples de non-contagion ont été nombreux pendant l'épidémie, au rapport du docteur Capolenne, qui dit : « *Come pure infiniti esempi in cui pare che la forza contagiosa della peste sia nulla.* » D'un autre côté, la contagion a été incontestable dans plusieurs cas, selon le même médecin. « *Molti casi di contagio*, dit le docteur Capeleone, *incontestabilmente riconosciuto.* » L'opinion de notre consul général, dans cette grande question, ne laisse point de doutes : nous la trouvons dans sa conduite, dans les mesures préventives qu'il a prises pendant la maladie. M. Bourboulon, et nous l'apprenons de lui-même, s'est assujeti à une séquestration qui n'a pas duré moins de *neuf mois* (2).

La maladie paraîtrait avoir été importée par une frégate turque, qui, à son arrivée à Tripoli, le 12 octobre, avait déposé un malade qui mourut le lendemain avec deux bubons bien constatés. Ce malade était un Arabe qui faisait partie de l'équipage de la frégate. Déjà le bâtiment avait perdu, dans sa traversée, un autre homme de l'équipage. Cet homme, qui était mort en peu de jours, passait pour avoir succombé à la peste; mais ce décès, dont la connaissance eût fait mettre le bâtiment à la quarantaine, n'avait pas été déclaré par le capitaine.

Nous avons dit plus haut que la maladie paraîtrait avoir été importée par la frégate dont nous parlons, mais non qu'elle y ait été importée par ce bâtiment, c'est qu'à l'époque de l'arrivée de la frégate, qui eut lieu le 12 octobre, ainsi que nous l'avons déjà dit, une autre voie était ouverte à l'introduction de la peste à Tripoli. Et, en effet, dès les premiers jours d'octobre, des pèlerins de retour de la Mecque, par Alexandrie, s'étaient fait débarquer à Tagara (3) afin d'échapper à la quarantaine qui les attendait à Tripoli. Ce débarquement frauduleux s'était fait avec l'assentiment de l'inspecteur de la quarantaine, et on va même jusqu'à nous dire le chiffre de la somme reçue par ce fonctionnaire; pour prix de sa complaisance : elle fut de 150 tallers (1). Ce fait, qui rentre tout à fait dans les habitudes des pays musulmans, nous explique cette pensée de notre consul général lorsqu'il nous dit, parlant de la maladie, « qu'aucune précaution rassurante n'en garantit le retour (2). »

Nous ferons remarquer en terminant, que, pendant la dernière peste de Tripoli, aucun cas ne s'en est présenté dans les États de Tunis, qui avaient adopté contre elle un système préventif bien entendu. Nous rappellerons en même temps que les États de Tripoli avaient joui d'une immunité semblable lors de la dernière peste de Tunis, contre laquelle ils avaient adopté les mesures de prévention les plus sévères, en prohibant, sans exception, toute provenance du territoire infecté.

Alger, le 25 octobre 1838.

(1) Mémoire sur les causes de la peste et sur les moyens de la détruire. Paris, 1837.

(2) Lettre du 30 juin 1838.

(3) Tegura, qu'on écrit aussi *Tejoura*, *Taguira*, est située à six lieues est de Tripoli.

(1) *Lettre du docteur Capoleone.*

(2) *Lettre citée.*

OBSERVATIONS DE COURBURE TRAUMATIQUE DES OS LONGS SANS FRACTURES; communiquées par M. le docteur PINJON, médecin à Grand-Ri.

Dans le numéro de la GAZETTE MÉDICALE du 25 mai dernier, vous avez rapporté, d'après le journal l'EXPÉRIENCE, une observation d'un cas de courbure accidentelle des os longs recueillie par M. Moudière de London; vous y avez joint celles qui ont été publiées jusqu'à ce jour sur la même affection. Le petit nombre de ces observations m'a engagé à vous adresser celles que m'a fournies ma pratique dans l'espace de deux années. Bien que cet espace de temps soit bien petit, j'ai vu trois fois cet accident; si une expérience d'aussi courte durée pouvait conduire à quelques conclusions il serait permis de croire que cette maladie n'est rien moins que rare, et de s'étonner du silence des traités de chirurgie sur ce sujet. M. Jurine, de Genève, l'a observée vingt fois pendant quarante ans; elle a dû se présenter à d'autres médecins, car ce n'est pas là une affection qui doive son existence à des conditions passagères; les influences sous lesquelles elle se développe sont de tous les climats, de toutes les saisons et de tous les temps. Plus fréquente, je crois, à la campagne à cause du peu de soin qu'on accorde en général aux enfans, de la précocité de ces derniers à se livrer à des exercices violens pour leur âge, elle a pu s'offrir, sans doute, à des médecins que les fatigues de leur profession rendent souvent inattentifs et presque toujours insoucians des progrès de leur art. Certainement encore le plus grand nombre de ces cas a dû être soumis à ces charlatans de bas étage qui, sous le nom de rhabilleurs, exploitent la crédulité des habitans de la campagne. La science ne recevra rien de ces derniers. La presse médicale qui, en répandant les lumières écloses chaque jour, fait participer le grand nombre des médecins de campagne à l'activité de leurs confrères des grandes villes, enregistrera bientôt, j'espère, dans ses colonnes, un assez grand nombre de faits acquérir à la maladie qui fait le sujet de ma lettre un droit de cité dans la science.

OBS. I. — Un petit garçon, âgé de trois ans, de Grand-Ri, doué d'une forte constitution, bien coloré, me fut présenté dans le courant du mois de mai 1838; il venait de tomber d'un lit sur le plancher, le bras droit dirigé en avant du corps. Le gonflement étant très médiocre je constatai avec facilité les symptômes suivans :

Courbure de l'avant-bras droit à concavité antérieure à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, intégrité de l'espace interosseux, par conséquent aucun changement dans la largeur du membre au niveau de la courbure, crépitation nulle, réduction facile en appuyant sur la convexité de la courbure, mais difficile à maintenir. J'appliquai deux attelles de bois minces, fixées avec un bandage roulé. Pendant un mois à plusieurs reprises on me rapporta cet enfant, toujours il enlevait son appareil. Depuis ce temps je ne l'ai plus revu.

OBS. II. — Dans le mois de mars 1839, on m'apporta un enfant du sexe masculin, âgé d'un an et demi, qu'une domestique avait laissé tomber en le portant sur ses bras. Les symptômes étaient les mêmes que dans le cas précédent, la courbure avait lieu au même endroit, j'appliquai le même appareil; au bout d'un mois et demi la guérison était parfaite.

Pour expliquer la formation de la courbure dans ces deux cas, il n'est pas nécessaire de recourir à une altération du système osseux; on comprend aisément que les os étaient encore assez mous pour plier; dans la troisième observation les mêmes circonstances n'existent pas.

OBS. III. — Je l'ai recueillie sur une jeune fille de 10 ans. Ses parens sont d'une forte constitution, ainsi que ses frères et sœurs, elle-même a toujours été bien portante. Il y a un an, elle fit une chûte sur les pieds; depuis lors

claudication très marquée, qui resta inexplicable pour les parens et pour un médecin qui la visita, parce qu'elle ne se plaignit d'aucune douleur. Lorsque je la vis elle me parut jouir d'une bonne santé, elle était pâle, ce qui s'explique parfaitement par l'état de convalescence dans laquelle elle se trouvait à la suite de la rougeole; sa taille était au-dessus de celle des enfans de son âge, elle était bien conformée, à part l'infirmité que je vais décrire :

Je la fis coucher sur le dos, les épines iliaques placées sur un même plan, je reconnus aussitôt par le rapprochement des malléoles internes et des genoux qu'il existait un raccourcissement d'un pouce à un pouce et demi dans la cuisse gauche; la mensuration comparée des deux cuisses, depuis le grand trochanter jusqu'à la rotule, me démontra que ce raccourcissement était tout entier dans le fémur. L'articulation coxo-fémorale n'offrait aucune altération dans sa conformation non plus que dans ses mouvemens. A l'examen direct de l'os, je découvris une courbure un peu au-dessus de son tiers inférieur, courbure à convexité en avant et un peu en dedans et à concavité en arrière et en dehors, sans tuméfaction aucune ni de l'os ni des parties molles. J'essayai vainement de rétablir la cuisse dans son état naturel, je ne pus imprimer aucun mouvement.

La nature de cette maladie me semble de toute évidence; cet enfant jouissait d'une santé parfaite à l'époque où l'accident est survenu, et depuis lors elle n'a eu d'autres maladies que la rougeole qui règne en ce moment dans nos contrées. Le volume des articulations est proportionné à celui des membres, il n'existe aucune déviation des tibias et des péronés ni de l'épine dorsale, le bassin est dans son état normal; je restai convaincu que le rachitisme n'était pour rien dans la production de cette courbure; j'aurais pu d'autant moins me tromper à cet égard que je venais de lire le précieux travail dont vous avez publié déjà une partie, dans votre excellent journal.

Voici, je crois, trois exemples de courbure accidentelle des os longs, essentielle si je puis m'exprimer ainsi, c'est-à-dire indépendante de toute affection préalable des os.

Je les livre à votre appréciation et à celle de vos nombreux lecteurs, si vous le jugez convenable.

OBSERVATION D'IMPERFORATION VAGINALE; communiquée par M. A. BIDART, D. M. à Arras (Pas-de-Calais).

ACCIDENS CONSÉCUTIFS GRAVES; INCISION DE LA MEMBRANE HYMEN; GUÉRISON.

OBS. — Augustine Acart, d'une constitution robuste, avait, jusqu'à l'âge de seize ans, offert les apparences de la meilleure santé, lorsqu'elle fut prise, principalement tous les mois, de douleurs dans les lombes et l'hypogastre, qui revêtirent progressivement une intensité inquiétante. Cependant ses parens qui la voyaient ainsi souffrante se complaisaient à mettre tout ce qu'elle éprouvait sur le compte de l'âge de puberté et attendaient avec sécurité que l'éruption menstruelle vînt y mettre fin. Mais sa position s'aggravant de plus en plus et simulant une sorte de dépérissement progressif, on se décide à la soigner plus attentivement, et, appelé près d'elle huit mois après l'invasion des premières douleurs, je la trouvai dans l'état suivant : céphalalgie et insomnie continues; la physionomie qui est fortement contractée a une teinte de souffrance remarquable. Au moindre mouvement du tronc et des extrémités inférieures, la malade éprouve des douleurs inouïes dans les cavités pelvienne et abdominale; le décubitus sur le dos est le seul possible.

La respiration est anhéleuse, précipitée, et une toux sèche se manifeste de temps à autre; le pouls est vif, serré et offre cent vingt pulsations à la minute

L'anorexie est complète, la bouche pâteuse et la langue, qui recouvre un enduit blanchâtre, paraît comme aplatie.

Toute la région abdominale et surtout l'hypogastrique est ballonnée et très douloureuse à la pression; une tumeur oblongue, sans changement de couleur à la peau et offrant le volume d'un œuf de poule, occupe la partie supérieure de l'anneau inguinal gauche et se laisse facilement déprimer pour reparaître aussitôt que la pression cesse d'être exercée sur ce point.

La peau, qui est généralement décolorée, est le siége de transpirations nocturnes abondantes; la maigreur est très prononcée.

Ces faits, rapprochés des circonstances commémoratives, fixèrent d'abord mon attention sur l'utérus que je crus un instant devoir jouer un rôle important dans la position maladive de la jeune Acart, et, pressé alors de compléter mon diagnostic, j'essayai de pratiquer le toucher. Mais quelle fut ma surprise lorsqu'au lieu de trouver l'ouverture vulvo-vaginale, je rencontrai une tumeur qui la fermait complètement! Cette tumeur presque sphéroïde, rénittente, mais fluctuante et insensible, avait environ trois pouces de diamètre et paraissait formée par la membrane hymen imperforée et excessivement hypertrophiée que poussait fortement au dehors un liquide assez épais retenu derrière elle.

Ne doutant plus alors que la rétention du sang menstruel dans les cavités vaginale et utérine ne fût la cause génératrice de tous les phénomènes que je venais d'observer, je me décidai de donner issue à ce fluide.

Je plongeai la pointe d'un bistouri dans la partie inférieure de cette tumeur et puis, dans la crainte qu'une portion du vagin ou d'un autre organe voisin ne fût comprise dans son volume, j'introduisis dans cette ouverture et de bas en haut une sonde cannelée sur laquelle j'incisai l'hymen jusqu'à sa partie supérieure. Alors s'écoulèrent brusquement d'abord et ensuite plus lentement environ deux livres d'un liquide extrêmement fétide et analogue par la couleur et la consistance à une bouillie épaisse de chocolat délayé dans de l'eau. En même temps, disparurent le ballonnement du ventre et la tumeur oblongue de l'hypogastre; les douleurs du ventre et du bassin furent considérablement diminuées, et la malade, par un premier mouvement de satisfaction, put se mettre sur son séant et exécuter diverses contractions musculaires, naguères difficiles ou impossibles. Puis, pour prévenir l'adhérence de ses bords, je rendis ma première incision cruciale et un bourdonnet de charpie fut mis à demeure dans l'orifice inférieur du vagin.

Le lendemain, la malade était dans un état très satisfaisant : un sommeil continu et profond qui s'est prolongé toute la nuit a relevé ses forces d'une manière très sensible; la céphalalgie a disparu. La respiration s'exerce plus largement; la toux a diminué de fréquence et d'intensité; la fièvre est presque nulle. Le ventre n'est plus que légèrement sensible à la pression; le liquide qui s'écoule du vagin est peu abondant et consiste en quelques mucosités purulentes (bouillon de poulet, injections mucilagineuses et détersives, demi bain). Après huit jours passés sous l'influence de cette prescription, la convalescence se prononce; et une alimentation progressivement nutritive et la continuation des bains, des injections détersives rendues légèrement astringentes, amènent, en moins d'un mois, une guérison qui ne s'est pas encore démentie. Inutile de dire que l'éruption menstruelle s'est montrée ensuite de la manière la plus régulière.

OBSERVATIONS DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES; communiquées par M. le docteur RUFZ, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin à St-Piere, à la Martinique.

OBSERVATION DE TAILLE HYPOGASTRIQUE; SIMPLICITÉ DE L'OPÉRATION.

M. Mauger, âgé de 49 ans, habitant des Mornes, d'une constitution médiocrement forte, ressentit en 1830 les premières douleurs qui signalent la présence d'un calcul dans la vessie. En 1835, il se confia à un médecin ambulant qui parcourait les îles, *exerçant les spécialités.* Il eut l'urètre scarifié, dilaté, cautérisé et labouré à plusieurs reprises. On le traitait pour un rétrécissement. A la fin, on crut reconnaître une pierre, et Mauger fut soumis à la lithotritie. Il y eut six séances, après chacune desquelles le malade urina des pots de chambre de sang. Cela dura deux mois, sans qu'on eût obtenu aucun effet, et Mauger fut renvoyé pour reprendre des forces.

Il se confia à moi en février 1836. Il avait une dysurie des plus pénibles, il était obligé de se mettre à quatre pattes pour expulser après une demi-heure d'efforts un demi verre d'urine. Il ne pouvait se tenir assis sans être obligé de secouer continuellement la verge. Il y avait beaucoup d'autres symptômes qui pouvaient faire soupçonner la nature de la maladie. Après quelques tentatives inutiles, je parvins à le sonder avec une sonde d'argent et je reconnus qu'il avait effectivement un calcul dans la vessie.

L'état général était assez bon.

Ayant tout disposé le 13 février 1836 pour pratiquer la taille bilatérale, il me fut impossible d'introduire le cathéter. Le malade était à bout, il demandait instamment d'être opéré. Je me décidai à pratiquer l'opération par l'hypogastre.

Sans sonde à dard, sans impulsion préalable, le malade étant rapproché du bord du lit, j'insinuai la ligne blanche et j'allai chercher la symphise du pubis, qui, à l'état frais des os, fait saillie de plus d'une ligne dans le petit bassin (cette petite particularité anatomique n'a pas été assez remarquée), Quand je m'exerçais à la manœuvre des opérations, j'avais cent fois constaté que le doigt mené le long de cette saillie tombait à coup sûr sur la vessie, et ne pouvait s'égarer ailleurs. Il en fut ainsi dans cette occasion. Je pratiquai une incision assez large pour enfoncer l'extrémité du doigt-indicateur. La sortie de l'urine et la sensation d'une poche lisse m'apprirent que j'avais ouvert la vessie, un bistouri boutonné tourné sur le pubis me servit à agrandir l'ouverture et pendant que le doigt-indicateur gauche soutenait la paroi supérieure de la vessie, en manière de crochet, j'introduisis des tenettes et je retirai une pierre.

Tout cela se fit avec la plus grande facilité comme si j'avais eu à pratiquer tout simplement l'ouverture d'un abcès un peu profond.

La pierre était large de un pouce et demi dans tous les sens, arrondie, épaisse de trois lignes, par conséquent très plate; elle était blanche et dure. Examinée avec le plus grand soin, elle n'offrit aucune rainure, aucune entamure sur ses bords ou sur ses faces, elle était partout parfaitement lisse. Il fut bien évident qu'elle n'avait jamais été saisie par les instrumens lithotriteurs.

Comme il était fort difficile de réintroduire une sonde dans la vessie par l'urètre, et comme je n'avais sous la main aucun des instrumens imaginés pour faciliter la sortie de l'urine par la plaie, je me contentai d'introduire une mèche de linge jusque dans la vessie.

Le malade se trouva très bien pendant les six premières heures qui suivirent l'opération; mais sur le soir il fut pris d'une violente douleur dont le siége était dans les lombes et dans la direction des uretères, en même temps fièvre considérable, vive chaleur, pouls 120 développé, soif, mais le ventre est souple, indolore, un peu ballonné. L'urine s'échappe par la plaie. Le malade me tourmente pour boire un peu de genièvre dans l'eau, je lui permets d'en

prendre deux cuillères à café dans quatre onces d'eau. (Deux pilules d'opium par demi grain d'heure en heure.)

Pendant cinq jours la même douleur me donne des inquiétudes, la fièvre est toujours considérable. L'urine coule assez librement à travers les lèvres de la plaie qui sont assez tuméfiées. Il y a une tension assez marquée avec sensibilité dans la fosse iliaque droite. Au sixième jour il se fait par la plaie un écoulement de pus assez abondant; je retire la mèche qui est toute pourrie.

La fièvre et les douleurs durèrent jusqu'au douzième jour. Le dix-septième quelques gouttes d'urine s'échappèrent par la verge, et le trente-cinquième la plaie était fermée. Le jet de l'urine était mince et embarrassé. Néanmoins le malade, trop content d'être guéri, voulut retourner chez lui.

Il y a deux ans de cela et je sais qu'il se porte parfaitement bien.

Cette opération, de taille hypogastrique, n'offre rien qui la distingue de cent autres opérations semblables. Elle montre seulement avec quelle facilité cette opération peut être pratiquée, même dans des circonstances défavorables. On n'a eu besoin d'aucune des inventions imaginées soit pour pratiquer l'opération comme sonde à dard ou à injection, soit pour faciliter la sortie de l'urine après l'opération comme canal et syphon. Il y avait cependant rétrécissement de l'urètre; et ce conduit ainsi que la vessie avaient été fatigués par de maladroites tentatives de lithotritie. Une simple remarque anatomique suffit pour simplifier l'opération, c'est que la saillie de la symphise pubienne est un conducteur infaillible pour arriver à la vessie.

CALCUL CHEZ UNE FEMME; OPÉRATION PAR LE PROCÉDÉ DE M. CLÉMOT.

Obs. II. — Une négressse de 50 ans environ, apportée de l'Afrique en 1817, éprouve depuis quatre ou cinq ans tous les symptômes de la présence d'une pierre dans la vessie; douleur au moment de l'émission des urines; urines très muqueuses. La sonde fait sentir la pierre qui paraît volumineuse. Le 2 septembre 1836 je pratique une incision à la paroi vésico-vaginale suivant le procédé de M. Clémot de Rochefort, la pierre est aussitôt saisie et retirée avec la plus grande facilité.

La négresse est guérie; mais il s'est formé une fistule qui persiste encore.

La négresse travaille et rend à son maître les mêmes services que si elle n'avait point de fistule. Le procédé de M. Clémot, adopté contre toutes les indications anatomiques, a néanmoins pour lui les succès que l'auteur en a obtenus.

Ces deux opérations de taille sont les seules que j'ai eu occasion de pratiquer depuis deux ans et demi que j'exerce dans la colonie. Je n'ai entendu parler que d'une opération semblable faite ici il y a vingt ans. J'ai vu deux fois la gravelle, une seule fois la néphrite; de sorte que l'on peut dire que les affections calculeuses des voies urinaires sont rares dans nos climats. Cette observation est conforme avec ce qui a été déjà constaté dans les pays méridionaux de l'Europe.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRE MÉDICALE; par A. Trousseau et H. Pidoux. — 2 gros volumes, en 3 parties; 1836, 1837 et 1839. Chez Béchet jeune, libraire de la Faculté de médecine.

Voilà plus de trois ans que nous avons rendu compte du premier volume de cet ouvrage, et le dernier vient à peine d'être complété. Ce long retard, dont nous signalerons la principale cause seulement, la part que l'un des auteurs a prise, depuis quelques années, à plusieurs luttes savantes, et de la dernière desquelles il est sorti victorieux (concours pour la chaire de thérapeutique) aurait pu nuire au succès de l'ouvrage dans d'autres circonstances; mais ce n'est pas au moment où une véritable révolution vient de renverser les croyances thérapeutiques du jour qu'un ouvrage destiné, nous ne disons pas à diriger cette révolution, mais à l'éclairer, à mettre au grand jour les nombreuses richesses qui étaient négligées, souffrirait pour quelques mois de retard. Or, telle est la condition de l'ouvrage de MM. Trousseau et Pidoux, dans lequel on trouve successivement un empirisme hautement avoué, et qui a dû exciter bien des fois les dédains des hommes qui ont besoin de tout expliquer et qui ne tiennent compte que des faits auxquels leurs théories sont applicables et à la fois une tendance prononcée à tout systématiser, mais dans un cercle moins étroit que celui dont sort la thérapeutique, et avec une prédilection presque exclusive pour les théories anciennes. Déjà nous avons parlé assez longuement, dans notre premier article sur cet ouvrage, de l'esprit qui y domine, de la direction que les auteurs ont donnée à leurs recherches, et de leur but, presqu'exclusivement pratique; nous allons ici continuer de passer en revue les travaux renfermés dans le second volume, après avoir rappelé que le premier contenait l'histoire des antispasmodiques, des stupéfians et des excitans.

Le second volume comprend la fin des excitans, les irritans, les altérans, les toniques, les évacuans, les antiphlogistiques, les sédatifs et les contro-stimulans, les anthelmintiques; enfin, il se termine par quelques pages sur les eaux minérales.

Les auteurs ont suivi, dans cette seconde partie de leur travail, la même marche que dans la première, c'est-à-dire qu'ils traitent d'abord des agens qui appartiennent à une médication, décrivent leurs propriétés physiques et chimiques, puis étudient ensuite son action sur l'homme sain et malade; en un mot, la médication. Ainsi nous trouvons au commencement du second volume l'étude de la médication excitante, qui est considérée sous deux points de vue : excitans généraux, excitans spéciaux. Les premiers sont trop importans dans la pratique journalière, ils occupent une place trop considérable dans l'histoire des différens systèmes pour que les auteurs aient négligé de rappeler les règles que doit suivre le praticien dans l'emploi de cette médication, qui a été l'écueil de la plupart des systèmes, et sur laquelle on est loin d'être d'accord aujourd'hui. Ils repoussent également les prétentions de Brown, de Broussais et de l'école anatomique de nos jours, et établissent l'indication des excitans, bien moins d'après les symptômes locaux que d'après l'état général. Ils en recommanderaient, par exemple, l'emploi même dans des phlegmasies très étendues, mais avec dépression des forces de l'économie. Cette pratique est repoussée par les partisans des nouvelles idées médicales, habitués à mesurer graphiquement la gravité d'une maladie par l'étendue des lésions locales; et cependant c'est la seule dont on puisse espérer quelque succès dans les cas graves.

La médication irritante, que MM. Trousseau et Pidoux subdivisent en substitutive ou homéopathique, en transpositive, en spoliative, en excitative, leur fournit l'occasion d'examiner les bases de la doctrine homéopathique, qui ne mérite pas certainement le ridicule que les applications thérapeutiques des homéopathes lui ont attiré. Dans cette discussion, qui est un peu longue, nous trouvons au moins un habile plaidoyer en faveur de la spécificité des maladies, qui, disent les auteurs avec beaucoup de raison, domine aujourd'hui la pathologie.

L'histoire de la médication altérante est l'une des parties les plus obscures de la thérapeutique. Est-il bien démontré, par exemple, que les médicamens qui sont désignés sous le nom d'altérans agissent en dénaturant le sang et les liquides de l'économie, et qu'ils les rendent moins propres à la nutrition interstitielle et à fournir les élémens aux phlegmasies aiguës et chroniques? Cette assertion serait difficile à prouver. Il est certain qu'ils agissent sur toute l'économie, solides et liquides, bien qu'avec une certaine préférence sur quelques organes ou appareils. Les médicamens que nos auteurs décrivent comme altérans sont le mercure, l'iode, l'arsenic et l'or. Il y en a, sans doute, un grand nombre d'autres qui possèdent la même propriété; mais comme on les retrouve dans d'autres classes, les auteurs ont cru devoir les passer sous silence. Ils citent encore, il est vrai, la saignée, les sels de soude et de potasse et les eaux minérales alcalines; mais, si nous nous en rapportons aux idées généralement reçues sur les altérans, nous reconnaîtrons qu'il en est un grand nombre d'autres qui auraient dû être également mentionnés; ainsi les purgatifs, les voyages, les changemens d'air, les voyages aux eaux minérales, sont de vrais altérans, auxquels les praticiens ont bien plus fréquemment recours dans les maladies chroniques qu'au mercure, à l'iode et à l'or. Si MM. Trousseau et Pidoux n'ont pas parlé de ces moyens de produire la médication altérante, et qui sont les plus énergiques et les plus fréquemment employés, au moins parmi nous, c'est, nous pensons, parce qu'ils ont tellement rapproché les altérans des spécifiques, qu'ils les ont même presque confondus. « Tantôt, en effet, nous disent-ils, le médicament altérant s'attaque à la cause qu'il neutralise, et les lésions produites par cette cause se guérissent ensuite par les seuls efforts de la nature; tantôt l'agent médicamenteux guérit ces effets sans avoir, la plupart du temps, de prise sur la cause, qui s'use par les progrès de l'âge, ou d'une tout autre manière impossible à connaître. » Ils nous disent eux-mêmes, un peu plus loin : « Dans le mode d'action des altérans sur les vices et sur les virus, il y a quelque chose de tout à-fait spécifique, car il n'y a aucun intermédiaire évident entre l'effet et la cause. » Aussi avons-nous été peu étonnés de voir qu'en traitant du mercure, les auteurs se soient contentés d'étudier son action et ses effets dans le traitement de la syphilis et de quelques

phlégmasies aiguës, et n'aient nnllement parlé de son action altérante, c'est-à dire de l'action qu'il exerce dans le traitement des affections chrouiques et administré à petites doses, car c'est là, nons croyons, le propre de la médication altérante, de ne ponvoir être employée qne dans les maladies chroniques et de ne comporter qne de petites doses pour les médicamens donés de quelque activité.

Après les altérans, nous tronvons les toniques, qui suivant MM. Trousseau et Pidonx, ont nn objet tont contraire à celni des altérans. En effet, ils donnent de la tonicité aux tissus, reconstituent les fonctions assimilatrices et impriment à l'organisme de la résistance vitale, tandis que les altérans agissent en atténnant les qnalités nntritives du sang et en affaiblissant la tonicité des solides. La classification qu'ils ont adoptée ponr les touiques en analeptiques et spécifiques on radicaux, repose sur la classification des forces de Barthez en forces agissantes et forces radicales. Ce point de vne, qui est si fécond en applications henrenses, est, nous le regrettous, enveloppé d'nne si grande quantité de considérations générales qu'on y perd facilement de vue les helles indications qn'il eût été possible d'en tirer, tont en tenant compte des richesses thérapeutiques que nous devons à l'expérimentation moderne.

La seconde partie du deuxième volume, presque tont entière, est consacrée à l'examen d'nne senle question, et qui ne se rattache à la thérapeutiqne que d'une manière assez vague. Voici le titre sous lcquel se tronve cette dissertation, qui n'occupe pas moins de 400 pages: RECHERCHES SUR LA CHALEUR ANIMALE, LA FIÈVRE ET L'INFLAMMATION, POUR SERVIR A LA MÉDICATION ANTIPHLOGISTIQUE. Ce long travail, qui n'offre ni plan énoncé d'avance, ni ancune division qui eût pn servir de repos pour l'esprit dn lecteur, appartient exclusivement à l'un des denx anteurs dn TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE. M. Pidoux, dans une préface placée en tête de la deuxième partie de ce second volume, se déclare l'anteur de ce mémoire, qni pent paraître déplacé dans nn traité de thérapeutique; le snjet de ce travail, qne nons avons déjà indiqné, sa longuenr, l'absence d'un ordre facile à saisir dans le développement successif des matérianx dont il se compose, la nature plus on moins abstraite des questions qui y sont traitées, et la manière philosophique dont elles sont présentées; enfin, le pen de rapport du snjet avec l'onvrage, an milien duqnel il est intercalé, sont autant de motifs qui doivent nons dispenser d'en rendre compte ici; d'ailleurs, l'auteur, dans le passage suivant de sa préface, reconnaissant lui-même que cette dissertation est étrangère à son snjet, et qu'elle y nccnpe la place d'un travail qui en devait nécessairement faire partie, ne se dissimule pas la lonrde tâche qu'il impose à ses lecteurs : « Si j'avais tronvé dans les onvrages anciens on modernes les principes sans lesquels je ne crois pas qu'on puisse administrer salutairement la médication antiphlogistique, je me serais ahstenn de reprendre moi-même toutes ces questions, et je serais immédiatement entré dans l'appréciation générale des indications de cette méthode curative..... Placé, en raison dn défaut d'espace, entre l'alternative de n'exposer dans ce volume qne les principes d'où doit découler la médication antiphlogistique, on cette médication elle-même, j'ai préféré et dû préférer la première de ces deux manières.... J'engage les amis de la science à ne pas se prononcer trop rapidement sur les défauts que les préventions de notre époqne médicale vont prêter en fonle à mes recherches. La plnpart des livres publiés depuis trente ans n'exigent, pour être lns et compris à fond, que des études et une attention fort médiocres. Je préviens qn'ici, au contraire, l'esprit sera sonvent arrêté; mais j'ose compter sur la hienveillante persévérance des esprits sérieux et philosophiques. C'est pour eux que j'ai écrit, et c'est à eux seuls que je snis jaloux de plaire. » Cette citation suffit pour nous antoriser à passer ontre, en exprimant tontefois le regret que l'auteur n'ait pas fait un volume à part de cette question, qui est, on peut dire, tont à fait étrangère à l'onvrage an milieu duqoel elle est placée, et où reste un grand vide, savoir, la médication antiphlogistique. Ce vide, nous le dirons avec franchise, nous est d'autant plus pénible, que nous attendions des auteurs du TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE, qui ne passent point pour être de serviles adulatenrs des idées du jour, nne lutte vive et féconde en bons résultats contre les idées généralement admises parmi nous sur l'emploi immodéré des antiphlogistiques, et surtout des émissions sanguines.

L'un des articles que nous avons lu avec le plus de plaisir est celui où M. Trousseau a fait l'histoire des *sédatifs* et des contro-stimulans. La doctrine de Rasori y est jngée, il est vrai, d'une manière qui ne nous paraît pas encore tout à fait définitive; mais toutes les données sur lesquelles se hase l'auteur sont tellement pratiques, toutes les inductions qu'il en tire nous ont semblé d'une application si facile que chacun peut s'assurer facilement par soi-même de l'exactitode des conclnsions. Il y a cependant un écneil à éviter, relativement à l'emploi des antimoniaux et de la plupart des médicamens doués d'une certaine activité. Cet écueil, que M. Trousseau a rencontré, et qui, avant lui, avait été signalé par les vrais praticiens, c'est l'influence des constitutions médicales sur les effets prodnits par les médicamens. L'importance de cette question nons engage à citer ici le passage où M. Tronsseau rapporte lui-même son observation, et les conditions dans lesqnelles il l'a faite.

« En 1831, à l'Hôtel-Dien, et dans notre pratiqne particulière, nous ne ponvions dépasser la dose de 1 gramme (18 grains) d'oxide blanc d'antimoine pour un jour sans donner lieu à des vomissemens et à de la diarrhée. Nous ne pouvions prescrire le kermès à plus de 3 à 5 décigrammes (de 6 à 10 grains), et encore étions-nous obligés de le mêler à nne assez grande qnantité d'opium pour le faire tolérer. Quant à l'émétiqne, il provoquait si constamment de graves accidens, et il était si difficile de le faire snpporter anx malades, que nons avions été forcés d'y renoncer. Ce que nous observions à l'Hôtel-Dieu de Paris, d'antres praticiens le remarquaient également dans d'antres hôpitaux et dans leur clientelle.

« Aujonrd'hui, dès le premier jour, on pent donner à un adnlte 6 grammes (demi-once) d'antimoine diaphorétique lavé, sans qu'il éprouve même un soulèvement d'estomac. Nons portons d'emblée le kermès à la dose de 2 à 3 grammes (de 36 à 54 grains), et nous ne sommes pas ohligés de lni associer le sirop diacode. Dans les pnenmonies, dès le premier jonr, nons n'hésitons pas à conseiller 1 gramme (18 grains) d'émétiqne, et c'est à peine si une dose anssi élevée fait vomir une on deux fois. Il est pour nous incontestable que les antimonianx dnnnés à une dose convenable sont un des plus héroïques moyens dans le traitement de la pnenmonie; mais les doses n'ont rien d'absoln, et elles doivent changer non seulement suivant chaque individn, mais anssi suivant les constitutions médicales. Il en est, sous ce point de vue, des antimonianx comme de la saignée. »

Cette citation suffirait, au besoin, pour faire connaître le caractère réellement pratiqne qu'offre dans presque toutes ses parties le TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE. Si sur plusieurs points les anteurs se livrent à quelqnes considérations d'une nature plus générale, et par cela même d'nne application plus éloignée, presque toujours nous y reconnaissons un retour prononcé à de saines doctrines et une appréciation nrdinairement juste des travaux de nos prédécesseurs et des conquêtes de la science moderne.

VARIÉTÉS.

LETTRE SUR LA SUBSTITUTION DES POIDS MÉDICINAUX ANCIENS AUX POIDS NOUVEAUX;

par M. DESCHAMPS, pharmacien à Avallon.

Monsieur,

Le travail de M. le docteur Ed. Eissen ne me paraissant pas devoir remplir le but qne ce praticien s'est proposé, j'ai l'honneur de vous adresser des observations, tendant à faciliter l'acceptation des poids métriques. La substitution de ces poids aux poids généralement employés me paraît d'une grande utilité, et cependant on snbstitne des expressions complexes ou des nombres composés, à des expressions ou à des nombres simples, faciles à prononcer et à retenir.

M. Eissen fixe à 24 grains la représentation du gramme ; il l'augmente à peu près de 5 1/2 grains. Le gros pour lui est souvent exprimé par 3 grammes, c'est-à-dire 0,906 grammes de moins que le gros on près de 16 1/2 grains, etc. Les rapports indiqués dans cet article sont trop différens, pour qu'ils ne laissent pas dans l'esprit de celui qui s'effraie d'apprendre, de la gêne et de l'incertitude, car il n'emploie pas des mots mnémotechniques capables de rappeler les choses désirées.

Que faut-il au médecin? Ponvoir prescrire et prescrire ce qu'il veut ; il doit être libre ; la loi ne lui permet de formuler qu'avec des grammes, etc., il s'empressera de donner l'exemple, mais en conservant sa liberté d'action, car l'intérêt du malade le veut et il ne doit pas s'astreindre, s'il a envie de prescrire 45 grammes d'un médicament, etc., à en prescrire 50 pour éviter au pharmacien le déplacement de plusieurs poids.

Le grain est exprimé par la fraction 0,05425347075 grammes, on par 0,0542; on peut admettre 0,05 grammes, et porter le gramme qui équivaut à peu près à 18 1/2, à 20 grains, et suivre le Codex qui forme le gros de 4 grammes et l'once de 32 grammes. Ces poids étant posés, les difficultés pour les divisions du gramme sont tout-à-fait vaincues, car tout le monde sait compter par centimes, et il n'y a pas plus de difficulté à penser, que 0,75 grammes = 15 grains, qu'à penser que 0 fr. 75 c. = 15 sols, et que 1,50 grammes = 30 grains, que 1 fr. 50 c. = 30 sols, etc. Quand on voudra prescrire 12 grains, il suffira de penser à 0 fr. 60 c. et d'écrire 0,60 grammes, car cette applica-

tion est exacte (1). Les divisions de l'once sont aussi faciles. La médecine est habituée à diviser l'once en 8 gros, il peut encore la diviser en 8, mais il aura pour multiplicateur le nombre 4 : ainsi, 1 gros = 1 gramme × 4 = 4 grammes; 4 gros = 4 grammes × 4 = 16 grammes; 8 gros = 8 grammes + 4 = 32 grammes ou une once. On pourrait admettre pour ce poids 30 grammes au lieu de 31, 25, et pour 2 onces, 64 ou 60 au lieu de 62, 5 grammes; mais 4 onces doivent être invariablement 125 grammes.

Permettez-moi, M. le rédacteur, de tracer encore quelques mots sur une manière de formuler les pilules magistrales. Je prends pour exemple une formule du travail de M. Eissen; mais je prie de croire que le but que je me suis proposé n'est pas une critique d'une partie de son travail; car ces observations ne tendent qu'à faciliter la substitution du système métrique aux poids anciens, et à rendre la préparation de certaines pilules plus régulièrement exécutées, et non à atténuer le mérite d'un article que l'on doit apprécier.

		POIDS ANC.	RÉDUCT. POSSIBLE.	RÉD. DÉDUITE DU KILOG
		grains.	grammes.	
Prenez :	Musc,	12	0, 60	0, 63,104,163
	Camphre,	24	1, 20	1, 3,020,833
	Gomme ammon.,	48	2, 40	2, 6,041,666
	Opium,	4	0, 20	0, 217,013,883

Faites des pilules de 4 grains.

Pour exécuter cette préparation, on peut employer de l'alcool à 88° ou du jaune d'œuf. En employant deux gouttes d'alcool pour réduire le camphre en poudre, on obtient une masse molle, qui ne peut être roulée en pilules (action du camphre sur la gomme ammoniaque), il faut donc y ajouter une poudre absorbante; de la guimauve, par ex.: on obtient avec 16 grains de poudre, une masse de 104 grammes, qui fournit des pilules qui ne conservent pas leur forme. En employant 48 grains de poudre, la masse pèse 128 grains et les pilules se font bien. La masse pilulaire étant achevée, il reste à interpréter l'expression, faites des pilules de 4 grains. Si l'on additionne les médicaments employés, on trouve 88 grains, qui divisés par 4, donnent 22 pilules contenant 4 grains de substances médicamenteuses, mais pesant plus de 4 grains. Si l'on cherche la formule rationnelle, on s'aperçoit qu'il faut faire 24 pilules, car chacune contiendra,

Musc	1/2 gr.
Camphre	1 gr.
Gomme ammoniaque	2 gr.
Opium	1/6 gr.

Si, au contraire, l'on se contente de diviser la masse de 104 grains, on obtient 26 pilules. Si la masse est faite de 128 grains on obtient 32 pilules. On peut encore obtenir une masse produisant 36 pilules, et des masses fournissant 28 et 30 pilules. Il est facile de concevoir, d'après cette manière de formuler, que l'on peut préparer, sans s'écarter de cette prescription, 22, 24, 26, 32, etc., etc. pilules.

Il est donc nécessaire de convenir que l'excipient n'entrera point dans la composition des pilules, ou mieux d'abandonner cette mauvaise manière de formuler et de mettre seulement au bas de la formule, pour tant de pilules; ou bien de ne prescrire qu'une pilule, et d'indiquer le nombre que l'on désire. Il serait bien utile encore de ne pas prescrire des extraits en quantité indéterminée pour faire des pilules, car ils ont tous, sauf quelques-uns, et il ne devrait pas y avoir d'exception, la consistance pilulaire, et d'après ce, ils sont incapables de donner aux poudres la consistance pilulaire.

Si, au lieu de choisir la formule précédente, j'avais pris une formule composée de poudres, j'avais alors pour excipient, les sirops, le miel la conserve de roses, etc., etc., et par conséquent, je devrais obtenir des masses en rapport avec la consistance de l'excipient.

Permettez moi, M. le rédacteur, de vous prier, dans l'intérêt de vos lecteurs, de publier un tableau comparatif des poids anciens et des grammes, présentant leur valeur réelle, leur valeur approximative et leur valeur rationnelle.

Agréez, etc.

Avallon, 30 juillet 1839.

CONFÉRENCES CLINIQUES

SUR LES DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX.

M. le docteur Jules Guérin continuera ses conférences cliniques sur les difformités du système osseux, dans l'amphithéâtre de l'Hôpital des Enfans, les mercredi et samedi de chaque semaine, à dix heures très précises. Chaque conférence sera suivie, le mercredi, de quelques opérations; le samedi, de la consultation du dehors à laquelle seront admises les personnes qui suivront les conférences.

(1) Le calcul le plus vrai serait d'admettre 18 grains pour le gramme, et l'on pourrait penser que 0,89 grammes = 17 grains, comme 0 fr. 85 cent. = 17 sols, mais que 0,90 grammes = l'unité ou le gramme.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

TOXICOLOGIE.

DE L'EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

La question de l'empoisonnement par l'acide arsénieux, question si grave, soit pour le médecin légiste, soit pour le médecin praticien, vient d'être reprise et résolue à fond, au moins sous le rapport médico-légal, par des travaux, communiqués à l'Académie royale de médecine.

C'est à M. Orfila que nous sommes redevables de cette importante communication. Personne n'a révoqué en doute la haute portée des applications médico-légales de ces nouvelles recherches. Il n'en est pas de même de leurs applications thérapeutiques : on a élevé sur ce point des prétentions toutes contraires.

Témoins désintéressés dans ces débats, et initiés, d'ailleurs, par une étude consciencieuse, à tous les détails de la question, nous l'envisagerons sous ses deux aspects successivement. Il faut observer néanmoins que, dans les nouvelles recherches de M. Orfila, la question thérapeutique se trouve subordonnée à la question médico-légale. Conformément à ce plan, nous dirons peu de chose du premier point; mais nous insisterons sur les développemens d'une doctrine qui fait retrouver l'arsenic, *à coup sûr*, dans le corps des victimes d'un empoisonnement, et qui, par l'extension dont elle est capable, révolutionnera heureusement la toxicologie, en garantissant la découverte de la plupart des substances toxiques dans le cadavre des sujets empoisonnés, et même avant la mort, des plus petites quantités nuisibles, à toutes les époques du crime, quels que soient les progrès de la décomposition cadavérique, et de quelque manière, enfin, qu'elles puissent pénétrer dans les organes vivans. Tel est, par anticipation, l'énoncé général des résultats de ces investigations.

Jusqu'ici les épreuves médico-légales en fait d'empoisonnement consistaient principalement à analyser les matières réunies dans la cavité gastro-intestinale après la mort. On ne poussait pas les explorations plus loin.

Or, il arrive maintes fois, pour peu que l'enquête juridique tarde à se faire, surtout quand la dose du poison n'est pas trop forte, que les analyses les plus scrupuleuses ne révèlent pas la moindre trace de substances toxiques, bien que l'empoisonnement ait été réel. Ceci s'observe en particulier pour l'acide arsénieux, objet spécial des investigations nouvelles, et doit s'observer également pour un grand nombre d'autres poisons.

La cause de ce mécompte s'explique sans peine : c'est que l'agent toxique a disparu des voies gastriques, entraîné par l'absorption. Que l'arsenic soit ingéré, ou qu'il soit appliqué sur tout autre point de l'économie,

Feuilleton.

PHYSIOLOGIE ET HYGIÈNE DES HOMMES LIVRÉS AUX TRAVAUX DE L'ESPRIT,

OU RECHERCHES SUR LE PHYSIQUE ET LE MORAL, LES HABITUDES, LES MALADIES ET LE RÉGIME DES GENS DE LETTRES, ARTISTES, SAVANS, HOMMES D'ÉTAT, JURISCONSULTES, ADMINISTRATEURS, ETC.; par J.-H. Réveillé-Parise, docteur en médecine, etc. —Troisième édition, revue, corrigée et augmentée, — 2 volumes in-8°.

Lorsque cet ouvrage parut pour la première fois, il y a peu d'années, on ne fut point arrêté, dans la Gazette Médicale, par cette considération que l'auteur était attaché à la rédaction de ce journal. L'ouvrage fut analysé et loué dans un excellent article, parce qu'il devait l'être, parce qu'il était bon et utile, parce qu'il était fait avec soin, et qu'on pouvait le regarder comme le fruit d'un travail assidu et d'une expérience consommée. Aussi le succès a-t-il été brillant et soutenu; traduit en plusieurs langues, récompensé par l'Institut, multiplié par des éditions rapprochées, cet ouvrage a eu le retentissement qui est la vie des livres, surtout quand ils ont élucidé plusieurs points importans de la science, consolidé certaines bases et assuré des principes.

Remarquons d'abord que le travail de M. Réveillé-Parise repose entièrement sur une *loi* physiologique des plus remarquables, loi qu'il a formulée avec soin et en quelques lignes (t. 1, p. 91); il regarde avec raison cette loi comme fondamentale, comme la condition organico-vitale, essentielle, le caractère dominant et distinctif de la constitution avec prédominance nerveuse. En effet, il y a dans cette loi, une synthèse éminemment féconde et vivifiante, dont les applications sont aussi multipliées que positives; c'est un guide que le praticien trouve toujours à côté de lui, pour éclairer son diagnostic et son traitement dans une infinité de cas particuliers. Bien avant l'auteur, on avait remarqué que dans certaines constitutions, la sensibilité prédominait avec excès, disposition qui influait sur tous les phénomènes de l'économie dans l'état sain et dans l'état morbide; mais on n'avait pas, comme lui, examiné la disposition relative de la contractilité et les importans résultats qui en découlent pour les affections pathologiques, pour la thérapeutique à établir et l'hygiène à adopter. M. Réveillé-Parise scrute donc avec un soin particulier, avec des détails pleins d'intérêt et d'une haute portée scientifique, les conséquences de cette loi, qu'il examine et suit dans ses rapports les plus étendus. Tous les

le raisonnement est le même ; il disparaît plus tôt ou plus tard, à moins que la dose ne soit trop grande, transporté par l'action absorbante dans les profondeurs de l'organisation. Cette application admise, il devient évident qu'en se bornant à rechercher l'arsenic d'après les méthodes actuelles, un empoisonneur habile peut se soustraire à la juste peine de son crime : le jury ne base sa conviction, comme c'est le cas le plus ordinaire, que sur la découverte même de l'arsenic.

Eh bien ! le procédé de M. Orfila poursuit la présence du poison à travers tous les tissus de l'économie. Il le fait découvrir dans le foie, dans les poumons, dans les muscles, dans le cerveau, dans les derniers débris de la matière organique. En voici une preuve ; nous la choisissons entre beaucoup d'autres, d'abord, parce qu'elle est décisive, et, de plus, parce qu'elle a servi de point de départ à tous les développemens de cette question :

Le 22 décembre dernier, un homme meurt avec tous les symptômes de l'empoisonnement, mais ces symptômes ne constituent que des indices : beaucoup de maladies naturelles peuvent se présenter avec le même appareil symptomatique. On procède donc à l'inhumation du cadavre. Quinze jours après, la clameur publique appelle sur les accidens de cette mort les investigations de la justice. Une exhumation juridique est ordonnée. A l'inspection des organes digestifs, on reconnaît les lésions anatomiques, suites ordinaires de l'empoisonnement arsenical. Reste à savoir si les analyses chimiques viendront confirmer le triple témoignage des symptômes de la maladie, des lésions des organes digestifs et de l'opinion. Des experts habiles exécutent et répètent, suivant toutes les règles prescrites, ces épreuves décisives. Or, cette enquête laborieuse ne fait pas saisir un seul atome d'arsenic. Le cadavre est enterré de nouveau.

Cependant les preuves morales de l'existence d'un empoisonnement acquièrent chaque jour plus de consistance. M. Orfila est consulté officiellement. Sur l'avis de ce médecin, une nouvelle exhumation a lieu au mois d'avril, environ quatre mois après la première inhumation. On envoie à Paris les débris du cadavre pour les soumettre encore une fois à l'examen. Il est aisé de se figurer l'état de détérioration des organes internes chez un sujet qui a succombé à des symptômes très rapides, s'il n'a pas péri de mort violente, qui a été enterré et déterré deux fois dans l'espace de quatre mois, qui a subi, en outre, toutes les épreuves minutieuses d'une enquête juridique, tant de la part des chimistes que de la part des médecins, et qui a définitivement exposé aux ressauts continuels d'une voiture de poste pendant un trajet de 80 lieues. En effet, l'estomac et les intestins n'offraient plus de traces d'une structure organique, et toutes les autres parties étaient aussi plus ou moins dénaturées.

C'est sur cette masse à peu près informe de chairs à moitié décomposées que M. Orfila a dû appliquer son nouveau procédé. Cette épreuve mémorable a été exécutée en présence et avec le concours de MM. Devergie et Lesueur. Le résultat qui l'a suivie de près n'a pas trompé l'attente du célèbre médecin légiste : il a fait constater l'existence de l'arsenic dans le foie et dans les membres de la victime ; on l'a saisi même dans l'eau du baril où les restes avaient été conservés.

Disons maintenant en quoi ce procédé consiste, comment on le pratique et quelles précautions en assurent le succès.

L'acide arsénieux introduit dans l'estomac ou renfermé dans le tissu cellulaire sous-cutané est absorbé, se mêle au sang et pénètre ainsi dans tous les organes. Lorsqu'il est déposé en poudre fine sur le tissu cellulaire sous-cutané, il n'y en a guère qu'un grain ou deux grains d'absorbés, quelle que soit la proportion employée, et cette petite quantité suffit à déterminer la mort sur des chiens de diverses tailles. Il s'en absorbe davantage lorsqu'il est introduit dans la cavité digestive. Les faits d'empoisonnement observés jusqu'ici chez l'homme prouvent que l'acide arsénieux se comporte de la manière démontrée par les expériences sur les chiens, si ce n'est qu'il faut pour déterminer la mort chez l'homme une proportion d'acide plus considérable que pour ter des chiens.

Le mode d'action de l'acide arsénieux ainsi déterminé, soit sous le rapport des parties où il est appliqué, soit sous le rapport des voies qu'il doit parcourir, soit sous le rapport de la quantité nécessaire pour empoisonner, M. Orfila aborde, toujours comme à son ordinaire, en interrogeant les expériences et les faits, la question de l'extraction de la substance toxique. Il établit, à cet égard, d'abord qu'il est possible de retirer l'arsenic métallique de la portion qui a été absorbée, ensuite qu'il est indispensable de recourir à cette extraction quand on n'a pas trouvé le poison dans le canal digestif, dans les matières vomies, ou dans les autres parties sur lesquelles il avait été appliqué ; car en se bornant, comme on l'a pratiqué jusqu'aujourd'hui, à rechercher l'acide arsénieux dans les matières provenant de l'estomac et des intestins, on court risque de ne pas en rencontrer, soit parce qu'il n'en existe plus dans le canal digestif, soit parce que les matières vomies auraient été soustraites, tandis que l'on pourra toujours obtenir le métal de la portion d'acide arsénieux, qui aura été absorbé, ainsi que les faits et les expériences ne cessent de le démontrer.

A la rigueur même, ajoute M. Orfila, on peut découvrir ce poison en traitant convenablement un certain nombre de muscles ou un seul des viscères de l'économie, préalablement desséchés, surtout lorsque ce viscère est très vasculaire ; mais il est préférable d'agir sur le cadavre entier, ou du moins sur la moitié, parce que la portion d'acide arsénieux qui a empoisonné est trop faible pour espérer de la déceler sans laisser aucun doute, lorsqu'on ne traite qu'un seul viscère ou une partie peu considérable des muscles et des os.

On découvre encore l'acide arsénieux dans le sang provenant d'une saignée faite au sujet empoisonné, pourvu que l'on agisse sur quelques onces de liquide. A ce titre, au moins, la saignée serait d'un grand secours pour éclairer les investigations de la justice. Nous dirons plus bas ce que nous pensons de son utilité.

On vient de voir d'une part comment l'acide arsénieux peut s'introduire dans l'économie, et d'une autre part comment il s'y comporte et par quelles voies il faut aller à sa recherche ; il ne reste plus pour compléter les travaux sur cette importante matière que de connaître la méthode et les procédés d'extraction de l'arsenic. M. Orfila démontre en accumulant les preuves déduites des observations et des expériences, que la meilleure méthode d'extraction du métal consiste à faire bouillir tout le cadavre dans l'eau distillée pendant six heures, à précipiter ce bouillon par l'acide sulfhydrique, à retirer l'arsenic du sulfure qui se dépose, à mêler le liquide décanté et filtré avec de l'azotate de potasse solide (nitre), à évaporer le mélange jusqu'à siccité, à réduire le produit en cendres que l'on traite d'abord par l'eau, puis par l'acide sulfurique concentré, et que l'on introduit ensuite dans l'appareil de Marsh, non tel qu'on le con-

---

médecins qui auront lu cette partie du livre qui nous occupe concevront dès lors les phénomènes si étranges, si variés de cette grande classe de maladies presque encore inconnues, que l'on appelle indistinctement *maladies nerveuses*. Ainsi, bien que le travail de M. Réveillé-Parise semble plus particulièrement s'appliquer aux personnes qui se livrent aux travaux de l'esprit, les principes qu'il pose, les inductions qu'il en tire, se trouvent dans de si larges proportions, qu'ils sont applicables à presque toutes les névroses, parce qu'on y retrouve toujours la loi qui en est la source, le point de départ. S'il est vrai que le mot favori de Gassendi, *esse videtur*, cela est probable, convienne particulièrement à la médecine, il faut avouer pourtant que le degré de probabilité s'élève plus ou moins ; il arrive même quelquefois à une sorte d'illumination d'évidence, quand cette probabilité repose sur un principe synthétique large et solide, contenant la raison d'une multitude de faits et de phénomènes particuliers.

La loi établie par l'auteur est donc le lien indivisible qui unit et rallie toutes les parties de son livre. Toutefois, dans un si vaste sujet, il a établi plusieurs grandes divisions sur lesquelles il importe de jeter un rapide coup-d'œil.

Le discours préliminaire traite de la médecine en général, de sa nécessité sociale, de ce qu'elle a fait et de ce qu'elle peut faire encore. Jamais la cause de cette belle science n'a peut-être été défendue avec plus de force, plus d'esprit et de raison. L'auteur réfute toutes les principales objections faites contre notre art, mais il se moque en quelque sorte de ce reproche banal, que la médecine est *conjecturale*. Oui, sans doute, dit-il, elle est conjecturale, mais, à l'exception des mathématiques, où est la science humaine qui n'ait pas ce caractère ? « Ainsi vous qui demandez des certitudes, qui voulez que toujours on vous dise, comme vos balances et vos chiffres : *ceci est*, *ceci n'est pas*, renoncez à l'étude de la science de l'homme, vous ne seriez jamais satisfaits, surtout dans les applications positives. Une maladie à guérir est un problème des plus compliqués, parce que les données en sont extrêmement variables et multipliées ; tant les lois de la vie sont difficiles à réduire en formules, tant la vérité se cache profondément dans l'abîme de notre être. »

Après avoir considéré la médecine dans ses rapports les plus vrais comme les plus élevés, l'auteur consacre la première partie de son livre à l'étude physiologique du tempérament avec prédominance nerveuse, toujours le partage de ceux qui se livrent avec goût, avec passion aux travaux de l'esprit. Dans le petit nombre d'auteurs qui ont écrit sur le même sujet que M. Réveillé-Parise, personne, que je sache, ne s'était occupé du point de vue physiologique, et pourtant il est facile de se convaincre que rien n'était plus important. Comment, en effet, connaître les maladies, conséquences de cette disposition organique, comment en étudier la marche, les symptômes, les traiter convenablement, comment les prévenir par une hygiène bien combinée, si vous ne savez en quoi consiste la *spécialité* de ce tempérament, si vous ignorez qu'il y a ici une irritabilité continuelle, une sorte d'impatience fiévreuse qui met du feu dans la pensée, dans le sang, dans les organes, dans toute l'économie ? Cette étude physiologique donne une sorte de *criterium* hors de l'atteinte de la routine et des chimères systématiques, parce qu'elle est fondée sur la nature même des phénomènes. M. Réveillé-Parise remarque aussi que la prédominance nerveuse, même la plus marquée, peut exister avec toutes les formes

nait, car il est insuffisant dans cet état, mais modifié comme il l'a conseillé.

Il y aurait un inconvénient réel à ne pas précipiter la liqueur par l'acide sulfhydrique et à la mélanger de prime-abord avec le nitrate de potasse, parce que l'on perd toujours, quoi que l'on fasse, une portion d'acide arsénieux pendant que l'on brûle la matière avec le nitre. La perte sera évidemment beaucoup moins sensible si l'on commence par enlever à la liqueur suspecte tout ce que l'acide sulfhydrique peut en précipiter, et que l'on traite seulement par le nitre le liquide surnageant le précipité.

Il convient d'ajouter qu'on perd peu d'arsenic en brûlant la matière organique après l'avoir intimement mêlée au nitre dissous, tandis qu'on en obtient beaucoup moins si le mélange de la matière animale et du sel a été fait dans un mortier. La perte est encore plus sensible si la combustion a été opérée d'après le procédé de Rapp; qu'on peut sans inconvénient faire bouillir le cadavre coupé par morceaux dans de grandes chaudières de fonte ou de cuivre parfaitement décapées et se servir d'une bassine de fer bien propre ou d'un grand creuset de Hesse pour opérer la décomposition de la matière animale par le nitre.

Dans les localités où, faute d'ustensiles, les experts ne croiraient pas devoir entreprendre toutes les recherches précédentes, il sera toujours possible et il est indispensable de faire bouillir le cadavre dans une grande chaudière de fonte ou de cuivre pendant six heures avec de l'eau distillée et dix à douze grains de potasse à l'alcool solide et d'évaporer le bouillon jusqu'à siccité, après l'avoir fait passer à travers un linge fin pendant qu'il était encore tiède. Le produit solide pourra sans inconvénient être soumis plus tard aux expériences requises. Enfin la présence de l'acide arsénieux dans les parties d'un cadavre humain avec lesquelles il n'avait pas été mis en contact, si elle a été constatée en faisant bouillir pendant six heures avec de l'eau distillée, sans addition d'acide, le cadavre coupé par morceaux, prouve d'une manière incontestable que le poison a été pris pendant la vie, puisque les corps des individus qui n'ont pas été soumis à l'influence de ce poison et qui ont été traités de la même manière, comme de nombreuses expériences l'ont démontré, ne fournissent aucune trace d'arsenic.

Les travaux que nous venons d'analyser se proposent principalement de faire découvrir soit pendant la maladie, soit après la mort la présence de l'arsenic qui a servi à un empoisonnement; l'analyse approfondie de ces recherches nous oblige à conclure que grâce à sa nouvelle méthode d'investigation, jointe aux perfectionnemens des procédés anciens, M. Orfila rend désormais immanquable la preuve matérielle d'un empoisonnement arsenical, en sorte que les coupables d'un tel crime ne se déroberont jamais plus à la vengeance des lois.

Mais à côté de cette mission terrible, le médecin légiste en a une autre non moins grave, complément nécessaire de la précédente : elle consiste à prémunir les juges contre une erreur irréparable en démontrant, par des preuves irrécusables aussi que la substance toxique constatée sur le vivant ou sur le cadavre a été réellement introduite par une manœuvre criminelle, et qu'elle n'a pu se produire naturellement dans le corps humain, ni se développer artificiellement par l'action ou la réaction des nombreux agens des expériences.

M. Orfila ne s'est pas mépris sur la gravité de cette seconde tâche. Il y a apporté cette supériorité de vues, les ressources logiques et la masse de faits et d'expériences dont il s'était entouré pour remplir la première. Il s'est demandé d'abord si le corps humain offrait de l'arsenic dans ses principes chimiques; dans quel état cet arsenic se trouvait et s'il était possible de ne pas le confondre avec l'arsenic introduit du dehors au dedans. Ces points éclairés, il a examiné les conditions de pureté des réactifs usités dans les épreuves juridiques sur cette espèce d'empoisonnement et fixé les règles à pratiquer pour acquérir la certitude si l'arsenic obtenu par ces épreuves ne provient ni des réactifs ni du vase, ni même de la terre où le cadavre a pu séjourner longtemps.

M. Orfila a constaté l'existence d'un composé arsenical dans le corps de l'homme. Ce composé, qu'il croit être de l'arséniate de chaux, se trouve en petite proportion dans les os et peut-être dans d'autres tissus. Ce fait capital pouvait faire craindre que l'intervention d'un sel d'arsenic naturel n'altérât les produits des analyses sur les organes pénétrés de poison, et qu'on ne fût condamné à un doute déplorable sur la réalité de l'empoisonnement. Heureusement les expériences du savant médecin légiste dissipent cette terrible équivoque; elles prouvent en effet que le composé arsenical naturel n'est pas soluble dans l'eau distillée bouillante tenue constamment à l'état neutre, tandis qu'au contraire le poison engagé dans les organes se dissout et par conséquent se dégage à l'aide de ce liquide bouillant.

Les réactifs employés dans ces expertises sont les acides sulfurique et azotique, la potasse à l'alcool, l'azotate de potasse (nitre), l'eau, le fer et le zinc. M. Orfila établit que l'acide sulfurique du commerce renferme quelquefois de l'arsenic à l'état d'acide arsénieux et arsenique, ce qui peut en imposer dans les résultats définitifs; il enseigne les moyens de le purifier. L'acide azotique est dans le même cas, s'il n'a pas été distillé sur du nitrate d'argent. La potasse dont on se sert dans ces expériences n'en renferme jamais; le fer et le zinc peuvent en contenir, mais il est facile de les éprouver à l'avance et de les en débarrasser.

Les instrumens de ces expériences sont les chaudières en fonte, les capsules de porcelaine, les creusets de Hesse, les flacons, les tubes et le verre à expérience. Relativement aux chaudières en fonte, elles ne cèderont pas de l'arsenic aux liquides qu'elles renferment, si on a soin de tenir constamment ce liquide à l'état neutre par l'addition de potasse à l'alcool. Les capsules de porcelaine, les flacons, les tubes de verre ne donnent jamais d'arsenic; mais il faut avoir soin de les laver avec une dissolution alcaline lorsqu'elles ont renfermé des matières arsenicales.

Enfin, certaines terres recèlent aussi de l'arsenic et peuvent compliquer les épreuves médico-légales. Au reste, il est facile de les essayer elles-mêmes et de distinguer les parties de cette substance qui en proviennent de celles que fournit le sujet empoisonné.

En résumé, les recherches vraiment remarquables dont nous venons de donner un aperçu rapide, nous autorisent à conclure que l'empoisonnement par l'acide arsénieux sera désormais reconnu et déterminé dans toutes les circonstances où il pourra se montrer, et qu'il sera reconnu et déterminé, sans laisser des chances de le confondre, soit avec la présence des sels arsénicaux qui existent naturellement dans le corps humain, soit avec l'intervention accidentelle des composés arsenicaux qui peuvent être fournis par les réactifs employés par les instrumens des expériences, et par les terrains où les cadavres ont été déposés; c'est-à-dire, en d'autres termes, que dans les mémoires que nous

---

de tempérament, tous les types d'organisation sans excepter l'athlétique, et il en donne les preuves les plus satisfaisantes comme les plus curieuses.

Dans la seconde partie, l'auteur traite des maladies particulières aux hommes qui, par instinct ou par nécessité, exerçant outre mesure les facultés de l'intelligence, usent et fatiguent leur belle et funeste organisation. Il examine les formes de ces maladies, leur marche irrégulière, le traitement presque spécial qu'elles exigent, traitement que l'on pourra certainement appliquer à une infinité de cas, puisqu'il a pour but de diminuer la suractivité morbide du système nerveux. M. Réveillé-Parise expose non seulement les principales affections pathologiques, résultat presque inévitable des travaux immodérés de l'esprit, mais il en observe avec soin les variations et les degrés. Qu'y a-t-il, en effet, de plus commun dans ce cas que les affections cérébrales par suite de stases de sang? Mais ici les nuances sont infinies aussi bien que les résultats. L'auteur en trace de cette manière la marche pour ainsi dire ascendante :

« Les excitations permanentes du cerveau augmentent d'abord son énergie, son activité, *sa vie*.

» Cet excès d'action répété détermine chaque fois un afflux de sang dans l'organe, les stimulations deviennent alors congestionnelles.

» Dans les commencemens, ces congestions se dissipent plus ou moins complètement, le cerveau se libère, l'équilibre se rétablit.

» Plus tard, les dilatations forcées des vaisseaux deviennent telles, que les congestions sanguines ne se dissipent qu'imparfaitement: de là des accidens, mais peu graves.

» Plus tard encore, quand l'âge arrive, le système veineux augmente d'ampleur, les veines cérébrales tendent à devenir variqueuses, tandis que les artères diminuent de diamètre: les congestions sont alors permanentes.

» Cet état d'engorgement augmente rapidement, s'il y a une affection anévrismatique au cœur.

» De cet ensemble résultent les assoupissemens, la stupeur, les ramollissemens du cerveau, les tremblemens, la paralysie; enfin, l'APOPLEXIE à tous ses degrés. »

Il est encore un point essentiel constamment négligé par tous les auteurs qui se sont occupés des maladies des nerfs, c'est la *susceptibilité nerveuse*, physique et morale. M. Réveillé-Parise y revient souvent et avec raison, parce que c'est pour ainsi dire le point de départ, l'imminence morbide de toutes les névroses; citons encore l'auteur textuellement: «Une loi positive et invariable du système nerveux est que, plus il est excité, plus il s'affaiblit, et que plus il s'affaiblit, plus il est disposé à l'excitation. On remarque ici un cercle cruel d'irritation et d'affaissement, dans lequel s'useut et se consomment radicalement les forces. Il en résulte que la faiblesse nerveuse en amène nécessairement la mobilité. Or, cette habitude d'irritabilité rend toujours l'individu maladif et languissant; elle conduit à la *susceptibilité nerveuse* morbide, état singulier, où l'on ne trouve ni la santé, ni la maladie proprement dite. En effet, dans ce tempérament artificiel, dépravé, véritable anomalie physiologique, existent la faiblesse et l'activité réunies et jamais régularisées; le rhythme vital n'est ni constant ni mesuré, toujours le spasme et l'atonie s'y succèdent rapidement. L'influx nerveux étant irrégulier, les forces organiques le sont également dans leur action, dans leurs

venons d'analyser, le fait de l'empoisonnement par l'acide arsénieux se trouve envisagé sous toutes ses faces appréciables, et appuyé d'un tel appareil d'observations et d'expériences, qu'il imprime à la méthode de détermination dont il offre une application spéciale, l'autorité irrésistible des vérités les mieux démontrées.

Pour compléter cette analyse, nous ajouterons quelques mots sur l'emploi des émissions sanguines contre les symptômes de l'empoisonnement arsenical. Et d'abord, la saignée est-elle indiquée dans le traitement de cet empoisonnement? Il n'y a pas bien longtemps encore qu'on voyait partout l'indication des antiphlogistiques; aujourd'hui, par un excès contraire, on les repousse presque de partout. Cela est si vrai qu'après avoir combattu jadis la prétention extravagante de traiter toutes les maladies par cette seule méthode, maintenant nous avons souvent à combattre en faveur de ces puissans agens. Tel est, en particulier, le cas de l'empoisonnement arsenical. Distinguons toutefois dans ce cas comme dans tous les autres. Si l'on veut dire que la saignée est indiquée dans cet empoisonnement chez tous les sujets, dans toutes les circonstances, à toutes les phases de son développement, la réponse est déjà faite : personne, à notre connaissance, ne soutient actuellement cette opinion; mais si l'on veut nier que la saignée est un moyen d'atténuer l'action consécutive de cette substance, en assurant qu'elle accélère nécessairement le moment de la catastrophe, et qu'il faut lui substituer l'emploi des stimulans à toutes les périodes de l'empoisonnement, on commet une erreur palpable que réfutent à chaque instant les faits de cet empoisonnement.

Les proportions déjà grandes de cet article ne nous permettant pas d'entrer dans des détails sur une thérapeutique trop souvent inutile. Nous attendrons pour discuter les différens points de cette importante question, que les nouvelles expériences projetées par la commission de l'Académie aient jeté quelques lumières sur les obscurités dont elle est encore entourée.

F.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR LES FRACTURES DU FÉMUR ET DU COL DE L'HUMÉRUS, AVEC DES RECHERCHES SUR LES DÉPLACEMENS QUE PRODUISENT DANS CES FRACTURES LES MOUVEMENS DES ARTICULATIONS; par M. BONNET, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

PREMIÈRE PARTIE.

Au commencement de l'année 1838, ayant conçu quelques doutes sur les avantages de la position demi-fléchie dans le traitement des fractures de cuisse, je pensai que des expériences sur le cadavre pourraient éclairer la question encore controversée de la position à donner au membre inférieur lorsque le fémur est fracturé. Encouragé à faire ces expériences par cette réflexion que si les os sont des bras de leviers mis en mouvement par les muscles, ce sont avant tout des bras de leviers solides dont la direction peut être influencée par des causes physiques qui agissent après la mort comme durant la vie, et qu'ainsi les effets mécaniques des positions qu'on donne aux membres fracturés peuvent être éclairés par des expériences cadavériques, comme le sont tous les phénomènes physiques et anatomiques des opérations, je produisis sur des cadavres des fractures de cuisse, et ayant tout disposé pour suivre avec précision les effets des positions diverses que j'allais donner au membre inférieur, je vis que lorsque celui-ci était étendu, une traction légère suffisait pour détruire le chevauchement, tandis que dans la demi-flexion on ne pouvait y parvenir, qu'on tirât directement sur les condyles du fémur, ou que, l'avant-bras placé derrière la partie supérieure de la jambe, on exerçât sur celle-ci une forte traction. Cette impossibilité de réduire sur un cadavre une fracture du fémur en position demi-fléchie, tandis qu'on la réduisait facilement en position étendue, me parut tellement étrange que je ne demeurai convaincu de sa réalité, qu'après l'avoir constatée sur divers sujets et démontrée à la plupart des internes de notre hôpital.

Cependant, dans toutes les variétés de flexion de la jambe sur la cuisse, les résultats défavorables ne furent pas toujours les mêmes, et je ne tardai pas à me convaincre que plus la jambe était fléchie sur la cuisse, plus le fragment inférieur était repoussé en haut et en arrière. Dans nombre d'expériences, je m'assurai, en plaçant mon doigt sur l'extrémité supérieure de celui-ci, que chaque mouvement du genou lui imprimait une impulsion qu'on ne pouvait prévenir: lorsqu'on pliait la jambe, il chevauchait derrière le fragment supérieur, et remontait d'autant plus que la flexion était plus forte, tandis qu'à mesure que l'on étendait la jambe, il descendait graduellement et se rapprochait de la place que nécessite la coaptation. Pour m'expliquer ces étranges résultats, je fis un grand nombre de suppositions que l'expérience ne confirma point, et ce ne fut qu'après bien des tâtonnemens que, guidé par cette observation que les déplacemens éprouvés par le fragment inférieur suivaient d'une manière constante les mouvemens de flexion et d'extension du genou, je pensai que ces mouvemens pouvaient bien produire entre les surfaces articulaires des changemens de rapport et de pression qui fussent la cause des phénomènes singuliers que je venais de découvrir. Ayant alors enlevé la peau et tous les tissus osseux qui occupent la partie externe de l'articulation du genou, je pus observer à nu ces changemens de rapports et de pression des surfaces articulaires pendant la flexion et l'extension de la jambe, et m'assurer que c'était d'eux seuls que dépendaient les obstacles à la réduction des fractures du fémur dans la position demi-fléchie.

De cette observation que les mouvemens d'une jointure peuvent changer par des causes mécaniques la position des fragmens qui sont en rapport avec elle, à la recherche de phénomènes analogues dans les fractures qui sont en rapport avec d'autres articulations, il n'y avait qu'un pas; je ne tardai pas à le faire, et poursuivant l'idée générale que les expériences sur le genou venaient de me révéler, je fracturai successivement tous les os des membres et je cherchai quels changemens de rapports produisaient entre leurs fragmens la flexion, l'extension, les mouvemens, en un mot, des articulations qui avaient avec eux des rapports médiats ou éloignés.

Ces expériences me conduisirent à reconnaître que dans les fractures de cuisse, la position du fragment inférieur n'est pas seulement modifiée par les mouvemens du genou, mais que ceux du pied ont sur ce fragment la plus grande influence, que la flexion et l'extension de la colonne

---

mouvemens, ordinairement tumultueux, affaiblis ou exagérés. Les fonctions, soit isolément, soit dans leur ensemble, sont continuellement troublées, interverties, sans qu'il y ait pourtant d'accidens graves. Souvent le corps usé, flétri, fatigué, ne demande que du repos. Le cerveau ne veut que des stimulans qui bouleversent de nouveau l'économie; car chaque impression un peu vive touche aux limites de la douleur, et cependant on désire le mouvement, l'agitation. C'est une chose malheureusement confirmée par l'expérience, qu'une sensibilité extrême ne laisse aucun repos à la vie, et que s'il arrive quelques instans prolongés de ce repos tant désiré, une sorte de langueur et d'ennui saisit aussitôt : cruelle alternative d'une vie excessive et douloureuse, ou d'une mort anticipée » (T. I, p. 349.) Ce morceau, tracé de main de maître, prouve que la plupart des maladies nerveuses, comme les autres, débutent presque toujours par un état particulier de l'économie qu'il est important d'étudier.

Enfin, la troisième partie de l'ouvrage de M. Réveillé-Parise est consacrée à l'*hygiène*. Cette partie occupe presque tout le second volume; elle est et elle devait être la plus essentielle comme la plus étendue. Qui ne sait, en effet, qu'il est cent fois plus aisé de prévenir que de guérir les maladies? Remarquons d'abord que l'auteur s'écarte ici de ces redondances scolastiques qui semblent inhérentes à tout ce qui tient à l'hygiène; il considère son sujet d'une manière plus vaste, plus élevée, plus conforme, pour ainsi dire, à notre nature physique, morale et sociale, je n'en veux pour preuve que le chapitre intitulé PHILOSOPHIE DE L'HYGIÈNE, où, dans quatorze *théorèmes* suivis de courtes et substantielles observations, se trouve résumé ou plutôt condensé tout ce que contient l'hygiène de plus positif dans ses rapports avec les lois de la vie. Ce chapitre mérite d'être médité avec soin; on voit d'ailleurs que l'auteur l'a écrit avec une sorte de prédilection, nous pourrions en dire autant du chapitre qui, sous le titre de LETTRE A UN MAGISTRAT, traite des affections et des passions; l'auteur y a peint avec force, et sous des formes nouvelles, le jeu caché des âmes dans les fonctions de l'économie, les terribles résultats des passions sur notre frêle machine, notamment chez les hommes à imagination vive, à tempérament ardent, toujours dans un état d'excitation ou de prostration extrême. M. Réveillé-Parise considère les passions absolument comme des maladies, idée qui n'est pas nouvelle, mais qu'il examine sous des aspects encore inaperçus, notamment pour les moyens curatifs. Ce n'est pas que l'auteur se fasse beaucoup d'illusions : « Dans un paroxisme de passion violente, dit-il, posséder l'empire de soi, se maintenir libre de toute influence de la chair et du sang dans les hautes régions de l'intelligence, voilà un problème qu'il n'est donné de résoudre qu'à certains êtres privilégiés; plus il y a de sensibilité, de vigueur physique, de capacité de sentiment, plus la victoire est incertaine, à moins de secours énergiques et puissans. Le professeur Hallé, dans ses cours d'hygiène, nous disait que l'homme doit apprendre à ne *sentir* qu'autant qu'il convient; mais cela est-il possible? La sensibilité est-elle un vêtement qu'on quitte et qu'on reprend à volonté? La mesure d'émotion, la *métropathie* individuelle est-elle connue, et la précision peut-elle avoir lieu dans les quantités morales? » (T. II, p. 326.) L'auteur ajoute ensuite un peu plus loin : « Voici une autre difficulté également insurmontable, la *semeïotique* des passions, où leurs signes caractéristiques ne sont pas toujours faciles à saisir. Il serait important de connaître le penchant à son origine, parce que c'est là qu'il faut établir la digue. Mais souvent la ligne de démarcation, du penchant à la passion,

vertébrale tendent aussi à déplacer, et toujours dans la même direction, le fragment supérieur, etc. Beaucoup d'autres observations analogues sur l'influence des mouvemens du coude, du poignet dans les fractures de l'humérus et de l'avant-bras, vinrent successivement se joindre à celles que j'avais faites sur les membres inférieurs.

Ce sont ces résultats entièrement nouveaux que je me propose de faire connaître dans la première partie de ce mémoire; ils ouvrent une voie inexplorée dans l'étude des fractures, fournissent un principe de critique pour juger les positions si nombreuses et si diverses qui ont été tour à tour proposées dans le traitement de ces maladies, et montrent l'importance de certaines indications qui ont été presque entièrement négligées.

1° Je n'examinerai point dans toute son étendue cette question de l'influence qu'exercent les mouvemens des articulations sur le déplacement des fragmens osseux avec lesquels elles ont des rapports. Je me bornerai, dans ce mémoire, à étudier ces influences dans les fractures du fémur et dans celles de l'humérus.

2° Je ferai l'application des principes de critique que j'aurai puisés dans ces expériences à l'examen de la position qu'on doit donner au membre dans le traitement des fractures de cuisse. Je prouverai que si les résultats de l'expérience clinique, si l'anatomie pathologique, quoiqu'en général défavorables à la position demi-fléchie, laissent encore quelques doutes sur les dangers de cette position, par la difficulté qu'on éprouve souvent de distinguer dans les résultats, nécessairement variés suivant les conditions où se trouvent les malades, ce qui tient à la méthode qu'on a mise en usage.

Aux procédés qu'on a suivis, et à la manière dont on les a appliqués, les inductions déduites de la structure et de la disposition des muscles et des articulations, et surtout l'étude expérimentale des mouvemens du genou, lèvent tous les doutes, démontrent que la position demi-fléchie est funeste en soi et non par les procédés à l'aide desquels on la maintient, et qu'elle ne doit rester dans l'histoire de l'art que comme un exemple des erreurs funestes que peuvent entraîner de fausses analogies et une science incomplète.

Quant à la position qu'on doit adopter dans les fractures du col de l'humérus, je prouverai que cette position est celle où le bras étant placé parallèlement au tronc, s'écarte de celui-ci vers sa partie inférieure et fait un angle droit avec l'avant-bras.

3° Dans une troisième partie, je chercherai quelles sont les indications à remplir dans le traitement des fractures du corps et du col du fémur. Après avoir montré combien ces indications sont nombreuses, je prouverai qu'aucun des appareils connus ne satisfait à toutes, et ne permet dans les fractures du col fémoral de réaliser le repos absolu. Pour suppléer à cette insuffisance, j'en ferai connaître un qui me paraît suffire à toutes les indications, et surtout fait du tronc et du membre inférieur un tout si solide qu'il ne permet aucun mouvement dans la fracture, même quand on soulève le tronc tout entier.

Cet appareil a été mis en usage avec succès dans deux fractures récentes du col du fémur, et surtout j'ai pu guérir à son aide un malheureux dont les deux cuisses fracturées ne présentaient encore vers la fin du cinquième mois aucune espèce de consolidation.

J'examinerai sur les fractures du col de l'humérus les mêmes questions que sur les fractures du fémur, et après avoir montré quelles sont les indications à remplir dans leur traitement, après avoir soumis à la critique les appareils qu'on leur a opposés, j'en ferai connaître un de mon invention, dans lequel s'est consolidée une fracture de l'humérus, dont les fragmens, six mois après leur division, n'offraient aucune trace de réunion osseuse.

On sera disposé sans doute à attacher quelque importance à des procédés qui ont permis de guérir à la cuisse et au bras ces fausses articulations auxquelles l'art, dans l'impuissance des moyens contentifs ordinaires, n'oppose que des opérations laborieuses qui peuvent entraîner la mort des malades et n'être pas suivies de guérison lorsque ceux-ci ont échappé aux accidens immédiats.

Je commence par les fractures du fémur.

FRACTURES DU FÉMUR.

INFLUENCE QUE LES MOUVEMENS DES ARTICULATIONS DU PIED, DU GENOU, DU BASSIN ET DE LA COLONNE VERTÉBRALE EXERCENT SUR LA POSITION DES FRAGMENS DANS LES FRACTURES DU FÉMUR.

Les mouvemens des articulations du pied et du genou influent sur la position du fragment inférieur : ceux de la colonne vertébrale et du bassin sur celle du fragment supérieur.

INFLUENCE QUE LES MOUVEMENS DU GENOU EXERCENT SUR LA POSITION DU FRAGMENT INFÉRIEUR DANS LES FRACTURES DE CUISSE.

La flexion du genou tend par elle-même à repousser en haut le fragment inférieur et à le faire basculer de manière à reporter sa pointe vers la partie postérieure et interne de la cuisse et son extrémité articulaire en avant et un peu en dehors; mais si ce déplacement tend toujours à se faire, il ne se produit pas toujours, des causes plus puissantes pouvant s'opposer aux déplacemens que les mouvemens du genou tendent à communiquer au fragment inférieur : tels sont l'appui que ce fragment trouve sur le fragment supérieur dans certaines variétés de fractures, la conservation plus ou moins complète du périoste qui va d'un fragment à l'autre et surtout celle du tissu fibreux de la ligne âpre. A ces causes anatomiques qui modifient les effets de la position demi-fléchie, je dois ajouter des causes mécaniques telles que divers points d'appui que l'on prend pour plier la jambe sur la cuisse : les résultats sont différens, du moins pour un faible degré de flexion, suivant que ce point d'appui est à la partie postérieure des condyles du fémur ou à la partie postérieure des tubérosités du tibia.

Cette distinction très importante est due à M. Tessier, interne de nos hôpitaux, qui a répété toutes mes expériences, et trouvé dans cette variété du point d'appui une explication très lumineuse de plusieurs variétés d'effets que les expériences nous avaient fait connaître sans nous en donner la raison.

Ces prémisses posées, je passe à l'exposé des expériences cadavériques qui m'ont permis d'étudier dans les fractures du fémur l'influence des mouvemens du genou sur la position du fragment inférieur.

échappe aux recherches, ou plutôt le patient et le médecin dédaignent de s'en occuper. Depuis la simple émotion *jusqu'au degré qui rend malheureux*, et depuis celui-ci jusqu'à la passion furieuse, ou un chagrin qui frappe à mort, il y a des nuances infinies : où sera le commencement, où sera le terme du traitement ? » (Id., p. 328.) On le voit, M. Réveillé-Parise a longtemps réfléchi sur les difficultés qu'on éprouve dans ce cas, et même dans tout ce qui tient, soit à la médecine pratique, soit à l'application des règles hygiéniques. Il examine, il discute et approfondit ces obstacles dans un chapitre particulier; puis dans un autre, consacré aux moyens de rétablir une santé délabrée, il recherche par quels moyens assez puissans il est possible de vaincre ces obstacles et d'atteindre le but. Avant d'entrer dans le détail de ces moyens, il admet trois bases fondamentales, la *volonté*, le *temps*, la *gradation*; et la discussion à laquelle il se livre à ce sujet offre une grande portée médico-philosophique : « Voilà, dit-il en finissant, les trois moyens préparateurs seuls capables de modifier l'économie. Armé de ce triple levier, on peut opérer les transformations organiques les plus remarquables; il est ainsi possible d'amollir, de détruire, de fortifier, d'endurcir, de changer un tempérament quelconque. » (T. II, p. 456.) Nous regrettons vivement de ne pouvoir multiplier les citations d'un ouvrage qui a pris rang parmi les œuvres éminentes de notre époque. Les médecins qui le liront avec le soin qu'il mérite apprécieront, du reste, combien d'études, de recherches, de méditation et d'expérience un pareil travail a dû coûter à l'auteur; tout y porte le cachet de cette lente et laborieuse maturité avec laquelle se font les bons livres. La lecture en est d'ailleurs aussi attachante qu'instructive, ce qui n'étonnera nullement les lecteurs de la Gazette Médicale. Bien que l'auteur ne perde jamais son sujet de vue, et qu'il le ramène sans cesse à la loi physiologique qu'il a posée, il y a dans son livre un mélange de science et de fine fleur d'érudition, un accord heureux de la médecine et de la philosophie, qui charment, qui soutiennent l'attention, sans la lasser ni la distraire; *miscuit utile dulci*, c'est du moins l'effet que nous avons éprouvé, et beaucoup de lecteurs, nous en sommes certains, partageront notre conviction. Il est si rare de savoir revêtir les vérités de la science des formes de l'esprit! Et pourtant rien de plus fâcheux, car, en définitive, pour être utile, il faut se faire lire.

L'édition actuelle de l'ouvrage de M. Réveillé-Parise mérite aussi quelques observations. A l'occasion de cette édition, l'auteur a fait ce que nul écrivain n'a fait encore, au moins que je sache; c'est de jeter un coup-d'œil rapide sur les résultats obtenus par son ouvrage; c'est de rechercher si le but a été atteint, ou, comme il le dit, « si la moisson a répondu à la semence. » Cet examen est fait avec conscience et vérité, sans amour-propre comme sans fausse modestie. Le premier volume a été augmenté d'un chapitre entier; l'auteur a de plus modifié beaucoup de choses, développé plusieurs propositions, fortifié des principes par de nouveaux faits. Enfin, la partie typographique a été particulièrement soignée, chose plus importante qu'on ne croit pour l'auteur et pour le lecteur.

D. S.

PREMIÈRE SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

Les expériences dont je vais exposer le résumé ont été faites en sciant le corps du fémur dans un point quelconque de sa longueur, obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, c'est-à-dire de manière que le fragment supérieur recouvrît le fragment inférieur, et que tout le périoste, y compris celui de la ligne âpre, fût coupé. Ces sections ont été faites avec une petite scie à main introduite à travers une ouverture longitudinale de deux à trois pouces de long faite au côté externe de la cuisse. Les résultats ont été observés, soit en introduisant l'extrémité du doigt indicateur à travers l'incision et en étudiant à son aide la position des fragmens pendant les divers mouvemens du genou, soit en enlevant un lambeau externe de la largeur de la main au niveau de la fracture. L'ouverture que l'on produit de la sorte permet beaucoup mieux que les sensations perçues par l'extrémité du doigt indicateur de suivre les divers mouvemens du fragment inférieur.

Avant de faire la section de l'os on a mis à découvert le grand trochanter et le condyle externe du fémur, fait sur l'un et l'autre un trait à l'aide d'une scie et mesuré la distance qui séparait ces deux points. Cette mesure prise ensuite pendant les divers mouvemens du genou permettait de juger avec précision le degré du raccourcissement.

Voici ce que l'on observe en opérant dans ces conditions.

Si l'on coupe obliquement le corps du fémur dans un point quelconque de sa longueur, de manière que le biseau du fragment supérieur appuie sur celui du fragment inférieur, aussitôt que la section est achevée les deux fragmens se portent en arrière et la convexité antérieure de la cuisse disparaît; le fragment inférieur éprouve ce déplacement à un plus haut degré que le supérieur, derrière lequel il se place par suite de l'élasticité des muscles; il remonte en haut de près d'un pouce et par son propre poids il se porte en arrière. Le fragment supérieur fait alors saillie en avant et un peu en dehors; en un mot les changemens qu'on observe sont exactement les mêmes que ceux que l'observation clinique a démontré les plus fréquens dans les fractures du corps du fémur.

Si dans cette situation on exerce une traction sur le membre, la jambe étendue sur la cuisse, et qu'en même temps l'on soulève par derrière les deux fragmens, mais spécialement le fragment inférieur, et si l'on ramène la pointe du pied en avant, la réduction se fait avec la plus grande facilité.

Ces préliminaires achevés, qu'on déplace le sujet de manière à ce que ses genoux dépassent le bord de la table et laissent la cuisse étendue sur le bassin, on fasse plier la jambe en prenant le point d'appui au moyen de l'avant-bras derrière les tubérosité du tibia, on verra, en suivant la disposition du fragment inférieur, que bien que l'aide fasse une extension avec son avant-bras placé au-dessous du jarret il s'opère un raccourcissement graduel de la cuisse à mesure que la jambe se fléchit. Ce raccourcissement mesuré à l'aide des deux points fixes que l'on a dû prendre sur le grand trochanter et sur le condyle externe du fémur est au moins d'un pouce lorsque la flexion est portée jusqu'à l'angle droit.

Il est dû tout à la fois à ce que le fragment inférieur chevauche sur le supérieur et à ce qu'il change de direction, sa pointe se dirigeant en arrière de la cuisse et un peu en dedans, tandis que ses condyles se portent en avant et un peu en dehors. On peut s'assurer que tous ces déplacemens sont proportionnés dans leur étendue au degré de flexion du genou, en imprimant des mouvemens de flexion et d'extension à la jambe; chacun de ces mouvemens se communique au fragment inférieur, celui-ci descend et remonte, reprend ou perd sa direction normale suivant que la jambe se rapproche plus ou moins de l'extension ou de la flexion.

Si l'on répète les mêmes expériences en prenant le point d'appui sur la partie postérieure des condyles, ce que l'on obtient facilement en faisant avancer le cadavre, de manière à ce que les condyles du fémur reposent sur le bord de la table, les premiers degrés de flexion de la jambe sur la cuisse produisent un effet inverse de celui qu'on observe dans les expériences précédentes.

La pointe du fragment inférieur du fémur est, par un véritable mouvement de bascule, reportée en avant; mais sitôt que la flexion est arrivée à quarante-cinq degrés et surtout lorsqu'elle approche de l'angle droit, le fragment inférieur éprouve le même déplacement que dans l'expérience précédente; c'est-à-dire que sa pointe se dirige en arrière de la cuisse, tandis que son condyle se porte en devant. Il est à remarquer toutefois qu'en pliant le genou avec le point d'appui derrière les condyles du fémur le fragment inférieur chevauche sur le supérieur dès les premiers degrés de la flexion comme lorsque le point d'appui est pris derrière les tubérosités du tibia. Dans l'une et l'autre expérience, lorsque la flexion s'approche de l'angle droit, quelle que soit la force avec laquelle on tire sur le fémur, il est impossible de faire cesser le chevauchement du fragment inférieur et de le ramener à sa direction normale.

DEUXIÈME SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

Cette deuxième série d'expériences a été faite dans les mêmes conditions que la première avec cette seule différence que la section oblique du fémur était de haut en bas et d'avant en arrière, c'est-à-dire de telle manière que le fragment inférieur recouvrait le fragment supérieur. Les choses ainsi disposées, la réduction est facile pendant l'extension de la jambe sur la cuisse; mais lorsqu'on plie le genou, quel que soit le point d'appui que l'on choisisse, le chevauchement s'opère et à un degré de flexion qui dépasse quarante cinq degrés, la pointe du fragment inférieur appuie sur celle du fragment supérieur, la repousse en arrière dans, et le cas où leur surface de jonction s'incline en dedans ou en dehors, glisse de l'un de ces deux côtés vers la face postérieure de la cuisse et prend la même situation que dans la première série d'expériences.

Des résultats analogues ont été obtenus après des sections obliques du fémur, dans lesquelles les surfaces coupées regardaient en dedans et en dehors. Rien n'arrêtant alors le mouvement du fragment inférieur, celui-ci remonte derrière le supérieur en éprouvant un mouvement de bascule par lequel sa pointe se porte en arrière et son extrémité inférieure en avant.

TROISIÈME SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

Cette troisième série d'expériences a été faite dans les mêmes conditions que les deuxième et première, avec cette seule différence que l'on a conservé le tissu fibreux de la ligne âpre; dans ce cas la pointe du fragment inférieur, qui tend toujours à se porter en arrière pendant la flexion du genou, peut se fixer dans le tissu fibreux de la ligne âpre, qui borne alors son déplacement; mais lorsque ce fragment à l'aide d'un mouvement de rotation glisse sur l'un des côtés du tissu fibreux, les changemens dans la direction et dans la longueur du membre sont aussi marqués et sont les mêmes que dans les deuxième et première séries d'expériences.

C'est en conservant le tissu fibreux de la ligne âpre que je me suis convaincu combien les effets de la flexion du genou varient suivant le degré de celle-ci; dans une flexion de moins de quarante-cinq degrés la résistance du tissu fibreux suffit pour s'opposer au déplacement; à un degré de flexion plus marqué, cette résistance est impuissante.

QUATRIÈME SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

Cette quatrième série d'expériences a été faite en ne coupant que la moitié du fémur dans un sens ou dans un autre et achevant la fracture par la flexion forcée de l'os; dans ce cas la division est toujours très oblique; le prolongement que présente l'un des fragmens au-delà de la section produite par la scie étant au moins d'un pouce, le tissu fibreux de la ligne âpre est conservé.

Si le mouvement de rotation en dehors amène les deux fragmens à ne plus se correspondre bout à bout, la flexion du genou produit les mêmes déplacemens et au même degré que dans les expériences précédentes; mais si les deux fragmens se répondent bout à bout et surtout si le prolongement de l'un d'eux entre dans le canal médullaire de l'autre les fragmens n'éprouvent qu'à un faible degré le déplacement déjà indiqué sous l'influence de la flexion du genou ou même ne l'éprouvent pas du tout.

CINQUIÈME SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

Dans cette nouvelle série d'expériences le fémur a été cassé par des percussions directes sur divers points de sa longueur. Les fractures de ce genre sont toujours en esquilles, et c'est vainement que j'ai cherché à les obtenir plus simples en pliant avec force le fémur; jamais ce mouvement n'a suffi pour le diviser.

Les fractures en esquilles m'ont présenté les conditions les plus variables; il me suffira de dire que lorsqu'elles ont été réduites avec plus ou moins de précision pendant l'extension de la jambe sur la cuisse, la position demi-fléchie, surtout quand elle est très marquée, tend toujours à produire le déplacement et le produit en effet lorsque les fragmens cessent de se correspondre et que les engrenures des fragmens, ainsi que la conservation des tissus fibreux, ne suffisent pas pour les maintenir unis. Dans tous les cas, la longueur du membre mesurée pendant l'extension de la jambe sur les deux points fixes qu'on a eu soin de prendre sur le grand trochanter et sur le condyle externe du fémur, montre un raccourcissement plus ou moins marqué lorsque la jambe est pliée sur la cuisse et l'examen des fragment mis à

au fait reconnaître les déplacemens signalés dans la première série d'expériences.

Le déplacement du fragment inférieur que tend à produire dans les fractures du fémur la flexion du genou doit être attribué aux rapports nouveaux que prennent les surfaces articulaires et à la pression que les condyles du tibia exercent sur les condyles du fémur.

Lorsque la jambe est étendue sur la cuisse, les condyles du tibia sont avec ceux du fémur dans un rapport tel que pressés contre ces derniers il les porteraient directement en haut; dans une flexion intermédiaire à l'extension et à la flexion à angle droit, ces surfaces placées un peu en arrière de la portion articulaire du fémur repousseraient celle-ci en haut et en avant; si elles appuyaient sur elle, et enfin lorsque la jambe est pliée à angle droit les condyles du tibia étant placés derrière les condyles du fémur les porteraient directement en avant s'ils étaient repoussés contre eux.

Or la disposition du triceps et des ligamens du genou est telle que dans la flexion de cette jointure les surfaces articulaires du tibia pressent avec force sur les surfaces articulaires du fémur, les repoussent par conséquent en avant et en haut dans la flexion à quarante-cinq degrés, directement en avant dans la flexion à angle droit, ce qui ne peut se faire dans la fracture de cuisse sans que la pointe du fragment inférieur ne se porte en haut et en arrière dans le premier cas, directement en arrière dans le second.

La tension du triceps dans la flexion de la jambe est évidente. Cette tension est même si considérable que sur un cadavre dont les muscles sont raides, on ne peut plier la jambe sur la cuisse sans rompre un grand nombre des fibres de ce muscle, comme je m'en suis assuré plusieurs fois en pliant la jambe à angle droit sur la cuisse après avoir mis préalablement le triceps à découvert. Il faut remarquer du reste que ce muscle dont les fibres sont très nombreuses et très courtes et qui offre un tendon très résistant étendu depuis la rotule jusqu'à deux pouces au-dessous de son extrémité supérieure est dans les conditions physiques qui se prêtent moins à l'allongement. Aussi lorsque par un faible degré de flexion de la jambe on a fait cesser le plissement du ligament rotulien, est-il impossible d'augmenter la flexion sans que ce muscle ou pour mieux dire le tissu fibreux inextensible qui entre dans sa composition, ainsi que l'aponévrose antérieure du genou, ne soient fortement distendus et ne ramènent avec force le tibia contre le fémur.

Les ligamens croisés doivent contribuer aussi à cette pression des surfaces articulaires du tibia contre celles du fémur. Ils sont légèrement distendus l'un et l'autre dans la flexion du genou: le ligament croisé antérieur, parce que ses deux insertions sont éloignées l'une de l'autre dans l'angle ouvert en avant que forment le tibia et le fémur; le ligament croisé postérieur, parce que son insertion inférieure s'éloigne de la supérieure par le transport qu'éprouve le tibia en arrière.

J'ai cherché à juger expérimentalement jusqu'à quel point la tension du triceps, de l'aponévrose antérieure du genou et des ligamens croisés contribuaient à la pression du tibia sur le fémur, et par suite aux déplacemens du fragment inférieur qui sont la conséquence de la flexion.

Après m'être assuré, tout étant disposé comme dans la première série d'expériences, que la flexion du genou produisait le chevauchement du fragment inférieur et le mouvement de bascule que j'ai fait connaître, j'ai coupé le tendon du triceps au-dessus de la rotule; le déplacement produit alors par la flexion de la jambe a été moins marqué qu'avant la section du tendon; il l'a été cependant beaucoup encore, parce que les fibres latérales du triceps étaient en parties conservées; il est devenu moins sensible lorsque j'ai eu coupé l'aponévrose antérieure du genou avec laquelle ces fibres se continuent; par là je me suis convaincu que le triceps et l'aponévrose antérieure du genou influent sur la pression que le tibia exerce contre les condyles du fémur lors de la flexion de la jambe, mais que ces parties ne sont pas la seule cause de cette pression puisque après qu'elles ont été coupées la pression s'exerce encore.

En réfléchissant à ces résultats, j'ai pensé que les ligamens croisés pouvaient contribuer à la pression du tibia sur le fémur dans la flexion de la jambe, et pour décider cette question, tout étant disposé comme dans la première série d'expériences, j'ai coupé ces ligamens en pénétrant par le creux du jarret entre les surfaces articulaires. Les effets de la flexion de la jambe sur la cuisse m'ont alors paru un peu moins marqués. Confirmé par là dans l'idée que je m'étais faite de l'influence des ligamens croisés, j'aurais voulu pour éclairer tous mes doutes étudier les effets de la flexion du genou sur la position du fragment inférieur du fémur divisé, après la section simultanée, du triceps de l'aponévrose antérieure du genou, des ligamens croisés, en un mot de tous les tissus à la tension desquels j'attribue la pression du tibia sur le fémur; mais ces expériences ne pouvant se faire sans changer à tel point la disposition anatomique des parties qu'il était impossible de juger à leur aide de ce qui pouvait se passer dans l'état normal, j'ai dû m'arrêter dans cet ordre d'expériences.

Aucun auteur à ma connaissance n'a parlé de l'influence si remarquable qu'exercent les mouvemens du genou sur la position du fragment inférieur dans les fractures du fémur. L'examen de cette question me paraît entièrement nouveau.

CONSÉQUENCES.

La première conséquence de ces recherches est évidemment le danger de la position demi-fléchie dans le traitement des fractures de cuisse: on voit 1° que la flexion de la jambe tend toujours à augmenter le chevauchement et à produire un déplacement suivant la direction du fragment inférieur tel que la pointe de celui-ci se porte en arrière et son extrémité articulaire se porte en devant; 2° que si ce déplacement n'est pas toujours déterminé par la pression exercée sur la partie inférieure du fémur dans la position demi-fléchie, il faut l'attribuer à la conservation des tissus fibreux qui vont d'un fragment à l'autre ou au soutien que dans certaines conditions le fragment supérieur prête au fragment inférieur. D'où il suit que la position demi-fléchie n'est pas toujours nuisible, mais qu'elle tend toujours à l'être, qu'elle est mauvaise en soi quoiqu'elle ne soit pas toujours funeste dans la pratique. Ces conclusions qui tendent à la faire abandonner dans le traitement des fractures de cuisse sont trop importantes pour ne pas mériter un développement spécial; aussi reviendrais-je sur la position demi-fléchie dans la seconde partie de ce mémoire.

INFLUENCE DES MOUVEMENS DE FLEXION ET D'EXTENSION DU PIED SUR LA POSITION DU FRAGMENT DANS LES FRACTURES DE CUISSE.

L'influence que ces mouvemens tendent à exercer sur la position du fragment inférieur n'est pas moins constante et liée moins étroitement à la disposition des surfaces articulaires que celle qui est exercée sur ce fragment par la flexion du genou. L'extension du pied tend à porter la pointe du fragment inférieur en avant et en bas, c'est-à-dire à faire cesser le déplacement qu'il éprouve, toujours suivant la longueur et suivant la direction du membre. La flexion du pied sur la jambe tend à produire un mouvement inférieur en arrière et en haut augmentant ainsi les déplacemens qui lui sont habituels. Les variétés que nous avons observées dans l'influence que les mouvemens du genou exercent sur la position du fragment inférieur, suivant que le point d'appui qu'on prend pour le fléchir est dans une partie ou dans une autre, ne se retrouvent plus dans l'influence des mouvemens de l'articulation du pied. Dans la flexion ou l'extension qui est communiquée à celui-ci le point d'appui est toujours au talon.

SIXIÈME SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

Tout étant disposé comme dans la première série d'expériences, le membre inférieur étant dans l'extension, on n'a qu'à abaisser la pointe du pied pour voir aussitôt le fragment inférieur du fémur qui est porté en arrière de la cuisse se relever et prendre la position qui lui est naturelle. Si ce fragment repose sur le fragment supérieur, il se porte librement vers la partie antérieure de la cuisse; si ce dernier appuie sur lui, il se soulève, et la totalité du fémur reprend ainsi sa convexité antérieure. En même temps la pointe du fragment inférieur est un peu attirée en bas, ce qui contribue à faire cesser le chevauchement.

Si l'on fait exécuter au pied un mouvement de flexion et qu'on relève sa pointe jusqu'à ce qu'il fasse avec la jambe un angle droit, le fragment inférieur du fémur est repoussé de près d'un pouce en haut et en arrière de la cuisse, ce qui augmente tous les déplacemens qui ont été la conséquence de la fracture.

En opérant ces mouvemens du pied dans les conditions diverses que j'ai signalées dans les deuxième, troisième, quatrième et cinquième séries d'expériences relatives à l'influence des mouvemens du genou, on voit que les déplacemens tendent toujours à être les mêmes, mais qu'ils sont modifiés comme ceux que tendent à produire les mouvemens du genou par la direction de la fracture, la disposition plus ou moins inégale des surfaces divisées, la conservation plus ou moins complète des tissus fibreux qui vont d'un fragment à l'autre.

On peut aisément se convaincre que les déplacemens communiqués à la jambe et au fragment inférieur du fémur par la flexion ou l'extension du pied dépendent des rapports nouveaux que prennent dans ces mouvemens les surfaces articulaires du tibia et de l'astragale. En observant ce qui se passe dans l'articulation de ces os après avoir enlevé une des malléoles, l'interne par exemple, on voit que lorsque le pied s'abaisse, il roule autour du point fixe que lui présente le talon. La surface articulaire de l'astragale descend et entraîne avec elle la jambe et le fragment

inférieur du fémur : elle se dirige en avant, ce qui ne peut se faire sans que l'extrémité inférieure du tibia qui reste appliquée sur elle ne regarde en arrière et sans que la partie supérieure de cet os, et par suite le fragment inférieur du fémur qui forme avec lui un tout continu, ne se porte vers la partie antérieure du membre.

Lorsque, au contraire, on plie le pied sur la jambe, toute la surface articulaire de l'astragale remonte en haut et repousse le tibia dans ce sens aussi énergiquement que le ferait une impulsion communiquée à la totalité du pied, et comme la pression qu'elle exerce agit spécialement sur la partie antérieure de l'extrémité articulaire du tibia, cette partie est repoussée un peu en avant, ce qui ne peut se faire sans que son extrémité opposée, et par suite le fragment inférieur du fémur, ne se portent en arrière.

Tous les auteurs qui ont traité avec soin des fractures de cuisse signalent le danger de repousser en haut la totalité du pied (un tel mouvement entraînerait nécessairement le chevauchement du fragment inférieur). Plusieurs d'entre eux conseillent même de ne point maintenir le pied trop étendu ou trop fléchi sur la jambe, mais ils ne s'appuient pour blâmer ces positions que sur la fatigue qu'elles produisent dans l'articulation tibio-tarsienne, et sur la difficulté qu'éprouve le malade à marcher après la consolidation de sa fracture dans la situation vicieuse où le pied reste fixé. Ils ne parlent point de l'influence que la flexion ou l'extension de l'articulation tibio-tarsienne exerce sur la position du fragment inférieur du fémur fracturé.

Les expériences que j'ai citées suffisent pour décider la question de savoir quelle position l'on doit donner au pied dans le traitement des fractures de cuisse : 1° si le pied est maintenu dans une situation immobile entre l'extension et la flexion, il n'exerce aucune influence sur la position du fragment inférieur du fémur.

2° S'il est entraîné dans une flexion forcée et qu'il fasse un angle droit avec la jambe, comme le veulent quelques auteurs, il fait remonter le fragment inférieur en reportant sa pointe en arrière.

3° Si on le porte dans une extension forcée, il contribue à faire cesser le chevauchement et à reporter vers la partie antérieure de la cuisse le fragment inférieur qui, après la fracture, tombe presque toujours en arrière. Ce qui se réduit à dire que l'extension du pied sur la jambe contribue à remédier au déplacement, que la position moyenne laisse celui-ci dans l'état où il se trouve, et que la flexion forcée l'augmente ou le produit.

D'où il suit que cette flexion forcée, que trop de praticiens mettent en usage en relevant la pointe du pied, est dangereuse et doit être soigneusement évitée; que l'extension forcée serait utile si elle ne fatiguait l'articulation tibio-tarsienne et ne rendait après la guérison la marche difficile, le poids du corps ne pouvant plus appuyer alors que sur la pointe du pied; et que c'est enfin la position moyenne qui doit être adoptée; si elle n'a pas d'avantages spéciaux elle n'entraîne aucun accident.

DE L'INFLUENCE QU'ONT LES MOUVEMENS DE FLEXION DU TRONC SUR LA POSITION DU FRAGMENT SUPÉRIEUR DANS LES FRACTURES DE CUISSE. — La flexion de la colonne vertébrale tend à faire descendre le fragment supérieur et à le porter en avant lorsqu'elle est très bornée, en arrière quand elle est plus étendue. On jugera de ces effets par les expériences suivantes :

SEPTIÈME SÉRIE D'EXPÉRIENCES.

Une fracture de cuisse étant disposée comme dans la première série d'expériences, si on fléchit le cou le fragment supérieur du fémur n'éprouve aucun déplacement. Si l'on soulève légèrement la poitrine, le fragment supérieur descend un peu et se porte légèrement en avant; mais aussitôt que la flexion du tronc devient plus marquée et se rapproche de l'angle droit, le fragment supérieur du fémur se dirige en arrière de la cuisse, descend et s'avance de plus d'un pouce vers le genou et se porte légèrement en dehors. Ces déplacemens disparaissent peu à peu à mesure que l'on replace le tronc dans la situation horizontale. Si en pliant le tronc on soulève le bassin, les déplacemens sont les mêmes, mais portés encore à un plus haut degré.

C'est en faisant ces expériences que l'on demeure convaincu de tous les dangers qu'entraîne, dans les fractures de cuisse, le soulèvement du bassin, pour placer le vase au-dessous du malade.

Lorsqu'on opère dans les conditions où ont été faites les deuxième, troisième, quatrième et cinquième séries d'expériences, c'est-à-dire dans les cas où la conservation des tissus fibreux et la coaptation des surfaces osseuses contribuent à maintenir les fragmens en rapport, les déplacemens sont moins marqués, mais ils tendent toujours à être les mêmes.

Les déplacemens du fragment supérieur qui suivent la flexion de la colonne vertébrale seraient faciles à comprendre, si le tronc et la cuisse formaient un tout inarticulé et basculaient autour d'un point fixe représenté par le sacrum. La partie supérieure de la colonne s'élevant et se rapprochant des pieds, le fragment supérieur de la cuisse devrait nécessairement se porter en arrière et descendre vers la partie inférieure du corps; mais la colonne vertébrale est articulée avec la cuisse, et elle est formée elle-même de diverses pièces mobiles les unes sur les autres. Cette disposition s'oppose en partie à ce que la pointe du fragment supérieur du fémur se porte en sens opposé de la partie supérieure de la colonne vertébrale, mais ne prévient pas ces déplacemens que l'on peut comprendre comme l'effet d'un mouvement de bascule du tronc autour d'un point fixe que représente le sacrum, et du glissement en bas qu'éprouve le bassin entraîné par le poids du tronc qui a pris une direction oblique.

Tous les auteurs ont signalé le danger de laisser le tronc dans cette direction oblique chez les malades affectés de fractures de cuisse; ils ont montré combien la position horizontale était nécessaire pour prévenir cette tendance qu'a le tronc à glisser vers le pied du lit lorsqu'il est relevé par la partie supérieure; mais je ne sache pas qu'aucun d'eux ait signalé le danger des mouvemens de la colonne vertébrale et l'influence qu'ils exercent sur la position du fragment supérieur du fémur fracturé.

C'était là une lacune à remplir comme toutes celles que présente l'étude des mouvemens, des articulations dans leurs rapports avec les déplacemens des os fracturés.

INFLUENCE DES MOUVEMENS DE LATÉRALITÉ DE LA COLONNE VERTÉBRALE ET DU BASSIN SUR LA SITUATION DU FRAGMENT SUPÉRIEUR DANS LES FRACTURES DE CUISSE.

Toutes les inflexions latérales de la colonne vertébrale, pour peu qu'elles soient étendues, entraînent le fragment supérieur du côté opposé à celui vers lequel le tronc s'incline. Cette vérité peut être vérifiée facilement par des expériences sur le cadavre; dans une fracture à droite, par exemple, on voit que toutes les inflexions du tronc du côté gauche portent le fragment supérieur en dehors, et que toutes les inflexions du côté droit le portent en dedans de la cuisse; les déplacemens qui sont la suite de ces mouvemens de latéralité du tronc sont d'autant plus marqués que ces derniers sont eux-mêmes plus étendus.

On peut aisément vérifier par des expériences sur le vivant l'influence de ces mouvemens de latéralité; il suffit, lorsqu'on est debout, de plier le tronc à droite ou à gauche pour voir le bassin et le grand trochanter du côté opposé à la flexion faire saillie en dehors, ce qui ne peut avoir lieu dans une partie de la cuisse sans que le fragment supérieur n'éprouve la même déviation.

Un assez grand nombre d'auteurs ont compris la nécessité de s'opposer à ces mouvemens latéraux, et pour atteindre ce but ont prolongé l'attelle externe jusque sur les côtés de la poitrine. Mais si l'on répète les expériences que je signale, on demeurera convaincu que ces mouvemens ont une telle influence sur le déplacement du fragment supérieur qu'on n'a pas insisté suffisamment sur la nécessité comme sur les moyens de les prévenir.

INFLUENCE DES MOUVEMENS DE ROTATION DU TRONC SUR LA POSITION DU FRAGMENT SUPÉRIEUR DANS LES FRACTURES DE CUISSE.

Toutes les fois que l'on soulève l'un des côtés du bassin, le côté opposé à la fracture, par exemple, si les deux fragmens de celle-ci ne sont pas unis étroitement l'un à l'autre, le supérieur est seul entraîné; dans le même mouvement de rotation que le bassin; le poids du corps porte en partie sur lui, et la pression du plan sur lequel il repose le pousse en dedans de la cuisse, si bien qu'il éprouve un double déplacement par rapport au fragment inférieur, déplacement suivant la rotation, déplacement suivant la direction.

Toutes ces choses peuvent aisément se vérifier par des expériences sur le cadavre; elles sont, du reste, une conséquence si simple de la disposition anatomique des parties, qu'elles pourraient être aisément déterminées à *à priori*. Bien que le danger qu'entraînent ces mouvemens de rotation soit connu, tous les jours on les fait exécuter aux malades atteints de fracture de cuisse, lorsqu'on soulève leur bassin pour glisser le vase au-dessous d'eux. Je remarquerai toutefois que si on soulève directement la totalité du bassin, le déplacement est beaucoup plus considérable que si l'on se borne à élever un de ses côtés. Cette observation nous servira à expliquer plus tard comment une double fracture de cuisse n'a pu être guérie dans un appareil ordinaire, tandis que toutes celles qui sont bornées à un côté, se consolident plus ou moins bien par le même appareil. Chez le malade qui avait les deux cuisses cassées, on ne donnait le vase qu'en soulevant directement la totalité du bassin, et chez les au

tres en n'élevant que le côté sain et se bornant ainsi à un mouvement de rotation.

On voit combien il serait important de maintenir le second immobile; et dans l'impossibilité où l'on est d'obtenir cette immobilité, de construire des appareils qui permissent de soulever le bassin sans que le moindre mouvement retentît dans la fracture: on verra dans la troisième partie de ce mémoire comment j'ai rempli cette importante indication.

CONCLUSION.

Toutes les observations que je viens de rapporter sur l'influence que les mouvemens des articulations exercent sur la position des fragmens dans les solutions de continuité du fémur ont été faites sur le cadavre; je ne doute pas que cette méthode de recherches ne puisse paraître fautive au plus grand nombre des chirurgiens qui s'habituent encore à ne tenir compte que de l'action musculaire comme cause de déplacement à la suite des fractures; mais il importe de remarquer que l'expérimentation cadavérique est la seule méthode que l'on puisse employer.

Pour éclairer les questions que j'ai soulevées, il y aurait de l'inhumanité à rechercher sur un malade jusqu'à quel point l'on peut déplacer les fragmens, en imprimant à ses jointures des mouvemens variés, et le plus souvent cette méthode d'exploration serait inutile, tant il est difficile de sentir distinctement les pointes des fragmens osseux peu de temps après leur division; c'est-à-dire à la seule époque où leur mobilité leur permet de céder à l'action des causes qui tendent à les déplacer.

Sans aucun doute, les expérimentations sur le cadavre bornées à l'influence des mouvemens articulaires sur la position des fragmens conduisent à des conséquences rigoureusement applicables à l'homme vivant:

L'impulsion qui, dans ces expériences, est communiquée aux fragmens osseux, dépend des pressions que les surfaces articulaires exercent les unes sur les autres, et ces pressions qui tiennent à la disposition anatomique des os et des ligamens qui les unissent doivent être les mêmes sur le vivant que sur le cadavre. Bien plus la pression des surfaces articulaires l'une contre l'autre doit être plus sensible durant la vie qu'après la mort, parce que la tension des muscles qui contribue à rapprocher les os les uns des autres est plus marquée dans le premier cas que dans le second. Les inductions que nous avons tirées sont donc rigoureuses, et les applications qu'on en peut faire au traitement des fractures ne peuvent soulever des objections sérieuses.

J'ai fait sur les fractures de jambe des recherches analogues à celles que je viens d'exposer sur les fractures de cuisse: j'ai reconnu que les mouvemens du pied tendaient à déplacer le fragment inférieur, et les mouvemens du tronc à déplacer le fragment supérieur dans le même sens et presque au même degré que dans les fractures du fémur. Je me borne à indiquer le résultat général de ces recherches, elles sortent du sujet spécial que j'ai abordé dans ce mémoire: du reste, l'idée de l'influence que les mouvemens articulaires ont sur la position des fragmens, une fois émise, la méthode pour étudier cette influence, une fois connue, rien de plus aisé que de poursuivre les applications de cette idée et de cette méthode à toutes les fractures dont les parties sont en rapport avec des articulations mobiles.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les cahiers de mai, juin et juillet renferment les articles originaux suivans: 1° *Recherches d'anatomie, de physiologie et de pathologie sur l'utérus humain pendant la gestion, et sur l'apoplexie utéro-placentaire, pour servir à l'histoire des hémorragies utérines du port prématuré et abortif*; par J. M. Jacquemier, D. M. ex-interne de la maison d'accouchement de Paris. (Première et deuxième partie. — Nous donnerons l'analyse de cet important travail lorsqu'il aura paru en entier.) 2° *Mémoire sur le traitement des varices des membres inférieurs, 1° par les épingles, 2° par la potasse caustique, 3° par l'emploi combiné de ces deux moyens*; par M. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon; 3° *De la pneumonie chronique et de l'empyème*; par le docteur Heyfelder, de Sigmaringen, suivi de réflexions par M. Valleix; 4° *Observations et réflexions sur une tumeur du pied de nature anévrismale, déterminée par une piqûre et guérie par l'opération*; par M. L. Fleury; 4° *De la surdité congéniale*; par Edouard Cock, traduit de l'anglais. (Voy. GUY'S HOSPITAL REPORTS); 6° *Observation d'opération césarienne*; par M. P. Dubois, professeur à la Faculté de médecine de Paris. (Voyez GAZ. MÉD. 1839, pag. 236.); 7° *Mémoire sur les ulcérations des voies aériennes*; par M. J. B. Barth, agrégé de la Faculté de médecine de Paris; 8° *Essai sur la curabilité de la phthisie pulmonaire; ou recherches anatomiques, pathologiques sur la transformation des tubercules et la cicatrisation des excavations tuberculeuses du poumon*; par M. C. Rogée, interne des hôpitaux; 9° *Essai sur un nouveau moyen de diagnostiquer d'une manière certaine les diverses déformations de la prostate, considérées comme cause ordinaire des rétentions et d'incontinence d'urine chez les vieillards*; par le docteur Ang. Mercier; 10° *De quelques tumeurs enkystées du cou, désignées par les noms de struma aquosa, kystes cystiques hydrocèle du cou; de leur siége, de leur nature et de leur traitement*; par MM. L. Fleury et Marchessaux (premier article); 11° *De l'identité du ramollissement rouge et du ramollissement blanc du cerveau*; par M. Saussier, interne des hôpitaux; 12° *Recherches chimiques pour servir à l'étude pratique de la résection de la mâchoire inférieure*; par L. de Wenker (ANNALES D'HEIDELBERG, 1838, t. IV).

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DES VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS; 1° PAR LES ÉPINGLES; 2° PAR LA POTASSE CAUSTIQUE; 3° PAR L'EMPLOI COMBINÉ DE CES DEUX MOYENS; par M. BONNET, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Le point de départ des travaux consignés dans ce mémoire est rapporté par M. Bonnet aux circonstances suivantes: un certain nombre de malades, qui avaient été traités de leurs varices par la méthode des épingles, après être restés guéris pendant un temps qui a varié depuis un mois jusqu'à six, avaient vu reparaître leurs varices avec autant d'intensité qu'avant l'opération, et cela non seulement dans les divisions secondaires, mais dans le tronc de la saphène, sur lequel le plus grand nombre des épingles avaient été appliquées, et où l'oblitération avait paru devoir être permanente. Deux malades, au contraire, traitées par la potasse caustique, avaient été plus heureuses: leurs varices ne s'étaient pas reproduites, chez l'une, quatorze mois après le traitement, et chez l'autre, pendant plusieurs années, que M. Bonnet l'a revue habituellement. Mais si, d'un côté, la potasse caustique avait l'avantage pour la solidité de la guérison, elle avait cet inconvénient de déterminer des hémorragies, accident qui n'était jamais résulté de l'application des épingles. Conduit ainsi à rejeter chacune de ces méthodes prise isolément, le chirurgien de Lyon songea à résoudre la difficulté en les associant l'une à l'autre; et l'idée théorique qui le dirigea dans ces essais fut celle-ci, à savoir: si l'on place les épingles de distance en distance, sur le trajet de la saphène, et que, dans leur intervalle, on cautérise à l'aide de la potasse, on obtiendra par les épingles une oblitération permanente, qui amènera la guérison. Cette idée fut mise à exécution sur neuf malades; malheureusement M. Bonnet ne les a pas revus depuis, de sorte que l'expérimentation n'a pas donné cette fois encore de conclusion positive. Ayant perdu toute confiance aux épingles, il revint bientôt à l'emploi de la potasse caustique; douze malades furent opérés par cette méthode, et cette série d'observations confirma de plus en plus M. Bonnet que le traitement des varices par la potasse caustique seule est de tous les moyens qu'il a mis en usage le plus simple dans son application, le moins douteux dans ses suites, et celui qui peut assurer la guérison la plus complète et la plus durable.

Voici quelles règles donne M. Bonnet pour l'application de la potasse caustique: 1° Dans le traitement des varices par la potasse, il faut appliquer plusieurs morceaux de ce caustique sur le trajet de la veine dilatée, et à la distance de trois ou quatre pouces les uns des autres. 2° Cette application ne doit être faite que dans les points des veines qui correspondent à des muscles. Les seules parties où on puisse placer la potasse sont la moitié supérieure de la jambe et la moitié inférieure de la cuisse. Celles que M. Bonnet a choisies de préférence sont: 1° à la cuisse, la hauteur du lieu d'élection pour les cautères ordinaires, un peu plus en arrière qu'on n'a coutume de le faire; 2° la hauteur également du lieu d'élection pour les cautères; 3° la partie moyenne de la cuisse ou la partie moyenne de la jambe, si trois applications deviennent nécessaires. Dans tous ces cas, M. Bonnet suppose que la saphène est seule affectée.

3° Il faut appliquer au moins deux fois de la potasse caustique dans le même point pour arriver jusqu'à la veine. Ce précepte suppose qu'il est nécessaire pour oblitérer les veines de les atteindre et de les ouvrir avec la potasse caustique. Dans aucun cas, à la suite de la première application, qui ne détruit que la peau et un peu de tissu cellulaire, l'ondulation du sang n'a cessé dans les veines, jamais elles ne se sont conver-

ties en un cordon dur et imperméable au sang. Ce n'est qu'après leur ouverture qu'elles ont éprouvé ces changemens. Reste à discuter maintenant s'il vaut mieux navrir immédiatement les veines en appliquant sur elles un morceau volumineux de potasse caustique, qu'en faisant deux applications successives, la seconde dans le centre de l'escarre, produite par la première. C'est à cette dernière idée que s'est arrêté M. Bonnet.

Ici se présente tout naturellement l'objection tirée du danger des phlébites, craintes que la théorie, l'analogie même, justifient pleinement. Les faits ne parlent pas dans le même sens, puisque sur 20 malades, dont 14 traités par la potasse seule, et 6 par la cautérisation et les épingles combinées, M. Bonnet n'a pas eu une seule fois à noter la tendance de la phlegmasie à se propager le long des veines, bien que trois ou quatre applications de potasse aient toujours été faites sur leur trajet et que le caustique ait le plus souvent ouvert leur cavité. La phlegmasie, dans tous les cas, était donc limitée, bien circonscrite et restant dans les bornes de l'adhésion.

Ces résultats prouvent d'autant mieux que la cautérisation des veines par la potasse n'expose pas à la phlébite « que sur la fin, dit M. Bonnet, acquérant de jour en jour la certitude de l'innocuité de ce moyen, je ne prenais d'autres précautions que celles d'assujettir les malades au lit. Tous continuaient à suivre leur régime accoutumé, à manger la demie ou les trois quarts de la portion. L'interne de la salle leur appliquait la potasse sur les veines, comme il l'eût fait sur un cautère ordinaire, sans qu'ils se doutassent le moins du monde qu'on leur faisait une opération. » Du reste, l'inflammation qui se développe autour de chaque escarre produite par la potasse caustique, l'ulcération qui succède à leur chute, sont semblables de tous points aux inflammations circonscrites et aux ulcérations que l'on observe dans les cautères de la cuisse et de la jambe. Seulement l'inflammation est plus vive et l'ulcération plus profonde, puisque deux morceaux de potasse ont été successivement appliqués dans le même point. M. Bonnet a noté cependant que, dans les cas où l'on place les divers morceaux du caustique trop près les uns des autres, les inflammations qui entourent chaque escarre en particulier se réunissent les unes aux autres, et il en résulte un véritable phlegmon.

Le seul inconvénient de ce traitement est de déterminer des hémorragies; il avait de prime-abord fait rejeter complètement cette méthode, ou du moins il avait conduit M. Bonnet à combiner le traitement par les épingles avec la cautérisation. Mais le repos au lit et une légère compression suffisent ordinairement pour arrêter l'écoulement sanguin, qui ne doit pas autrement inquiéter. La durée du séjour au lit, dans le but de mettre à l'abri de toute chance d'hémorragie, ne saurait être fixée d'une manière précise; lorsqu'après l'ouverture de la veine, à la suite de la seconde application de potasse caustique, le sang s'est coagulé au-dessous et au-dessus de la partie perforée, le vaisseau devient dur; la percussion imprimée au sang n'y détermine plus d'ondulation. D'après ces signes, qui démontrent l'oblitération du vaisseau, on peut être convaincu que toute chance d'hémorragie est dissipée; quatre à cinq jours suffisent le plus souvent à l'accomplissement de ces phénomènes. Il est nécessaire, pour seconder les effets du repos, de placer autour du membre un bandage roulé, immédiatement après la seconde application de potasse.

Si nous passons aux résultats obtenus par cette méthode, nous verrons que sur 21 cas la guérison a été complète; deux fois seulement, il y eut une hémorragie assez abondante qui aurait pu devenir inquiétante, si les malades n'eussent reçu de prompts secours; mais tous les deux s'étaient levés peu de temps après la seconde cautérisation, et l'un d'eux avait même détaché, à l'aide d'une tête d'épingle, les caillots qui commençaient à se former au fond de l'escarre. Leur imprudence amena seule un écoulement de sang de quelque gravité.

Mais la guérison doit être non seulement complète, il faut qu'elle soit permanente; or, une condition importante, notée par M. Bonnet, est la suivante, à savoir : que dans les varices qui se forment à la saphène interne et à ses divisions, et qui affectent des personnes de moins de 60 ans, l'emploi de la potasse continue produit une guérison *complète et permanente*. Si, au contraire, les veines saphènes interne et externe sont simultanément dilatées, la guérison des varices par la potasse, comme par tout autre moyen, ne doit pas être tentée. Dans les deux seuls cas où le chirurgien de Lyon ait mis la potasse en usage chez des malades affectés de varices aux deux veines saphènes, il a observé que tandis que la saphène interne s'oblitérait, la saphène externe acquérait un volume plus considérable, et que les varices, jusque-là peu apparentes, devenaient plus volumineuses, de manière à substituer une nouvelle maladie à celle que l'on réussissait à guérir. Comme circonstances défavorables, il faut encore ajouter 1° le grand âge des malades; 2° l'épaississement des parois veineuses porté au point d'en rendre le rapprochement difficile, même à l'aide de la pression du doigt.

Indépendamment des faits que nous venons de signaler, le mémoire de M. Bonnet renferme la description de tumeurs variqueuses analogues aux anévrismes spontanés, l'indication d'un phénomène assez remarquable, à savoir : l'ondulation du sang déterminée par la percussion sur les veines variqueuses; enfin, les résultats du traitement par les épingles, d'après la méthode de M. Davat, ayant été déjà signalés en commençant, nous n'y reviendrons pas.

La conclusion générale est celle-ci : l'application de la potasse caustique faite d'après les règles formulées par M. Bonnet est, sans contredit, ce qu'il y a de plus efficace dans le traitement des varices; cette méthode produit une guérison plus solide et surtout plus durable que les épingles seules et même combinées avec le caustique; il faut donc lui donner la préférence, d'autant qu'elle n'est pas plus dangereuse.

OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS SUR UNE TUMEUR DU PIED, DE NATURE ANÉVRISMALE, DÉTERMINÉE PAR UNE PIQURE ET GUÉRIE PAR L'OPÉRATION; par M. L. FLEURY.

OBS. — Il s'agit d'un homme âgé de 22 ans, qui, à la suite d'une piqûre faite par un clou très pointu sur la face dorsale du pied gauche, vit se développer dans ce point une petite tumeur du volume d'un pois d'abord, indolente, sans changement de couleur à la peau. Cette tumeur, qui était visible le surlendemain de l'accident, prit chaque jour de l'accroissement. Du 17 avril au 19 août 1838, elle avait acquis le volume d'une grosse noix, mais elle ne déterminait ni gêne ni douleur; la peau n'avait subi aucune modification; les mouvemens du pied étaient demeurés parfaitement libres; le malade avait repris le cours de ses occupations et même de ses plaisirs, car il reçut en dansant un violent coup de pied sur sa tumeur; douleur très vive, instantanée; puis, le lendemain, de la rougeur et une vive tension s'y étaient jointes; un pharmacien appliqua un emplâtre maturatif, qui fut remplacé par des compresses trempées dans l'eau froide.

Le 24 août, M. Fleury constata au niveau du quatrième os du métatarse une tumeur élastique du volume d'une noix; la peau était rouge, tendue, luisante, amincie. En appliquant légèrement et à plat la face palmaire des doigts sur elle, on sent distinctement des pulsations faibles et isochrones aux battemens du pouls; la pression ne détermine aucune douleur. En comprimant l'artère pédieuse, aucun changement ne s'opère dans ces symptômes, mais en exerçant la compression sur l'artère crurale dans le pli de l'aine, la tumeur s'affaisse, devient plus molle, moins élastique; la peau blanchit; les pulsations cessent complètement. Aussitôt qu'on rend à la circulation son libre cours, les choses se rétablissent dans leur premier état. M. Fleury regarda la maladie comme un anévrisme faux consécutif d'une des branches artérielles qui se distribuent au pied.

Cette tumeur fut traitée par l'incision, elle fut divisée dans toute son étendue, seul procédé applicable, comme on le comprend, dans cette circonstance. Il y eut un écoulement de sang en nappe, et lorsqu'il fut étanché, on vit que la tumeur était formée par un tissu rougeâtre spongieux, résultant d'une agglomération de petits vaisseaux anastomosés à l'infini, entièrement semblables, en un mot, au tissu érectile. La plus légère pression, le moindre attouchement avec le doigt ou un stylet provoquait une hémorragie assez abondante. Pansement à sec; nouvelle hémorragie; le même pansement est réitéré pendant huit jours, et chaque fois l'hémorragie reparait. Cautérisation avec le nitrate acide de mercure; formation d'une escarre, dont la chute amène une nouvelle hémorragie. On revient plusieurs fois à la cautérisation avec la même substance : retour constant des hémorragies. Enfin, le malade se décide à subir l'application du fer rouge. Bientôt la plaie suppure; des bourgeons charnus de bonne nature se développèrent et suivirent leur marche ordinaire; aucun écoulement sanguin n'eut lieu depuis ce moment, et après quelques cautérisations légères avec le nitrate d'argent, la cicatrisation fut complète le 16 octobre. Le 20, la cicatrice est solide, un peu déprimée; il n'existe plus d'apparence de tumeur; le malade n'éprouve ni douleur ni gêne dans les mouvemens des orteils. Toutefois M. Fleury croit prudent d'établir une compression assez énergique, laissée en place durant quinze jours.

Au bout de ce temps la guérison paraît sûre; elle ne s'était pas démentie deux mois après.

Quelle était la nature de cette tumeur? M. Fleury, disposé d'abord à en faire une anévrisme faux consécutif, serait porté plus loin à le regarder comme étant de nature érectile. Cette dernière supposition, qui, au reste, ne se trouve pas rigoureusement justifiée, puisque l'examen anatomique ne put être fait que pendant l'opération et ses suites, nous semble la plus probable. Sous ce rapport, cette observation serait intéressante, comme offrant un exemple rare de développement accidentel rapide, de tissu érectile, et comme s'étant développée dans un lieu qui n'en a peut-être jamais offert d'exemple.

Rien n'indiquait dans ce cas la ligature des branches artérielles alimentant la tumeur; je pense pas que personne ait songé à lier le tronc principal, la crurale, malgré que la compression arrêtât ses battemens. Il y avait à choisir entre l'incision et l'extirpation, ou bien les piqûres, la cautérisation exécutée de prime abord. La méthode curative à laquelle on a eu recours nous paraît dans l'espèce la plus rationnelle; le succès l'a pleinement justifiée.

MÉMOIRE SUR LES ALTÉRATIONS DES VOIES AÉRIENNES; par M. BARTH, D. M. P.

Le titre de ce mémoire est vague, et le mémoire ne l'est pas moins: c'est un cadre dans lequel l'auteur a placé trois observations d'ulcérations des voies respiratoires, et qu'il a unies par quelques généralités sur les caractères anatomiques, sur la marche, la durée, la terminaison, le diagnostic et le pronostic de ces altérations, considérées d'une manière générale. Ces considérations, reposant sur un aussi petit nombre de faits, et présentées d'une manière très succincte, ne peuvent être analysées, ou perdraient le peu d'intérêt qu'elles peuvent offrir dans le mémoire de M. Barth; d'ailleurs, elles n'ajouteraient rien à ce que nous savons, dans l'état actuel de la science, des nombreux états morbides qui donnent naissance à ces altérations.

ESSAI SUR UN NOUVEAU MOYEN DE DIAGNOSTIQUER D'UNE MANIÈRE CERTAINE LES DIVERSES DÉFORMATIONS DE LA PROSTATE CONSIDÉRÉES COMME CAUSES ORDINAIRES DE RÉTENTION ET D'INCONTINENCE D'URINE CHEZ LES VIEILLARDS; par M. AUG. MERCIER.

L'instrument dont se sert M. Mercier est de la plus grande simplicité: qu'on se figure une sonde droite dans presque toute sa longueur; seulement à six ou huit lignes au plus de son extrémité vésicale, elle se recourbe presque à angle droit. Une fois cette sonde introduite dans la vessie, le peu de longueur de son extrémité lui permet de circuler tout autour du col sans la moindre difficulté. L'extrémité externe est munie d'une plaque ovalaire ou polygonale, perpendiculaire au plan de la portion recourbée. Cette plaque indique au moyen d'un signe qui se trouve sur une de ses faces de quel côté est le bec quand on lui fait exécuter des mouvemens de rotation. Ce cathéter pénètre avec une grande facilité chez les vieillards surtout, dont le canal augmente considérablement d'avant en arrière dans les hypertrophies des lobes latéraux de la prostate, ainsi que l'avait déjà remarqué Hunter. M. Mercier a vu ce diamètre aller jusqu'à 14 ou 15 lignes. D'ailleurs, ajoute-t-il, les instrumens à percussion ont à peu près la même courbure, et ne sait-on pas que, si ce n'était leur grosseur, ils pénétreraient presque aussi aisément qu'une algalie ordinaire?

Il faudra seulement, lorsqu'on sera parvenu dans la portion prostatique de l'urètre, avoir la précaution de ne pas se contenter d'abaisser le pavillon, mais encore de le pousser directement vers le col de la vessie. On sent que la combinaison de ces deux mouvemens est exigée par le peu de longueur de la portion recourbée, et qu'autrement le bec se relevant trop tôt arcbouterait contre la paroi antérieure du canal et ne pourrait entrer dans la vessie.

M. Mercier examine ensuite quelles sont les déformations de la prostate que l'on est appelé à reconnaître à l'aide de ce cathéter; il insiste spécialement sur les altérations de la portion transversale et des parties latérales. Les faits généraux qu'il relate se trouvent consignés dans un excellent travail déjà publié par l'auteur; nous renverrons aux bulletins de la société anatomique (1836, p. 12) (1).

Disons seulement qu'il résulte de ses recherches que l'hypertrophie de la prostate se fait tantôt à droite du côté du col vésical, tantôt au col même de la vessie; enfin tantôt du côté de l'urètre. M. Mercier examine successivement les moyens de la reconnaître dans ces divers siéges.

Pour reconnaître les tumeurs qui s'élèvent dans la vessie, une fois que la sonde a pénétré, on a soin que sa position droite soit à peu près parallèle à l'axe du corps, puis on attire son bec contre le bord antérieur du col vésical tantôt à droite, tantôt à gauche; on lui fait parcourir toute la circonférence de cet orifice en exerçant constamment sur le pavillon une traction légère. Quand la prostate est à l'état normal de ce côté, le bec parcourt tout ce trajet sans éprouver d'ascension. Bien plus, quelquefois il descend un peu quand il se trouve tourné directement en arrière, et cela a lieu surtout quand la portion transversale est saine et que les lobes latéraux sont hypertrophiés; circonstance assez rare. Mais s'il existe une tumeur en un point quelconque du col, l'instrument se trouve arrêté, et pour passer par-dessus l'obstacle il faut lui imprimer un mouvement d'ascension, proportionné à la hauteur de l'éminence. Puis, continuant la rotation et une traction très modérée, la sonde redescend au degré d'élévation où elle se trouvait d'abord. La plaque adaptée au pavillon indique de quel côté le bec est arrêté; l'arc du cercle parcouru depuis le moment où la sonde a commencé à monter, jusqu'à celui où elle est revenue à son premier état, donne la largeur de la tumeur; et son degré d'élévation se juge en voyant à l'extrémité du gland de combien de lignes l'instrument a monté; on réitère plusieurs fois cette application, tantôt de gauche à droite, tantôt de droite à gauche, et de la sorte on peut reconnaître: 1° le siége précis de la tumeur ou des tumeurs, s'il y en a plusieurs; 2° leur élévation; 3° leur largeur; 4° à la manière plus ou moins brusque dont l'instrument monte et descend, on jugera si la saillie est pédiculée ou à large base. Quant à l'épaisseur, M. Mercier n'a jamais vu qu'elle dépassât leur largeur.

A l'aide de ces manœuvres il a été facile de reconnaître des tumeurs qui n'avaient que le volume d'un pois; toutefois il ne faudrait pas espérer, dans tous les cas, obtenir un diagnostic exact; cela devient impossible quand le tissu hypertrophié est sans consistance; alors on reconnaît bien l'existence d'une saillie, mais on ne pourrait dire quel est son volume.

Les hypertrophies qui ont lieu au col de la vessie et qui ne consistent le plus souvent que dans le développement valvulaire de la portion transversale décrite par M. Mercier se reconnaissent aussi facilement que les précédentes. Si la valvule est très saillante, il est facile de la sentir quand on introduit le cathéter dans la vessie; car au moment où la position droite franchit le col elle éprouve un petit mouvement brusque, par lequel elle se rapproche de la symphise pubienne. Si la valvule est peu développée, il devient nécessaire de tourner le bec du cathéter vers le bas fond, d'attirer doucement l'instrument hors du col vésical dans l'état sain; il le franchira très facilement, tandis que s'il existe une valvule un peu saillante, il ne sortira qu'avec plus ou moins de peine, et son bec venant se loger alors dans le cul de sac formé par la valvule en haut, et par la paroi postérieure de l'urètre en bas, annoncera l'existence de la saillie transversale qu'il lui a fallu surmonter.

Les hypertrophies qui font saillie dans la portion prostatique de l'urètre ont leur siége à la face interne des lobes latéraux. Alors le canal n'a en réalité que deux parois latérales réunies en avant et en arrière. Si on le coupait perpendiculairement à son axe, il représenterait une ligne courbe dont la concavité embrasserait la tumeur, et dont les extrémités n'auraient pas abandonné la ligne médiane. Alors, si on introduit une sonde dans la vessie, et que son bec passe au niveau de la saillie, il s'inclinera du côté opposé, et cette inclinaison indiquera et l'existence et le siége de la maladie. La déviation sera nulle ou du moins très peu sensible dans le cas où l'extrémité de la sonde passera près des angles antérieur ou postérieur du canal. Pour remédier à cette cause d'erreur, M. Mercier a soin, en retirant le cathéter de la vessie dans la portion prostatique, d'appuyer légèrement sur lui en pressant sur la racine de la verge au-dessous de la symphise pubienne, de manière à loger sa convexité contre la paroi postérieure du canal, puis attirant l'instrument à lui sans trop s'éloigner de l'axe du tronc, sans le relever vers l'abdomen, comme on le fait dans le cathétérisme ordinaire, il en résulte nécessairement que quand le bec passe au niveau de la saillie du lobe latéral, il s'incline du côté opposé. La plaque extérieure indique ce mouvement et le sens dans lequel il se fait.

Il est souvent nécessaire de revenir plusieurs fois à l'exploration, si une première tentative ne réussit pas, en donnant à la position droite du cathéter des degrés différens d'inclinaison, par rapport à l'axe du corps.

Quand il y a hypertrophie égale des lobes latéraux, la sonde attirée plus ou moins parallèlement à l'axe du tronc franchira la portion prostatique sans s'incliner ni d'un côté ni de l'autre, ce qui indiquera que l'urètre n'a subi aucune déviation. La facilité avec laquelle l'instrument placé dans cette direction traverse la prostate démontre que le canal a augmenté dans le sens antéro-postérieur, que par conséquent les portions latérales se sont accrues dans ce sens. C'est dans ce cas que le toucher par le rectum pourra fournir quelques renseignemens utiles.

Resterait à apprécier maintenant la valeur de ce mode d'exploration dans les cas où la prostate hypertrophiée est ramollie et fongueuse; dans ceux où les tumeurs qui en naissent présentent la même consistance, ou bien sont munies d'un pédicule plus ou moins long et étroit; mais ces points divers, qui pourraient *à priori* fournir matière à discussion, ne doivent être décidés qu'expérimentalement.

OBSERVATION DE TUBERCULES DU CERVEAU ET DU CERVELET; IDENTITÉ DU RAMOLLISSEMENT ROUGE ET DU RAMOLLISSEMENT BLANC DU CERVEAU; par M. SAUSSIER, interne des hôpitaux.

L'observation sur laquelle l'auteur s'appuie pour prouver l'identité de nature des deux ramollissemens indiqués dans le titre de cet article est assez intéressante pour que nous croyions devoir l'analyser ici, bien que nous pensions qu'elle jette peu de lumière sur la question à l'occasion de

(1) Recherches anatomiques sur la prostate des vieillards.

laquelle l'auteur l'a rapportée, mais parce qu'elle offre un bel exemple de la facilité avec laquelle on peut approcher aujourd'hui d'un diagnostic exact dans l'une des maladies justement regardées comme des plus obscures, le tubercule du cerveau chez l'adulte.

FOURMILLEMENS DANS LES MEMBRES, PUIS CONVULSIONS; ÉPILEPSIE; ATTAQUES PÉRIODIQUES; MORT A LA SEPTIÈME; DEUX TUBERCULES, L'UN DANS LE CERVEAU, L'AUTRE DANS LE CERVELET, ENTOURÉS L'UN DE RAMOLLISSEMENT ROUGE, L'AUTRE DE RAMOLLISSEMENT BLANC.

OBS. — G. Caillot, 20 ans, garçon d'hôtel, habite Paris depuis dix ans; il est d'une constitution forte et d'une santé habituellement bonne. Il y a deux ans, il a eu au-dessus de la fourchette du sternum un abcès qui dura deux ans, et dont la cicatrice enfoncée pourrait contenir une noix de galle. Un an après l'apparition de cet abcès, il s'en forma un autre au-dessus de la clavicule droite, dont il reste une fistule communiquant avec un foyer, qui paraît comprendre l'extrémité externe de la clavicule et l'articulation sterno-claviculaire correspondante, et avec crépitation.

En 1836, il éprouva, sans cause connue, au printemps et à l'automne, des fourmillemens dans la main gauche, et chaque fois pendant un mois.

En 1837, même phénomène au printemps.

A l'automne suivant, les phénomènes augmentent; paralysie du mouvement avec élancemens dans le membre supérieur gauche; mouvemens convulsifs dans les yeux; aberration de la vue et céphalalgie frontale vive.

En 1838, à deux reprises encore, et aux mêmes époques, réapparition des mêmes accidens, auxquels se joignent des contractions dans les doigts, qui s'étendent aux avant-bras, puis au bras enfin; dans l'intervalle des contractions, paralysie de la motilité. A la fin, les douleurs étaient devenues si fortes qu'elles arrachaient des cris au malade. Reçu à l'hôpital le 4 avril, il n'offre rien d'anormal dans l'intervalle des crises qui ressemblent à de vrais accès d'épilepsie et deviennent de plus en plus fréquentes; le 10 avril même, elles semblent devenir presque continues. Au début de l'attaque, tout le corps est agité; un peu après, mouvement convulsif seulement dans le côté gauche, à partir de la paupière jusqu'au membre supérieur du même côté; forte déviation de la bouche à gauche; et cependant, lorsque l'accès est terminé, paralysie des lèvres et du côté gauche. Dans les membres supérieur et inférieur gauche, perte du mouvement, sensibilité tactile conservée; pas de céphalalgie notable; pouls 108; intelligence nette; mort dans la nuit.

AUTOPSIE. A la base du cerveau, dans les ventricules, il y a environ deux onces de sérosité. Légère injection de la pie-mère et de l'arachnoïde viscérale, sans infiltration ni épaississement. Sur le lobe antérieur gauche et sur plusieurs points, la pie-mère présente une nappe de sang très mince. Sur le lobe postérieur droit, les circonvolutions sont un peu aplaties et la pie-mère est complètement adhérente à la substance grise, laquelle, d'un rouge lie-de-vin et considérablement ramollie, s'enlève tout entière avec la pie-mère. En enlevant la substance blanche correspondante et qui est un peu ramollie, comme dans tout le cerveau, on arrive à un corps dur qui est entouré de *substance ramollie*, un peu moins rouge que ne l'est la grise, et aussi un peu plus consistante. Ce corps, du volume d'une petite noisette, enveloppé d'une membrane difficile à inciser et criant sous le scalpel, est composé d'un kyste d'une demi-ligne d'épaisseur, fibreux en quelques points, calcaire en beaucoup d'autres, puis, d'une matière tuberculeuse fort dure, mais non encore passée à l'état crétacé.

Le cervelet est adhérent à la dure-mère par la partie antérieure et inférieure de son hémisphère droit, dont la substance offre partout un aspect gélatineux, est infiltrée, celluleuse et parcourue par des brides dans sa profondeur.

Les circonvolutions sont peu saillantes, d'un gris blanchâtre, ramollies, presque diffluentes. On sent un peu profondément un noyau volumineux qui occupe une grande partie de cet hémisphère, et sur lequel vont s'implanter trois brides que lui envoie la dure-mère; il a le volume d'une noix; sa surface, parcourue par de nombreux et très petits vaisseaux rouges, est formée par une membrane fibreuse, d'une ligne d'épaisseur, qui est remplie de substance tuberculeuse très consistante.

POITRINE. Pas de traces de tubercules dans l'un ni dans l'autre des deux poumons, ni dans les glandes bronchiques. Etat complètement sain des deux poumons; épaississement des valvules sigmoïdes et de la valvule mitrale. Tous les autres organes sont à l'état normal. Le foyer du deuxième abcès comprend l'extrémité sternale de la clavicule qui présente un mélange de carie et de nécrose, sans aucune trace de matière tuberculeuse.

La première remarque que fait l'auteur sur cette observation, c'est qu'elle offre une exception à cette règle posée par M. Louis, que lorsqu'il existe des tubercules dans un organe, on doit en rencontrer aussi dans le poumon. Mais les exceptions à cette prétendue loi sont si nombreuses, que si nous signalons cette remarque, c'est uniquement pour en faire ressortir à combien d'erreurs on s'expose en cherchant à établir des lois sur de simples résultats numériques.

L'auteur expose ensuite comment, du vivant du malade, il était arrivé à porter un diagnostic que l'autopsie est venue confirmer; disons d'abord que c'est par voie d'exclusion et en tenant compte des antécédens qu'il a admis l'existence d'une sécrétion tuberculeuse au sein de la substance cérébrale :

1° Le retour périodique des mêmes symptômes revenant à des époques éloignées et augmentant graduellement jusqu'à la mort, ne permettant pas d'adopter une simple lésion de la circulation.

2° Les productions cancéreuses, squirrheuses et encéphaloïdes ne se montrent ordinairement que chez les individus d'un certain âge, et, comme pour le tubercule, chez lesquels on peut trouver des produits analogues dans d'autres organes. Cette considération n'excluait pas, il est vrai, le cancer, mais le sujet présentant des signes d'apparence scrofuleuse, le diagnostic devait pencher de ce côté.

3° Les tumeurs graisseuses, fibrenses, cartilagineuses ou osseuses, et les hydatides n'ont point de signes particuliers autres que ceux de tout corps étranger se développant dans le cerveau, mais on les rencontre rarement, tandis que la fréquence des tubercules et la connaissance des antécédens plaidaient pour cette dernière altération.

Quant au but principal de l'auteur, qui est de démontrer, par le rapprochement chez le même sujet des deux ramollissemens de couleur différente, leur identité de nature, nous ne pensons pas devoir nous y arrêter, parce qu'il est assez généralement admis aujourd'hui que la couleur des tissus altérés ne fournit que des données fort incertaines sur la nature de leur altération.

II. REVUE MÉDICALE.

Les numéros d'avril, mai et juin 1839 contiennent les articles originaux suivans : 1° *Essai sur l'action thérapeutique de la médication vomitive ou des effets que cette médication peut exercer sur la marche des maladies*; par Félix Andry; 2° *Mélanges cliniques*; par le docteur Payan : *De l'hydrochlorate de Baryte contre l'ophthalmie scrofuleuse photophobique* (l'hydrochlorate de Baryte est administré à l'intérieur à la dose de deux grains par jour dans une portion simple; de deux grains on s'élève à la dose de dix, douze et même quatorze grains; dans trois observations rapportées par le docteur Payan, ce médicament a réellement amené d'heureux résultats); 3° *Bons effets de belladone dans quelques cas d'épilepsie et de névroses graves*; par M. Séguy; 4° *Nouveaux procédés pour rendre la claudication moins douloureuse et la progression plus facile dans les cas de raccourcissemens accidentels des membres inférieurs*; par Thomas Fabien de Révigny; 5° *Recherches expérimentales sur les oxides de fer considérés comme contre-poison de l'acide arsénieux*; par MM. Deville, Sandras, Nouat et Guibourt; 6° *Considérations générales sur le diagnostic et le traitement de la gastrite chronique et sur quelques autres affections de l'estomac que l'on confond souvent sous la même dénomination*; par P.-J.-C. Debreyne; 7° *Tétanos déterminé par l'ouverture d'un cautère au bras au moyen de la potasse caustique*; par le docteur Frère (le malade, âgé de 71 ans, a succombé; les nerfs du bras ont été trouvés en partie rouges et ramollis; la moelle épinière ni aucun autre organe n'a pu être examiné); 8° *Hémicéphalie compliquée avec l'absence de la voûte palatine et non l'adhérence de l'arrière-faix à la tête de l'enfant*; par M. Heyfelder (observation adressée à la société de médecine); 9° *Mémoire sur le diabète*; par A. Bonchardat.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES OXIDES DE FER CONSIDÉRÉS COMME CONTRE-POISONS DE L'ACIDE ARSÉNIEUX; par MM. DEVILLE, SANDRAS, NONAT et GUIBOURT.

Depuis que M. Bunsen, de Gœttingue, a proposé l'emploi de peroxide de fer hydraté humide comme contre-poison de l'acide arsénieux, quelques expériences ont été faites par plusieurs physiologistes et qui ont plutôt obscurci la question qu'elles ne l'ont éclaircie; c'est dans cet état que les auteurs de ce mémoire ont pris la question et l'ont soumise à une série d'expériences qui, si elles n'ont peut-être pas toute la valeur qu'ils leur attribuent, nous paraissent cependant avoir révélé des faits d'une assez grande importance; voici la manière dont ces expériences ont été établies : elles ont toutes été faites sur des chiens, et comme la ligature de l'œsophage était une opération indispensable dans toutes ces expériences, ils ont commencé par étudier l'effet de cette opération chez des chiens qui n'avaient été soumis à aucune autre expérimentation, et ils ont conclu de deux expériences faites dans ce but que la ligature de l'œsophage qui détermine presque nécessairement la mort ne le fait point avant le cinquième ou le sixième jour.

Ensuite ils étudient dans quatre expériences l'action de l'acide arsénieux, et concluent de ces faits que l'acide arsénieux peut tuer un chien de moyenne taille à la dose de quatre grains, dans l'espace de quelques heures, et que son ingestion dans l'estomac est suivie d'une mort d'autant moins rapide qu'on le donne à une dose plus élevée. Les auteurs expliquent cette contradiction apparente par le mode d'action de l'acide arsénieux, qui s'exerce principalement sur l'organisme par voie d'absorption donné : en petite quantité, il détermine peu d'irritation dans l'estomac et est facilement absorbé et entraîné dans la masse du sang. Admi-

nistré, au contraire, à forte dose, il enflamme la muqueuse gastrique, et il n'est alors absorbé qu'avec difficulté. Nous regrettons que les auteurs n'aient pas confirmé le fait dont ils donnent cette explication, qui nous semble encore un peu hypothétique, par un plus grand nombre d'expériences; il est assez important, considéré sous le point de vue physiologique, pour qu'on ne négligeât rien de ce qui pourrait le mettre hors de doute.

Les auteurs ne se sont pas bornés dans leurs expériences à essayer le peroxide de fer hydraté qu'a conseillé M. Bunsen, mais ils ont expérimenté sur les quatre préparations ferrugineuses suivantes : 1° *le protoxide de fer hydraté;* 2° *l'oxide de fer noir humide ;* 3° *le peroxide de fer humide;* 4° *le peroxide de fer hydraté sec et humide.* Voici le résultat de ces expériences :

1° Les deux premiers oxides, administrés à de fortes doses à des chiens qui venaient de prendre une dose d'arsenic, et sur lesquels on pratiqua immédiatement la ligature de l'œsophage, n'exercèrent aucun effet sur la marche des accidens. Les animaux moururent comme si on les eût abandonnés à toute la puissance de l'arsenic et qu'on ne leur eût donné aucun contre-poison.

Le troisième, ou le peroxide de fer humide, proposé par M. Bunsen, a produit des résultats tout différens. Dans les premières expériences, ils donnaient des doses énormes d'acide arsénieux et des quantités relativement très petites de peroxide de fer, et tous les animaux vivaient plus longtemps qu'avec les oxides précédens; mais aucun ne survivait, comme dans les cas de simple ligature de l'œsophage; puis, à mesure qu'ils donnaient moins d'acide arsénieux et plus de peroxide de fer hydraté humide, ils arrivèrent à prolonger la vie de ces chiens, comme s'ils n'avaient pas pris du tout de poison. Dans leurs expériences, ils arrivèrent à neutraliser complètement de petites quantités d'acide arsénieux; mais il en fallait donner des doses relativement énormes; car on a peine à croire au volume que forme le peroxide de fer floconneux qu'on est obligé d'administrer pour réussir.

Ce grave inconvénient leur fit essayer le peroxide de fer hydraté sec, qui n'est autre que le sous-carbonate de fer des officines. Le premier essai les engagea à continuer, et bientôt ils n'hésitèrent plus à lui donner la préférence. Quatre et même six grains d'oxide arsénieux laissent, grâce au protoxide, vivre les animaux comme s'ils n'avaient rien pris; ils ne meurent plus qu'après les délais prescrits par la ligature de l'œsophage. Si à ces avantages nous ajoutons ceux qui ressortent des propriétés physiques du peroxide de fer hydraté, savoir, qu'il est facile à administrer, puisqu'on peut en suspendre commodément trois onces dans trois onces d'eau, et qu'on le trouve avec la plus grande facilité chez tous les pharmaciens, nous reconnaîtrons qu'il mérite une préférence réelle, et qu'il est jusqu'ici le meilleur contre-poison qu'on puisse opposer à l'acide arsénieux.

M. Guibourt a voulu déterminer, par des expériences purement chimiques, la quantité d'oxide de fer nécessaire pour neutraliser les effets d'une quantité donnée d'acide arsénieux, et a constaté que, pour neutraliser complètement le soluté d'une partie d'acide arsénieux, il faut environ dix parties de fer hydraté. A ce compte, un litre de magma, contenant 32 grammes de peroxide de fer, peut précipiter d'une solution 3 grammes d'acide arsénieux; mais comme dans le cas d'empoisonnement cette quantité ne peut se dissoudre que lentement et successivement dans les liquides de l'estomac, c'est aussi successivement, souvent et par doses fractionnées, que l'on doit administrer le contre-poison.

Comme de la réaction du peroxide de fer sur l'acide arsénieux il résulte un arsenite ou un sous-arsenite ferrique, il était important de déterminer par des expériences directes l'action des arsenites de peroxide de fer sur l'économie animale, c'est ce qu'ont fait les auteurs, qui, après avoir fait prendre de l'arsenite de fer à quatre chiens, ont conclu de ces expériences que cette substance n'est pas innocente. Ils avaient alors à déterminer pourquoi l'arsenite de fer ingéré seul dans l'estomac produit des effets vénéneux, tandis que le peroxide de fer modère et neutralise les accidens développés par l'acide arsénieux. L'action des acides contenus dans le fluide gastrique fournit l'explication de cette apparente contradiction. En effet, quand l'arsenite de fer est introduit seul dans l'estomac, ces acides agissent seuls sur lui, remettent en liberté une certaine quantité d'acide arsénieux, et lui rendent ses propriétés vénéneuses. Au contraire, lorsqu'on donne à la fois de l'acide arsénieux et un excès de peroxide de fer, les acides sont neutralisés par le peroxide de fer en excès, et ne peuvent réagir sur l'arsenite ferrique. Des expériences directes, faites avec l'acide acétique, le plus faible des trois acides que contient le fluide gastrique, ont démontré que cet acide affaibli jouit de la propriété de décomposer l'arsenite de fer et de rendre soluble l'acide arsénieux; puis cette dissolution, traitée par le peroxide de fer, en excès, à la température ordinaire, n'a plus fourni que des traces presqu'imperceptibles d'arsenic, l'acide arsénieux ayant été précipité par le peroxide de fer. Il résulte de cette série de faits, où les expériences chimiques et l'expérimentation sur les animaux marchent d'accord, ce fait bien important que l'arsenite de fer n'est point vénéneux par lui-même et qu'il ne le devient dans l'estomac que par la réaction exercée sur lui par les acides du fluide gastrique; il en résulte, en outre, que, pour neutraliser les effets de l'acide arsénieux, il faut administrer un grand excès de peroxide de fer hydraté sec. Maintenant les expériences qui ont si bien réussi dans le verre à réactif du chimiste et dans l'estomac des chiens réussiront-elles aussi bien dans l'estomac de l'homme, c'est ce que l'observation apprendra. En attendant, voici ce que conseillent les auteurs pour les cas où l'on serait appelé auprès d'un individu qui aurait avalé de l'arsenic. « Le meilleur parti à prendre après l'emploi des vomitifs serait de suspendre quatre onces de peroxide de fer hydraté sec (*sous-carbonate de fer des pharmacies*) dans vingt-quatre onces d'eau, et de faire prendre toutes les dix minutes un bon demi-verre de ce mélange. Après en avoir ainsi consommé quatre onces, on continuerait de la même manière de nouvelles doses de la même préparation, et nous ne nous croirions à l'abri du danger que, quand nous aurions fait prendre au moins une demi-once de peroxide de fer hydraté sec pour chaque grain d'acide arsénieux supposé resté dans l'estomac. »

MÉMOIRE SUR LES DIABÈTES; par A. BOUCHARDAT, D. M. P.

Ce travail est en partie la reproduction d'un mémoire que l'auteur a lu au commencement de 1838 à l'Académie des sciences (v. GAZ. MÉD., an. 1838, p. 170), et où il avançait une ingénieuse explication, non pour le diabètes lui-même, mais pour le phénomène le plus saillant de cette maladie. En effet, il avait conclu de quelques expériences et d'un certain nombre de faits assez généralement connus, que le sucre de l'urine diabétique se forme dans l'économie aux dépens des alimens sacculens pour lesquels les diabétiques ont une avidité extraordinaire et du gluten, de la fibrine, de l'albumine, etc., qui se rencontrent dans l'estomac; de la même manière qu'on obtient dans les laboratoires le sucre de raisin avec lequel il est identique. De nouvelles expériences l'ont confirmé dans cette application de l'une des découvertes récentes de la chimie organique à l'un des phénomènes morbides les plus remarquables que présente l'organisme malade.

Parmi les faits qu'il apporte à l'appui de cette ingénieuse théorie, nous citerons surtout les suivans : chez les diabétiques, il y a communément un appétit extraordinaire, une soif ardente et surtout un goût très prononcé et même exclusif pour les alimens sucrés ou féculens, et il a constamment observé que la quantité de sucre contenue dans les urines était toujours en raison directe de la quantité de pain ou d'alimens féculens ou sucrés qu'avaient pris les diabétiques dans les vingt-quatre heures. Si on diminue la quantité de ces alimens sucrés ou féculens, la quantité d'urine rendue et de sucre contenu dans les urines diminue immédiatement dans la même proportion; en supprimant presque complètement l'usage de ces alimens, les urines reviennent peu à peu à leur quantité et à leur composition normales.

La soif ardente dont sont tourmentés les malades diabétiques trouve une explication satisfaisante dans les faits que nous connaissons sur l'action de la diastase sur l'amidon. Pour que la transformation de l'amidon en sucre soit complète il faut que la fécule soit dissoute dans environ sept fois son poids d'eau. Un phénomène semblable s'observe chez les diabétiques : pour que la transformation de l'amidon en sucre soit complète il leur faut sept parties d'eau et tant qu'ils ne l'ont pas ingérée ils sont tourmentés d'une soif à laquelle il leur est impossible de résister.

L'analyse du sang des diabétiques a jusqu'ici fourni les résultats les plus opposés aux différens chimistes qui s'en sont occupés; les uns ayant constaté dans ce sang la présence du sucre, les autres n'en ayant pas trouvé de trace. M. Bouchardat a obtenu les mêmes résultats contradictoires dans deux expériences qu'il a faites sur le sang de deux diabétiques différens; mais il donne de cette apparente contradiction une explication qui paraît au moins assez probable. « Si on fractionne, dit-il, les urines successivement rendues par un diabétique pendant vingt-quatre heures, voici ce qu'on observe : une heure ou deux après les repas, les urines commencent à couler abondamment; elles contiennent alors une quantité considérable de sucre et qui décroît successivement pendant douze ou quinze heures; passé ce terme, si le malade s'est abstenu de nourriture, elles ne contiennent plus de sucre ou n'en contiennent plus que des quantités insignifiantes. Or on saigne ordinairement les malades le matin, à l'époque la plus éloignée des repas; et si alors les urines ne contiennent déjà plus que des traces de sucre, à plus forte raison le sang ne doit plus en contenir du tout. Voilà la vraie cause de dissidence. Elle m'a été ré-

vélée par deux analyses comparatives effectuées dans deux circonstances différentes. Dans la première il s'agissait d'un malade saigné à neuf heures du matin et qui n'avait pas mangé depuis cinq heures du soir. Dans ce cas je ne pus découvrir la moindre trace de sucre dans le sang. Dans la seconde il s'agissait d'un malade qui a été saigné deux heures après un déjeuner léger, et j'ai pu obtenir des signes non équivoques de la présence du sucre dans le sang. » Pour M. Bouchardat le rein n'est donc qu'un organe d'élimination; son rôle dans le diabétisme bornerait à éliminer le sucre du sang.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 12 AOUT.

RECHERCHES SUR L'ORIGINE DU BLÉ CULTIVÉ.

M. A. de Saint-Hilaire lit une note sur les genres ægilops et triticum.

Quelques botanistes ont pensé, d'après l'extrême ressemblance des fruits de l'ægilops avec les grains du blé cultivé, que ce dernier n'était qu'un ægilops modifié par la culture. M. Esprit Fabre, dont tous les botanistes connaissent les excellentes observations sur la fructification des marsilea, ayant trouvé l'année dernière, dans les environs d'Agde, quelques pieds d'ægilops triticoïde, en a semé les fruits dans son jardin, et a obtenu une plante dans laquelle les caractères de l'ægilops ont presque entièrement disparu pour faire place à ceux du triticum. Ce n'est point encore tout à fait un triticum, mais ce n'est plus un ægilops. M. Fabre se propose de semer l'année prochaine les graines recueillies cette année, et de continuer les observations qu'il a commencées.

ORGANES DE LA RESPIRATION.

M. de Blainville fait un rapport très avantageux sur un mémoire de M. Bazin, sur la structure intime du poumon chez les animaux vertébrés, mémoire dont nous avons eu déjà plusieurs fois l'occasion de parler. Un des points que l'auteur s'est le plus attaché à éclaircir est, comme on a pu le voir, celui qui a rapport à la terminaison des bronches ou canaux aérifères.

En analysant convenablement les opinions des anatomistes sur la manière dont se terminent les vaisseaux aériens, qui, avec les vaisseaux afférens et efférens, constituent la très grande partie du parenchyme pulmonaire, on voit qu'elles peuvent être réduites à trois principales.

La première semble basée sur ce que montre le poumon des reptiles et des amphibiens, où ce n'est qu'un sac à parois réticulées, élastiques, quelquefois incomplètement cloisonnées, dans lesquelles se ramifie le réseau vasculaire en deux couches, et qui est suspendu à l'extrémité d'une trachée plus ou moins longue. Suivant cette opinion, la plus ancienne peut-être des trois, on admet que le poumon des mammifères n'est que l'assemblage, la concentration de vésicules analogues, mais infiniment plus petites, qui termineraient l'extrémité des dernières ramifications des bronches, et qui, pressées, se déformeraient plus ou moins en se polygonant, et deviendraient dépendantes les unes des autres en communiquant entre elles; c'est l'opinion de Malpighi.

Dans une seconde manière de voir, ces prétendues vésicules ne seraient tout simplement que le prolongement de la partie terminale des dernières ramifications des bronches, dans lesquelles l'aliment cartilagineux de celles-ci cesserait, et qui par conséquent formeraient de petits cœcums subcylindriques obtus ou vésiculaires.

Dans cette opinion, comme dans la précédente, on peut admettre que ces productions ou terminaisons cœcales se groupant autour de la bronche dont elles émanent, seraient indépendantes, quoique serrées et pressées, c'est-à-dire qu'elles ne communiqueraient entre elles que par l'intermédiaire du tronc qui les supporte (ce qui est l'opinion de Willis), ou bien que leurs parois étant percées, elles communiquent directement entre elles, ce qui constituerait une sorte d'éponge, de corps caverneux aérifères; ce qui entre jusqu'à un certain point dans la troisième manière de voir à ce sujet.

En effet, dans cette dernière opinion, reposant sur ce qui existe chez les oiseaux, où les bronches et leurs ramifications, traversant de part en part le poumon, constituent, par leurs fréquentes anastomoses dans tous les sens, une sorte de corps spongieux, dans les parois duquel se ramifient les vaisseaux afférens et efférens du poumon, dans cette dernière opinion, le poumon des mammifères serait composé de bronches et de leurs ramifications nombreuses, comme cela est admis dans les deux manières de voir précédentes; mais plus ou moins près de leur terminaison, elles prendraient le caractère de tout le poumon des oiseaux en communiquant les unes avec les autres, donnant aussi la disposition spongieuse labyrinthique à la partie essentielle de l'organe. C'est l'opinion attribuée à Helvétius, mais qui paraît devoir remonter à Duverney, ainsi que le fait observer M. Bazin.

Mais dans quelques manières que ce soit, il faut reconnaître que ces canaux aérifères ramifiés ne sont qu'une extension en forme de tubes béans et décroissans de l'enveloppe générale dans laquelle se trouvent toutes les parties qui constituent celles-ci, savoir : 1° la couche musculaire, dans laquelle peuvent se développer des parties solides; 2° la couche dermique, plus ou moins réticulée et élastique; 3° la couche vasculaire, parvenue au *summum* de son développement, et contenant elle-même l'élément élastique; 4° la couche ou lame épidermique, réduite à une minceur extrême, afin que le contact du fluide élaborant contenu dans les bronchioles et du fluide à élaborer circulant dans les vaisseaux extrêmement ténus qui en tapissent les parois, soit presque immédiat, et que réduits l'un et l'autre en filamens extrêmement déliés, l'action respiratoire de l'un sur l'autre soit plus intense et plus prompte.

C'est la seconde de ces manières de voir que M. Bazin a acceptée après de nombreuses et minutieuses investigations. Or, cette opinion, qu'on attribue généralement à Reissesen, qui l'a en effet confirmée dans son important travail sur la structure du poumon, est réellement celle des premiers anatomistes qui se sont occupés de ce sujet, depuis la découverte des verres grossissans. Il faut surtout citer dans le nombre Willis, qui a considérablement développé ce que Malpighi avait dit sur la structure intime du poumon; employant même le mercure pour l'injection des vaisseaux aérifères, comme Reissesen et M. Bazin l'ont fait depuis.

Pour parvenir à accepter avec connaissance de cause l'une et l'autre de ces manières de voir sur la structure du poumon, M. Bazin a eu principalement recours à l'injection des canaux au moyen du mercure, et, en prenant les précautions convenables pour être à l'abri de tout soupçon d'avoir rompu les canaux, il s'est assuré que leur terminaison se fait certainement sans renflemens, par de petits cœcums ne communiquant pas certainement entre eux, si ce n'est par la bronchiole dont ils émanent, et formant par leur assemblage des groupes plus ou moins serrés, plus ou moins nombreux qui, selon qu'ils s'avancent plus ou moins inégalement dans l'épaisseur du poumon, déterminent à la surface pulmonaire la formation de lobules, comme dans l'homme et beaucoup de mammifères, ou l'absence complète de cette disposition, comme dans les chiens et les chats.

Après avoir passé successivement en revue les différentes parties du travail de M. Bazin, et fait sentir la nécessité qu'il y avait de confirmer, sur certains points, les observations justes et déjà anciennes de quelques anatomistes, et de les rectifier sur d'autres, le rapporteur poursuit en ces termes : « Ce que peuvent assurer vos commissaires, et plus particulièrement l'un d'eux, qui a suivi plus spécialement M. Bazin dans ses recherches, c'est que l'opinion de la terminaison des bronchioles en cœcums gemmiformes distincts, atteignant ou non la périphérie pulmonaire, leur semble hors de doute, pour le cas de l'homme et des mammifères. En résumé, les parties que M. Bazin a communiquées à l'Académie de son grand travail sur la structure intime du poumon de l'homme et des animaux vertébrés peuvent faire présumer ce qu'il doit être lorsqu'il sera terminé, et quoiqu'il ne contienne guère que des confirmations démonstratives et des rectifications plus ou moins importantes de ce qui avait été proposé depuis longtemps, il met hors de doute une opinion encore contestée, en même temps qu'il montre un anatomiste délicat, persévérant et positif. En conséquence, nous proposons à l'Académie d'ordonner l'impression du travail de M. Bazin dans le recueil des mémoires des savans étrangers. »

Ces conclusions sont adoptées.

SUR LA MORTALITÉ DES TÊTES CHOISIES.

Dans une des dernières séances, et à l'occasion d'une lettre dans laquelle M. le ministre du commerce consultait l'Académie, relativement au choix à faire entre des tables de mortalité, comme devant servir de base aux opérations des compagnies d'assurances sur la vie, M. Arago rappela la spéculation qu'avait faite une certaine compagnie en opérant des placemens sur des têtes choisies dont la longévité devait dépasser de beaucoup et dépassa en effet la moyenne sur laquelle avaient été basés les calculs d'une tontine; il rappela en outre les résultats obtenus par M. Benoiston de Châteauneuf sur la moyenne de vie des académiciens. M. Demonferrand revient aujourd'hui sur ces derniers résultats, pour faire remarquer que si la moyenne qui résulte pour cette classe d'hommes des relevés de M. Benoiston est un peu supérieure à la moyenne pour toute la France, elle est inférieure à celle qu'offrent certaines parties de notre pays; de sorte que chaque académicien aurait vécu, en moyenne, sept mois et huit jours de moins qu'un homme de même âge pris dans les départemens à mortalité lente. La différence tient principalement, comme l'a aperçu M. Benoiston, à ce que les faits observés se rapportent en moyenne au milieu du dix-huitième siècle, et sont par conséquent plutôt comparables aux calculs de Deparcieux qu'aux tables qui expriment la loi actuelle de mortalité. D'ailleurs, si les nombres que nous pourrait fournir le premier tiers du dix-neuvième siècle étaient assez considérables pour qu'on en tirât une loi, on verrait sans doute que les membres de l'Institut ont dû profiter comme les autres de l'accroissement de la moyenne de la vie.

M. Demonferrand donne aussi, d'après Casper, des nombres relatifs à la mortalité des princes allemands, qui est sensiblement soumise à la même loi que celle des habitans de certaines parties de la France, des départemens du Calvados et de Lot-et-Garonne, par exemple.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 13 AOUT.

CORRESPONDANCE.

La correspondance renferme 1° Plusieurs lettres relatives aux vaccinations dans les départemens du Puy-de-Dôme, de la Corrèze, du Cantal; 2° une lettre du ministre, qui adresse à l'Académie, avec demande d'en vérifier les résultats, une note de M. Gendrin sur le traitement et la prophylactique de la colique de plomb. Commissaires : MM. Bérard, Renauldin, Patissier et Caventou; 3° Une lettre de M. Rognetta, qui remercie l'Académie des encouragemens qu'elle a bien voulu lui donner, annonce qu'il est dans l'intention de poursuivre ses expériences, et demande qu'une nouvelle commission soit nommée. Elle sera composée de MM. Ségalas, Bouvier, Burdin, Gérardin, Henry; sur la demande de M. Orfila, deux vétérinaires y seront adjoints, ce sont MM. Boulay et Dupuys.

APPAREIL INAMOVIBLE.

M. Blandin revient sur les conclusions du rapport qu'il a lu dans la dernière séance, et qu'il présente ainsi modifiées : l'appareil amidonné dont M. Seutin est l'inventeur, et qui constitue une espèce du genre inamovible, offre des avantages par sa légèreté et sa solidité; il est à la portée du chirurgien en toute circonstance; on peut, avce lui, exercer une compression circulaire sur tout le membre, ou la faire porter sur un certain nombre de points spéciaux. Indépendamment des services qu'il rend dans le traitement des fractures, il a été heureusement appliqué par M. Seutin à une foule d'affections des articulations ou des parties molles.

Si les membres qu'il embrasse se sont tuméfiés, on peut facilement en faire la section; si les parties sont revenues sur elles-mêmes, on peut se dispenser de le couper; il suffit de ramollir le bandage en l'humectant; puis on applique une bande plus serrée, comme M. le rapporteur l'a fait plusieurs fois.

Ce bandage, tel que M. Seutin le construit, ou tel que M. Velpeau l'a modifié, donne une telle immobilité au membre, que le malade peut lui faire exécuter sans le moindre inconvénient des mouvemens de totalité; cependant, il n'est pas suffisamment établi que la déambulation soit avantageuse, et surtout soit sans inconvéniens.

Les faits et la théorie se réunissent, dit M. Blandin, pour démontrer l'utilité désormais incontestable de cet appareil; on ne saurait mettre en doute que depuis son introduction dans la thérapeutique des fractures on n'ait obtenu des résultats beaucoup plus avantageux qu'avant qu'il ait été mis en usage.

Enfin, M Blandin rappelle les conclusions finales qui terminent son rapport. (Remerciemens à l'auteur, etc.)

Ces conclusions sont adoptées.

(L'abondance des matières nous force à renvoyer la publication du discours de M. Seutin au prochain numéro.)

TRAITEMENT DES TUMEURS PAR LE CAUSTIQUE DE VIENNE.

M. Gimelle fait, au nom de M. Labarraque et au sien, un rapport sur un travail de M. Taillefer, intitulé : *Du caustique de Vienne comme agent thérapeutique.* L'auteur ne rapporte que deux observations, l'une relative à une loupe du cuir chevelu, qui fut cautérisée à plusieurs reprises, le malade fut guéri le vingt-cinquième jour. L'autre malade portait une tumeur ulcérée dans la région parotidienne, du volume d'une orange; la guérison fut obtenue en 30 jours. M. le rapporteur trouve que ces faits ne sont rien moins que concluans en faveur du caustique; avec le bistouri, on eût guéri tout aussi sûrement, et beaucoup plus vite. En conséquence, il demande l'ordre du jour.

Il s'élève une courte discussion, dans laquelle M. Blandin fait ressortir les avantages de la cautérisation dans quelques cas de tumeurs des régions temporale et frontale.

M. Roux blâme d'une manière générale la cautérisation, qui a donné lieu si souvent aux résultats les plus terribles, et qui est toujours si funeste entre les mains de ceux qui l'emploient d'une manière aveugle.

M. Blandin défend la cautérisation, qui est surtout utile dans les cancers de la peau, sous forme de tumeurs et d'ulcéres; elle a réussi dans beaucoup de cas; pourquoi la rejeter d'une manière aussi exclusive?

Les conclusions du rapport sont adoptées.

NOUVEL INSTRUMENT POUR PRATIQUER LA SUTURE DANS L'OPÉRATION DE LA STAPHYLORAPHIE.

M. Bérard fait un rapport sur un instrument inventé par M. Bourgougnon pour pratiquer l'opération de la suture du voile du palais.

Messieurs, dit le rapporteur, l'intérêt qui s'attache à la découverte d'un moyen propre à rendre plus facile la pratique d'une opération chirurgicale est en général proportionné à l'importance de l'opération et aux difficultés que l'on éprouve à l'achever par les moyens ordinaires.

A ce double titre, l'instrument imaginé par M. Bourgougnon pour porter les fils à travers le voile du palais affecté de division congénitale ou acquise, se recommande à l'attention des chirurgiens et mérite l'approbation de l'Académie.

On sait qu'une des principales difficultés à vaincre quand on pratique la staphyloraphie, c'est de porter les points de suture à travers un organe essentiellement mobile, et situé au fond d'une cavité difficilement accessible aux instrumens.

En faisant cette brillante conquête de la chirurgie moderne, M. Roux fut obligé de modifier les régles qui président à l'application de la suture dans les autres parties du corps. Il lui fallut inventer un instrument spécial pour porter ses aiguilles et donner à ces dernières une forme particulière; mais quelque ingénieux qu'ait été l'appareil instrumental, M. Roux, obligé de passer les aiguilles d'arrière en avant, perdait par là même plusieurs des avantages qui résultent d'une méthode opposée; cependant tous les chirurgiens suivirent la pratique de M. Roux, jusqu'à l'époque où votre rapporteur, ayant eu en janvier 1834 l'occasion de pratiquer l'opération de staphyloraphie, imagina de passer les aiguilles d'avant en arrière à travers le voile du palais; opération qui fut couronnée d'un plein succès, et dont le résultat a été apprécié par l'Académie, à laquelle le malade fut présenté après sa guérison; le procédé que j'ai employé pour passer les aiguilles d'arrière en avant offrait d'assez grandes difficultés dans son exécution.

M. Devillemure, mon élève, tenta de le rendre plus facile en modifiant la forme des aiguilles qu'il fit faire plus longues et élastiques, et en les conduisant à l'aide d'un porte-aiguille spécial Malgré ce perfectionnement, le manuel opératoire laissait encore beaucoup à désirer, soit pour porter les aiguilles à travers le voile du palais, soit pour les retirer. M. Velpeau ayant senti ces difficultés, cherchait les moyens d'y remédier, et c'est à lui que sont dus les nouveaux perfectionnemens apportés à la pratique de la staphyloraphie.

Voici comment l'auteur de l'instrument dont je vais rendre compte s'explique dans sa première lettre à l'Académie sur les circonstances qui le conduisirent à imaginer cet instrument.

Lors de sa dernière opération de staphyloraphie, M. le professeur Velpeau, se servant du porte-aiguille de M. Devillemure, en pratiquant la suture d'après le procédé de M. Auguste Bérard, en passant toujours les aiguilles d'avant en arrière, se plaignit de ne pas avoir à l'extrémité de son instrument un point d'appui à placer derrière le voile du palais, pour faciliter l'introduction de l'aiguille; et fit à ce sujet une sorte d'appel à son auditoire.

C'est à la suite de cette leçon du professeur de la Charité que M. Bourgougnon a adressé à l'Académie, à deux époques différentes, deux modèles de son instrument.

Le second n'étant que le premier modifié, je vais en donner une description très succincte et indiquer en quoi il diffère du précédent.

Cet instrument se compose :

1° D'une pince qui ressemble au brise-pierre de M. Heurteloup; elle est destinée à saisir le voile du palais;

2° D'une branche qui supporte une aiguille droite, et glisse parallèlement aux deux autres, de manière à enfiler l'extrémité de la pince et le voile du palais saisi.

Le mors postérieur de cette pince présente une ouverture que l'aiguille dilate en passant, et à travers laquelle elle ne peut rentrer. Cette aiguille est reçue dans un petit tube qui protège contre l'action de sa pointe les tissus qu'elle ne doit pas toucher.

En retirant l'instrument de la bouche, le chirurgien retire en même temps l'aiguille, et le premier point se trouve passé dans une des lèvres de la solution de continuité.

Cet instrument ne diffère pas essentiellement du premier qu'envoya l'auteur; sa courbure est plus étendue; dans le premier instrument l'aiguille était retenue derrière le voile du palais par un morceau de gomme élastique contenu dans l'épaisseur du mors postérieur de la pince; dans le second modèle, c'est encore un moyen élastique de retenir l'aiguille; ici l'acier remplace avantageusement le caoutchouc; la matière élastique a changé, mais le principe est resté le même.

J'ai insisté sur cette particularité, parce qu'elle me servira plus tard à faire droit aux réclamations que M. Bourgougnon a adressées à l'Académie dans son second envoi.

Les avantages que me paraît devoir offrir cet instrument sont :

1° De fixer le voile du palais;

2° De donner au chirurgien le point d'appui que demandait M. Velpeau;

3° D'offrir une aiguille droite très courte et par conséquent beaucoup moins susceptible de casser que les aiguilles courbes, et cet inconvénient est surtout inhérent aux aiguilles de M. Devillemure;

4° De retirer l'aiguille de la bouche du malade en même temps que l'instrument;

5° De n'exiger de la main qui opère aucun mouvement de translation capable de gêner la vue;

6° Par sa forme courbe, de placer en dehors du rayon visuel la main du chirurgien qui opère dans des parties profondes;

7° De laisser au chirurgien une main libre.

Le petit tube protecteur de l'aiguille est une modification utile, que les chirurgiens peuvent à volonté conserver à titre de précaution à l'extrémité de l'instrument; ou enlever pour en simplifier l'usage.

Cet instrument est également applicable aux fistules vésico-vaginales et recto-vaginales.

Si maintenant je recherche dans notre arsenal chirurgical quelque chose de semblable aux instrumens dont je m'occupe en ce moment, je dirai qu'il n'existe rien d'analogue, par sa forme, son principe et les indications qu'il remplit.

L'année précédente, cependant, M. Sotteau, en Belgique, avait inventé un porte-aiguille pour le voile du palais; cet instrument ingénieux, mais presque inapplicable au but que se proposait l'auteur, n'a encore été décrit dans aucun des ouvrages ou des journaux français; il était resté ignoré en France jusqu'à l'époque où par suite de l'attention éveillée sur ce point par les instrumens de MM. Bourgougnon et Foraytier, un jeune médecin belge présenta à M. Velpeau, dont il suivait habituellement la clinique, le mémoire de son compatriote.

L'instrument de M. Sotteau ressemble à la pince porte-aiguille de M. Colombat; mais l'aiguille, après avoir traversé le voile du palais, est retenue par une ouverture élastique, comme celle de l'instrument de M. Bourgougnon; la priorité d'idée sous ce dernier rapport appartient au médecin belge; mais son instrument n'était connu de personne en France que je sache, et il est loin d'offrir les avantages que réunit l'instrument de M. Bourgougnon.

Quel droit maintenant dois-je faire aux réclamations de M. Bourgougnon contre M. Foraytier ?

Je dirai: 1° que ces Messieurs m'ont fait assister chacun de leur côté et à titre de conseil à l'invention de leurs instrumens;

2° Que l'instrument de M. Bourgougnon a paru avant celui de M. Foraytier, et a été préscoté à l'Académie huit jours avant; que M. Bourgougnon néanmoins ne réclame rien contre le premier instrument que M. Foraytier a montré et dont il a fait voir des dessins à M. Velpeau quelques jours avant que M. Bourgougnon eût achevé son porte-aiguille;

3° Que l'instrument que M. Foraytier a envoyé à l'Académie diffère essentiellement et par la forme et par le principe du premier instrument qu'il est venu me montrer à mon hôpital.

Les dessins que M. Bourgougnon a joints à l'appui de sa réclamation du 12 avril retracent d'une manière exacte à mes souvenirs le premier instrument de M. Foraytier, et les divers changemens par lesquels je l'ai vu passer avant d'arriver à ce point, de ressembler beaucoup à celui de M. Bourgougnon.

C'est ainsi qu'on peut voir sur ce dessin que le premier instrument de M. Foraytier se composait d'une pince à deux anneaux recourbée à son extrémité, et sur l'une des branches de laquelle glissait parallèlement une canule renfermant l'aiguille; le chirurgien, après avoir traversé le voile du palais avec l'aiguille, la saisissait en serrant la pince qu'il avait dû d'abord préscoter entr'ouverte derrière le voile du palais.

Cette complication de mouvemens rendait la manœuvre de cet instrument difficile, tandis que dans celui de M. Bourgougnon, l'aiguille après avoir traversé le voile du palais était retenue spontanément par l'élasticité du caoutchouc dans son premier instrument; par l'élasticité de l'acier dans le second, sans que le chirurgien ait jamais à s'occuper de ce qu'elle devenait derrière le voile du palais.

Sur les dessins suivans, on voit disparaître successivement dans l'instrument de M. Foraytier, d'abord un anneau, puis deux, et les branches alors se rapprochent au moyen d'une vis de rappel; puis enfin les deux branches de la pince se soudent dans leurs deux tiers postérieurs, et l'aiguille est maintenant retenue par l'élasticité de l'acier.

Pour dernier trait de ressemblance avec celui de M. Bourgougnon, un manche *excentrique* vient remplacer les anneaux de la pince désormais inutiles.

Il me reste maintenant à dire quelques mots d'une aiguille à manche et à pointe mobile que M. Bourgougnon a jointe à son second envoi.

C'est la même aiguille que celle de son instrument pour la staphylorapbie que l'auteur place à l'extrémité d'un stylet à manche; le bouton placé près du manche est destiné à enrouler le fil de la ligature et à maintenir ainsi plus solidement l'aiguille sur son manche.

M. le professeur Sanson, dit l'auteur de l'instrument, s'en est servi dans un cas de restauration de la voûte palatine; toutes les autres aiguilles qu'il avait fait préparer étaient trop fragiles ou trop longues pour parcourir la courbure de la voûte palatine, et l'habile chirurgien fut sur le point de remettre au lendemain l'opération commencée, lorsque cette aiguille improvisée dans le moment même lui permit de passer sûrement les fils dans le bord divisé de la voûte palatine; la force de cette aiguille lui permit de raser les os sans crainte de la briser; sa brièveté (2 lignes 1/2 à peine) lui permettait de saisir l'aiguille entière avec une pince à artère, presque aussitôt que la pointe avait paru.

Depuis que l'Académie m'a adressé le dernier envoi de M. Bourgougnon, cette aiguille m'a déjà servi plusieurs fois à passer des fils dans des tumeurs érectiles; la longueur de la tige qui la supporte et la présence d'un manche permettent de la conduire dans l'épaisseur des organes, dans des directions variées, aussi profondément qu'on le jugera convenable; c'est dans ces cas surtout qu'il importe d'enrouler le fil autour du bouton pour ne pas s'exposer à perdre l'aiguille au milieu des chairs.

Ce dernier instrument me paraît propre à remplacer avantageusement les aiguilles courbes dans un grand nombre de cas.

Je viens vous proposer, Messieurs, d'adresser des remercîmens à l'auteur de cet instrument, d'en insérer la description dans les fascicules de l'Académie, et d'y joindre un dessin qui en fasse comprendre la structure et le mécanisme.

M. Roux prend la parole pour décliner l'honneur que lui a fait M. Bérard de l'invention de quelques instrumens pour la staphylorapbie; il a pris ce qui était fait, mais n'a rien inventé. D'après lui, le temps difficile dans cette opération n'est pas le passage des aiguilles mais bien l'avivement. Or ici, comme pour la taille, comme pour la cataracte, c'est pour le temps le plus facile que le plus grand nombre d'instrumens a été inventé. On ne saurait approuver cette complication qui encombre les arsenaux de chirurgie sans la moindre utilité pour la pratique. L'introduction des aiguilles lui paraît tout aussi facile en procédant d'arrière en avant que d'avant en arrière; il préfère la première manière et s'y est définitivement arrêté.

M. Bérard ne saurait admettre que l'avivement soit le point le plus difficile de la staphylorapbie. Pourquoi, dit-il, M. Roux commencerait-il donc par la suture au lieu d'aviver d'abord; cette inversion qui n'est pas ordinaire doit avoir un motif, celui d'exécuter en premier lieu le temps le plus épineux de l'opération; l'incision au contraire lui paraît beaucoup plus facile. Quant au sens dans lequel les aiguilles doivent être introduites, il me semble tout naturel, dit M. Bérard, de préférer la pénétration d'avant en arrière qui permet de voir ce qu'on pique, ce qu'il n'est pas possible d'obtenir dans le procédé de M. Roux. En pénétrant, comme je l'indique, on peut calculer avec précision la distance à laquelle on enfonce l'aiguille; sa sortie est facile; on la dégage sans peine, ce qui n'a pas lieu avec d'autres instrumens.

M. Gerdy s'élève contre la multiplication des instrumens; il prévoit que celui dont il vient d'être question finira, comme tant d'autres, par tomber dans l'oubli.

M. Bérard en démontre de nouveau la structure et fait voir qu'elle est beaucoup plus simple qu'on ne veut bien le dire.

M. Amussat, qui a pratiqué la staphylorapbie, trouve comme M. Bérard que le passage des aiguilles est un des temps difficiles de l'opération; l'instrument de M. Sotteau pour passer les fils lui paraît d'une grande simplicité. Or comme il remplit très bien les indications d'introduire les points de suture, et que d'ailleurs il est fort simple, il croit qu'il doit avoir la préférence.

M. Bérard trouve celui de M. Bourgougnon plus facile à manier et d'un emploi beaucoup plus sûr.

M. Moreau parle en faveur de la simplicité de ce dernier instrument; ce n'est pas autre chose, dit-il, que le pelvimètre de Coutouly ingénieusement modifié, auquel un porte-aiguille a été ajouté; son mécanisme lui paraît aussi simple que son emploi est facile.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS.

— De la peste orientale, d'après les matériaux recueillis à Alexandrie, au Caire, à Smyrne et à Constantinople, pendant les années 1833, 1834, 1835, 1836, 1837 et 1838; par A.-F. Bulard de Meru, chargé de mission par le gouvernement français pour l'observation de la peste dans toutes les localités de l'empire ottoman, etc.

1 vol. in-8°. Prix: 6 fr. pour Paris, et 7 fr., franc de port, par la poste.

A Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

— Projet de réforme sanitaire, présenté à M. le ministre du commerce et de l'agriculture, le 5 août 1839, par A.-F. Bulard de Meru. Brochure in 8°.

A Paris, chez Félix Locquin et compagnie, rue Notre-Dame-des-Victoires, n. 16.

— Némésis médicale, recueil de satires; par le docteur Fabre, Phocéen.

La Némésis médicale, dont les trois dernières satires viennent de paraître, forme un ouvrage unique en son genre. Elle restera comme un exemple de difficulté vaincue et d'union intime de la science et de la poésie.

La Némésis médicale se compose de vingt-quatre satires de trois cents vers chacune environ. Voici les titres des satires:

1re Introduction.	14e Les Charlatans.
2e L'Ecole.	15e Les Spécialités.
3e L'Académie.	16e Les Sages-Femmes.
4e Souvenirs du Choléra.	17e Les Hôpitaux et les Cliniques.
5e M. Orfila.	18e La Responsabilité médicale.
6e Le Concours.	19e Le Magnétisme animal.
7e Les Examens à l'Ecole.	20e La Phrénologie.
8e La Patente et le Droit d'exercice.	21e Les Pharmaciens.
9e Les Obsèques de Dupuytren.	22e Le Conseil royal de l'Instruction publique. L'Institut.
10e L'Homœopathie.	23e Les Lazarets et les Quarantaines.
11e Les Professeurs et les Praticiens.	24e Mes Adieux. Conclusion.
12e Les Etudians en médecine.	
13e Réveil. Ecole.	

Prix des 24 satires: pour Paris, 10 fr.; pour les départemens, 11 fr. 20 c.

On trouve la Némésis médicale au bureau de la Gazette des Hôpitaux, rue du Petit-Lion-St-Sulpice, 8, et chez tous les libraires.

Depuis quelque temps on ne pouvait livrer des collections entières, plusieurs livraisons étant épuisées: elles viennent d'être réimprimées.

— Les appareils du bel établissement de gymnastique et d'orthopédie, situé rue du Faubourg-Poissonnière, 47, sont à vendre ensemble ou séparément. S'adresser, pour les voir, rue du Faub.-Poissonnière, 17.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 34. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 24 AOUT 1839.

Gazette Médicale DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé et Clinique des hôpitaux réunies*) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PHYSIOLOGIE.

RECHERCHES SUR LA PHYSIOLOGIE DE L'ENCÉPHALE; par M. le docteur Sommé, chirurgien en chef de l'hôpital militaire d'Anvers.

Quelles sont les fonctions cérébrales? Les principales consistent à recevoir, par les organes des sens, les impressions des objets extérieurs et à diriger l'action des nerfs du mouvement. Les objets extérieurs sont mis en rapport avec l'encéphale par les sens de l'odorat, du goût, de la vue, de l'ouïe et du toucher. C'est donc par l'étude anatomique des parties de l'encéphale qui servent à ces usages que le physiologiste doit commencer ses recherches.

Tous ces organes de perception sont doublés, sans doute dans un but de prévoyance, en cas d'accident d'un côté; ainsi la perte d'un œil n'empêche pas la vision, etc.

Le cerveau est composé de deux parties égales, qui communiquent entre elles par une substance blanche (corps calleux) par la jonction des nerfs optiques, par deux cordons blancs (commissure antérieure et postérieure), par la réunion de ses pédoncules dans une autre espèce de commissure, le pont de varole (protubérance annulaire). Le cervelet est aussi double, mais par sa partie moyenne et supérieure les deux côtés se confondent. Il y a deux prolongemens médullaires ou pédoncules comme le cerveau. Ces quatre pédoncules (bras et cuisses de la moelle allongée) se réunissent dans la protubérance annulaire et se terminent par le prolongement rachidien (moëlle allongée et moëlle épinière); ce prolongement est aussi double, puisqu'il donne de chaque côté le même nombre de nerfs.

L'encéphale de l'homme et des animaux vertébrés est composé de deux parties distinctes par la couleur, l'une blanche (substance médullaire), et l'autre grise, improprement nommée *corticale*, puisqu'elle se trouve aussi à l'intérieur. Ces deux substances ont, sans doute, des fonctions différentes; elles ne sont pas encore connues. Ce qu'il y a de certain, c'est que la substance grise est insensible; on peut la piquer et même l'enlever sur un animal vivant sans qu'il accuse la moindre douleur. Ce qui est encore probable, c'est que les nerfs du sentiment et du mouvement ne viennent que de la substance médullaire.

Le cerveau et le cervelet ne fournissent pas de nerfs, ils viennent tous du mésocéphale et de la moëlle épinière. Il est, au reste, fort difficile de dire quelles sont les racines d'un nerf; elles se perdent et se confondent dans la masse médullaire, de manière à ne pas pouvoir les suivre. Ce n'est qu'après avoir été revêtu de son névrilème que le nerf existe réellement comme tel; c'est alors qu'il devient sensible au toucher.

Les physiologistes sont persuadés que le cerveau reçoit les impressions

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

Mon cher confrère,

Nous entrons dans la saison morte de la science; l'année scolaire touche à son terme; l'université met dix mois à faire sa révolution; puis, planète en disponibilité, elle attend pendant deux autres mois l'impulsion qui doit la faire rentrer dans son orbite accoutumée. Ces deux mois, période de loisir et d'ambulation, sont tout gros de bonheur, de projets, de vœux champêtres, de velléités touristes; il n'est professeur de haute ou de basse latinité, il n'est médecin ni médicastre qui ne s'éprenne, en cet heureux mois d'août, des paisibles jouissances de la vie des champs, et qui, entraîné par ses bucoliques aspirations, ne rêve entre deux lits de malade, entre l'examen du pouls et l'inspection des urines, parc et villa, chasse et forêts. On ne s'informe plus, en s'abordant, des découvertes du jour, des prodiges opératoires, ni même des discussions de la rue de Poitiers; mais on s'interroge sur le jour et l'heure du départ pour la campagne, pour les eaux thermales, pour les pays étrangers; de toutes les poitrines médicales s'exhale la douce clameur du poète :

O rus, quando ego te aspiciam, quandoque licebit, etc.

Nos célébrités vont se disséminer au loin; l'un ébauche sur la carte un sinueux itinéraire, où la ligne droite est incessamment sacrifiée; car, n'en déplaise aux géomètres, la ligne droite ne constitue pas toujours le chemin le plus court; l'autre court aux renseignemens sur les jours de partance des pyroscaphes qui sillonnent le futur lac français, autrement appelé Méditerranée. Je connais un spirituel confrère qui prémédite, en compagnie de ses enfans, les ébats paternels d'Henri IV, avec cette différence qu'il choisit le vert tapis des champs pour théâtre de ses candides exercices et qu'il n'entend être interrompu par l'arrivée d'aucune espèce d'ambassadeur. Partez donc, fortunés confrères, échangez vos tilburys, les moelleux coussins de vos équipages de ville contre la chaise de poste ou le salon du paquebot; bercez, aux bruits de la nature, au souffle des brises méridionales, vos têtes fatiguées par le labeur de la méditation; un dieu vous a fait ces loisirs, un dieu vous a réservé, sous le nom de vacances, ces rêveuses journées d'automne, où vous pouvez fouler à votre aise, sans exhiber un certificat de poitrinaires,

Le débris jaunissant des bois,

Et réciter, dans le silence de la campagne, les vers de Delille et de Millevoye, si vous les avez jamais appris par cœur. Pour nous, cher confrère, nous avons

des objets extérieurs par une sorte de contact sur les nerfs; ainsi les corps odorans, sapides, lumineux, sonores, agiraient à la manière du toucher; mais cette analogie est-elle bien exacte?

Les parties de l'encéphale qui paraissent servir à percevoir ces sensations sont autrement organisées que les nerfs; elles ne sont pas sensibles.

Le prétendu nerf olfactif est un prolongement du cerveau, composé en grande partie de substance grise; pour connaître exactement sa structure, il faut détacher avec précaution le cerveau de la base du crâne et des reinures ethmoïdales. Les anatomistes qui examinent ordinairement le cerveau renversé ne font attention qu'à la substance blanche, qu'ils nomment les racines du nerf; mais si on soulève le prolongement, en le détachant du sillon sur lequel il est placé, on verra, en écartant ce sillon ou cette infractuosité, que le nerf est formé par la substance corticale; sa véritable origine est à l'extrémité postérieure de ce sillon, et on peut suivre la substance corticale jusque dans les rainures de l'ethmoïde. Au-dessous se trouve de la substance médullaire, à laquelle on a fort improprement donné le nom de racines du nerf olfactif.

Ce prolongement n'existe que chez l'homme et les singes; dans les autres animaux, la partie antérieure du cerveau fournit un tubercule plus ou moins gros, placé dans la rainure, et dont les fonctions sont vraisemblablement les mêmes que celles qui sont attribuées au nerf olfactif.

Chez les ruminans, le bœuf, par exemple, la conformation de cette partie du cerveau est très remarquable; à la base des lobes antérieurs ou olfactifs, formés de substance grise, se trouve, de chaque côté, un tuyau de substance médullaire; ce tuyau est creux, et il va se rendre, en s'élargissant, jusqu'aux ventricules latéraux.

Le chien, chez lequel le sens de l'odorat est si délicat, présente à la partie antérieure du cerveau une division. Il est présumable que cette portion des lobes antérieurs sert à transmettre les odeurs. Dans la taupe et le hérisson, les lobes antérieurs sont séparés et forment quatre tubercules: les deux qui se trouvent correspondre aux fosses nasales seront les organes de l'odorat.

Tous les cerveaux des vertébrés sont disposés d'après un plan uniforme. Ainsi les organes de l'odorat sont situés à la partie antérieure, ceux de la vue au-dessous et en arrière, ceux de l'ouïe entre le cerveau et le cervelet. Les paires de nerf sortent aussi du crâne dans le même rang que chez l'homme. Cela facilite la détermination des parties correspondantes et sera très utile pour faire connaître quelles parties du cerveau appartiennent à tel ou tel sens. Les oiseaux ont un prolongement en forme de pointe en avant du cerveau. Il n'y a pas là de nerf apparent. Il est évident que l'impression des corps odorans se transmet par la substance grise et non par des nerfs. Or, comme cette théorie est contraire aux idées reçues, plusieurs physiologistes ont révoqué en doute les fonctions du prolongement. M. Cloquet, dans le DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES, article OLFACTION, dit que *des expériences faites par M. Dupuytren semblent prouver que les sensations du goût et de l'odorat peuvent avoir leur source dans l'intérieur même des organes sans cause extérieure*. Il cite quelques-unes de ces expériences.

Le sens de la vue nous fournira encore une preuve que ce n'est pas par des nerfs que les organes des sens transmettent au cerveau les impressions des corps extérieurs. La rétine, que tous les physiologistes regardent comme le siége de la vision, est une espèce de membrane évidemment formée de substance grise; elle en a la consistance molle et la couleur; mise dans de l'esprit de vin, ou une dissolution de sublimé, elle acquiert, comme la substance corticale du cerveau, plus de fermeté et une couleur blanche. Cette production grise naît de l'extrémité d'un prolongement du cerveau, auquel on a donné le nom de nerf optique. Il paraît composé d'un grand nombre de canaux, qui donnent passage à la matière grise; coupé en travers et pressé entre les doigts, il en sort, par une infinité de points, de la substance pulpeuse. Arrivé au globe de l'œil, la substance blanche cesse tout à coup, et la grise forme la rétine; on peut l'isoler des autres parties; si l'on suspend le nerf optique, elle reste adhérente à son extrémité, comme un pinceau dont les poils sont renfermés dans le tuyau de plume.

Dans les oiseaux, la rétine paraît sortir des parties latérales du nerf optique, qui fait saillie dans le globe de l'œil.

Chez les poissons, le trigle, par exemple, le nerf optique est un ruban composé de stries longitudinales, alternativement grises et blanches; j'en ai compté huit à dix. Arrivé au globe de l'œil, la substance blanche s'y termine et la grise se prolonge pour former la rétine.

Il est donc vraisemblable que les rayons lumineux n'agissent pas sur des nerfs proprement dits; il était aisé de prévoir, en considérant la structure de cette membrane, qu'elle n'était pourvue d'aucune sensibilité; c'est ce que l'expérience a démontré.

Voilà donc deux organes des sens, la vue et l'odorat, qui reçoivent l'impression des corps odorans et lumineux par la substance grise; voyons maintenant de quelle manière se fait l'audition.

Les physiologistes croient que les corps sonores arrivent à l'encéphale par la portion molle de la septième paire. Cependant si l'on considère 1° que ce prétendu nerf ne communique pas avec l'extérieur; qu'il est logé dans un enfoncement osseux ou cul-de-sac, sans issue au moins apparente; 2° qu'il n'a pas la structure ordinaire des nerfs, ainsi que l'indique son nom de portion molle, comme on peut s'en convaincre en le comparant avec la portion dure, véritable nerf, sortant par une ouverture perpendiculaire du conduit auditif interne et fournissant des filets à l'organe de l'ouïe et aux parties latérales de la face; alors on aura des doutes sur les usages de ce prolongement de l'encéphale.

On sait, d'ailleurs, que les oreilles peuvent être bouchées sans que l'audition soit tout à fait abolie. (Voyez JOURNAL COMPLÉMENTAIRE de 1822, p. 188.)

Les véritables organes de perception des corps sonores sont donc encore à découvrir. D'après l'examen des parties de l'encéphale qui correspondent aux sens de l'odorat et de la vue, on s'est convaincu que les corps odorans et lumineux pénètrent dans le cerveau par la substance grise.

Les recherches anatomiques sur les parties de l'encéphale, correspondant à l'appareil auditif chez les vertébrés, présentent d'abord chez les oiseaux un appendice du cervelet, ou prolongement, placé dans une cavité de l'os temporal. Cette cavité se courbe en arrière et en bas, où elle répond au labyrinthe. Elle varie de forme et de profondeur dans les différens genres d'oiseaux; mais elle se trouve constamment au milieu des canaux circulaires, et le prolongement du cervelet existe toujours.

Chez les mammifères, on observe aisément la portion du cervelet qui correspond aux organes de l'audition; elle se voit dans le lièvre, ainsi que

---

le regret de dater cette épître d'une des rues de ce Paris si maussade et si aride sous les derniers rayons du soleil d'été, cherchant vainement dans nos réminiscences mensuelles de quoi piquer la curiosité de vos lecteurs; la chronique est presque muette; la Faculté a déjà fermé une de ses portes; l'Académie, quoique inamovible comme les bandages de M. Seutin, dont elle s'est longuement occupée, s'efforce, avec un médiocre succès, de donner haleine et verbe à sa tribune; au-dehors des institutions officielles, même inertie, même alanguissement des esprits; et le seul événement à noter, c'est l'absence de tout événement.

La fête du concours général a sonné l'autre jour ses trompettes dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne. Notre Faculté avait envoyé son contingent de toques et de robes à ce rendez-vous général de toutes les grandeurs enseignantes, de toutes les défroques universitaires. En lisant la populeuse kyrielle des noms proclamés dans cette solennité, une réflexion nous est venue, qui paraîtra peut-être émanée d'une humeur chagrine, mais qui, n'importe sa couleur, renferme une triste vérité: c'est à savoir que de toutes les carrières ouvertes aux jeunes lauréats du grand concours, c'est la médecine qui en recevra le plus petit nombre. Interrogez ce peuple de triomphateurs, adressez-vous aux plus âgés, aux élèves des classes supérieures qui ont fait choix d'une profession, dont l'avenir est œuvre ébauchée dans l'esprit de leurs parens: ils se destinent aux école polytechnique, navale, forestière, à l'école normale, à l'étude du droit, aux différentes branches de la haute ou moyenne industrie; une proportion minime de chaque génération de lauréats se tourne vers les hôpitaux et les amphithéâtres de dissection, intimidée moins encore par les difficultés de l'entreprise scientifique, que par l'exiguité des résultats qui sont au terme de cette haletante scholarité. Or, c'est un fait pénible à constater que le médiocre recrutement du corps médical: à quoi bon le cacher? Bon nombre des étudians que le renouvellement de l'année scholaire amène pour la première fois sur les bancs de la Faculté s'est traîné laborieusement à travers les classes des colléges, et n'a contracté, dans cet important apprentissage de l'intelligence, qu'un semblant d'instruction, un vernis de littérature ancienne et moderne, qui ne tarde point à s'écailler, et qui laisse à nu, par sa desquammation rapide, les rugosités d'une grossière et radicale ignorance. On ne se pénètre pas assez, entre médecins, de la nécessité des garanties premières que résume et représente une solide éducation de collége; une partie du discrédit qui frappe au cœur notre profession provient assurément de l'insuffisance intellectuelle d'un grand nombre de praticiens; nous savons bien que la fortune pousse, avec un singulier caprice de bénévolence, plus de médiocrités que de gens de talent; il en est de même, parmi ceux-là, qui ont assez de prestance et d'aplomb, assez de voiles et de faux ornemens pour tromper la pénétrante analyse des cliens éclairés; mais l'abaissement de la médecine entre les mains des illettrés, exploitée par une scandaleuse ferveur d'industrie par les esprits de cinquième et de sixième ordre, n'est pas moins un fait universellement reconnu, ne constitue pas moins une cause active et permanente de déconsidération. L'enceinte de nos écoles médicales est parfois un lieu d'asile pour les ignorances lycéennes, sur qui s'est apitoyée la fiscalité universitaire jusqu'à leur octroyer, moyennant pécune, un diplôme timbré, paraphé, scellé de bachelier-ès-lettres. Assistez aux examens de médecine, et vos oreilles se crisperont à l'écho des aménités grammaticales dont ils sont trop souvent assaisonnés; lisez les compositions latines qui complètent les épreuves du cinquième

la cavité osseuse qui la renferme, et est disposée comme dans les oiseaux.

Le cervelet du chien offre aussi ce prolongement sous forme de lobe arrondi; il est situé dans une cavité dont l'ouverture est plus étroite que le fond.

Le mouton fait voir une disposition de ces parties très singulière, le prolongement du cervelet est situé dans le conduit auditif.

Dans la taupe, l'analogie des organes auditifs avec ceux des oiseaux est très remarquable. Une boîte osseuse s'élève de chaque coté de la base du crâne, à l'intérieur; elle est entourée à son ouverture par un des canaux demi-circulaires; cette boîte renferme un prolongement du cervelet.

Le singe a encore une cavité distincte pour loger un petit lobe du cervelet qui avoisine le nerf auditif à son origine, mais dans l'homme la cavité ne se retrouve plus. Seulement le lobe existe; Vicq d'Azyr le nomme *lobule du nerf vague;* Chaussier, *appendice lobulaire*, etc.

Une conformation aussi constante dans tous les cervelets doit avoir un motif. Le nerf auditif placé au-dessous de ce lobule paraît venir plutôt du cervelet que de toute autre partie de l'encéphale, de sorte qu'il serait vraisemblable que le siége de l'ouïe est dans le cervelet.

En tout cas, l'insensibilité des parties qui sont en contact avec les corps sonores, lumineux et odorans ne s'accorde pas avec les idées reçues concernant l'action de ces corps sur l'encéphale; aussi plusieurs physiologistes ont attribué à la cinquième paire de nerfs la faculté de conduire au cerveau les impressions extérieures, ce qui n'est pas prouvé.

Au milieu de toutes les incertitudes sur la manière dont les sens s'exercent dans l'encéphale, les idées suivantes, quoique très hasardées, me paraissent mériter l'attention des physiologistes.

La perception des objets extérieurs se fait de dehors en dedans; arrivés à l'encéphale, ils mettent en action, non seulement les nerfs du mouvement, mais encore ceux du sentiment, de sorte que la perception serait distincte de la sensation, l'une va de dehors en dedans, et l'autre de dedans en dehors.

On admet sans difficulté que les nerfs du mouvement sont mis en jeu par les corps extérieurs; pourquoi n'admettrait-on pas que les nerfs du sentiment ne soient aussi sons la dépendance des mêmes impressions?

Une foule d'observations prouve que la perception peut se faire isolément, sans que la sensation ait lieu. Lorsqu'on est fortement préoccupé, dans un duel, par exemple, on reçoit des blessures même assez graves, sans qu'on s'en aperçoive. Il y a des personnes qui dorment les yeux ouverts, et cependant les corps lumineux frappent la rétine sans que l'encéphale agisse, en donnant aux nerfs du sentiment l'ordre de compléter la sensation. Les fonctions de l'encéphale, absorbées par une méditation profonde, empêchent que les sons, qui arrivent bien certainement aux organes de l'audition, ne mettent en action les nerfs du sentiment et du mouvement; alors on n'entend rien.

Un épileptique, pendant son accès, perçoit bien les impressions extérieures, mais la sensation est nulle; on applique un fer brûlant sur la peau, il ne sent rien. Dans l'hystérisme et le somnambulisme, le malade voit, entend, mais la perception n'est pas suivie de la sensation, il n'en conserve même pas la mémoire.

M. Diday (MÉMOIRE SUR LES APPAREILS MUSCULAIRES ANNEXÉS AUX ORGANES DES SENS DE LA VUE, DE L'ODORAT ET DE L'OUÏE; GAZETTE MÉDICALE, 1838, p. 161) met tous ces muscles sous la dépendance exclusive du facial, ce qui est contestable; mais cette idée l'amène à des réflexions qui confirment mon opinion, à savoir qu'il y a entre la *perception* des objets extérieurs et la *sensation* qu'ils font éprouver une différence telle, que les organes de la perception sont insensibles, mais agissent sur des parties sensibles qui complètent la sensation. Aucun nerf proprement dit, organe de la sensibilité, ne provenant ni du cerveau, ni du cervelet, on conçoit que les corps extérieurs perçus de dehors en dedans mettent en jeu les nerfs du mouvement et du sentiment qui se rendent de l'encéphale à toutes les parties extérieures. Ce cercle est parcouru avec la rapidité connue du courant électro-galvanique, de sorte qu'il n'y a pas d'intervalle entre la perception et la sensation.

Ce que nous attribuons aux nerfs, M. Diday l'applique aux muscles : « L'action de cet appareil musculaire, sans être indispensable à l'exercice du sens, sert néanmoins à lui donner toute l'énergie dont il est susceptible (1); cet appareil agit tantôt volontairement, tantôt sans la participation de la volonté. Dans le premier cas, c'est par son intervention que les actes de voir, entendre, sentir, sont convertis en ceux de regarder, écouter, flairer. »

Ces idées se rapprochent des miennes en ce que l'auteur fait une distinction entre la perception et les mouvemens musculaires des organes des sens produits par cette perception. Mais je vais plus loin, en attribuant aux nerfs du sentiment la même faculté. C'est d'ailleurs une vérité admise par les physiologistes que les nerfs du mouvement sont mis en action de dedans en dehors, par l'ordre de l'encéphale et d'après les impressions reçues par les corps extérieurs. Lorsqu'une personne est au piano, ayant devant elle un cahier de musique; la vue impressionne l'encéphale, qui donne aux nerfs des muscles extenseurs et fléchisseurs des doigts l'ordre de se mouvoir d'après les notes. Cela se fait avec une vitesse presque incommensurable. Il est évident que c'est d'après l'impression extérieure parvenue au cerveau que les nerfs agissent sur les muscles. Or, il ne paraît pas plus difficile de concevoir que les nerfs du sentiment soient soumis aux mêmes lois.

Il est probable que ces nerfs et ceux du mouvement sont de même nature, quoiqu'ils aient dans la moelle épinière une origine distincte; ceux qui se rendent aux parties sensibles sont les nerfs du sentiment, et ceux qui vont aux muscles sont les nerfs moteurs; mais tous les nerfs sont sensibles au toucher. Lorsqu'après une amputation on veut lier les artères, si la ligature embrasse un nerf, le malade éprouve une vive douleur; les aiguilles introduites sous la peau et soumises à la pile galvanique font éprouver de vives douleurs, et en même temps des mouvemens musculaires.

A la suite d'une amputation de la jambe ou de la cuisse, l'opéré éprouve des douleurs qu'il rapporte au pied. Ce phénomène semble prouver que la sensation et la perception sont deux actions différentes. Dans ce cas la perception n'a pas lieu, puisque le membre n'existe plus; mais la douleur ou l'irritation de la plaie sur les nerfs qui se rendaient au pied réveille dans le cerveau le sentiment de l'existence du pied, et il

(1) Nous observerons que l'action du muscle du marteau est vraisemblablement indispensable à l'audition.

---

examen, et s'il reste une trace de latinité, si les premiers rudimens de l'instruction classique subsistent dans votre mémoire, vous serez saisi d'un rire homérique à la vue des énormité de syntaxe et d'orthographe, dont les licenciés en médecine enrichissent leurs élucubrations barbares. Nous dirons donc au pompeux aréopage de conseillers et de professeurs que la Sorbonne a réuni l'autre jour sur la splendide scène de ses jubilations annuelles : il ne suffit point d'exprimer, des nombreuses générations d'élèves parquées dans vos colléges, un certain contingent de héros; il ne suffit point de produire, aux applaudissemens de l'assistance, une élite de maîtres précoces en matière de thème, de version et de vers; trop de soins et de sollicitudes nous semblent se diriger et s'absorber sur ces capacités clair-semées que l'œil du professeur est ardent à deviner dans la foule des élèves, pour les dresser, façonner, arrondir et polir, au grand ébahissement des familles, pour la plus grande gloire de leurs colléges respectifs; il conviendrait, avant tout, de pousser à l'instruction de la masse des élèves; car derrière ces rares phénix, s'échelonne en bataillons obscurs une armée d'intelligences impubères dont la fécondation vous paraît œuvre trop ardue ou même impossible; or, il faut surtout que les épreuves d'admission aux premiers grades académiques soient renforcées et sincèrement appliquées. Le remède à la médiocrité de la plèbe médicale, le remède à l'encombrement de notre carrière, est en partie dans la réhabilitation du baccalauréat-ès-lettres. Honte à l'insouciance qui le prostitue! Honte aux examinateurs indolens, inattentifs, accessibles aux sollicitations, qui décorent du titre de bachelier ceux dont la plume ne peut s'essayer sur le papier sans insulter aux lois de la langue écrite! Or, nous assistons fréquemment à des examens qui mettent en relief de telles ignorances, munies d'un diplôme menteur, et par cette prodigalité de ses titres officiels, l'Université a faussé plus d'existences, forcé, dévié plus de vocations, qu'elle n'exhibera jamais, dans ses concours d'apparat, d'imberbes Cicerons et de Virgiles de quinze ans! — Voilà, si nous avions eu notre tour de parole, ce que nous aurions placé entre le discours du grand-maître et la parade obligée d'éloquence latine; voilà ce qu'auraient pu souffler aux oreilles de leurs collègues au petit pied des colléges de Paris les représentans que l'Ecole de Médecine avait envoyés là.

Au reste, M. Villemain a parlé un simple et noble langage; il a dit la puissance et les vertus du travail, il s'est fait, en présence de la famille royale et des familles les plus haut placées du royaume, le héraut de l'aristocratie intellectuelle, « d'une laborieuse aristocratie des intelligences, toujours ouverte et recrutée de toutes parts, qui ne croie point s'affaiblir en s'étendant et qui grandisse avec la nation même. » Certes, il appartenait à M. Villemain de saluer de son officiel organe l'avènement de cette autre noblesse, la seule que puisse reconnaître notre époque; le littérateur que distingua dans l'ombre la sagace faveur de Fontanes, qui a passé par tous les grades de la milice universitaire, avant d'en atteindre la sommité, le critique ingénieux qui se plaça entre deux littératures pour mieux défendre la tradition du goût, l'homme du peuple devenu pair et ministre, n'occupe pas un médiocre rang dans cette aristocratie nouvelle, inaugurée par sa parole publique, et dont il voyait autour de lui d'éminens représentans dans les membres du conseil royal. Il est aussi dans le discours prononcé par le ministre des promesses dont nous aimons à prendre acte : « Notre tâche à tous, a-t-il dit, c'est d'élever de plus en plus l'éducation publique au niveau des grands devoirs qui lui sont imposés. » Il a reconnu

donne l'ordre de compléter la sensation aux nerfs chargés antrefois de cette fonction. C'est une erreur de l'encéphale; il en commet bien d'autres dans la folie, le délire, etc. Dans l'ivresse, la perception et la sensation de la perception sont interverties. On voit double, la démarche est vacillante, etc. Un vésicatoire appliqué sur un bras paralysé est resté sans résultat, tandis que l'inflammation vésicante s'est manifestée sur le bras sain et à la même place (1).

Si ce fait était bien constaté, il prouverait que toute perception doit aller à l'encéphale avant de déterminer la sensation. En effet la perception a eu lieu : elle a été transmise au cerveau qui devait donner aux nerfs de la partie où se trouvait l'emplâtre la faculté de produire l'inflammation; mais comme les nerfs étaient paralysés de ce côté, la sensation a eu son effet du côté sain. On peut observer tous les jours un phénomène à peu près semblable chez ceux qui ont un œil atteint d'amaurose. Lorsqu'on couvre l'œil sain; il n'y a pas de contraction de l'iris, puisque l'œil malade est insensible à la lumière; mais au moment que vous découvrez l'œil sain, dès qu'il perçoit la lumière, vous voyez la pupille de l'œil amaurosé se contracter.

On peut donner de ce fait la même explication que pour le vésicatoire. La perception de la lumière n'a pas lieu dans l'œil amaurosé; mais l'œil sain recevant cette perception et la transmettant au cerveau, il donne l'ordre aux nerfs de la sensation d'agir. Cet ordre est exécuté des deux côtés, mais inutilement sur l'œil amaurosé.

Quelles que soient toutes ces explications plus ou moins probables, il n'en est pas moins constaté par l'anatomie humaine et comparée que les parties de l'encéphale servant aux sens de l'odorat, de l'ouïe et de la vue sont insensibles et formés en grande partie de substance grise. Or de quelle manière peut-on concevoir l'action des corps extérieurs sur l'encéphale?

Le fluide électro-galvanique est vraisemblablement l'agent principal des fonctions encéphaliques. Cette substance ne nous est connue que par ses effets; elle pénètre les corps opaques comme la lumière traverse les corps transparens. Les particules sonores, lumineuses, odorantes, etc., transmises par des courans galvaniques aux parties de l'encéphale qui leur correspondent mettent en jeu les nerfs du sentiment et du mouvement.

C'est à la réunion des quatre pédoncules, vers la protubérance annulaire, que ces nerfs commencent à se détacher de la substance blanche. Or il est impossible de les suivre; le prolongement rachidien est une dépendance nécessaire du cerveau et du cervelet.

Afin d'éclaircir autant qu'il est possible ce qu'il y a d'obscur dans la physiologie de l'encéphale, il faudrait avoir recours à l'électricité animale. Des expériences déjà faites, si elles étaient répétées avec succès, nous fourniraient les moyens d'agir sur les organes cérébraux. Un médecin désirant de guérir une fièvre intermittente qui avait résisté à tous les remèdes, soumit le malade à l'électricité; celui qui tenait la boule fut lui-même atteint de fièvre d'accès; elle fut attribuée à la contagion par le courant électrique.

Voulant s'assurer de l'exactitude de cette conclusion, on fit placer une personne vaccinée sept jours avant sur le tabouret isolant; une petite incision fut pratiquée sur la pustule avec une lancette et une autre incision sur le bras d'un jeune garçon avec une lancette neuve. On établit une communication entre la pustule et l'incision pratiquée sur le bras du jeune homme avec un fil métallique passé à travers un tube de verre. La vaccine se déclara sur le bras de ce garçon, comme s'il avait été vacciné par la méthode commune. (GAZETTE MÉDICALE, 1833, p. 76.)

Ces faits sont trop extraordinaires pour mériter une entière confiance; cependant si l'on parvenait, par le moyen de la pile galvanique, à charger le courant d'une substance colorante ou caustique, qui se transmettrait avec lui à travers les tissus, peut-être découvrirait-on dans l'encéphale le trajet des corps extérieurs par les organes de tel ou tel sens, et le lieu du mésocéphale où commence l'inervation.

(1) Voyez Journal complémentaire, t. XII, p. 112.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR LES FRACTURES DU FÉMUR ET DU COL DE L'HUMÉRUS, AVEC DES RECHERCHES SUR LES DÉPLACEMENS QUE PRODUISENT DANS CES FRACTURES LES MOUVEMENS DES ARTICULATIONS; par M. BONNET, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(SUITE ET FIN. — Voir le numéro précédent.)

DEUXIÈME PARTIE.

DE LA POSITION DEMI-FLÉCHIE DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES DE CUISSE.

Les observations que j'ai fait connaître dans la première partie de ce mémoire font présumer aisément que je ne veux traiter de la position demi-fléchie que pour démontrer ses dangers et éloigner de son emploi. J'appuierai cette opinion sur les preuves empruntées à l'observation clinique, à l'anatomie pathologique, aux inductions tirées de l'anatomie normale et de la physiologie, et enfin aux expériences sur le cadavre.

DES RÉSULTATS FOURNIS PAR L'OBSERVATION CLINIQUE SUR LES EFFETS DE LA POSITION DEMI-FLÉCHIE.

Je distingue parmi les effets de la position demi-fléchie qu'on peut étudier au lit du malade ceux qu'on observe pendant le cours du traitement et ceux qu'on découvre quand le traitement est terminé.

Un fait m'a toujours frappé lorsque j'ai placé des malades affectés de fracture de cuisse en position demi-fléchie. C'est la facilité avec laquelle cette position s'oppose à la rotation en dehors. Aussitôt que le membre est placé sur le double plan incliné, il n'a plus de tendance à se renverser en dehors.

Ce résultat sur lequel Dupuytren a insisté ne dépend pas du relâchement des muscles rotateurs en dehors : je prouverai plus loin que ces muscles sont presque tous tendus dans la position demi-fléchie; elle tient à ce que le membre repose sur tous les points de sa face, position étendue presque uniquement sur le talon et le bord postérieur de la cavité co-

---

que l'esprit public est favorable aux améliorations que réclame le haut enseignement; il a rappelé, et c'était justice, l'espèce de libéralité avec laquelle la chambre a voté les fonds sollicités pour une partie du corps enseignant et pour plusieurs institutions nouvelles. Les besoins de l'instruction et de la carrière médicale ne sauraient échapper à la sollicitude de M. Villemain; trop d'intérêts s'y rattachent pour qu'il n'ait à cœur de mettre un terme à l'attente singulièrement prolongée de tout ce qui relève de cette carrière. C'est donc avec quelque confiance que nous vous transmettons la nouvelle que le projet de loi sur l'enseignement et sur l'exercice de la médecine en France doit être irrévocablement présenté aux chambres dans la session prochaine; cette fois notre incrédulité est ébranlée; nous sommes tout prêt à supprimer l'épithète de fabuleux dont notre plume embellissait involontairement le susdit projet. Le conseil royal de l'instruction publique en a, dit-on, arrêté les bases, après avoir soumis à un *mûr* examen le rapport de l'Académie de médecine, ainsi que les travaux des deux commissions médicales chargées de préparer ce projet de loi. En vérité, le conseil royal a eu tout le loisir de la maturité, et jamais fruits n'auront paru plus beaux, si ceux que promet la future loi sont en rapport avec le temps qu'ils auront mis à croître et à mûrir.

En attendant que le concours recommence dans notre école ses exercices passionnés, le voilà qui fonctionne à Montpellier, pour combler le vide laissé dans cette faculté par la mort de Dugès. Au nombre des candidats qui disputent cette chaire figure un jeune professeur de la faculté de Strasbourg; c'est là, sans doute, le premier exemple d'un professeur de province allant lutter pour une chaire de professeur dans une autre faculté de province. Celle de Strasbourg ne verrait pas sans regret s'éloigner de son sein hospitalier le professeur Bouisson, qui y a récemment conquis avec éclat la chaire de physiologie; en vérité, il faut plaindre l'école de Strasbourg; elle a grand'peine déjà à réunir quelques candidatures autour des chaires qui viennent à vaquer dans son cercle, et voilà qu'elle est délaissée par l'un de ses professeurs même, qui ne sait pas lui sacrifier les mérites clémens d'un ciel méridional.

La seconde édition de l'IRRITATION ET DE LA FOLIE a paru; nous doutons qu'elle soulève les controverses qui ont signalé la première apparition de ce livre; il n'y a point de générosité à guerroyer contre une tombe; on lit un testament; on n'en fait point sujet de dialectique; et c'est en effet le véritable testament de Broussais que ce livre qu'il corrigeait, amplifiait encore de sa propre main; presque au moment où la mort l'a surpris et comme en vue de la mort, un intérêt presque solennel s'attache aux œuvres élaborées sous de si décisifs auspices.

Le mystère du dagnerrotype a été levé enfin avec une sorte de solennité; les communications qui ont été faites dans la dernière séance de l'Académie des sciences nous permettent de juger par quelle délicate série de recherches et de tentatives M. Daguerre est parvenu à fixer les images de la chambre obscure; le procédé qu'il a trouvé l'emporte sur tout ce qui a été proposé antérieurement, puisque seul il fournit le moyen de rendre blanche la partie éclairée des objets que tous les autres procédés retraçaient en noir; les préparations qu'exige la lame de cuivre plaquée d'argent, la nature des agens qui ont la propriété de rendre visibles les figures imprimées pour ainsi dire à l'état latent par l'action de la lumière, tous les détails qui constituent l'opération complexe et pourtant rapide du daguerrotype, sont loin de se prêter aux explications rigoureuses de la science et sont empreints d'un merveilleux de bon aloi;

tyloïde; elle tient aussi, et cette raison me paraît la plus importante, à ce que le bras de la résistance est plus étendu que dans la position droite; dans cette dernière, il n'a que la longueur du diamètre antéro-postérieur du membre; dans la position demi-fléchie, il a toute la longueur d'une ligne qui du genou tomberait perpendiculairement sur une autre ligne étendue de la cavité cotyloïde au talon.

Quoi qu'il en soit de ces raisons, il est démontré cliniquement que la position demi-fléchie s'oppose efficacement à la rotation en dehors; mais ce mouvement est trop facile à prévenir par des attelles latérales dans la position étendue pour qu'on puisse attacher de l'importance à une situation par cela même qu'elle le rend difficile. Ce qu'il importe de connaître, ce sont les suites du traitement; je vais les examiner avec soin.

M. Larrey, dans le cinquième volume de sa CLINIQUE CHIRURGICALE, après avoir dit que, d'après son expérience, le fragment inférieur des fractures de cuisse se déplace immédiatement lorsqu'on met le membre en position demi-fléchie et qu'il chevauche en arrière du fragment supérieur, ajoute :

« Dans cette disposition nécessairement la soudure qui d'ailleurs est fort retardée, aura une forme anguleuse et empêchera l'extension complète du membre; ainsi l'individu ne pourra se mettre en sustentation dans une ligne perpendiculaire, et il ne pourra marcher, comme nous l'avons dit, que sur la pointe du pied, muni d'une chaussure à talon élevé de plusieurs pouces. C'est justement ce que nous avons vérifié à l'hôtel des Invalides, et comme ces hommes boiteux se trouvent en société avec plusieurs compagnons d'armes traités d'après ma méthode, lesquels marchent droits et sans appuis, ils ont pu juger par eux-mêmes de la différence de ces deux procédés. »

MM. Cloquet et Bérard, dans le dictionnaire en vingt-cinq volumes, disent :

« Il n'est guère possible par la position demi-fléchie, à moins que les fragmens ne restent engrenés l'un dans l'autre, d'obtenir une réunion exempte de difformité et de raccourcissement; nous l'avons employée et vu employer sur plusieurs malades, et constamment nous avons observé un raccourcissement qui, chez quelques-uns, n'était que de trois à quatre lignes, mais qui avait chez d'autres de quinze à vingt lignes. »

M. Vidal de Cassis (TRAITÉ DE PATHOLOGIE EXTERNE, t. II), après quelques considérations scientifiques sur la position demi-fléchie, ajoute :

« La demi-flexion, qui est considérée à juste titre comme plus commode pour le malade est, quelquefois non seulement très pénible, mais encore très douloureuse, et on ne calme le blessé qu'en étendant le membre. J'ai remarqué que par la demi-flexion on n'obtenait pas d'aussi beaux résultats que par l'extension; c'est-à-dire que les difformités étaient plus fréquentes et plus saillantes après l'emploi de la première méthode. »

M. Gerdy (ARCHIVES DE MÉDECINE, *Mémoire sur les fractures du col du fémur*), après avoir cité l'observation d'un malade de soixante ans affecté de fracture du col du fémur, et qui, traité par la position demi-fléchie, ne guérit qu'avec un raccourcissement égal à celui qu'il présentait après l'accident, ajoute :

« On pourrait dire que ce raccourcissement est dû à un défaut de soin ou d'adresse; mais si je suis bien informé, M. Dupuytren n'est pas plus heureux à son hôpital, c'est du moins ce que j'ai entendu dire plusieurs fois à plusieurs personnes, entre autres à M. Marjolin qui a suivi la pratique de Dupuytren à l'Hôtel-Dieu, comme chirurgien en second. »

Le peu de succès qu'obtenait Dupuytren dans le traitement des fractures de cuisse par l'emploi de la position demi-fléchie m'a été confirmé par un grand nombre de témoins dignes de foi. Souvent obligé de reconnaître lui-même les résultats défavorables qui suivaient l'emploi de cette méthode, il les attribuait au dérangement de l'appareil, à l'indocilité des malades; en un mot, au procédé et non pas à la méthode en elle-même. C'est à cette démonstration que l'insuccès tient à la méthode et non point au procédé que je m'applique, surtout dans ce chapitre, et déjà un ensemble de témoignages aussi imposans que ceux que j'ai cités, des résultats aussi funestes, et qui ont été obtenus sans doute dans des conditions favorables, comme dans des conditions contraires au succès, font présumer avec raison que la position demi-fléchie est dangereuse en elle-même; mais pour établir cliniquement cette proposition, il faut prouver que les succès obtenus après l'emploi de la demi-flexion dans le traitement des fractures de cuisse, sont dus à des conditions favorables au maintien de la coaptation, et telles que nous les avons fait connaître dans les troisième, quatrième et cinquième séries d'expériences exposées dans la première partie de ce mémoire. Monteggia (t. IV, p. 55) dit, en parlant de la position demi-fléchie, qu'il l'a vu réussir chez les enfans : il ne parle pas des adultes. Ce succès, comme chacun le sait, est de médiocre valeur; chez les enfans le périoste, proportionnellement plus épais et moins facile à rompre que chez les adultes et les vieillards, ne se déchire point ordinairement, comme on peut s'en assurer en fracturant leurs os sur le cadavre; il réunit les fragmens et s'oppose ainsi aux déplacemens que pourraient produire l'action musculaire ou des mouvemens inconsidérés; chez les enfans les os se cassent en présentant des saillies nombreuses analogues sous ce rapport au bois vert dont les deux parties divisées restent unies par des engrénures souvent multipliées; qu'on ajoute à cela le peu de puissance des muscles pour produire la rétraction, et l'on comprendra sans peine que chez les enfans toute méthode de traitement puisse réussir, comme elle réussit en effet, et que les succès que l'on a pu obtenir chez eux par la position demi-fléchie ne démontrent rien en faveur de celle-ci.

Chez les adultes et surtout les vieillards, les résultats avantageux ont bien plus d'importance. M. Mayor, en rendant compte de ceux que lui a donnés le double plan incliné dans les fractures de cuisse, cite trois observations de succès complet. Mais ces trois observations qui, sans doute, ne sont pas les seules qu'ait recueillies un praticien aussi répandu, ne peuvent-elles pas être considérées comme des observations de choix, et n'est-il pas raisonnable d'attribuer ce succès à l'union des fragmens par les tissus fibreux conservés intacts et au peu de déplacement qui existait après que s'est opérée la solution de la continuité de l'os; c'est là du moins ce que l'on est conduit à penser en lisant les observations de M. Mayor. Dans la première, il n'existait point de raccourcissement, et à l'autopsie lorque toutes les parties molles furent enlevées, il était encore impossible de s'assurer par la vue ou le toucher de l'existence de la fracture, ce qui prouve l'intégrité du périoste, bien plus que l'excellence de l'appareil qui avait été mis en usage. Dans la seconde observation où les deux fémurs étaient fracturés, les deux extrémités inférieures étaient égales. L'auteur ne décrit aucun déplacement au lieu de la fracture; si bien que pour que la guérison eût lieu, il suffisait d'employer un appa-

---

voilà de la bonne magie, car, en vérité, les résultats obtenus par l'artiste ingénieux et patient sortent de la limite ordinaire des conquêtes scientifiques. C'est à l'avenir à développer toutes les applications d'utilité et d'agrément que doit fournir le daguerréotype; le médecin en aura sa part; l'anatomie normale et l'anatomie pathologique posséderont en ce prodigieux instrument un moyen de fidèle et minutieuse reproduction pour tous les objets qu'elles auront à placer sous les yeux de l'élève. Le dessin, la peinture n'ont pas encore rendu à notre science tous les services qu'elle en attend; le daguerréotype les devra compléter, comme aussi l'industrie clastique et plastique perdra de son importance devant ces calques d'un détail achevé, d'une délicate et même précision, qui s'échappent comme par enchantement des flancs mystérieux de l'appareil où la lumière fait elle-même l'office de l'artiste.

S'il en faut croire les rumeurs insérées sous forme de tirade philantropique dans les colonnes de nos grands confrères politiques, les démolitions pratiquées à l'Hôtel-Dieu ont déjà pour résultat de laisser en dehors des hôpitaux, sans secours réguliers, plusieurs centaines de malades dont l'admission n'a pu avoir lieu par défaut de lits; l'administration a bien ouvert, dit-on, dans d'autres hospices des salles supplémentaires; mais elle a négligé d'y placer des lits et d'y organiser un service. Nous avons quelque peine à croire à un pareil défaut de prévoyance de la part d'une administration aussi vigilante qu'éclairée. Elle se hâtera sans doute de détruire ces allégations par des explications propres à mieux éclairer l'opinion, et par des mesures propres à prévenir le mal qu'on lui impute.

Que cette causerie ne s'arrête point, en terminant, sur un thème aussi triste: doléances et rapports, hôpitaux et malades, éloignez-vous ; voici les chiens savans que le frère d'un praticien de Lille nous amène pour confondre les prétentions de notre espèce au monopole de la raison et de la spontanéité. M. Léonard doit être un homme de beaucoup d'esprit pour en avoir su communiquer aux bêtes; il a même une façon péremptoire d'imposer silence à la critique ou de faire cesser le doute; un de nos confrères en médecine et en feuilleton ayant hasardé quelques critiques, M. Léonard s'est présenté chez lui, accompagné, non de deux témoins, mais de ses deux chiens; le jeu de dominos a remplacé le pistolet, Braque et Philax ont fait merveille, et notre incrédule s'est converti : cette conversion n'a rien de cynique. Faire des gens d'esprit avec des chiens, c'est une entreprise qui a du moins le mérite de l'originalité; aucuns ajoutent que la recette de M. Léonard pourrait faire fortune ailleurs. Pour moi, je déclare refuser mon suffrage à ces stériles efforts; il y a de par les rangs serrés du peuple tant d'erreurs à dissiper, tant de superstitions à redresser, tant d'ignorances à guérir, que nous ne comprenons pas tant de persévérance et d'habileté dépensées au service de deux intelligences canines; les disciples peuvent faire honneur au maître, mais c'est aux dépens de leur nature et de leur vocation; leur vocation est d'aboyer, non de jouer aux dominos; si M. Léonard est parvenu à développer laborieusement en eux des aptitudes factices, il n'a pas fait acte de mission humaine; nous n'avons que faire de ces chiens parvenus, dégénérés de leur loyale nature de chiens, jusqu'à se mouvoir dans l'ombre intellectuelle d'un précepteur bipède; nous voulons que les chiens restent bêtes.

Y.

rell qui n'ajoutât rien au désordre produit. La troisième observation de M. Mayor n'a pas plus de valeur que ces deux premières, puisqu'on n'y trouve aucun détail sur la situation des fragmens.

Je ne puis discuter ici les observations des chirurgiens qui annoncent avoir retiré des avantages de la position demi-fléchie sans faire connaître le détail des cas où ils l'ont mis en usage. Remarquons seulement que ceux qui l'ont employée dans les conditions les plus diverses, c'est-à-dire dans celles où une mauvaise position pouvait être nuisible, ont été conduits à l'abandonner, tandis que ceux qui en ont obtenu des résultats satisfaisans opéraient dans les conditions les plus favorables. Je comprends qu'il ne résulte point rigoureusement de ces observations que la position demi-fléchie soit mauvaise : on peut attribuer l'insuccès des dérangemens aux appareils et à l'indocilité des malades; c'est ce que j'ai fait moi-même dans les premiers temps où j'employais la position demi-fléchie, conduit ainsi à attribuer le raccourcissement, les directions vicieuses qui suivaient le traitement à l'imperfection des moyens contentifs, je m'occupai seulement de perfectionner ces derniers; mais lorsque je me fus convaincu que malgré la fixité que j'étais parvenu à donner au membre sur le double plan incliné, les résultats n'étaient pas plus avantageux, je pensai que cet insuccès devait être attribué à la méthode, et si les faits que j'ai cités jusqu'à présent peuvent laisser quelques doutes, l'anatomie pathologique, les considérations dans lesquelles nous allons entrer ne tarderont pas, j'en suis convaincu, à les faire disparaître.

Le petit nombre de faits d'anatomie pathologique que l'on connaît sur les fractures du fémur traitées par la position demi-fléchie est propre à éloigner de l'emploi de cette position.

M. Larrey (Clinique chirurgicale, t. 3, p. 452), après avoir dit que par le procédé de Marsinna (position demi-fléchie), le col était dans cette disposition doit s'opposer à l'extension du membre, ajoute : « M. Ribes m'a montré un fémur dont le fragment supérieur s'est implanté dans la substance du trochanter, et suivant un rapport analogue à celui où se trouve la cuisse du malade dans l'appareil de Marsinna. Le sujet de M. Ribes est mort la cuisse étant fléchie. »

« M. Lisfranc a présenté à la section de chirurgie une pièce sur laquelle on voyait le col du fémur qui avait été fracturé chez une femme de 78 ans soudé à la base du grand trochanter, en formant avec le corps de l'os un angle droit dans le sens de la flexion du membre qu'on avait tenu dans cette situation pendant le traitement de cette fracture. »

Dans deux fractures du col du fémur qui furent traitées par la position demi-fléchie, et que j'ai pu examiner après la mort, je n'ai point observé, il est vrai, le changement de rapport que M. Larrey signale et qui doit arriver nécessairement si les fragmens du fémur sont indépendans l'un de l'autre; mais dans ces deux cas la fracture avait lieu à la base du grand trochanter et les deux fragmens étaient unis par une grande quantité de tissus fibreux conservés intacts, et surtout par ces engrenures multipliées que présentent les fragmens osseux lorsque la solution de continuité existe dans le tissu celluleux des os. Dans ces deux cas, les fragmens n'étaient pas indépendans l'un de l'autre, l'inférieur devait entraîner le supérieur et les rapports de leur surface de jonction ne pouvaient être changés. Ces faits doivent être ajoutés à tant d'autres pour démontrer que les contradictions apparentes que l'on aperçoit souvent entre des faits ne dépendent que de conditions accessoires dont on néglige à tort de tenir compte.

Les inductions déduites de l'anatomie normale et de la physiologie conduisent à proscrire la position demi-fléchie.

C'est surtout sur ces inductions que l'on s'est appuyé pour défendre la position demi-fléchie : celle-ci, dit-on, met tous les muscles dans le plus grand relâchement possible; elle est utile au membre supérieur, elle doit l'être par conséquent au membre inférieur. Ces assertions erronées et qui entraînent encore des praticiens qui avouent n'avoir retiré que des effets funestes de cette position, à la conseiller, dans quelques cas, méritent une réfutation sérieuse : 1° et d'abord j'établis que la position demi-fléchie ne met pas les muscles dans le plus grand relâchement possible, elle les distend en grand nombre et tiraille ceux qu'il importerait le plus de relâcher.

Dans la position demi-fléchie de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin, on distend le muscle triceps de la cuisse, la moitié supérieure du muscle grand fessier, tous les muscles de la région pelvi-trochantérienne, la partie supérieure du grand adducteur. On peut facilement vérifier ces assertions en fléchissant la jambe et la cuisse sur un cadavre dont les muscles ont été disséqués, et en suivant les divers degrés de tension de ceux-ci dans la position étendue et dans la position demi-fléchie. J'ajoute que les muscles que l'on tend, et je veux parler surtout du triceps et du grand fessier, sont précisément ceux qu'il importerait plus de relâcher.

Dans le choix des muscles dont il faut rapprocher les deux extrémités il est deux principes qu'on ne doit jamais perdre de vue : le premier, c'est que les muscles qui se prêtent le moins à la distension sont ceux dont les fibres sont les plus nombreuses et les plus courtes. Une distension d'un pouce sur un muscle dont les fibres n'ont que six pouces de longueur est pour lui une fois plus difficile à supporter que la même distension d'un pouce pour un muscle dont les fibres ont un pied de long. Un autre principe, c'est que les muscles qui sont en grande partie formés de tissu fibreux, et que des aponévroses ou des tendons parcourent dans presque toute leur longueur, sont ceux qui se prêtent le moins à la distension et qui rapprochent avec plus de force les parties auxquelles ils s'insèrent, lorsque ces parties sont éloignées l'une de l'autre.

Or, ce sont précisément ces conditions que présente le triceps qui est formé de fibres musculaires courtes et nombreuses, et de beaucoup de tissu fibreux sous forme tendineuse ou aponévrotique.

Des conditions précisément opposées se trouvent dans les muscles de la partie postérieure de la cuisse, dont les fibres sont longues, peu nombreuses et non entremêlées de tissu fibreux. Le grand fessier que distend la flexion de la cuisse, comparé aux muscles psoas et iliaque que relâche cette même position, est à peu près dans les mêmes conditions anatomiques que le triceps comparé aux fléchisseurs de la jambe.

Remarquons ici que la tension du grand fessier est indifférente dans les fractures du corps du fémur qui ont lieu au-dessous de l'insertion de ce muscle; mais dans les fractures du col du fémur, l'insertion de ce muscle ayant lieu au fragment inférieur, ces fibres tendues doivent faire remonter ce fragment et augmenter ainsi le déplacement en haut, qu'il éprouve toujours à la suite de la fracture.

2° C'est une fausse analogie que celle qui conduit à admettre la position demi-fléchie dans les fractures de cuisse, parce qu'elle est avantageuse dans les fractures de l'humérus; lorsque je traiterai de ces dernières, je prouverai que c'est dans la demi-flexion du coude que la pression du cubitus ne fait éprouver aucun déplacement au fragment inférieur, tandis que dans l'extension la pression du cubitus fait remonter ce fragment en haut, et lui imprime un changement de direction, ainsi qu'un mouvement de rotation en dehors; d'où il suit que la position qu'il convient de maintenir entre l'avant-bras et le bras dans les fractures de l'humérus n'est point celle qu'on doit admettre pour la position de la jambe sur la cuisse. La pression des condyles du tibia sur le fémur faisant chevaucher dans ce dernier cas le fragment inférieur, comme l'ont prouvé nos expériences.

Tant que l'on n'a pas connu l'influence des mouvemens des articulations sur la position des fragmens, qui ont des rapports médiats ou éloignés avec elles, on ne pouvait apprécier les différences que je signale, et de fausses analogies en science devaient conduire à de funestes erreurs dans la pratique.

L'influence qu'exercent les mouvemens des articulations sur la position des fragmens du fémur prouve que la position demi-fléchie est funeste en soi et non par les procédés à l'aide desquels on la maintient.

Si les faits cliniques, les observations d'anatomie pathologique, les inductions déduites de la structure et de l'action des muscles pouvaient laisser dans le doute sur les effets qu'on doit attendre de la position demi-fléchie; si, après les considérations dans lesquelles je suis entré, le lecteur se demandait si les résultats favorables que la position demi-fléchie a donnés dans le traitement des fractures de cuisse tiennent à la gravité des fractures, au procédé mis en usage, ou à la position en elle-même, il ne saurait rester incertain, s'il se rappelle les effets de la flexion du genou. La pression qu'éprouvent dans ces mouvemens les surfaces articulaires du fémur suffit, lorsque le fragment supérieur ne prête pas à l'inférieur un point d'appui solide pour changer la direction de ce dernier et le faire chevaucher avec force.

Cependant les expériences que j'ai citées dans la première partie de ce mémoire ont été faites sur la cuisse maintenue immobile et étendue, la jambe seule étant fléchie. Lorsqu'on plie tout à la fois la cuisse et la jambe, les résultats sont bien défavorables encore, le fragment inférieur est soulevé plus aisément que le fragment supérieur; il se forme entre eux un angle ouvert en devant, et la différence que présente la déviation de l'un et de l'autre est ainsi plus marquée encore que dans le cas où la cuisse est laissée immobile. La jambe seule étant fléchie, je pourrai donc reproduire ici toutes les considérations que j'ai déjà présentées pour prouver que la position demi-fléchie est dangereuse en soi, et que le perfectionnement des appareils à l'aide desquels on la met en usage ne peut rien enlever aux dangers qui lui sont inhérens; que ce ne sont point des lors ces appareils qu'il faut perfectionner, mais la position qu'il faut proscrire; ces répétitions tant toutefois inutiles, je terminerai par quel-

ques considérations sur le désaccord qu'on pourrait entrevoir entre les résultats de l'expérimentation cadavérique et ceux de l'observation clinique, la première démontrant que la position demi-fléchie tend toujours à être nuisible, et la seconde, qu'il existe cependant des succès à la suite de son emploi. Mais qu'on veuille bien se rappeler que les expériences sur le cadavre, comme les observations cliniques, nous ont fait connaître des cas où la demi-flexion n'était suivie d'aucun déplacement, et où la conservation des liens fibreux, les rapports intimes des fragmens neutralisaient les déplacemens que tend à produire dans la position demi-fléchie la pression exercée par le tibia sur le fémur : rien de contradictoire dès lors par les résultats obtenus par l'application de méthodes diverses ; l'accord de tous ces résultats est même si frappant qu'il me semble appelé à dissiper tous les doutes, et vraiment, si je fais passer dans les esprits la conviction dont je suis animé ; si je persuade les praticiens qu'égare encore l'autorité des plus grands noms, de ne plus se laisser séduire par la valeur que de fausses théories ont donnée à la position demi-fléchie, j'aurai rendu à la science un véritable service et prévenu bien des erreurs funestes aux malades.

Je suis loin cependant de m'exagérer l'importance de la substitution d'une position à une autre.

L'expérience cadavérique m'a prouvé que si la flexion du genou tend à déplacer le fragment inférieur de la cuisse, les mouvemens de flexion et de latéralité de la colonne vertébrale tendent à produire dans le fragment supérieur des déplacemens encore plus étendus, et cependant tous les jours on voit guérir des fractures de cuisse imparfaitement, il est vrai, bien que les malades qui en étaient affectés eussent fait, avant la formation du col, des mouvemens du tronc, qu'ils l'eussent étendu ou fléchi, incliné à droite ou incliné à gauche. Mais si ces mouvemens inconsidérés ne produisent pas toujours des résultats nuisibles, si des guérisons s'accomplissent malgré des fautes multipliées, ces guérisons ne doivent être considérées comme une preuve de la puissance des moyens que la nature met en usage pour rétablir, dans les cas ordinaires, les solutions de continuité des os : elles ne sauraient diminuer notre ardeur à rechercher les précautions qui, dans tous les cas, assurent et complètent les succès, et sans lesquelles on ne peut en obtenir dans les conditions défavorables.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

III. L'EXPÉRIENCE.

Les cahiers de mai, juin, juillet renferment les mémoires originaux suivans : 1° *Nouvelles recherches cliniques sur les concrétions sanguines formées pendant la vie dans le cœur et dans les gros vaisseaux*, par M. Bouillaud ; 2° *Exposé historique et critique des discussions sur l'emploi des injections dans la gonorrhée*; par M. Hacker; extrait des journaux allemands (MEDICINISCHE ANGOS ; Leipsig, 1839 ; in-8°) ; 3° *Sur l'emploi des ventouses scarifiées dans les névralgies sciatiques* ; par M. Bédor ; 4° *Recherches sur la morve aigüe chez l'homme* ; par MM. Nonat et Bouley ; 5° *Du rhumatisme de l'humérus dans la grossesse et l'accouchement*; par M. Dezeimeris ; 6° *Mémoire sur la fièvre typhoïde et sur le traitement de cette maladie par les lavemens répétés et par les boissons abondantes*; par M. Steinbrenner ; 7° *Des causes des ruptures de la matrice* ; par MM. Dezeimeris et Chassaignac (première partie) ; 8° *Des maladies des bourses muqueuses sous-cutanées* ; par M. Bielkiewiez (première partie) ; extrait d'un mémoire inséré dans les COLLECTONEA MEDICO-CHIRURGICA, CÆSAREOE ACADEMIÆ MEDICO-CHIRURGICÆ (Vilbensis) ; cura et impensis edita ; Vilna, 1838 ; in-4° ; 8° *De la section des muscles du dos dans les déviations latérales de l'épine*, par M. Bouvier.

NOUVELLES RECHERCHES CLINIQUES SUR LES CONCRÉTIONS SANGUINES FORMÉES PENDANT LA VIE, DANS LE COEUR ET LES GROS VAISSEAUX ; par M. le professeur BOUILLAUD.

Ce travail est divisé en deux parties. Dans la première, l'auteur expose et discute les principales recherches faites jusqu'à ces derniers temps sur les concrétions sanguines; dans la seconde, il expose le résultat des recherches auxquelles il s'est livré sur ce sujet, depuis la publication de la seconde édition du TRAITÉ DES MALADIES DU COEUR. Les opinions auxquelles il s'arrête dans la partie historique de ce mémoire sont celles de Corvisart, de Laennec, de M. Legroux, et celle que l'auteur donna lui-même en 1835. Il rapporte en outre, en les critiquant, plusieurs cas qui ont été récemment publiés par MM. Dalmas et Bouvier, auxquels il reproche de paraître peu familiarisés avec les lois principales qui président au développement de cet état morbide du sang, ainsi qu'avec les signes au moyen desquels on peut en établir le diagnostic. Nous laissons de côté toute cette première partie pour passer à la seconde et prendre connaissance des nouveaux résultats obtenus par M. Bouillaud lui-même, et qu'il nous paraît avoir assez bien résumés dans le passage suivant: « Les faits nombreux que j'ai recueillis depuis six ans m'autorisent à poser en principe que les concrétions fibreuses blanches, fermes, adhérentes que l'on trouve dans le cœur et les gros vaisseaux sont en quelque sorte les analogues de la couënne inflammatoire, non seulement sous le rapport de leur composition anatomique, mais aussi sous celui de leur développement ou de leur pathogénie; de telle sorte que, comme la présence d'une belle couënne sur le sang fourni par une saignée est un *indice certain* de l'existence d'un état inflammatoire; ainsi, la présence de belles concrétions fibrineuses dans le cœur et les gros vaisseaux ne permet guère de douter que les sujets chez lesquels on les a rencontrées eussent été atteints du même état inflammatoire. »

Sans admettre avec M. Bouillaud que la couënne inflammatoire qui recouvre le sang tiré des veines soit constamment un indice certain d'un état inflammatoire, nous reconnaissons pourtant qu'il y a un rapport constant entre l'état du sang tiré pendant la vie et celui qu'on trouve dans les cavités du cœur après la mort, quand cependant la durée de la maladie n'a pas été très longue. Ainsi, chez les sujets dont le sang se couvre d'une couënne épaisse pendant la vie, on trouve généralement des caillots fibrineux, ou en partie fibrineux, dans les gros vaisseaux sanguins. Chez ceux, au contraire, dont le sang reste diffluent dans la palette, on le trouve également et encore plus diffluent dans le cœur. Nous ne sommes donc point étonnés de la réunion de 14 cas de pleuro-pneumonie présentés par M. Bouillaud, et qui ont offert la coïncidence signalée ci-dessus, et nous pensons qu'il a pu poser, non comme une loi, mais comme l'expression d'un fait général, que ces concrétions existent fréquemment chez les sujets qui succombent à une pleuro-pneumonie franche, aiguë, bien caractérisée et parvenue à son second ou troisième degré.

Le point le plus important de la question des concrétions fibrineuses du cœur, c'est l'époque de leur formation après ou avant la mort, et dans ce dernier cas, leur influence sur cette dernière. Malheureusement, nous ne trouvons ici aucune donnée nouvelle sur ce point sur lequel la science a fait peu de progrès depuis les premières recherches de Corvisart, et cependant il est peu de sujets d'une plus grande importance; car s'il était démontré qu'il se forme très fréquemment dans le cœur, ainsi que le pensent quelques contemporains, des concrétions fibrineuses longtemps avant la mort, et qui par leur présence doivent suffire pour l'amener, nous serions sur la voie de comprendre ces morts nombreuses et jusqu'ici inexpliquées qui arrivent plus ou moins subitement dans le cours d'affections diverses et à des époques où d'après la marche ordinaire des maladies elles ne devaient pas arriver. C'est là le point capital, et qui ne tarderait pas à devenir d'une utilité pratique, de l'étude des concrétions fibrineuses du cœur; mais, jusqu'ici, malgré les travaux publiés sur ce sujet, et les nombreux matériaux que l'observation journalière a amassés, il n'a pas été traité avec toute la sévérité désirable.

DU RHUMATISME DE L'UTÉRUS DANS LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT; par J.-E. DEZEIMERIS.

S'il existe des cas de rhumatisme de l'utérus, c'est par les faits bien plus que par les plus beaux raisonnemens qu'il faut les démontrer; c'est aussi ce qu'a entrepris de faire l'auteur du mémoire qui rapporte trois observations des écrivains allemands auxquels il aurait pu, dit-il, en emprunter un bien plus grand nombre. Nous donnerons d'abord l'analyse de ces trois faits.

OBS. I.—Dorothée, âgée de 33 ans, enceinte pour la quatrième fois, eut, à la suite d'un refroidissement, quatre semaines avant le terme de la grossesse, une douleur tensive, avec élancemens, dans la matrice, et accompagnée de fièvre. Les diaphorétiques diminuèrent cette douleur, mais elle fut remplacée par d'autres qui se fixèrent tantôt sur les extrémités supérieures, tantôt sur les inférieures. Pendant l'accouchement, les contractions utérines furent extrêmement douloureuses, et, dès les premiers momens, elles arrachèrent des cris à la malade, sans déterminer la moindre dilatation de l'orifice utérin. On ne pouvait toucher l'utérus sans causer une très vive douleur; une saignée de trois palettes et des fomentations calmèrent ces douleurs, amenèrent les douleurs véritables, et l'accouchement se termina en peu de temps.

Au bout de trois jours, la douleur rhumatismale de l'utérus reparut et exi-

géa l'emploi de la saignée, de l'ammoniaque et du calomel. Tout à coup les douleurs de matrice cessèrent et la maladie prit son siége aux muscles des deux avant-bras, empêchant la malade de tenir elle-même son enfant au sein; elles disparurent aussi brusquement de là pour se porter sur le genou gauche. Toute indisposition cessa alors dans le reste du corps; mais le genou gonfla et devint le siége de douleurs insupportables. Des saignées en grand nombre et des frictions avec l'onguent napolitain et le calomel à l'intérieur ne diminuèrent que peu à peu le gonflement et la douleur. La faiblesse et la gêne de l'articulation persistèrent encore quelque temps et nécessitèrent l'usage des béquilles.

L'examen sérieux des symptômes éprouvés par le sujet de cette observation ne permet pas de méconnaître la nature rhumatismale de la maladie; le seul point sur lequel on pourrait élever quelque doute, c'est sur le siége de cette affection. S'est-elle réellement portée sur l'utérus ou sur les parties fibreuses qui l'entourent? L'extrême sensibilité de la matrice au toucher semble bien l'indiquer. Dans l'observation suivante, le diagnostic paraît moins positif, mais nous y trouvons une circonstance remarquable.

Obs. II.—Rudolfine, âgée de 24 ans, d'une forte constitution, primipare, est reçue à la maison d'accouchement de Trêves, le 8 octobre 1810; elle était la plupart du temps à laver du linge dans une pièce très froide, ayant ses vêtemens mouillés et les pieds dans l'humidité.

Le 26 octobre, elle sentit des douleurs qui semblaient présager l'accouchement, se succédant à des intervalles assez inégaux, mais qui, quoique fort douloureuses, n'avaient produit qu'une faible dilatation de l'utérus.

Le 27 au matin, les mouvemens du fœtus continuaient à être perçus et le col utérin était douloureux au toucher. Les douleurs cessaient quelquefois pendant une heure entière d'intervalle.

Le 28 au matin, l'ouverture de l'orifice utérin était de plus d'un pouce de diamètre, et au moment des douleurs le liquide amniotique distendait les membres par cet orifice sous forme de vessie. Les douleurs devinrent fortes et fréquentes en même temps que les mouvemens du fœtus étaient énergiques et douloureux.

Dès l'après-midi du même jour, les douleurs deviennent plus faibles, l'orifice de la matrice est un peu contracté. Six gouttes de teinture thebaïque sont administrées le soir dans un verre d'infusion de valériane.

Le 29, orifice utérin complètement contracté; la malade accuse une douleur forte dans la région iliaque droite et un sentiment de faiblesse dans tout le corps.

Le 31, la douleur abdominale continue avec céphalalgie; le pouls qui, depuis le commencement des accidens, a toujours été fréquent l'est encore; il n'y a plus le moindre vestige de contractions utérines. Les urines sont rouges et ne sont rendues qu'avec une sorte de ténesme de la vessie. On ne doute plus de la nature rhumatismale de la maladie, et la peau n'étant pas suffisamment en sueur, on administre comme diaphorétique une infusion de calamus et de valériane avec addition de liqueur anodine d'Hoffmann, maintien de la chaleur, boisson chaude, etc.

1er novembre, la chaleur fébrile et la sueur ont rendu la nuit fort inquiète; la céphalalgie persiste, mais toute douleur abdominale a cessé, et le pouls encore plein a perdu sa fréquence.

Le 2, la malade a eu des sueurs très abondantes, a dormi paisiblement et se sent maintenant débarrassée de tout mal.

Les 26 et 27 novembre, la malade se sentit de nouveau des douleurs abdominales et une chaleur alternant avec de légers frissons. Cette indisposition qu'on attribua à un léger refroidissement disparut sous l'influence d'un régime chaud.

Le 16 décembre, la grossesse se termine par un accouchement naturel.

La circonstance remarquable qu'offre cette observation, c'est que les douleurs rhumatismales ont simulé pendant le cours de la grossesse les douleurs de la parturition, et fait croire à l'existence d'un travail qui n'avait rien de réel. Cette circonstance qui a été signalée et appréciée dans des cas analogues par plusieurs auteurs allemands, est assez importante à connaître, car sans cela on serait exposé à citer à titre de grossesses prolongées et comme des cas de véritable travail de parturition développé, puis suspendu pour des semaines ou même des mois, des faits qui se rapporteraient évidemment à de simples douleurs rhumatismales de la matrice.

Obs. III. — D. K., 24 ans, a eu à souffrir beaucoup du froid et surtout du froid humide. Enceinte de six mois et pour la première fois elle fait un voyage à pied, et traverse par une chaleur très forte et vers le soir une petite forêt où elle eut très froid. Il en résulte pour elle une fièvre rhumatismale, avec de la toux et une douleur déchirante dans presque toutes les parties du corps et surtout dans les régions pubienne et sacrée. Elle entre à l'hôpital au bout de huit jours, et après avoir employé divers médicamens qui n'avaient procuré que peu de soulagement, elle présente les symptômes suivans:

Raideur dans le dos, élancemens dans la poitrine, toux sèche, mais surtout douloureuse, distension dans le sacrum, dans l'abdomen, dans la région pubienne, défaut d'appétit; pouls fréquent, fébrile et petit. Le fond de l'utérus était à deux travers de doigts, au-dessus du creux de l'estomac; l'abdomen était très sensible à la pression. Reconnaissant une fièvre rhumatismale avec rhumatisme de l'utérus on ordonne l'infusion de camomille avec acétate d'ammoniaque, des fomentations chaudes sur l'abdomen, etc. Sous l'influence de ce traitement, une sueur générale s'établit et dura jusqu'au 18, et fut suivie d'une notable amélioration, et au bout de quelques jours, retour complet à la santé.

Ce fut le 14 jour que les douleurs de l'enfantement commencèrent, et l'accouchement fut fait le 19 au soir par l'application du forceps. Les douleurs dans l'abdomen, dans la région ombilicale, la région sacrée, continuèrent après l'accouchement; la vessie dut être vidée plusieurs jours au moyen de cathéter.

Le 29, la malade se plaint de douleur, tension dans l'épaule gauche; les douleurs abdominales ont disparu.

Le 2 février, les douleurs des épaules ont beaucoup diminué, et celles de l'abdomen ont reparu, mais elles se dissipent promptement par l'emploi des antispasmodiques.

Dans le reste de son mémoire, M. Dezeimeris rapporte d'une manière, il est vrai, très abrégée, l'opinion de plusieurs médecins allemands qui admettent que le rhumatisme peut affecter l'utérus, et un certain nombre d'observations qui diffèrent peu des trois que nous venons d'analyser et qui, si elles ne démontrent pas d'une manière absolue que l'utérus est quelquefois le siége d'une affection rhumatismale, indiquent assez que cette question mérite de fixer l'attention des pathologistes.

IV. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les cahiers de mai et juin renferment les travaux originaux suivans: 1° *Considérations nouvelles sur la doctrine hippocratique;* par H. Thirial; 2° *Quelques aperçus pour servir à l'histoire de l'organe connu sous le nom d'appareil folliculaire intestinal;* 3° *Sur les appareils inamovibles;* par M. Mathias Mayor; 4° *De l'emploi du vésicatoire sur les paupières dans le traitement de l'ophtalmie chronique;* par M. Lacabonne de Beyms; 5° *Réunion des tissus tendineux par la suture;* par M. Bédor; 6° *Phlegmon dans la région crurale ayant présenté les symptômes d'une hernie étranglée;* par M. Bonchard; 7° *Sur la fièvre jaune des Antilles françaises en 1838;* par M. Guyon; 8° *Notice médicale sur l'hôpital d'Alger;* par M. Troliet, de Lyon; 9° *Lésion de l'artère crurale; ligature au pli de l'aine; hémorragie consécutive; ligature de l'iliaque; guérison;* par M. Mouret; 10° *Extirpation de la glande parotide; résultats physiologiques de la section du nerf facial;* par M. Raymond; 11° *Observation d'un sarcocèle du testicule gauche, du poids de 19 onces, compliqué d'une hernie inguinale du même côté avec gangrène de la partie antérieure et moyenne du scrotum; opération et guérison;* par M. Barlay (on peut réduire la hernie avant d'enlever le testicule, mais on débrida sur le pilier interne avant de prévenir l'étranglement du cordon qui était déjà considérablement tuméfié; le malade fut guéri au bout de deux mois).

QUELQUES APERÇUS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'ORGANE CONNU SOUS LE NOM D'APPAREIL FOLLICULAIRE; par le docteur JACQUART.

Parmi les faits signalés dans ce travail, il en est quelques-uns qui nous ont paru n'être pas suffisamment expliqués, peut-être même erronés. Ceux là, nous les passerons sous silence, pour ne nous arrêter que sur ceux qui nous sembleront, ou neufs, ou présentés sous un point de vue nouveau. Nous n'avons pas besoin de rappeler qu'il est question ici de ces glandules désignées sous les noms de Peyer et de Brunner qui jouent un si grand et si mystérieux rôle dans la fièvre typhoïde.

Toutes les classes d'animaux vertébrés sont pourvues d'un appareil folliculaire qui présente de classe à classe, d'ordre à ordre, des différences remarquables.

Les glandes isolées et les follicules agminés présentent de nombreuses différences à l'état de vacuité et de réplétion. Chez un animal qu'on immole à la suite d'un repas copieux, l'appareil folliculaire est saillant, turgide, et chacune des utricules dont il se compose est remplie d'un liquide blanc crémeux entièrement semblable à du chyle; au contraire, chez un animal qui meurt après une longue abstinence, l'appareil folliculaire est déprimé, affaissé par l'entière vacuité des utricules.

Cette turgescence de l'appareil folliculaire pendant le travail de la digestion n'est pas générale; elle n'a lieu que partiellement, et seulement lorsqu'elle est provoquée par la présence alternative d'une portion de la masse alimentaire. Déjà Peyer avait observé ces alternatives de turgescence et de vacuité, ainsi que M. Jacquart le démontre par un passage de cet auteur.

L'auteur ayant constaté, comme d'autres l'avaient fait avant lui, que les follicules intestinaux n'offrent pas de conduit excréteur, et que le point noir qu'ils présentent à leur surface n'est qu'un trou borgne, et que de quelque point qu'on considère leur surface interne, on ne trouve aucun indice d'une communication quelconque avec aucune cavité, se trouve amé-

né à rechercher quelle peut être leur fonction dans l'économie, et d'abord signale un fait relatif à leur conformation, et qui avait été, nous croyons, méconnu jusqu'ici. En coupant avec des ciseaux fins toute la périphérie d'une utricule folliculaire, la cavité que l'on découvre n'est point sphérique; elle est annulaire et entoure un centre formé par une bride attachée de l'une à l'autre part de l'utricule. Le point noir est formé par l'attache supérieure de ce pilier central, ce qui explique, lors de la turgescence de l'utricule, la dépression qu'on observe sur ce point. Quant à la fonction que M. Jacquart attribue à ces petits organes, nous la ferons connaître en quelques mots: ce sont des organes d'absorption; ils agissent sur les sucs nourriciers qui baignent la muqueuse intestinale pendant la digestion, par endormose, comme les nombreuses utricules qu'on observe dans l'organisation des végétaux.

Cette hypothèse, contre laquelle il serait facile d'élever plus d'une objection sérieuse, n'expliquerait encore que d'une manière bien imparfaite les fonctions de l'appareil folliculaire intestinal; car il resterait toujours à déterminer, ainsi que le fait remarquer l'auteur lui-même, quel est le liquide que l'on trouve accidentellement dans ces follicules; que deviennent-il, et une foule d'autres questions d'une égale importance.

LÉSION DE L'ARTÈRE CRURALE, LIGATURE AU PLI DE L'AINE, HÉMORRAGIE CONSÉCUTIVE, LIGATURE DE L'ILIAQUE; GUÉRISON; par M. MOURET.

OBS. — Bonuet, de Bourg-Saint-Andeol (Loire), reçut pendant une rixe un coup de couteau à la cuisse gauche, qui détermina immédiatement une hémorragie considérable. On s'empressa de dépouiller le blessé de ses vêtemens; un gros jet de sang s'élançait par saccades de l'ouverture. Aussitôt les assistans, aidés de quelques personnes, comprimèrent fortement à l'aide de bandes très serrées, appliquées sur le membre au lieu de la blessure.

Appelés auprès du malade, deux médecins reconnurent une plaie d'un pouce et demi environ d'étendue dans son sens transversal, située un peu au-dessus de la réunion des deux tiers inférieurs et du tiers supérieur de ce membre. L'hémorragie reparaissant après l'enlèvement du premier appareil, on appliqua de nouveau une constriction plus forte encore, avec des boulettes de charpie, des rondelles d'agaric; d'épaisses compresses fortement maintenues par des tours de bandes complètent le pansement.

Lorsque M. Mouret vit le blessé tout cet appareil était raidi par le sang, aussi bien que le linge du blessé; la faiblesse était extrême; il y a quelques soubresauts des tendons; le pouls est filiforme, les extrémités froides, etc.

Au-dessus des liens qui constituent l'appareil de compression se développe une tumeur large, arrondie, résistante, douloureuse.

Il était évident que l'hémorragie continuait à l'intérieur, qu'un vaste anévrisme diffus se formait. La position de la blessure sur le muscle couturier à l'endroit où il croise la direction de l'artère crurale, laisse penser que ce vaisseau est blessé. On renonce à chercher au niveau de la plaie la portion d'artère ouverte, et on décide de pratiquer immédiatement la ligature de l'artère crurale un peu plus haut, au pli de l'aine.

L'opération fut pratiquée par M. Mouret au lieu d'élection et ne présente rien de remarquable. Une mince artériole ouverte dans la première incision fut aussitôt liée, l'artère isolée avec soin fut entourée d'une ligature formée par l'assemblage de cinq fils cirés et aplatis, qu'on serra sur un petit cylindre de toile.

Tout ce passa bien jusqu'au vingt-septième jour après l'opération. Le onzième, le malade éprouva un sentiment de chaleur s'étendant par bouffées dans toute la jambe; dès ce moment on perçut les pulsations de la poplitée. La ligature était tombée le vingtième jour; le membre était chaud; on cessa l'emploi des sachets de sable chaud.

Le vingt septième jour après l'opération, sept jours après la chute de la ligature, malgré la recommandation faite au malade de s'abstenir de tout mouvement, il descend deux étages, en s'appuyant sur une canne, et vient s'asseoir dans la rue.

Le lendemain, enhardi par cet essai de la veille, il descend à deux reprises; à la seconde une sensation de chaleur s'étend sur la cuisse; effrayé, le malheureux porte la main vers le lieu de la sensation et la retire toute sanglante. Il applique lui-même le pouce au dessus de l'ouverture des tégumens non encore complètement cicatrisés et arrête l'hémorragie.

MM. Soulier et Mouret, attribuant l'hémorragie à une déchirure, espèrent quelque chose de la compression et la pratiquent à l'aide du tourniquet de J.-L. Petit, combiné avec un spica de l'aine qui le maintient. L'hémorragie est arrêtée, mais reparait le troisième jour. Le malade serre lui-même le tourniquet qui arrête le sang encore un instant. Deux jours après, nouvelle hémorragie; alors le tourniquet n'arrête plus le sang, qui survient par ondées intermittentes. On s'arrête à l'idée d'aller immédiatement à la recherche du vaisseau et de le lier au-dessus de la profonde.

A peine M. Mouret avait-il incisé dans la direction du vaisseau deux pouces au-dessus de l'ouverture qu'il se trouva au milieu d'un tissu de cicatrice dur, compacte, dans lequel tout est confondu.

L'extrémité du doigt indicateur introduit dans la plaie étroite d'où se fait jour l'hémorragie rencontre au fond une petite cavité dans laquelle il pénètre; la pression sur ce point finit par arrêter le sang. Pendant que M. Soulier faisait cette manœuvre, je continue ma première incision de bas en haut, dit M. Mouret; je la dirige en haut et en dehors; je divise le ligament de Fallope en dehors du canal inguinal. Cette incision me donne un large accès dans la partie antérieure de la fosse iliaque, où l'artère iliaque externe fut isolée à sa partie inférieure, suivant le procédé de Bogros. La ligature fut serrée au-dessus de l'épigastrique; on se servit d'un simple fil ciré passé sous l'artère à l'aide d'une sonde cannelée et d'un stylet à séton pliés ensemble sous la même courbure.

Au quinzième jour, la ligature tombe pendant un pansement.

Le dix-huitième, une douce chaleur se répand par ondées dans toute la jambe, comme dans la première opération. On perçoit alors distinctement les pulsations au creux du jarret. Le malade se rétablit à vue d'œil, la plaie se cicatrise; il se lève dans le courant du troisième mois. Aujourd'hui, quatrième mois, il se livre à toutes ses occupations, et vient de faire un voyage de douze lieues à cheval.

Il est bon de noter que les bouffées de chaleur dans le membre, qui coincidèrent avec le retour des pulsations de la poplitée, continuaient encore le quatrième mois après l'opération.

La lésion de l'artère crurale n'était pas douteuse dans le fait qu'on vient de lire; la première opération était donc parfaitement indiquée. On ne devait pas songer à lier le vaisseau au niveau du point lésé; la grande quantité de sang coagulé dans les diverses couches de la cuisse rendait cette opération des plus difficiles. Il était bien plus simple d'aller chercher le vaisseau dans le lieu d'élection.

L'hémorragie consécutive est survenue fort tard; aussi doit-on l'attribuer plutôt aux efforts musculaires du malade qu'à toute autre cause. Les adhérences qui oblitéraient l'extrémité du vaisseau ont été déchirées par ces mouvemens, et le sang aura repris son cours. Mais on ne peut s'empêcher de trouver étonnant que la portion de vaisseau située au-dessous de la grande musculaire ne fût point encore oblitérée par le caillot sanguin ni son extrémité cicatrisée. La ligature plate et le cylindre auraient-ils déterminé une ulcération de l'artère ou tout au moins déterminé dans ses parois une phlegmasie suivie de ramollissement et de suppuration; cette suppuration aurait-elle été pour quelque chose dans l'expulsion du caillot; ou bien cette ligature posée au-dessous de la musculaire profonde se serait-elle trouvée trop près de l'origine de ce vaisseau, pour que le bouchon sanguin s'organisât convenablement?

L'imprudence du malade ne serait donc pas seule la cause de l'hémorragie; l'imperfection du procédé, dit M. Mouret, doit réclamer sa part d'influence. Nous admettons volontiers cette dernière explication, et nous trouvons dans ce fait une preuve de plus en faveur de la ligature simple dont Jones a si bien démontré les avantages. Quant à la seconde opération, elle fournit en quelque sorte la contre-épreuve; mais il faut être, je crois, fort réservé dans l'appréciation de ce genre de faits. Les conditions peuvent changer; les artères laissées au-dessus de la ligature sont moins volumineuses; le blessé est plus affaibli, etc. Fallait-il donc placer la seconde ligature, inciser sur les parties déjà cicatrisées? Devait-on songer à saisir l'artère aussi près du point primitivement lié? Nous ne le pensons pas. Indépendamment de la difficulté d'arriver sur le vaisseau, difficulté qui a pu être appréciée par le fait, l'artère est encore enflammée, ramollie, et se trouve par conséquent dans de fâcheuses conditions pour recevoir et conserver la ligature. Dans ce cas, on doit s'éloigner du point primitivement lié, comme on s'en éloigne dans les anévrismes avec altération des parois artérielles. Les tissus environnant l'artère avaient été enflammés; les adhérences qui en ont été la suite ont amené une fusion des couches qui la recouvrent; tout se trouve confondu : il est difficile de savoir au juste ce que l'on fait. Mieux vaut donc recourir immédiatement à la ligature de l'iliaque externe. C'est un fait de plus à ajouter à ceux déjà nombreux dans lesquels cette opération a été suivie d'un plein succès.

EXTIRPATION DE LA GLANDE PAROTIDE; RÉSULTATS PHYSIOLOGIQUES DE LA SECTION DU NERF FACIAL; par M. RAYMOND.

La plupart des opérations données comme des ablations de la glande parotide ne sont que des extirpations de tumeurs ganglionnaires ou autres, situées au niveau de la glande, avec ou sans une portion de cet organe. Dans le cas dont il s'agit, la nature de la tumeur enlevée ne paraît pas douteuse.

OBS. — Déjà une extirpation de tumeur située sur la joue gauche avait été faite au même malade en 1834; un an environ après cette première opération, Jean ..., âgé de 37 ans, ouvrier perceur au port de Cherbourg, s'aperçut du développement sur le même côté de la face de deux tumeurs distinctes, l'une placée près de l'oreille et l'autre sur la joue. Leur volume augmenta considérablement jusqu'au 1er septembre 1837, époque à laquelle l'ablation fut pratiquée.

Alors, une tumeur dure, bosselée, occupant tout le côté gauche de la face, s'étendant en hauteur depuis l'apophyse zygomatique jusqu'à un pouce au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure, et en largeur, depuis la suture zygomato-molaire jusqu'à 9 lignes en arrière du lobule et de la conque de l'oreille, qu'elle enlève et déjette en arrière et en haut.

La peau qui recouvre cette large tumeur est rouge et adhérente vers son centre, où elle est sillonnée par une cicatrice verticale de deux pouces, résultant de l'incision pratiquée dans la première opération.

Les parties superficielles de la tumeur offrent un peu de mobilité et une élasticité voisine de la fluctuation; ses parties profondes paraissent plus dures et

sont fortement adhérentes. La partie la plus inférieure plonge dans l'espace compris entre l'angle du maxillaire inférieur et l'apophyse mastoïde.

Le malade éprouve depuis longtemps de la gêne dans les mouvemens de la mâchoire et dans les mouvemens de déglutition; il dit aussi ressentir depuis quelque temps des douleurs lancinantes dans la tumeur, qui, depuis deux mois, a pris un accroissement très prononcé.

Les ganglions lymphatiques du cou, et les glandes sous-maxillaires ne présentent aucune trace d'engorgement; mais depuis quelque temps la face est un peu bouffie et la peau prend une couleur terreuse.

Jean est du reste dans la vigueur de l'âge; sa constitution robuste n'a commencé à s'altérer sensiblement que depuis quelques mois, et il demande avec instance à être débarrassé de sa maladie.

Le 7 septembre 1837, tout étant préparé pour l'ablation de la tumeur et pour la ligature de l'artère carotide primitive dans le cas où les circonstances l'exigeraient, le malade fut couché sur le côté droit, et la tête solidement maintenue sur un oreiller. Je fis une première incision à convexité antérieure, qui partait d'un pouce au-dessus de l'apophyse zigomatique et s'étendait jusqu'à deux pouces au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure; une seconde incision à convexité postérieure fut amenée au-devant du conduit auditif, de manière à se joindre à la précédente au cou, sur le trajet de l'artère carotide primitive; une troisième incision de deux pouces fut faite en arrière de la seconde, à quelques lignes au-dessous du conduit auditif, et dirigée horizontalement sur l'apophyse mastoïde.

Aussitôt après, je commençai la dissection des masses squirrheuses. Arrivé au fond de l'espace qui sépare l'angle de la mâchoire du sommet de l'apophyse mastoïde, je m'aperçus qu'une grosse artère était comme enchâssée dans les tissus malades; je saisis alors fortement la tumeur avec la main gauche, et pendant que j'exerçais sur elle des tractions méthodiques, je coupais lentement avec un bistouri conduit à plat le tissu cellulaire stratifié et très adhérent qui la fixait, et je parvins ainsi à la détacher complètement. Cette dissection dura vingt-huit minutes, et occasiona par momens de vives douleurs.

J'enlevai ensuite quelques granulations de la parotide placées vers le canal de Sténon et qui me parurent indurées, ainsi que quelques parcelles de tissu cellulaire indurées aussi que je sentis dans divers points de la plaie; et je me rendis facilement maître du sang. Sous l'angle de la mâchoire, vers le haut du cou, existait une grande excavation au fond de laquelle battait à du une très grosse artère; le doigt promené en dehors, en avant et en arrière de ce vaisseau me donna la certitude qu'il ne restait dans son voisinage aucune trace de parotide ou de tissu malade.

La tumeur enlevée avait le volume d'un œuf de dinde; elle était composée de deux portions bien distinctes, l'une superficielle, formée de six lobes, chacun gros comme une noisette, d'aspect franchement squirrheux, enveloppés séparément d'un kyste celluleux, et réunis entre eux par des tissus cellulaires très serrés. Ceux de ces lobes qui touchaient à la peau offraient un peu moins de dureté que les autres.

La deuxième portion de la tumeur était placée plus profondément et plus en arrière que la précédente; son volume surpassait un peu celui d'une parotide saine; elle était constituée par de petites granulations médiocrement dures, d'aspect lardacé, criant bien moins sous le scalpel que les lobules superficiels. Un grand nombre de ces granulations présentaient un petit noyau central d'un blanc opaque; elles étaient toutes réunies par une trame celluleuse peu abondante, et adhéraient aux parties sous-jacentes par le tissu cellulaire fortement stratifié, dont j'ai déjà signalé l'existence.

Enfin, çà et là autour de la tumeur, et principalement en avant, étaient quelques granulations à peine altérées et offrant réellement la texture de la parotide.

A l'aide de six points de suture entortillée, et d'un point de suture entrecoupée, les lambeaux de peau ont été rapprochés, un linge fenêtré et huilé, des plumasseaux de charpie et quelques tours de bande ont complété le pansement. L'opéré a été ramené à son lit et couché la tête haute, sur le côté droit. La tranquillité la plus absolue, la diète, une légère infusion de tilleul et une potion calmante lui ont été prescrites.

Une réaction modérée s'est opérée dans la journée. Le malade a reposé quelques instans dans la première nuit et un suintement sanguinolent médiocrement abondant a imbibé l'appareil. Le deuxième jour, une douleur vive s'est subitement manifestée dans le côté gauche de la tête; elle s'est accompagnée d'un peu d'agitation et d'une très forte réaction fébrile; une saignée du bras a rapidement ramené le calme.

Le 9 septembre, troisième jour de l'opération, la journée a été bonne, le malade a dormi pendant quelques heures; l'appareil a été renouvelé.

Le 11, cinquième jour, les aiguilles de la moitié supérieure de la plaie ont été retirées, et le sixième jour, celles de la moitié inférieure; la plaie verticale est presque complètement cicatrisée.

L'anfractuosité profonde, située au-dessus et en arrière de l'angle de la mâchoire inférieure, suppure seule; le pus qui s'y forme sort aisément par une petite boutonnière ménagée inférieurement, ainsi que par l'incision transversale, dont la suture entrecoupée n'a déterminé qu'en partie la cicatrisation.

Dès le quatrième jour, on a permis de légères crêmes au malade.

Le 27 septembre, vingt-deuxième jour de l'opération, la guérison était achevée.

Le 1er octobre, le pavillon, le lobule et la conque de l'oreille avaient repris leur position naturelle; la bouche, qui peu de jours après l'opération était fortement tiraillée à droite, offrait déjà une bien moins grande distorsion; la peau du côté gauche de la face jouissait d'une grande partie de sa sensibilité; seulement le malade disait éprouver dans ce côté une sorte de froid et d'engourdissement; mais cette moitié de la figure était complètement impassible; l'aile du nez et l'angle des lèvres restaient immobiles dans les divers jeux de la physionomie qu'exécutait l'autre côté.

Lorsque le malade veut fermer les yeux, les paupières de l'œil gauche ne se rapprochent pas, la supérieure semble seule se mouvoir un peu, et elles laissent à découvert presque tout le globe de l'œil, qui se montre fortement tiraillé en dedans et en haut; elles restent en contact lorsqu'on les rapproche; la paupière supérieure se relève ensuite normalement; mais les mêmes phénomènes se présentent de nouveau lorsque le malade cherche à refermer cet œil.

Un des résultats de l'opération a donc été la paralysie du muscle orbiculaire du côté gauche, tandis que l'élévateur de la paupière supérieure et les divers muscles moteurs de l'œil conservent toute leur énergie; la paralysie des muscles du nez et des lèvres, comme cela avait été observé chez l'opéré de Béclard, en 1823; chez les deux malades de M. Gensoul, en 1824 et 1826. M. Carmichael, qui avait fait cette opération en 1818, mentionne la même particularité que M. Gensoul et Béclard. (Velpeau, MÉDECINE OPÉRATOIRE, deuxième édition, t. III, p. 642.) Ce sont des cas bien tranchés de paralysie du nerf facial, lésé, ou coupé dans le point où il traverse le corps glanduleux. C'est un résultat en quelque sorte inévitable de l'ablation de la parotide, à tel point que le manque de paralysie dans des cas où l'on prétendrait avoir extirpé cette glande pourrait presque amener à jeter du doute sur le fait, ou du moins sur son interprétation.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

La dernière séance de l'Académie des sciences a été remplie par la communication des procédés de M. Daguerre. Nous les ferons connaître avec détail dans le prochain numéro.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 20 AOUT.

CORRESPONDANCE.

La correspondance renferme : 1° plusieurs lettres relatives à l'état des vaccinations dans divers départemens; 2° une lettre du ministre avec envoi d'une relation de deux épidémies de suette miliaire observées dans le département de la Haute-Saône (renvoyée à la commission des épidémies); 3° Plusieurs observations communiquées par M. Dieulafoy; il s'agit, dans un cas, de la section du muscle masséter affecté de contraction permanente; dans un autre, d'une maladie cancéreuse de la mâchoire supérieure; un troisième est relatif à un anévrisme de l'artère poplitée. (Commissaires : MM. Poirson et Bouvier.)

OBSERVATIONS D'ASTHME AIGU SUIVI D'APOPLEXIE; DE HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE GUÉRIE SANS OPÉRATION, ETC.

M. FORESTIER lit un rapport sur trois observations communiquées par M. Moronval. Ces trois faits sont relatifs, le premier à un cas d'asthme suivi d'apoplexie; le second à une hernie inguinale compliquée d'accidens très graves, guérie sans l'opération; enfin, le troisième, à des phénomènes nerveux très intenses et très remarquables survenus dans la grossesse à la suite d'une indigestion, et suivis de l'accouchement prématuré. (Remerciemens à l'auteur; dépôt aux archives.)

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

M. ORFILA lit, sur l'empoisonnement par l'arsenic, un troisième mémoire qui a pour titre : *Recherches sur les terrains des cimetières; de l'arsenic qu'ils peuvent contenir, et des conséquences médico-légales qu'on peut déduire de la présence des composés arsenicaux.*

Avant de commencer l'exposé des faits contenus dans ce mémoire, il est bon, dit M. Orfila, d'éliminer les cas dans lesquels le cadavre n'aura pu rien recevoir de la terre au milieu de laquelle la bière est placée, lors, par exemple, que celle-ci est encore intacte; mais si déjà elle a éprouvé des détériorations, à plus forte raison quand elle est en grande partie détruite, les poisons renfermés dans les organes digestifs, ou dans toute l'économie, si l'absorption a eu déjà lieu, peuvent être entraînés, dissous par les pluies, et dès lors le cadavre n'en renfermera plus; ou bien, au contraire, si l'on en trouve dans un cadavre inhumé depuis longtemps, il pourrait se faire par la même raison que le poison vînt des couches terreuses environnantes. Il importe donc de rechercher :

1° Si les terrains des cimetières renferment de l'arsenic?

2° Dans l'affirmative, s'ils sont susceptibles d'en céder aux cadavres qu'ils renferment, et de donner lieu ainsi à des causes d'erreur dans les questions médico-légales relatives aux empoisonnemens par l'arsenic.

3° Le cadavre d'un individu empoisonné par l'arsenic peut-il, au bout d'un certain temps, abandonner cette substance, de manière à ne plus en renfermer, lorsqu'on essaiera d'en constater la présence. Cela s'applique, et au canal digestif et aux organes qui renferment le poison lorsqu'il est absorbé.

1° Terrains arsenicaux. Je communiquerai ici le résultat de sept expériences qui me semblent devoir éclairer la question : la terre des cimetières renferme-t-elle de l'arsenic dans les circonstances ordinaires?

EXP. I. — 7 livres de terre prise dans un village près de Dijon, dans le lieu où le cadavre de N. Mercier avait été inhumé durant cinq mois, traitées par l'eau froide et l'eau bouillante, n'ont pas fourni d'arsenic. L'action prolongée de l'acide sulfurique et les procédés dont j'ai parlé dans les précédentes séances,

ont déterminé le dépôt sur la capsule de quelques taches arsenicales, petites, peu colorées et brillantes.

Exp. II. — La même quantité de terre prise à côté n'a rien fourni après avoir été traitée de la même manière.

Exp. III. — Je n'obtins rien de plus en opérant sur 7 autres livres de terre prise à 30 pieds de distance.

Exp. IV. — J'eus des taches arsenicales en opérant par les mêmes procédés sur 7 livres de terre prise au cimetière de Bicêtre.

Exp. V. — Le même résultat, en expérimentant sur la terre du cimetière du Mont-Parnasse, qui renfermait beaucoup de débris osseux.

Exp. VI. — Sur 7 livres de terre prise dans une autre partie du cimetière Mont-Parnasse, je trouvai encore de l'arsenic.

Exp. VII. — La même quantité de terrain provenant de l'ancien jardin botanique de la Faculté ne me donna pas la moindre quantité d'arsenic.

Exp. VIII. — Enfin, 7 livres de terreau provenant du jardin botanique actuel, contenant une certaine quantité de détritus osseux, me donnèrent des taches arsenicales.

On objectera peut-être que l'arsenic provenait dans ces cas de l'acide sulfurique plutôt que des matières terreuses; mais j'avais préalablement essayé 8 onces de ce réactif, par le nitrate de potasse, sans constater la présence d'un atôme d'acide arsénieux. D'un autre côté, si dans les expériences 1, 4, 5, 6, 8, j'ai pu constater la présence de ce corps, il n'en a pas été de même dans les expériences 2, 3 et 7, où j'opérais cependant avec le même réactif, en suivant les mêmes procédés. C'est donc le terrain sur lequel j'ai expérimenté qui contenait l'acide arsénieux; serait-ce dans les os qu'il faudrait le placer? Sans affirmer le fait, je n'y trouve rien de difficile à croire. On peut donc conclure de ces résultats que l'expert, pour être autorisé à conclure que le terrain provenant d'un cimetière ne renferme pas d'arsenic, devra le traiter par l'acide sulfurique à chaud, et prolonger cette action près de deux jours; puisque l'action de l'eau pure, même à chaud, ne saurait faire reconnaître la présence de l'arsenic, lorsque, par le procédé que nous venons d'indiquer, il a été possible de la constater.

2° Les terrains des cimetières qui renferment de l'arsenic peuvent-ils en céder au cadavre et induire ainsi en erreur et la justice et le médecin expert?

Il peut se présenter deux cas: ou le composé arsénical renfermé dans le terrain sera insoluble dans l'eau bouillante, comme cela avait lieu dans les expériences précédentes, ou bien il peut être soluble et avoir, par exemple, été jeté en dissolution, ou répandu à la surface de la terre.

Dans le premier cas, l'arsenic ne peut pénétrer dans l'intérieur d'un cadavre même ouvert, car la pluie ou les eaux qui filtreraient pourraient l'entraîner, et en imprégner tous les tissus, cela résulte tout naturellement des expériences précédentes dans lesquelles l'absence de toute action de l'eau froide ou chaude a été constatée.

Si le composé arsénical est soluble la pénétration peut être plus facile; il importe de déterminer jusqu'à quel point l'arsenic dissous peut être entraîné et introduit dans nos organes. Pour résoudre cette question, j'ai arrosé de la terre de jardin placé dans un grand bocal avec une dissolution d'arsenic d'un grain, puis de quatre grains, enfin de douze grains; j'ai varié les procédés d'arrosement; je l'ai porté au point de faire dépasser d'un pouce à l'eau le niveau de la terre; je l'ai prolongé; j'ai employé l'arsénite d'ammoniaque; je me suis mis dans toutes les circonstances propres à faciliter la pénétration, et dans aucun de ces cas l'analyse des portions de terre situées en bas ne m'a fourni la moindre quantité d'arsenic; la partie supérieure en renfermait constamment, la partie moyenne moins souvent, et les couches inférieures jamais.

Afin d'éclairer directement ce qui touche à la pénétration des organes, j'ai placé le foie d'un adulte mort des suites d'une amputation dans un creux de trois pieds de profondeur fait dans un jardin; le fond avait été arrosé avec une dissolution aqueuse de huit grains d'arsenic; la terre qui le recouvrait immédiatement fut mouillée de la même manière. Le trou étant comblé, je versai à la surface la même dissolution. Cinq jours après, je l'arrosai avec huit litres d'eau, puis j'y versai encore deux litres du même liquide contenant en dissolution deux gros d'acide arsénieux (en tout 96 grains). Ayant analysé successivement quatre couches de terre, dont deux situées au-dessous, et deux autres au-dessus du foie déjà ramolli et putréfié, j'ai constaté la présence du composé arsénical; le foie débarrassé avec soin de la terre qui le recouvrait a été divisé par une coupe transversale en deux portions, l'une supérieure, l'autre inférieure; chacune d'elles desséchée par la potasse a été traitée par six onces d'acide azotique et convenablement carbonisée; puis placée dans l'appareil de Marsh, je n'ai pas trouvé trace d'arsenic; cette substance n'avait donc pas pénétré, malgré que l'imbibition eût été facilitée par toutes les circonstances désirables. On peut donc conclure de ces expériences: 1° Qu'en arrosant un terrain avec une dissolution d'acide arsénieux ou d'arsenite d'ammoniaque, les quantités d'arsenic que l'on trouve sont bornées à la zône avec laquelle la dissolution a été immédiatement mise en contact, à moins que l'arrosement n'ait été fort prolongé.

2° Même dans ce cas, la dissolution traverse fort lentement les couches de terre situées au-dessous.

3° L'arsenic ne pénètre pas dans l'intérieur des organes lors même qu'il est dissous dans l'eau en proportion considérable.

4° Il suffit de les laver à l'eau superficiellement pour en enlever jusqu'aux moindres traces.

5° Il est difficile par conséquent d'admettre que la terre renfermant de l'arsenic puisse en céder aux cadavres de manière à faire croire à un empoisonnement.

6° On s'exposerait à des erreurs graves si avant d'expérimenter sur les corps on n'enlevait pas avec soin la terre qui les recouvre.

J'ajouterai comme dernière remarque que si le liquide tenant en dissolution l'arsenic le déposait dans les organes, il arriverait que tous en donneraient à l'analyse une certaine quantité, ou bien un seul en contiendrait de fortes proportions. Or dans les empoisonnemens les choses ne se passent pas ainsi, c'est toujours dans les organes les plus vasculaires que la plus grande partie de l'arsenic peut être retrouvée.

3° Le cadavre d'un individu empoisonné par l'arsenic peut-il en céder aux terrains au milieu desquels il est placé? J'avais déjà répondu à cette question lorsque, dans mon Traité de toxicologie, imprimé en 1830, je disais que l'acide arsénieux peut se transformer en arsénite d'ammoniaque, filtrer à travers les fentes de la bière et passer dans les terrains voisins. Ce que je dirai aujourd'hui sera en quelque sorte le commentaire de cette proposition.

Le poison restera dans les organes digestifs tant qu'ils conserveront leur forme et leur consistance, même à l'état de dessiccation si leur cavité n'est pas détruite. Si la décomposition putride a déjà converti les organes en matière d'un gris brunâtre, même alors on trouvera encore des traces d'arsenic facilement reconnaissables. Les experts en ont reconnu dans une foule de cas, longtemps après l'inhumation. Je pourrais à ce propos citer cette expérience dans laquelle deux tranches de veau mises en contact avec l'arsenic en renfermaient encore une assez grand quantité au bout de six ans. J'ai obtenu le même résultat en opérant sur une portion de gros intestin dans lequel j'avais renfermé un mélange d'aliment et d'arsenic. On voit donc par-là combien sont rares les cas dans lesquels l'arsenic renfermé dans l'estomac aura été détruit ou entraîné.

Si l'absorption avait eu lieu avant la mort, et que déjà l'arsenic soit porté dans les organes, il donnera naissance à la longue à un composé insoluble d'arséniate de chaux, l'ammoniaque produit de la putréfaction se portera préférablement sur les matières grasses (acides gras) pour en déterminer la saponification: dès lors il est permis de conclure qu'il est extrêmement rare que les pluies entraînent les composés arsénicaux; on les retrouvera toutes les fois que les organes seront intacts, dans les cas même où la putréfaction les aura détruits pourvu qu'ils forment encore un tout reconnaissable.

Si nous supposons le cadavre dans cet état de putréfaction avancée, sans être à l'état pulvérulent ou terreux, en admettant que les terrains environnans renferment des arsenites solubles dans l'eau, d'après ce qui a été dit précédemment, on ne pourra en rapporter l'origine qu'au cadavre qu'ils renfermaient, ou bien à ce que le terrain aura été arrosé par une solution arsénicale, ou saupoudré par un composé soluble.

Si le cadavre est réduit en un détritus non reconnaissable et mélangé avec la terre, il pourra lui céder les composés arsénicaux qu'il renferme; mais comme les terrains ne cèdent jamais rien à l'eau, si dans ce cas cela arrive, c'est au cadavre qu'appartient la matière.

Conclusions. — 1° Il importe d'analyser la terre qui environne le cadavre sur lequel on est appelé à prononcer, lorsque le corps et la bière ne sont pas intacts et auraient pu laisser échapper la matière de l'empoisonnement.

2° Si le cadavre est entier et que, lavé à l'eau froide, il fournisse de l'arsenic, on ne pourra jamais dire que cette substance provienne du terrain, quelle que soit, d'ailleurs, sa composition.

3° Si le cadavre, formant encore un tout distinct, donne de l'arsenic, traité par l'eau froide, on ne peut dire qu'il provienne du terrain.

4° Si déjà les détritus du corps se sont mêlés à la terre, et qu'on y découvre un composé arsénical, il provient du cadavre, à moins que de la terre prise à quelque distance n'en renferme également, ou bien qu'il ne soit prouvé que le sol ait été arrosé ou saupoudré avec de l'arsenic. Et si, contre toute attente, la terre donnait à l'analyse un composé arsénical soluble dans l'eau froide, on pourrait affirmer qu'il provient du cadavre.

5° Si la terre ne donne pas à l'analyse le composé arsénical soluble, on peut croire que l'empoisonnement n'a pas eu lieu et qu'alors l'arsenic provient des débris osseux renfermés dans le sol. Comme il n'est pas démontré que les composés arsénicaux solubles ne puissent se transformer en composés insolubles, l'expert devra analyser des portions de terre plus ou moins éloignées, et s'il n'y trouve que peu ou pas d'arsenic, il pourra élever de très légères conjectures sur la possibilité de l'empoisonnement.

M. Moreau désirerait que d'autres expériences fussent entreprises pour décider la question de savoir si des terrains arsénicaux peuvent céder de l'arsenic aux cadavres qu'ils renferment. Une seule expérience ne suffit pas, suivant lui. On pourrait inhumer les cadavres dans des terrains arsenifères, dans les lieux où existent des mines d'arsenic; on pourrait y laisser les cadavres plus longtemps, les placer plus près de la superficie, de manière que l'eau pût y arriver plus facilement, varier, en un mot, et multiplier les modes d'expérimentation.

M. Orfila n'a pas raisonné d'après un seul fait. Il est vrai, dit-il, que je ne cite qu'une seule expérience, celle du foie; mais d'autres s'y rattachent, celles, par exemple, qui démontrent avec quelle difficulté les terrains donnent passage aux solutions arsénicales. Cette dernière expérience est encore plus concluante, elle est décisive. Au reste, je n'ai pu la prolonger davantage, car, si j'eusse attendu, le foie se fût trouvé dans un tel état de décomposition et de saponification que l'apparence organique aurait été complètement détruite. On sait, d'ailleurs, avec quelle difficulté les matières organiques s'imprègnent des substances minérales ou végétales suspendues ou en dissolution. Mettez un morceau de rognon de veau dans une forte solution d'encre, ajoutez-y du noir de fumée, prolongez la macération, il se trouvera qu'après un simple lavage la substance animale n'aura pris aucune coloration noire.

Je ne pense pas qu'on puisse attendre quelque résultat d'une expérience qui consisterait à mettre les cadavres dans des terrains renfermant un minerai arsénical; car l'arsenic n'est pas soluble même dans l'eau bouillante. L'acide sulfurique seul peut l'attaquer; comment voulez-vous qu'il puisse être dissous par l'action de la pluie seule, être entraîné et passer dans le cadavre?

Du reste, l'expérience dont parle M. Moreau a été faite en grand, avec les terrains arsénicaux des cimetières, car on n'a pas trouvé, que je sache, de l'arsenic dans des cadavres qui y ont séjourné fort longtemps, s'ils n'en con-

tenaient pas au moment de la mort. C'est un fait incontestable que la mine de cobalt arsénical ne donne pas un atome d'arsenic à l'eau; quelle influence pourrait-elle donc avoir sur les tissus organiques, si l'eau de pluie ne peut rien dissoudre ni entraîner; et n'avons-nous pas vu déjà que, même avec un composé soluble, les substances organiques ne prenaient point d'arsenic.

M. Blandin demande si la capsule fibreuse du foie était intacte, circonstance qui pourrait, selon lui, expliquer le défaut de pénétration. Peut-être pourrait-elle avoir également lieu sur des cadavres qui auraient des plaies ou des ulcères.

M. Orfila répond qu'au moment de l'examen du foie il commençait à tomber en détritus, la capsule comme la substance glanduleuse.

M. Pelletier, prenant pour point de départ l'excessive affinité de l'arsenic pour diverses substances, demande si, au moment de la décomposition des substances animales, l'arsenite d'ammoniaque qui s'échappe ne pourrait pas donner lieu, par son contact avec des carbonates calcaires, à un arsenite de chaux insoluble; et si, dans le cas où cela aurait lieu, il y aurait possibilité de distinguer cet arsenite de chaux naturel de celui qui accompagne les phosphates et les autres sels terreux.

M. Orfila répond que des expériences directes dont il n'a pas lu les détails, et qui se trouvent renfermées dans son mémoire, lui permettent d'établir que les carbonates calcaires tenus plusieurs jours en contact avec l'acide arsénieux n'ont pas éprouvé la plus légère altération; l'arsenite d'ammoniaque n'eu a pas produit davantage la décomposition.

M. Castel : Les conséquences déduites de la présence de l'arsenic dans la terre qui entoure un cadavre resteront toujours insuffisantes pour porter la lumière dans une cause d'empoisonnement, précisément par la facilité avec laquelle la terre engendre l'arsenic. Cette terre peut avoir conservé les composés arsénicaux depuis un grand nombre d'années; or la terre des cimetières, la terre d'une tombe, n'était point renouvelée à chaque inhumation, il est impossible de constater que les composés arsénicaux trouvés dans la terre, lui aient été transmis par le dernier cadavre qui y a été inhumé.

M. Caventou demande si M. Orfila pense que les taches arsenicales obtenues dans les expériences sur la terre des cimetières ne provenaient pas de l'arsenic renfermé dans les os, plutôt que dans le terrain lui-même.

M. Orfila ne saurait affirmer que l'arsenic provienne toujours des détritus osseux, je n'ose répondre d'une manière décisive. Cependant, comme les débris d'os peuvent être si ténus, que, mélangés à la terre, on ne puisse les reconnaître, même dans le cas où les fragmens osseux ne seraient pas visibles, on est presque fondé à leur attribuer l'arsenic trouvé.

Du reste, dit en terminant M. Orfila, je suis heureux que des doutes s'élèvent, qu'on demande des éclaircissemens sur un sujet aussi grave et aussi difficile; il est important de provoquer la discussion.

LÉSION GRAVE DE L'ARTICULATION DU COUDE, GUÉRIE SANS AMPUTATION.

M. Jobert présente à l'Académie un enfant de 7 ans, dont l'articulation huméro-cubitale droite a été ouverte, les extrémités de l'humérus, du cubitus et du radius ont été détachées; la cicatrisation de cette énorme plaie est complète; les mouvemens de flexion et d'extension sont conservés, il y a fort peu de difformité.

Le même chirurgien présente un autre malade reçu aussi à l'hôpital St-Louis, avec une fracture de l'humérus, du radius et du cubitus, près de son extrémité inférieure, un fragment de trois pouces de longueur appartenant à ce dernier os a été détaché; aujourd'hui la consolidation est terminée; la main n'a pas été déviée; les mouvemens du poignet sont conservés. Le malade peut se servir de son bras, qui a même acquis assez de force.

INJECTION DE PUS DANS LES VEINES DU CHEVAL.

M. Renault, d'Alfort, met sous les yeux de l'Académie les fosses nasales d'un cheval chez lequel il a injecté dans les veines du pus de bonne nature provenant d'une plaie faite à un cheval sain soumis à la castration. Il s'est développé des accidens analogues aux symptômes de la morve aiguë; à l'autopsie, on a trouvé des pustules dans les fosses nasales, des portions de poumon gangrénées, etc. Des expériences antérieures lui avaient donné les mêmes résultats.

Il est cinq heures et quart, la séance est levée.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

EXTIRPATION D'UNE TUMEUR FIBREUSE ÉNORME, RENFERMÉE DANS LA MATRICE D'UNE FEMME AGÉE DE QUARANTE-HUIT ANS; GUÉRISON; observation lue à la séance du 30 juillet de l'Académie royale de médecine de Paris; par M. Scoutetten, professeur de médecine opératoire.

L'observation qui va suivre doit appeler l'attention des praticiens sous le double rapport des résultats heureux obtenus et du développement énorme de la tumeur extraite de la matrice. Les recherches faites dans les auteurs permettent d'avancer que, quant au volume de la tumeur, il n'existe pas d'exemples semblables.

Obs. — Madame R...., vivant à Metz dans l'aisance, est une femme âgée de 48 ans, forte, bien constituée; elle a eu plusieurs enfans, et ses couches n'ont eu aucune suite fâcheuse. En 1834, les menstrues éprouvent des dérangemens dans leur apparition; plus tard, des hémorragies abondantes, mais faciles à réprimer, surviennent sans cause connue; elles étaient accompagnées de sensibilité dans l'épigastre et de dérangement dans les fonctions digestives.

Malgré les progrès évidens de la maladie et l'intumescence croissante du ventre, la malade s'inquiétait peu, lorsque tout à coup, le 10 avril 1837, Madame R.... est surprise par une hémorragie considérable qu'on peut attribuer à des travaux fatigans.

La malade se met au lit, et peu d'instans après elle ressent une secousse suivie de douleurs semblables à celles d'un accouchement. Ces douleurs augmentent et se succèdent rapidement. Un accoucheur est appelé; il reconnaît à l'aide du toucher l'existence d'une tumeur très volumineuse engagée dans le col de l'utérus. La malade reste deux jours dans un état d'horribles souffrances. On espérait que la nature seule suffirait pour la débarrasser. La gravité du mal et l'imminence du danger font recourir à une consultation : c'est alors que je fus appelé. Je reconnais, après un examen attentif, que la tumeur est dure, rénitente, qu'elle est lisse à la surface touchée, et qu'elle offre les principaux caractères extérieurs d'un corps fibreux. L'abdomen est tendu, douloureux; le pouls est bon mais fébrile. Je n'hésitai pas à prendre mon parti en présence du danger qui menaçait la malade. L'imminence de la péritonite, la distension et la compression du col de la matrice pouvaient amener des accidens promptement mortels. Toutefois avant de commencer l'opération, je crois devoir prévenir les parens des périls qui pouvaient la suivre et même survenir pendant son exécution. Tout étant bien convenu, et les esprits bien préparés, je me dispose à pratiquer l'opération.

La malade est placée sur le bord d'un lit, les jambes et les cuisses fixées et écartées; j'introduis les doigts dans le vagin, espérant qu'ils suffiront pour attirer la tumeur au-dehors; je reconnais bientôt que cela est impossible; je prends de fortes tenettes à mors, elles déchirent la surface de la tumeur, mais ne la font pas avancer. J'essaie, à l'aide d'un serre-nœud, de porter une ficelle sur la tumeur; la ligature glisse et tombe aussitôt. Je ne me laissai point arrêter par toutes ces difficultés; je fais chercher un forceps long et étroit; il est introduit avec précaution dans la cavité de l'utérus; la tumeur est saisie et amenée lentement au-dehors; je m'aperçois alors que la tumeur tient par une large surface à la partie interne de la matrice, que cet organe est renversé et qu'il est impossible de faire cesser immédiatement cet accident. Devais-je en effet diviser les adhérences avec le bistouri? mais alors je m'exposais à une hémorragie qui pouvait être mortelle. N'était-il pas plus prudent, au contraire, de se borner à l'application d'une ligature sans m'occuper, pour le moment, du renversement de la matrice? Je sais bien que je pouvais provoquer ainsi l'inflammation de cet organe et la péritonite, mais je préférai m'exposer à la chance de combattre une inflammation qu'une hémorragie qui pouvait être foudroyante.

Je portai donc une ficelle forte, mais étroite, sur le lieu d'insertion de la tumeur. La constriction en fut faite avec force; la tumeur devint presque immédiatement brune, ce que j'attribuai à la stase du sang dans les vaisseaux nombreux qui la parcourent.

J'enveloppe la tumeur d'une compresse enduite de cérat et j'abandonne le tout entre les cuisses de la malade.

Pendant le cours de la première journée, l'abdomen se tend, mais il est peu douloureux; le pouls est à peine fébrile. Je me borne à ordonner une friction d'huile sur l'abdomen et l'application d'un cataplasme.

Le deuxième jour, la malade souffre un peu plus, mais il n'y a aucun accident grave.

Le troisième jour, le poids de la tumeur a allongé à peu près d'un demi-pouce les liens celluleux qui l'unissent à la matrice; il est maintenant facile de reconnaître qu'on peut, sans inconvénient, diviser avec le bistouri ces fibres celluleuses. Je m'y décide aussitôt; la tumeur est enlevée, je repousse doucement la matrice renversée; tous les accidens disparaissent.

Douze jours après l'opération, la malade était si bien rétablie, qu'elle put sortir et se promener; depuis cette époque, la santé n'a pas été troublée un seul instant.

La tumeur pèse onze cents grammes; elle est ovoïde; la grande circonférence a seize pouces quatre lignes; la circonférence, prise à la partie moyenne de l'ovoïde, est de douze pouces cinq lignes. Le tissu de cette tumeur est composé de fibres concentriques.

BIBLIOGRAPHIE.

ANATOMISCH-MIKROSCOPISCHE UNTERSUCHUNGEN ZUR ALLGEMEINEN UND SPECIELLEN PATHOLOGIE. RECHERCHES ANATOMIQUES ET MICROSCOPIQUES RELATIVES A LA PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET A LA PATHOLOGIE SPÉCIALE; par M. Gottlieb Gluge, professeur de l'Université de Bruxelles. — Premier cahier; Minden et Leipzig, 1839; VI et 143 pages in-8, avec 5 planches.

Le monde savant sait avec quel zèle le professeur Gluge, connu déjà par le meilleur mémoire qui ait paru sur la grippe, se livre depuis plusieurs années aux recherches microscopiques. Frappé du vide des hypothèses sur lesquelles repose l'explication des phénomènes pathologiques, M. Gluge a pensé que pour arriver un jour à quelque chose d'un peu

plus positif, il fallait avant tout étudier les changements que l'état pathologique détermine dans la structure intime de nos tissus : méthode lente, difficile, sujette à de nombreuses erreurs, mais cependant la seule positive, la seule dont nous puissions attendre de bons résultats.

Les comptes-rendus des séances de l'Académie des sciences de Paris, ainsi que les principaux journaux de médecine ont déjà fait connaître au public quelques-uns des travaux de M. Gluge.

Le livre que nous annonçons est, en grande partie, le résultat des études et des recherches nombreuses entreprises par l'auteur pendant un séjour d'une année dans la capitale. Il ne pourra manquer d'intéresser vivement tous ceux qui désirent voir enfin la pathologie générale établie sur des bases solides, et non plus, comme autrefois, le jouet des hypothèses et des vaines théories.

Le livre de M. Gluge se composant d'une série de mémoires sur différens points de pathologie, nous allons les passer successivement en revue et en donner une analyse concise, mais cependant assez détaillée pour que les personnes qui ne lisent pas l'allemand puissent avoir le résumé des faits nombreux que renferment ces mémoires.

I. SUR LES CHANGEMENS IMPRIMÉS AU SANG PAR LE TRAVAIL INFLAMMATOIRE.

1° *Stade inflammatoire; formation des globules composés.* Sous certaines conditions, le sang s'arrête dans les vaisseaux capillaires, les globules perdent leur enveloppe et leur couleur, il ne reste plus que le noyau central. Ces noyaux se réunissent, s'agglomèrent par le moyen d'une masse blanchâtre, et forment des amas de globules épais, arrondis, opaques, amas composés, terme moyen, de 20 à 30 globules plus petits. C'est ce que l'auteur désigne plus loin sous le nom de *globules inflammatoires composés.* La pression, ainsi que la présence de l'acide acétique, dissocie ces amas de globules, opération qui fait voir que leur opacité ne provient que de leur agglomération. Le diamètre des globules composés est de $\frac{1}{50}$ à $\frac{1}{30}$ de mm.; celui des globules simples, de $\frac{1}{400}$ à $\frac{1}{500}$ mm. L'auteur a observé directement, dans les vaisseaux, ces agglomérations de globules. La matière colorante des globules sanguins se mêle au sérum du sang et le colore en rouge; c'est pour cela que les divers liquides qui se mélangent avec le sérum peuvent être colorés en rouge, sans contenir des globules. Jusqu'ici on n'a nullement fait attention à ce trouble de la circulation qui constitue ce qu'on a nommé *engouement*, et qui fait, avec la suppuration, le phénomène le plus important de l'inflammation.

2° *Exudation.* Elle se compose de fibrine; d'abord fluide, comme on peut le voir chez les cochons d'Inde, sur des plaies faites dans des parties riches en tissu cellulaire, elle se coagule bientôt en une masse fibreuse. Ce produit est amorphe; la couleur jaune qu'il présente quelquefois provient de matière colorante du sang qui s'y trouve dissous.

II. RECHERCHES SUR LE PUS DANS LES DIVERS TISSUS ET DANS LES DIFFÉRENTES MALADIES.

Le pus se compose de globules et d'un liquide dans lequel ces derniers sont contenus.

1° *Globules du pus.* Ils consistent en une masse d'un gris blanchâtre, peu consistante, un peu élastique, dans laquelle on aperçoit quatre à cinq points obscurs, que l'on peut assez facilement séparer par la pression. Les bords de ces globules sont légèrement frangés; ces derniers se conservent dans leur forme primitive, quinze jours et plus. Le volume de ces globule varie peu dans les différentes espèces de pus; leur diamètre ne varie pas dans une même espèce de pus; il est de $\frac{1}{500}$ de millimètre.

L'auteur a examiné le pus des principaux tissus dont se compose le corps de l'homme, et il n'a trouvé aucune différence dans les globules.

Le degré de l'inflammation et les différentes causes qui la produisent n'ont pas plus d'influence sur les globules du pus : les globules d'un pus sanieux, ceux du pus de la syphilis ont le même aspect que ceux du pus normal.

2° *Formes du pus.* Sous ce titre, l'auteur rapporte les observations particulières qu'il a faites sur le pus dans les différentes circonstances de sa sécrétion.

Le pus des abcès simples, celui qui est sécrété par des surfaces libres, se compose d'un liquide transparent qui contient des globules d'une forme déterminée, sans aucun mélange de matière étrangère. Ce liquide purulent simple a été trouvé dans les plaies en voie de guérison, dans l'empyème, dans le produit de la péritonite.

Dans tous les autres cas, le pus est mêlé à des produits qui proviennent de l'organe dans lequel la suppuration s'opère, ou qui sont le résultat du travail inflammatoire.

Il existe dans certains abcès une forme de pus dont il est difficile de se rendre compte. On sait que la muqueuse buccale est recouverte d'un épithélium qui se reproduit sans cesse. On l'a très bien observé dans la grenouille; on a vu qu'au bout de quelques heures, on aperçoit des cellules closes de toutes parts, et renfermant un noyau elliptique; de là ces feuillets minces qu'on trouve dans la salive. L'auteur a rencontré ces lamelles d'épithélium dans du pus sans qu'on puisse s'expliquer leur mode de production; ainsi, par exemple, dans des abcès cutanés, dans des pustules varioliques, dans une tumeur enkystée.

C'est bien à tort qu'on a prétendu que le pus le plus délétère avait sous le microscope le même aspect que le pus louable. Le pus farineux n'a plus les caractères du pus inflammatoire, mais il varie suivant l'affection des tissus dont les parties détruites se mélangent avec lui et altèrent sa nature.

L'auteur a vu, dans le pus de plaies gangreneuses, une matière grenue en grande abondance, ainsi que des débris de fibres et de vaisseaux; il a retrouvé cette même matière granuleuse dans un kyste du cou. Quand le pus est de couleur chocolat, on trouve mêlés aux globules purulens un grand nombre de globules sanguins dont la forme est altérée.

Le pus d'un sein cancéreux contenait, outre des cristaux et des globules purulens, une matière grenue, très fine, non soluble dans l'acide acétique.

Le pus des scrofuleux se reconnaît déjà à l'œil nu; on y voit des masses blanchâtres qui, sous un fort grossissement, ne présentent aucune trace d'organisation et ont la plus grande ressemblance avec la matière tuberculeuse; les globules du pus sont les mêmes.

Les globules du pus tuberculeux sont aussi à l'état normal; de plus, les globules composés, restes des premières périodes de l'inflammation, y sont plus nombreux que dans aucune autre sécrétion purulente; enfin on y voit la matière tuberculeuse sous forme de substance solide, granuleuse, non organisée, composée de très petites particules opaques. L'auteur n'y a jamais trouvé de fibres ni de noyaux d'une forme déterminée.

Le liquide de la variole et de la varicelle contient, outre des globules semblables à ceux des abcès simples, une matière grenue, visqueuse, qu'on ne trouve pas dans le pus ordinaire.

Dans les dépôts purulens dont la formation est accompagnée de phénomènes typhoïdes, les globules du pus sont enveloppés dans une matière visqueuse, non organisée.

Leucorrhée. Elle contient une masse gélatineuse, des globules très petits, transparens; des lamelles d'épithélium modifiées d'une manière particulière.

Blennorrhagie non syphilitique et inflammation de la surface du gland. Formes du pus simple, quelquefois avec très peu de matière grenue; parfois on y trouve des vibrions lorsqu'il n'y a pas encore eu de traitement.

Chancres de l'homme. Ses globules ressemblent à ceux du pus normal; mais toujours on trouve en outre une matière blanchâtre disposée par groupes dont le nombre l'emporte de beaucoup sur celui des globules.

Pendant l'observation, on voit des cristaux se former dans ce pus. Très rarement on y rencontre des vibrions.

Pus syphilitique de la femme. On y rencontre des globules salivaires, des globules purulens, quelquefois des lamelles d'épithélium. L'auteur a quelquefois trouvé, surtout avant l'emploi d'un traitement actif, les tricomonas de M. Donné; mais il fait observer que les formes de cet animalcule varient singulièrement. Le plus souvent ce sont des corps elliptiques avec des appendices filiformes, et formant des groupes isolés ou réunis. L'animal, dit l'auteur, ressemble aux infusoires que j'ai trouvés dans l'eau de la Seine. Comme ces animalcules ne se rencontrent pas chez l'homme et qu'ils ne sont pas constans dans la syphilis des femmes, l'auteur ne leur attribue aucune importance.

Le pus résultant des chancres inoculés a les mêmes qualités que ceux des chancres primitifs; l'auteur n'y a jamais rencontré d'animalcules.

Le pus des bubons renferme des globules purulens normaux, des vésicules adipeuses, quelquefois les petits globules propres aux glandes et une masse glutineuse particulière qui enveloppe les globules. Ce pus ne contient jamais de vibrions.

Syphilide. Le pus d'une très petite pustule contenait des globules purulens et une grande quantité de matière glutineuse.

Celui des végétations syphilitiques renferme peu de globules, mais beaucoup de lamelles d'épithélium.

Réactifs du pus. Le pus conserve longtemps ses globules jusque pendant quinze jours, quand le temps n'est pas trop chaud; on voit prompte-

ment des cristaux s'y former, quelle que soit la surface qui l'a sécrété. Les globules ne sont solubles ni dans l'eau ni dans l'alcool. Ce dernier liquide les contracte, il diminuent de volume, deviennent plus foncés, des lignes opaques se dessinent à leur surface. L'acide acétique concentré dissout le pus et ne laisse qu'un nuage blanchâtre. On remarque au microscope que l'enveloppe seule des globules est dissoute : les noyaux restent. Ce procédé que M. Donné a fait connaître le premier est le meilleur pour mettre à nu les noyaux. L'acide nitrique dissout entièrement les globules. Il en est de même de l'ammoniaque. L'acide sulfurique coagule le pus; on voit les globules serrés les uns contre les autres et formant des masses, mais sans être altérés dans leur structure.

Caractères différentiels des globules purulens et des globules muqueux. Les globules du mucus sont toujours d'un quart plus gros que ceux du pus. Ils sont transparens et présentent seulement quelques stries irrégulières, mais sans points et sans noyaux.

Ici l'auteur décrit une espèce particulière de globules que l'on trouve dans le sang de l'homme et des mammifères, et qu'il est important de connaître, quand on veut étudier les changemens pathologiques du sang. Ils sont blancs, sphériques, ne présentent pas de points foncés, mais seulement quelques endroits plus noirs et plus grands; toujours plus considérables que les globules sanguins; ils sont toujours inégaux dans le même sang. L'auteur les regarde comme composés de fibrine; il pense qu'ils se forment lorsque le sang a perdu sa température normale.

Résultats. Il résulte des observations de l'auteur : 1° Qu'on ne peut pas encore distinguer les unes des autres toutes les espèces de pus; il en résulte aussi que toutes les fois que, par une cause quelconque, il s'est produit du pus différent du pus ordinaire, le microscope fait reconnaître certains changemens dans sa composition.

2° On peut reconnaître si le pus est simple, sanieux, ou d'une nature particulière.

3° Mais, jusqu'à présent, l'auteur n'a pu parvenir, malgré ses nombreuses recherches, à distinguer, par exemple, le pus d'un chancre du pus de la variole.

4° Le pus simple se reconnaît à son sérum limpide, dans lequel nagent les globules.

5° Le pus sanieux montre de plus une masse granuleuse abondante.

6° Le pus syphilitique présente, comme celui de la variole, une matière visqueuse d'un blanc grisâtre.

Ce chapitre est terminé par un article historique dans lequel l'auteur rapporte les travaux de ses devanciers.

III. CHANGEMENS QU'ÉPROUVENT LES FIBRES PRIMITIVES DANS L'INFLAMMATION.

L'auteur a examiné les changemens que subissent les fibres primitives des tissus dans l'exsudation, la suppuration et la gangrène. Ces recherches, consignées dans sa dissertation inaugurale, et reproduites dans les NOTICES DU FRORIEP, 1835, n° 980, ont été continuées depuis.

Dans l'exsudation et dans la suppuration, les fibres primitives restent intactes : on distingue très bien leurs faisceaux quand on comprime légèrement la portion du tissu qu'on observe, et qu'on étale avec un scalpel la masse homogène que ce tissu présente au premier abord. L'auteur a examiné du tissu cellulaire, du tissu séreux, le tissu du poumon hépatisé, des tendons et des muscles.

Dans la gangrène, au contraire, les fibres sont dans un état de dissolution remarquable. Cet état de dissolution présente deux degrés : tantôt le tissu ne consiste plus qu'en corpuscules d'un jaune brun, irréguliers, de grosseurs très diverses, disposés sans ordre; on ne peut plus reconnaître à quel tissu ils ont appartenu. D'autres fois, on peut suivre les fibres, mais elles n'offrent déjà plus une masse résistante : elles sont molles, se détruisent facilement par la pression; quelquefois elles sont composées des corps irréguliers dont il vient d'être question; ces corps sont placés à la suite les uns des autres, dans la direction des fibres.

IV. SUR LA MALADIE DE BRIGHT.

Après avoir tracé l'histoire des recherches entreprises sur cette dégénérescence des reins, le docteur Gluge fait connaître le résultat de ses propres observations sur l'urine et sur les reins des malades. L'urine coagulable, examinée au microscope, présente une masse grenue, qui n'existe pas dans l'urine saine.

L'addition d'un acide, ou l'ébullition, détermine la formation de coagulums, qui apparaissent, sous le microscope, sous la forme d'arborisations granulées. Quelquefois des matières étrangères sont mélangées à l'urine.

1° L'urine rouge sanguinolente n'offre aucune trace de globules sanguins, ce qui prouve un fait déjà soupçonné, savoir, que la matière colorante est seule mêlée à l'urine.

2° Quelquefois on y rencontre des globules purulens; l'auteur s'est assuré qu'ils provenaient du rein et non de la muqueuse des voies urinaires.

3° On trouve des globules plus petits que les globules sanguins : ce sont probablement des fragmens de globules composés.

4° L'auteur n'a vu que très rarement ces derniers.

5° La quantité des globules purulens n'est pas en rapport avec celle de l'albumine : c'est cette dernière qui indique le danger.

6° Le sédiment se compose de l'albumine précipitée ou de celle-ci et de globules purulens.

7° L'auteur a vu des cristaux se former promptement et en grande abondance.

8° L'urine est toujours coagulable par la chaleur, l'acide nitrique et l'alcool.

9° L'urine peut conserver pendant des mois entiers les mêmes qualités : l'auteur a vu des malades dont l'urine ne présentait, pendant trois ou quatre mois, aucun globule purulent.

Quant à la nature de la dégénérescence des reins, voici les résultats des recherches microscopiques donnés par l'auteur :

1° La dégénérescence des reins consiste essentiellement dans un trouble de la circulation dans les vaisseaux capillaires de la substance corticale, et particulièrement dans les corps de Malpighi.

2° Ce trouble consiste dans un arrêt de la circulation : les corpuscules sanguins perdent une partie de leur substance, s'agglomèrent et empêchent la marche du sang. De là imbibition du sérum dans les conduits urinaires, urine albumineuse et hydropisie.

3° Quand l'urine d'un hydropique est depuis longtemps albumineuse, et qu'on ne peut attribuer cet état à aucune autre maladie des voies urinaires, on peut en conclure que les reins présentent la dégénérescence dont il est question dans cet article.

4° Dans le premier stade de la maladie, le traitement antiphlogistique est le seul rationnel. Dans un stade plus avancé, l'état actuel de nos connaissances thérapeutiques ne permet pas encore d'établir de méthode de traitement *à priori*, et l'expérience n'a encore rien appris à cet égard, quoiqu'il ne soit pas rare de voir les malades guérir, même dans un stade avancé.

V. SUR LES TROUBLES DE LA CIRCULATION ET DE LA SÉCRÉTION DANS LES POUMONS.

(CONGESTION, APOPLEXIE, ENGOUEMENT, HÉPATISATION, GANGRÈNE, CATARRHE.)

Congestion. Aucun résultat.

Apoplexie. Point de changement dans les globules sanguins; plus de crépitation dans le tissu pulmonaire environnant et aucune bulle d'air.

Inflammation. Premier degré (engouement). Les globules sanguins s'accumulent dans les vaisseaux capillaires, perdent leur enveloppe, leur couleur; les noyaux s'agglomèrent pour former des globules composés que réunit entre eux une masse blanchâtre (peut-être de la fibrine); ces globules composés farcissent, pour ainsi dire, le tissu du poumon.

Hépatisation rouge. Consiste dans une exsudation de fibrine des vaisseaux pulmonaires dans les cellules du poumon.

Hépatisation grise. Véritable suppuration des poumons ordinairement dispersée sur plusieurs points.

Gangrène. Dissolution des fibres du tissu pulmonaire, ainsi qu'il a été dit plus haut; formation de cristaux en quantité prodigieuse.

Affection de la muqueuse des voies respiratoires. La muqueuse de la bouche, du nez et de la trachée sécrète un liquide filant, d'un aspect homogène, dans lequel nagent de rares globules sphériques, d'un quart environ plus grands que les globules purulens, beaucoup plus transparens et ne présentant aucun point sur leurs bords ou dans leur substance. Le mucus buccal contient, de plus, des lamelles d'épithélium, lesquelles, par leur réunion, constituent des cellules anguleuses; ayant un noyau blanchâtre dans leur centre.

Dans les catarrhes du nez et des bronches, les globules muqueux sont en plus grande quantité et nagent dans une masse épaisse et visqueuse. On voit des cristaux s'y former sous le microscope (catarrhe muqueux). A cette sécrétion augmentée peut se joindre une exsudation fibrineuse; on voit alors apparaître cette forme morbide dans laquelle se produisent des cylindres de matière exsudée, modelée d'après les ramifications bronchiques : c'est le catarrhe exsudatif de l'auteur, dont la dernière grippe a fourni beaucoup d'exemples.

Enfin, la muqueuse des bronches peut sécréter du pus : c'est la forme qu'il propose de nommer *catarrhe purulent*.

L'auscultation ne fait entendre qu'un râle muqueux. On trouve beaucoup de pus mêlé aux crachats et, à l'autopsie, un engorgement du poumon, lequel crépite encore un peu, mais se montre, au microscope, rempli de globules composés.

VI. FRAGMENS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES MALADIES DE LA PEAU.

Vaccine. Les pustules du sixième au huitième jour renfermaient constamment une masse blanche, homogène, visqueuse, dans laquelle on ne pouvait distinguer aucune particule isolée. Elle formait, en se figeant, des groupes blancs, arborescens. On voyait s'y produire beaucoup de cristaux.

Impetigo. Liquide offrant le même aspect, la même disposition, que celui des pustules vaccinales.

Varicelle. Liquide blanchâtre, contenant beaucoup de globules purulens et une substance très fine, grenue, coagulable par l'alcool. Quelques cristaux se forment par l'évaporation du liquide.

Pustules de la morve des chevaux. Même composition.

Varioloïde. Globules purulens, quoique le sérum des pustules soit encore limpide, beaucoup d'autres globules plus petits et quelques cristaux.

Variole. Pus épais, blanchâtre, se laissant presque étendre en membrane; globules purulens pâles; entre ces globules se trouve déposée, en grande abondance, une masse compacte, visqueuse, composée de petits grains; quelques cristaux rares. L'acide acétique dissout les globules du pus, en laissant les noyaux; il ne dissout qu'une petite partie de la masse épanchée entre ces globules. Le liquide coagule par l'alcool.

L'auteur a de plus quelquefois rencontré des lamelles analogues à celles qu'on trouve dans la salive.

VII. FRAGMENS POUR SERVIR A LA PATHOLOGIE DU SANG.

Sous ce titre, l'auteur communique quelques-unes des recherches pathologiques sur le sang qu'il se propose de publier bientôt.

On sait que le sang de l'homme contient des globules qui nagent dans un liquide tenant de la fibrine en dissolution. Dans les grenouilles, on rencontre une seconde espèce de globules, peut-être des globules de lymphe. L'auteur a découvert une troisième sorte de globules dans le sang de l'homme, ce sont des masses blanches, irrégulières, ponctuées de noir et des globules de différentes grandeurs, blancs, irréguliers, peu nombreux et faiblement ponctués, solubles dans l'acide acétique. Il est facile de les distinguer des globules purulens : ceux-ci, en effet, ont quatre à six points disposés sur leur bord, lequel est comme frangé; leur diamètre varie peu dans le même pus; enfin, sous l'influence de l'acide acétique, les points dont nous venons de parler se détachent et forment autant de noyaux. Cette masse mêlée au sang se rencontrant dans un grand nombre de cas, il est important de la bien connaître quand on entreprend des recherches microscopiques sur le sang malade.

1° *Fibrine*. La fibrine de la croûte inflammatoire a un aspect granuleux, sans fibres distinctes, et des cristaux, qui représentent, sans doute, les sels contenus dans le sérum. Au mois de mai 1838, M. Andral ayant ouvert la poitrine d'un homme mort d'un épanchement pleurétique, il s'en écoula un liquide transparent, qui se coagula promptement.

Cette masse coagulée avait l'aspect de la fibrine et ne présentait aucune trace de globules purulens; on y voyait déjà des stries distinctes et une arborisation remarquable, premier degré de la formation des pseudo-membranes.

2° L'auteur dit quelques mots sur le peu de coagulabilité du sang dans les affections typhoïdes et rappelle les expériences intéressantes de M. Magendie, qui provoqua l'invasion de phénomènes typhoïdes chez des chiens, auxquels il avait soustrait une certaine quantité de fibrine.

3° *Matière colorante du sang mélanose*. Les recherches de l'auteur ne lui ont rien appris sur la nature de la mélanose. Il a trouvé des masses noires dans le sang lorsqu'il y avait mélanose dans les organes et quelquefois même lorsque cette dernière n'existait pas encore. Les masses mélanotiques se déposent toujours sur des vaisseaux; elles ont, sous ce rapport, de l'analogie avec le dépôt de pigment sur les vaisseaux de la choroïde. Quant à la structure des masses de mélanose, elles n'offrent aucune trace de fibres ni aucune organisation.

4° *Globules sanguins*. On devrait croire que les maladies impriment aux globules du sang quelques modifications; cependant il n'en est rien. Le sang des typhoïdes, par exemple, examiné pendant la vie, a des globules tout-à-fait normaux, quant à leur forme; mais, au bout de 36 à 48 heures, les noyaux de ces globules se rapetissent et finissent par devenir à peine visibles. Le sang des cadavres d'individus morts d'affection typhoïde présente une décomposition de ses globules beaucoup plus rapide qu'à l'état normal.

II. — SUR L'EXISTENCE DU PUS DANS LE SANG.

L'auteur n'admet pas la résorption du pus par les veines; il croit avec M. Cruveilhier et avec beaucoup d'autres anatomo-pathologistes que la présence du pus dans le sang est due à l'inflammation des veines. Cependant il rapporte une observation très curieuse prise dans le service de M. Rayer, dans laquelle on trouva des globules purulens mêlés au sang, sans qu'on ait pu expliquer le mode d'introduction de ces globules dans le torrent circulatoire. Les symptômes observés pendant la vie, pas plus que l'autopsie cadavérique, n'indiquaient aucune inflammation veineuse. L'auteur a examiné le sang : 1° chez des amputés ou chez des individus portant de grandes plaies en suppuration; 2° dans la métrite; 3° dans la phlébite; 4° dans la phthisie.

L'auteur n'a jamais trouvé de pus dans le sang des amputés chez lesquels il n'existait pas d'inflammation des veines. Ses recherches l'ont porté à établir que, toutes les fois que cette dernière existe et que leurs parois sécrètent du pus, on trouve ce produit mêlé au sang dans tout le trajet de l'arbre veineux, ainsi que dans le cœur droit; quand des parties riches en vaisseaux suppurent, comme, par exemple, les poumons dans la phthisie, il peut aussi se rencontrer du pus mêlé au sang.

VIII. — SUR LA FORMATION DES CRISTAUX DANS LES SÉCRÉTIONS SAINES ET MORBIDES.

Depuis la découverte que fit le professeur Schœnlein de cristaux dans les selles des typhoïdes, l'auteur s'est livré à de nombreuses recherches sur ce singulier produit. Il a vu que des cristaux se déposent dans un grand nombre de sécrétions, soit pendant la vie, soit lorsque le produit sécrété est séparé du corps, à l'état sain comme à l'état morbide.

État normal. On trouve des cristaux dans la moelle épinière et dans la rétine de la grenouille, dans la rétine du cheval, dans la salive, la bile, dans les excrémens de l'homme (voir la GAZETTE MÉDICALE du 22 avril 1837, p. 254), dans ceux de la grenouille (il paraît que ces cristaux ne se déposent que lorsque les matières fécales ont séjourné quelque temps dans le gros intestin); dans l'urine (en petite quantité); dans la matière sécrétée par les glandes de Meibomius (en abondance); dans la matière de la transpiration cutanée; dans le travail de la putréfaction (en petit nombre).

État morbide. L'auteur a trouvé des cristaux dans un très grand nombre d'organes malades ou de productions morbides : la fibrine de la croûte phlogistique, diverses sortes de pus, gangrène, squirre de mamelles, fongus médullaire, catarrhe du nez et des bronches, vaccine, variole, dégénérescence graisseuse des muscles dans le rachitisme, calculs biliaires et vésicaux, intestins des typhoïdes, matière de l'empyème, urine, hydatides, produit de l'arthrisis, etc.; des cristaux ont été aussi rencontrés dans une prostate et dans un cœur que M. Chavignez présenta à la société anatomique (GAZETTE DES HÔPITAUX, 16 mai 1837). Nous renvoyons, pour plus de détails, à l'ouvrage de l'auteur qui a figuré avec soin la forme des cristaux dont il donne la description dans ce mémoire.

IX. RECHERCHES SUR LE FONGUS MÉDULLAIRE OU CANCER ENCÉPHALOÏDE.

Dans ce neuvième mémoire, l'auteur commence par donner isolément quelques-unes de ses observations particulières sur divers fongus médullaires; puis il présente, dans une description générale, les résultats de ses nombreuses recherches sur cet état pathologique. Ces résultats ont déjà été communiqués à l'Académie des sciences de Paris, dans la séance du 2 janvier 1837 (Voy. les COMPTES-RENDUS et la GAZ. MÉD., 1837, p. 13); ils méritent la confiance des anatomistes par le nombre et la variété des observations sur lesquelles ils reposent. Nous nous contenterons d'en donner un résumé succinct.

Le fongus médullaire ne mérite pas ce nom, si l'on entend par là un tissu qui s'accroît d'une manière continue. Cette production morbide n'est constituée par aucun tissu particulier; c'est un liquide qui s'infiltre à travers les tissus sains, comme à travers une éponge, les distend et leur donne les formes les plus variées. Ce liquide contient une très grande quantité de globules sphériques, de grandeur inégale, généralement de $\frac{1}{75}$ de millimètre, tandis que les globules du pus n'ont que $\frac{1}{115}$ de millim., et sont encore bien plus irréguliers. Ces globules sont parcourus par des lignes noirâtres et n'ont aucunement l'aspect ponctué des globules

purulens. Le liquide encéphaloïde contient en outre, quand le fongus a atteint de grandes dimensions, une quantité de particules plus grosses, plus irrégulières, marquées de lignes alternativement foncées et claires.

Le fongus médullaire n'a aucun tissu propre; la matière encéphaloïde, au contraire, détruit les tissus dans lesquels elle s'est épanchée. On peut voir, dans les grandes tumeurs, les progrès de cette destruction. De même que dans la gangrène, les fibres conservent leur direction, mais leur continuité est détruite; on ne voit plus que de petites particules placées les unes à la suite des autres. Dans un degré plus avancé, on ne distingue plus aucune fibre.

Dans tous les fongus examinés par l'auteur, pendant la vie (1) comme après la mort, il a trouvé des cristaux appartenant au système rhomboédrique, ayant un diamètre moyen de $\frac{1}{60}$ de millim.

L'acide sulfurique concentré dissout en partie les corpuscules médullaires; il ne reste plus que de petits corps opaques. L'acide nitrique les dissout également. L'alcool coagule la masse du liquide; l'acide acétique ne dissout les globules que très lentement. Plusieurs anatomistes ont observé la matière du fongus médullaire dans des vaisseaux dont les parois étaient saines. L'auteur a vérifié, par l'inspection microscopique, la nature de cette substance, mais seulement dans le sang coagulé des veines. Jusqu'à présent il n'a rien trouvé d'anormal dans le sang liquide des individus affectés de fongus médullaire.

X. SUR LES TISSUS CELLULAIRE ET GRAISSEUX A L'ÉTAT NORMAL ET A L'ÉTAT PATHOLOGIQUE.

A l'état normal, le tissu cellulaire se compose, d'après les recherches de l'auteur, de fibres cylindriques solides, de 0,0005 à 0,0009, de ligne de diamètre, disposées parallèlement les unes aux autres, au nombre de 5 à 7, de manière à former des faisceaux qui s'entrecroisent sous différens angles. Ces faisceaux, par leurs entrecroisemens, laissent entre eux des ouvertures quadrilatères qui constituent autant de cellules communiquant les unes avec les autres dans toutes les parties du corps. Telle est la structure du tissu cellulaire de la graisse, des muscles, des aponévroses et des autres parties. L'auteur ne conçoit pas comment on a pu reconnaître à ce tissu une structure globuleuse; ses observations sont conformes à celles de Krause et de Jordan.

L'aspect du tissu cellulaire varie suivant que ses faisceaux ne renferment rien dans leurs intervalles, ou suivant qu'ils contiennent de la graisse. Les aponévroses ne paraissent formées que par ces faisceaux serrés les uns contre les autres.

La graisse, à l'état normal, est toujours contenue dans des vésicules ovales; de 7 à 10 centièmes de millimètre dans leur plus grand diamètre; il n'existe entre elles aucune communication, ni par des fibres, ni par des vaisseaux. Quand on a rompu ces vésicules, à l'aide d'une légère pression, on voit les globules graisseux de grosseur variable qu'elles renfermaient; l'enveloppe de ces vésicules est une membrane faiblement transparente, sans aucune trace de fibres, même à un grossissement de 840.

Les kystes graisseux du lard et des graisses analogues sont le double plus gros et leur surface granulée. Cette différence de forme se rapporte à une différence de composition chimique : on sait que le lard contient plus de stéarine.

ETAT PATHOLOGIQUE. 1° *Dégénérescence graisseuse des tissus, particulièrement des muscles.* Le changement des muscles en graisse ne consiste pas dans une altération des fibres musculaires; celles-ci sont intactes, mais il s'est déposé entre elles une abondante quantité de kystes graisseux ou de globules de graisse non enkystés. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que le tissu cellulaire n'est pas plus abondant que de coutume, et que le nombre des kystes n'est nullement en rapport avec celui des globules de graisse.

2° *Dépôt de graisse dans le foie.* Les îlots d'un jaune-verdâtre qu'on rencontre quelquefois dans cet organe, et qui sont graisseux au toucher, se composent d'un nombre considérable de globules de graisse, non renfermés dans des kystes, et d'une masse grenue, jaunâtre, en petite quantité (provenant sans doute de la matière colorante de la bile). Le foie blanc des phthisiques contenait une si grande quantité de globules graisseux que la plus grande partie de la substance du foie paraissait en être composée.

3° *Affection granuleuse du foie.* Le foie d'une femme morte d'ascite avec anasarque considérable des extrémités inférieures, sans que l'urine eût offert de trace d'albumine, présentait à sa surface et dans toute son épaisseur de petites tumeurs globuleuses, inégales, de la grosseur d'un pois, jaunâtres ou blanchâtres. Ces tubercules, qui formaient les deux tiers de la substance du foie, se composaient d'un nombre infini de globules graisseux déposés dans le parenchyme du foie coloré par la bile.

4° *Sur l'induration du tissu cellulaire des nouveaux-nés.* Les cellules du tissu cellulaire dans lesquelles la graisse est déposée forment des pelotes graisseuses serrées, disposées régulièrement, jaunâtres, rougeâtres ou blanches; la graisse paraît comme figée; ordinairement on trouve aussi, dans le tissu cellulaire, un sérum rougeâtre, dans lequel le microscope ne fait rien découvrir que quelques globules sanguins; les fibres de ce même tissu n'ont pas augmenté en diamètre. Les kystes graisseux, au lieu d'être lisses à leur surface, avaient un aspect grenu, et ne laissaient échapper à la pression aucun globule de graisse. L'auteur en conclut que ce liquide est réellement congelé dans les cellules qui le renferment, et il regarde la maladie comme un effet probable de la température extérieure.

5° *Dépôt de graisse dans les artères.* On trouve quelquefois dans la tunique moyenne et la tunique externe, des grosses artères, des taches de différente grandeur, élevées, inégales, d'un blanc jaunâtre.

Ces taches, que les uns regardent comme le produit d'une artérite, les autres comme un commencement d'ossifications, ont été trouvées par l'auteur constituées uniquement par un énorme dépôt de globules graisseux.

6° *Lipôme.* Les fibres du tissu cellulaire n'ont éprouvé aucune altération, non plus que les kystes graisseux.

7° *Tumeur gélatineuse* (cancer colloïde). L'auteur croit devoir admettre plusieurs espèces de tumeurs gélatineuses : dans les unes, la matière du lipôme était mêlée à la matière colloïde; dans d'autres, cette dernière constituait à elle seule la tumeur.

L'auteur distingue une forme différente du cancer colloïde et qu'il propose de nommer lipôme colloïde, parce qu'elle paraît dériver du lipôme. Les tissus malades se composent de fibres déliées formant par leur réunion un réseau un peu élastique, dans les mailles duquel sont déposés des globules inégaux, irréguliers, un peu plus gros que les globules purulens, parsemés de nombreux points noirs disposés irrégulièrement.

8° *Méliceris.* La matière du méliceris se compose de kystes graisseux, sans tissu cellulaire, renfermant une matière grenue, jaunâtre, que l'on trouve aussi déposée entre le kyste; on ne trouve plus de globules de graisse; ici, c'est la graisse elle-même qui est changée dans sa composition. Le kyste qui l'enveloppe est formé par du tissu cellulaire condensé.

L'ouvrage est terminé par un article sur la dégénérescence des fibres du tissu cellulaire dans la gangrène et dans les affections squirreuses.

Nous avons déjà indiqué, d'après l'auteur, les changemens apportés par la gangrène dans la composition de la fibre primitive ; quant à ceux que produisent les affections squirreuses, comme l'intention de l'auteur est de revenir sur ce sujet lorsqu'il aura recueilli un plus grand nombre d'observations, nous n'en dirons rien.

Tel est l'exposé succinct des divers mémoires que contient ce premier recueil du docteur Gluge; ce que nous en avons dit suffira pour faire connaître cet ouvrage consciencieux, digne en tous points de fixer l'attention du monde savant et qui fait vivement désirer la suite de recherches aussi intéressantes qu'elles promettent de devenir fructueuses.

(1) Les premières recherches de l'auteur l'avaient porté à croire que ces cristaux n'existent qu'après la mort.

VARIÉTÉS.

— M. le docteur CAZEAUX, ex-chef de clinique d'accouchemens, ancien interne des hôpitaux, commencera un cours d'accouchemens, le 2 septembre, à midi, dans l'amphithéâtre de M. Véret, rue des Francs-Bourgeois, n° 3.

— SECONDA STATISTICA NOSOLOGICA DEL VENERANDO SPEDALE MAGGIORE DEL SACRO ORDINE EQUESTRE DE' SS. MAURIZIO E. LAZZARO, dal 1835 à 1839. Torino, 1839.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 35. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 31 AOUT 1839.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LA CURE DES RÉTRÉCISSEMENS DU CANAL DE L'URÈTRE, PAR LA METHODE DE L'INCISION, PRÉCÉDÉ DE QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LEUR TRAITEMENT PAR LA DILATATION ET PAR LA CAUTÉRISATION, adressé à l'Académie royale de médecine de Paris, par M. le docteur Reybard, de Lyon.

Il y a quelque courage à combattre les opinions communément admises; je sais que par une telle démarche on s'immole d'avance à la partialité de la critique, ou ce qui est pire peut-être, on dévoue son œuvre à la merci de l'indifférence et de l'oubli : faut-il pour cela se résigner au silence et retenir sur ses lèvres une parole qui peut être utile?

En me proposant d'attaquer une méthode fort en crédit, je ne me suis point bercé de l'idée d'un succès facile : il y avait quelque témérité dans la lutte, mais j'ai dû dire ce que je crois être la vérité. Mon opinion n'est point un paradoxe jeté au public sans grand souci de ce qu'il deviendra. Ne laissant rien à l'exagération ni au hasard, j'ai parlé selon mon expérience, et maintenant confiant dans l'avenir, je fais un appel aux hommes de sincère volonté; qu'ils me permettent de les inviter à étudier avec attention les modifications importantes que j'ai apportées au traitement des rétrécissemens par la méthode de l'incision, ainsi que les réflexions qui m'ont déterminé à rejeter la dilatation et la cautérisation du traitement de ces maladies.

Le rétrécissement de l'urètre, ou en d'autres termes la difficulté d'uriner occasionée par l'oblitération plus ou moins complète de ce canal, constitue sans contredit la maladie la plus commune des voies urinaires; il est aussi la cause la plus fréquente des rétentions d'urine. Il conviendrait peut-être de faire précéder les observations de rétrécissement que je vais rapporter de la description anatomique des organes génito-urinaires; mais les hommes de l'art auxquels je m'adresse connaissant parfaitement la forme et la structure de ces parties, je me bornerai à quelques considérations préliminaires indispensables.

L'urètre est le canal excréteur de l'urine et du sperme; il s'étend du col de la vessie à l'ouverture du gland. Les anatomistes le divisent en trois portions; la plus voisine de la vessie a reçu le nom de prostatique; la seconde s'appelle membraneuse; la troisième, qui a quatre ou cinq pouces de longueur, est la portion spongieuse. Une membrane muqueuse fine tapisse le canal de l'urètre dans toute son étendue; elle est intimement unie à une autre membrane dense, serrée, sur la nature de laquelle les anatomistes ne sont pas d'accord : les uns la considèrent comme formée par un tissu cellulaire serré, les autres la croient d'une nature musculaire. Je partage l'opinion de ces derniers.

Dans l'état normal, le canal ne conserve aucune largeur, bien qu'on lui accorde un diamètre de quatre lignes. Ses parois qui sont flasques ne sortent en effet de leur contiguité habituelle que pendant l'émission de l'urine. Je crois impossible d'expliquer les divers phénomènes que présente le canal dans l'état de santé ou de maladie, à raison de l'élasticité de ses parois et de l'action des muscles du périné. Je considère donc le tissu qui embrasse partout la membrane muqueuse de l'urètre comme un véritable tissu musculaire, formé de petits faisceaux fibreux entremêlés

Feuilleton.

NOTICE SUR PH. S. PHYSICK.

La chirurgie américaine, qui remonte à peine à la fin du siècle dernier, a jeté déjà un brillant éclat; un petit nombre d'années a vu paraître des hommes du premier ordre. Les Physick, les Dorsey, les V. Mott, les Warren, les Jameson, etc., ont fait en peu de temps pour leur pays ce qu'ailleurs les siècles ont tant de peine à construire. Physick commence cette série de chirurgiens dignes de rivaliser avec les plus hautes renommées européennes; créateur de l'art en Amérique, il a droit non seulement à la reconnaissance de son pays, mais à une célébrité universelle dignement acquise. Il y aura donc quelque intérêt à donner ici un aperçu rapide de la vie et des travaux du chirurgien américain (1).

Philip Syng Physick naquit à Philadelphie le 7 juillet 1768.

A l'âge de onze ans, il fut placé sous la direction de R. Proud dans l'académie fondée par la société des Amis. Ses premières études classiques se firent d'une manière plutôt solide que brillante; le jeune Physick se distingua surtout par son amour pour le travail et une exactitude scrupuleuse à l'accomplissement de ses devoirs. A peine âgé de dix-sept ans, il prit le grade de bachelier ès-arts, au mois de mai 1785. Alors il possédait parfaitement la connaissance des langues mortes, qu'il conserva au reste pendant toute sa vie; et malgré le nombre et l'importance de ses occupations, il prenait souvent plaisir à relire les auteurs classiques qui avaient toujours pour lui tant de charmes.

Physick n'avait pas dix-sept ans lorsqu'il commença l'étude de la médecine sous la direction du docteur Adam Kuhn, alors professeur de médecine pratique et théorique à l'université de Pensylvanie, déjà connu comme élève de Linnée.

Il ne paraît pas que ce fût par suite d'un goût particulier que le jeune Physick choisit la profession médicale, si difficile, si pénible, et offrant peu d'attraits à celui dont la position et la fortune se trouvent déjà suffisamment assurées. La volonté de son père eut sans doute la plus grande part dans cette décision. Mais comme pour tous les hommes de génie, qui ont illustré une profession embrassée souvent à contre cœur, on a voulu trouver dans l'anecdote suivante l'indice d'une prédisposition manifeste à l'étude de la chirurgie, son père du moins y découvrit un motif suffisant pour le diriger dans cette voie. Ce dernier venait de se faire par mégarde une plaie profonde au doigt et avait appelé à son secours un médecin de ses amis. Le jeune Physick demande et obtient la permission d'appliquer lui-même l'appareil nécessaire. Son père

(1) Les documens que nous avons consultés ont été rassemblés par le docteur S. Randolph, qui a lu devant la société médicale de Philadelphie un éloge historique sur Physick. (Voyez The American Journal of Medical Sciences, mai 1839.)

et liés l'un avec l'autre, à leur origine et à leur insertion. Cette nature musculaire des parois de l'urètre me paraît prouvée par les résultats des injections que j'ai faites dans le canal; j'ai remarqué que le liquide que j'y poussais, au lieu de traverser et de pénétrer directement dans la vessie, s'y arrêtait et ne le distendait le plus souvent que dans une petite étendue : or le resserrement brusque du canal n'est évidemment que l'effet de la contraction subite de la membrane musculaire, stimulée par la présence du liquide.

Quel est le chirurgien qui n'a pas été étonné de la force qu'il lui a fallu employer pour pousser une certaine quantité de liquide dans le canal, et de la violence avec laquelle ce fluide a été rejeté?

Il faudrait ne pas avoir fait des injections comme moyen thérapeutique des rétentions d'urine causées par un rétrécissement de l'urètre pour ignorer combien cette distension du canal est douloureuse.

Si les parois de l'urètre étaient simplement élastiques, elles se laisseraient plus facilement distendre par le liquide de l'injection; celui-ci, au lieu d'être rejeté avec violence, ressortirait en coulant avec plus de lenteur; d'un autre côté, il est si vrai que cette membrane est musculaire, que les injections ne sont douloureuses et difficiles que lorsqu'on les fait brusquement; elles ne produisent pas du tout cet effet, lorsque la dilatation est faite avec lenteur et par gradation, comme, par exemple, lorsque je me sers de mon dilatateur à mercure.

Le caractère musculaire de cette membrane est encore mieux démontré par le resserrement spasmodique du canal, dans le cathétérisme évacuant: l'irritation que la sonde détermine sur la muqueuse, se reproduisant immédiatement sur la membrane musculaire, met en jeu sa contractilité; celle-ci est si forte que l'instrument se trouve quelquefois serré au point qu'il devient impossible de la faire avancer. J'ai rencontré deux malades chez lesquels le spasme était si prononcé que j'ai été obligé de renvoyer le cathétérisme pour combattre directement ce spasme par la saignée, les bains et autres moyens antispasmodiques.

Le resserrement spasmodique que cette membrane fait éprouver au canal lorsqu'elle devient le siége spécial d'une fluxion goutteuse ou rhumatismale prouve encore de la manière la plus évidente sa nature musculaire. J'ai été plusieurs fois appelé pour sonder des malades atteints de rétention d'urine produite par cette cause, et une fois, entre autres, j'ai été placé dans l'alternative de pénétrer dans la vessie par les voies naturelles ou de pratiquer la ponction; dans ce cas, après plusieurs tentatives infructueuses, je n'arrivai au bout de deux jours dans la vessie avec une sonde n° 8, qu'en la recouvrant avec une enveloppe de boyau de chat fraîchement préparée, et en faisant précéder son introduction de celle d'une certaine quantité d'huile d'olive que je fis pénétrer goutte à goutte dans le canal. J'avais en effet inutilement essayé les sondes nues, et même le porte-empreinte de Ducamp percé de deux petits trous sur les côtés de son extrémité soyeuse, avec lequel j'avais surmonté autrefois le même obstacle.

On supposait autrefois au canal de l'urètre plus de longueur qu'il n'en a réellement. Sa longueur moyenne, d'après les auteurs qui se sont récemment occupés de ses dimensions, est de cinq pouces et demi à six. Sa largeur, qui n'est pas uniforme, varie cependant bien peu. L'orifice de l'urètre, qui a deux lignes et demie et quelquefois trois, est d'une ligne au moins plus étroit que le reste du canal qui en a généralement quatre. Ce fait sur lequel s'est particulièrement arrêté Ducamp est de la plus haute importance; on en déduit cette conséquence pratique: qu'on ne peut obtenir la cure parfaite des rétrécissemens de l'urètre qu'en rendant au canal son calibre naturel; mais on ne doit jamais avoir obtenu sa restauration complète, puisque les bougies les plus volumineuses dont on faisait usage autrefois n'avaient que trois lignes de diamètre.

On peut généralement considérer les rétrécissemens du canal de l'urètre comme des points d'engorgemens qui se forment dans ses parois. L'inflammation aiguë du canal de l'urètre ne se borne pas à sa muqueuse; elle se propage ordinairement aux tissus sous-jacens; elle les engorge, les épaissit; or, si au lieu de se résoudre, elle passe à l'état chronique, elle constitue un rétrécissement par induration; celui-ci se distingue des autres, parce qu'au lieu d'interrompre brusquement le canal, il le rétrécit insensiblement. Le prolongement alongé de forme conique rapporté par le porte-empreinte de Ducamp, nous donne la certitude de cette disposition. Ce rétrécissement de forme circulaire a généralement beaucoup d'étendue en longueur.

Lorsque l'inflammation est très intense, il se forme quelquefois de petites ulcérations sur un point de la muqueuse; si elles ne se cicatrisent pas, elles entretiennent de l'irritation, laquelle se propage dans les parties voisines et les enflamme; l'engorgement qui en résulte forme saillie dans le canal et constitue un rétrécissement moins étendu en longueur que le premier, mais quelquefois très considérable, et même reconnaissable à une dureté qu'on sent en promenant les doigts sur le trajet du canal. Ces sortes d'obstructions constituent sans doute les carnosités des anciens; elles sont quelquefois très sensibles et le sang coule au moindre attouchement; elles existent sur un des côtés du canal et le rétrécissent latéralement. La preuve de cette disposition nous est donnée par la configuration que présente la cire à mouler du porte-empreinte; cette cire forme en effet dans ces cas un prolongement ordinairement irrégulier partant d'un des côtés du bout de la masse, de laquelle il ne se détache pas brusquement. Cette espèce de rétrécissement, ainsi que la première, s'accompagne souvent d'un suintement par l'urètre. Tantôt la matière de l'écoulement est une mucosité sécrétée par la muqueuse qui est toujours plus irritée autour de l'obstacle; tantôt elle est fournie par une ou plusieurs ulcérations placées sur le sommet de l'obstruction. La grande sensibilité de certains rétrécissemens et la facilité avec laquelle en coule le sang, ont fait présumer l'existence de ces ulcérations, opinion que l'autopsie a justifiée plusieurs fois.

Les obstructions de l'urètre peuvent être produites par une sorte de cloison membraneuse qui sépare le canal en deux parties, en communication par une ouverture très étroite, placée sur l'un ou l'autre côté du canal. Quelquefois cette membrane est très mince et présente moins de résistance que les parois du canal; d'autres fois, elle est épaisse et s'accompagne d'un peu d'engorgement de la muqueuse.

Les brides ne sont pas toujours formées par des cicatrices, suites d'ulcères préexistans : il est plus conforme aux lois de la physiologie pathologique de les considérer comme des fausses membranes et des adhérences suites d'inflammations préexistantes.

L'expérience a prouvé qu'une inflammation vive a souvent pour résultat la sécrétion d'une humeur susceptible de s'organiser, de revêtir tous les caractères de nos tissus, et de réunir les parois correspondantes des cavités où elles se forment. Leur développement est d'autant plus facile ici

---

est tellement surpris de l'habileté avec laquelle son fils exécute le pansement qu'il se décide immédiatement à en faire un chirurgien. Cependant la sensibilité de S. Physick était si vive, qu'il assurait souvent ne pouvoir jamais se décider à pratiquer une opération. Il conserva au reste cette sensibilité pendant toute sa vie; mais il savait en maîtriser les élans et la soumettre aux exigences du moment.

Son exemple et celui de beaucoup d'autres grands opérateurs prouveraient contrairement à l'opinion vulgaire que la bonté et la sensibilité la plus délicate peuvent très bien s'accorder avec l'exercice de la chirurgie. Pour bien opérer, il ne faut pas oublier que le malade souffre, on ne peut pas ne pas compâtir à ses douleurs, mais il faut se rappeler qu'il s'agit pour lui d'obtenir, par un moment d'angoisse, plusieurs années de calme et de bien être; et il est bon, comme dit le docteur Thomson dans son TRAITÉ DE L'INFLAMMATION, de se mettre à la place du patient, de calculer tous les degrés de ses souffrances, afin d'en diminuer l'intensité et d'en raccourcir la durée.

Comme pour faire mentir l'horoscope paternel, il arriva que le jeune Physick, peu de temps après avoir commencé l'étude de la médecine, assistant un jour à une amputation à l'hôpital de Pensylvanie, perdit entièrement connaissance. Son maître et son père qui l'avaient accompagné pour soutenir son courage furent obligés de l'emporter hors de l'amphithéâtre. Il n'en continua pas moins le cours de ses études; la lecture des anciens auteurs avait pour lui un puissant attrait; guidé par le professeur Kuhn, il lut un grand nombre de leurs meilleurs ouvrages, et acquit en peu de temps un grand fonds d'érudition, dont il sut toujours faire un excellent usage.

Malgré les succès de ses études en Amérique, Physick, pour compléter son éducation médicale, arrêta le plan d'un voyage dans la Grande-Bretagne. Son père et lui quittèrent l'Amérique au mois de novembre 1788, et arrivèrent à Londres en janvier 1789.

Bientôt après Physick devint l'élève particulier de Guillaume Hunter. Cette époque fut, sans contredit, la plus importante de sa carrière médicale, celle qui décida peut-être de son avenir, et qui prépara une partie de sa gloire. Le jeune Physick se livra avec le zèle le plus dévoué et le plus infatigable à l'étude de l'anatomie et de la chirurgie; bientôt il s'acquit la confiance et l'estime de son maître, qui en fit son élève favori, et répandit sur lui le trésor inappréciable de ses avis et de son expérience. Rien n'égale pour un esprit ardent et désireux de savoir le contact d'un homme de génie. Ni les lectures, ni l'observation la plus soutenue, ni la méditation des faits et de leurs conséquences, ne peuvent remplacer cette communication intime de tous les jours, des idées, des innovations, des recherches et même des erreurs d'un grand maître. Physick comprit toute la valeur de sa position, et il sut en profiter largement; outre les leçons d'Hunter, il suivait régulièrement celles de J. Clarck et du docteur W. Osborne sur les accouchemens.

Il resta jusqu'au mois de janvier 1790 sous la direction et la tutelle d'Hunter, qui le fit nommer, à cette époque, chirurgien interne à l'hôpital St-Georges; chargé pendant une année du pansement des fractures, des plaies, du traitement des luxations, appliquant tous les jours des appareils, il trouva l'occasion d'ajouter beaucoup à ses connaissances pratiques déjà fort étendues. Au dire de ceux qui ont vu Physick appliquer un bandage, l'appareil le plus simple comme le plus compliqué, rien ne peut égaler ni sa dextérité, ni la netteté et la perfection de ses résultats.

que les parois de l'urètre sont habituellement contiguës; l'expérience a prouvé qu'elles ne sont point empêchées par le passage de l'urine.

On peut ranger dans la même catégorie les rétrécissemens causés par la rupture du canal, soit qu'elle dépende de la manœuvre imprudente par laquelle on casse la corde dans les chaudepisses aiguës, ou bien qu'elles soient le résultat d'une chute sur le périné, ou encore d'un abcès ouvert dans le canal. Dans ces rétrécissemens, comme dans les précédens, les parois de l'urètre ne sont pas épaissis, et ce n'est pas le rel et qu'elles forment dans le canal qui le rétrécit. Dans l'un et l'autre cas, la constriction que celui-ci éprouve est à peu près semblable à celle que produirait une corde avec laquelle on l'étranglerait. Dans ces sortes de rétrécissemens, le canal est brusquement interrompu, et l'ouverture très étroite qui fait communiquer sa partie antérieure avec sa partie postérieure est toujours placée sur un des côtés, de façon qu'il est très difficile de la rencontrer avec les bougies les plus fines, et même quelquefois impossible. Dans ces rétrécissemens, la cire des bougies porte-empreinte présente souvent deux prolongemens, dont un corps très gros et arrondi, et l'autre très petit et très long. Le premier marque un enfoncement en forme de cul-de-sac formé par la muqueuse, contre lequel vont s'arrêter les bougies que l'on introduit dans le canal; le second, qui est plus délié, indique l'ouverture du rétrécissement.

Quelquefois, la production membraneuse, disposée en forme de valvule qui constitue le rétrécissement, est si mince, qu'elle est déchirée par la sonde, au moment qu'on s'y attend le moins. J'ai rencontré un cas de cette espèce chez M. le comte de la M.... Cet intéressant malade urinait depuis quinze à dix-huit ans avec une extrême difficulté et par un jet très délié. Depuis longtemps je le pressais de se faire délivrer de son infirmité, sans pouvoir le décider, lorsqu'environ six mois après avoir été averti de tous les maux dont il était menacé, il vit se déclarer une rétention d'urine avec un vaste dépôt urineux au périné. Je me hâtai de prendre l'empreinte du rétrécissement, et pendant que je poussais la sonde exploratrice contre l'obstacle, je sentis au bout d'une demi-minute celle-ci s'enfoncer brusquement et devenir libre. Je retirai cet instrument, qui présentait un petit prolongement de cire, lequel se détachait de la partie supérieure de la masse contre lequel il était appliqué. Si la sonde exploratrice ne m'avait pas donné le signe certain du rétrécissement, j'aurais difficilement pu me rendre compte de la cause qui s'opposait à l'écoulement des urines. L'obstacle était donc bien réellement formé par une membrane très mince, puisqu'elle s'était déchirée devant l'effort que j'avais fait pour en prendre l'empreinte.

Il est difficile de donner des notions très exactes sur le siége des rétrécissemens; il y a une grande différence dans les auteurs à cet égard. Cependant, le plus grand nombre de ces maladies ont leur siége dans la portion spongieuse du canal, à la naissance du bulbe et près du méat urinaire. Les praticiens qui ont cru en rencontrer dans la portion prostatique du canal, ont sans doute pris pour un rétrécissement le resserrement que lui fait éprouver l'engorgement de la glande prostrate. Mais on ne doit pas ranger dans la même catégorie et sous la même dénomination, les obstacles qu'apportent à l'introduction de la sonde le gonflement de la prostate et le rétrécissement du canal de l'urètre; car quoique l'un et l'autre produisent la rétention d'urine et qu'il y ait analogie d'effets sous ce rapport, il y a des différences essentielles sous le double point de vue de la lésion et du traitement.

Dans le rétrécissement, le diamètre du canal est réellement diminué. Dans les maladies de la prostate, au contraire, il est plutôt comprimé que rétréci, et la rétention qui en dépend peut céder au cathétérisme pratiqué avec une grosse sonde, ce qui n'a pas lieu dans les premières.

Quoique ces sortes de maladies incommodent peu par les douleurs qu'elles occasionnent, elles ne sont pas moins graves par les accidens nombreux et souvent mortels qu'elles peuvent déterminer; ainsi, outre l'infirmité qui résulte de la difficulté d'uriner, elles disposent encore à la rétention d'urine, au catarrhe de la vessie, à la crevasse de l'urètre, aux dépôts urineux, aux fistules urinaires, etc.

Les rétrécissemens de l'urètre amenant l'oblitération plus ou moins complète d'un ou de plusieurs points du canal, leur traitement repose sur cette pensée: détruire l'obstacle qui s'oppose au cours de l'urine. On a cherché à remplir cette indication de plusieurs manières: 1° En refoulant et en affaissant peu à peu par des moyens mécaniques les parties qui font saillie dans le canal et qui constituent le rétrécissement; 2° en déchirant ces mêmes parties par une distension brusquement opérée avec une grosse sonde; 3° en les détruisant par une véritable perte de substance; 4° en les divisant avec un instrument tranchant. La première méthode constitue le traitement par la dilatation; la seconde par le cathétérisme forcé; la troisième par la cautérisation; la quatrième par l'incision.

Je vais dire deux mots sur ces divers modes de traitement, avant de passer à la méthode que j'emploie exclusivement.

La première méthode est encore appelée traitement par les bougies ou par les sondes, du nom de l'instrument avec lequel on opère. On peut la distinguer suivant la force avec laquelle les parties sont distendues ou la promptitude avec laquelle on veut élargir le canal, en dilatation lente ou passive, en dilatation active ou progressive, et en dilatation forcée ou par déchirure des parties. Cette dernière est le cathétérisme forcé proprement dit.

Les bougies susceptibles de se gonfler par la chaleur et l'absorption de l'humidité du canal de l'urètre, en élargissant le rétrécissement d'une manière insensible, produisent la dilatation de la première espèce. Les bougies élastiques, mais surtout les cordes à boyau sont employées à cet usage. Pour les introduire avec facilité, je les porte devant le rétrécissement avec une canule de gomme élastique percée à ses deux extrémités, ou encore avec le conducteur de Ducamp. Il est très difficile de les introduire sans cette précaution, parce qu'elles perdent ordinairement leur solidité avant d'arriver à l'obstacle devant lequel elles se replient. Quant à l'élargissement du canal par ces bougies ou leurs analogues, il est si lent qu'on rencontre bien peu de malades assez patiens pour en continuer l'emploi jusqu'à parfaite guérison. Malgré cela, comme elles irritent peu le canal et qu'elles ne font pas souffrir, il n'est pas rare d'en rencontrer quelques-uns qui, ne voulant pas se soumettre au traitement curatif, en font un usage presque habituel pour rendre leur infirmité plus supportable.

Les sondes et les bougies que l'on grossit peu à peu en écartant avec un certain degré de force les parois du rétrécissement, produisent la dilatation progressive: elles n'agissent point en augmentant de volume comme les cordes à boyau, mais à la manière d'un coin, en soulevant les parois du point rétréci. Celles-ci, dit Ducamp, se trouvent fortement appliquées contre la bougie où elles se compriment. La compression est donc

---

Ici se place tout naturellement l'anecdote suivante, qui donnera une idée du sang-froid du jeune chirurgien; la protection d'Hunter, une position briguée partant de compétiteurs, sur lesquels il l'emporta, sa qualité d'etranger en regard du succès qu'il avait obtenu, durent nécessairement faire quelques envieux; sa conduite était surveillée avec une sorte de curiosité inquiète et un vif désir de le trouver en défaut. Peu de temps après son entrée en fonctions, on reçut un malade qui venait de se luxer l'épaule (la tête humérale était logée dans l'aisselle). L'accident était récent; Physick en tira bon parti pour sa réputation vis-à-vis de ses jeunes confrères; on se presse dans l'amphithéâtre, dans l'attente de ce qu'il va faire; bien persuadé que la méthode qu'il allait employer serait, quelle qu'elle fût, sévèrement critiquée, Physick, examinant avec soin l'épaule déformée, fait mettre son malade sur une chaise relevée, lui adresse quelques questions, tandis que, plaçant la main gauche sous l'aisselle, il tire sur l'extrémité inférieure de l'humérus avec la droite; cette extension, subitement faite avec une grande énergie, obtient un plein succès; la tête quitte l'aisselle, l'épaule se déprime davantage; il repousse l'os dans la cavité glénoïde, et la réduction est instantanément opérée. Il n'en fallut pas davantage pour changer subitement la disposition des esprits en faveur du jeune chirurgien; dès lors il fut environné de la considération générale, et jusqu'à la fin de son séjour à l'hôpital St-Georges, chacun se plut à rendre justice à un mérite dont on s'efforçait de douter auparavant. Physick, en rapportant ce petit incident d'une longue et heureuse carrière, n'y a jamais cherché beaucoup de mérite pour lui; il en rapportait tout l'honneur à la simplicité, et au peu d'ancienneté de l'accident; ceux qui l'ont connu ne sauraient dire qui l'emportait chez lui de la modestie ou du talent.

Son service annuel à l'hôpital St-Georges fut à peine achevé qu'il reçut le diplôme de membre du collége royal des chirurgiens de Londres; il ne s'en tint pas là, et conformément à son plan d'études, il partit bientôt pour prendre ses grades à l'université d'Edimbourg.

Mais n'oublions pas de parler d'une circonstance aussi importante que flatteuse pour le jeune Physick. Alors Hunter, qui avait vu son intelligence se former et s'étendre en quelque sorte dans ses mains, qui lui avait confié de nombreuses et de difficiles recherches, qui avait pour lui autant d'affection que de confiance, fit tous ses efforts pour retenir le jeune compagnon de ses travaux qu'il allait perdre pour toujours; les offres les plus séduisantes et les mieux faites pour décider un jeune homme dont la carrière est à peine dessinée ne purent l'emporter dans le cœur de Physick sur l'amour du pays natal, et le désir si louable de passer sa vie avec son père. Il ne fit qu'un court séjour dans la maison d'Hunter, qui l'associa aux devoirs de sa profession, à ses expériences physiologiques et ses préparations anatomiques. Enfin, le moment du départ arriva, et Physick quitta Londres au printemps de 1791.

La séparation fut douloureuse, les regrets étaient vifs des deux côtés, et ils honorent infiniment ces deux grands hommes; l'attachement et la reconnaissance de Physick ne furent point au-dessous de ce que W. Hunter avait fait pour lui; l'admiration qu'il avait pour son maître, et qu'il conserva toute sa vie allait jusqu'à la vénération; souvent il répétait que le plus grand génie qui ait jamais illustré la médecine était sans contredit W. Hunter.

Cependant Physick poursuivit ses études à l'université d'Edimbourg; bientôt

due à la réaction des corps distendus sur le corps qui distend et non à la pesanteur de ce dernier.

Rien ne paraît plus efficace au premier abord, pour redonner au canal son calibre naturel, que de soumettre les rétrécissemens à l'usage des sondes et des bougies dont on augmente peu à peu le volume. Ces instrumens remplissent cependant très difficilement l'indication thérapeutique. Ainsi, quelque avantageux et entraînant que paraisse ce traitement, il est loin d'être parfait. Il est si douloureux et si long que les malades se décident difficilement à le suivre jusqu'au bout. Souvent les accidens qu'il provoque le font abandonner avant qu'on ait obtenu un élargissement un peu notable du canal. Parfois l'introduction des premières bougies est si douloureuse qu'elle amène souvent la fièvre. Plus souvent elles occasionnent des érections fréquentes et douloureuses, ainsi que des envies d'uriner qui se répètent tant que le corps étranger est dans le canal. Si ces instrumens ne sont pas tenus à demeure, ils ne produisent qu'une dilatation instantanée et sans profit. Les parois du rétrécissement sont très peu extensibles, et si elles cèdent à la force qui les distend, ce n'est qu'instantanément : elles reviennent en effet sur elles-mêmes dès qu'elles ne sont plus dilatées. Si on continue ce traitement, il devient de plus en plus douloureux. Des ulcérations superficielles s'établissent sur le point le plus saillant de l'obstacle; bientôt l'inflammation s'y développe et s'étend au tissu cellulaire environnant : ainsi, une tumeur se manifeste dans ce lieu, et souvent, malgré tous les efforts pour en obtenir la résolution, la suppuration s'y établit, un dépôt se forme et une fistule succède ; heureux quand on peut éviter les funestes conséquences d'un épanchement d'urine. D'autres fois l'inflammation, au lieu de suivre cette marche, se propage par continuité de tissus aux vésicules séminales, aux canaux déférens et à l'un et à l'autre des testicules, lesquels deviennent le siége d'un engorgement inflammatoire. Tous ces accidens nécessitent la cessation des bougies et un traitement antiphlogistique des plus énergiques.

Je ne partage pas entièrement l'opinion des auteurs qui pensent que les bougies de gomme élastique ou en cire irritent moins le canal que les sondes métalliques : ou les premières sont assez solides pour ne pas se laisser déprimer dans le rétrécissement, et alors elles en dilatent l'ouverture à la manière des secondes et l'irritent tout autant ; ou bien elles sont trop molles et n'atteignent pas le but. Ainsi, que les bougies et les sondes soient cylindriques ou coniques, qu'elles soient emplastiques, en gomme élastique, ou métalliques, l'effet est à peu près le même, parce que leur action est tout-à-fait mécanique.

Outre que le traitement par les sondes est très long, puisqu'il peut durer un an, dix-huit mois et même plus, il ne produit encore qu'une cure palliative et de peu de durée. Ce grand inconvénient a été constaté par tous les auteurs ; mais Ducamp est celui qui a démontré avec plus de clarté les inconvéniens de la dilatation, ainsi que son insuffisance comme moyen thérapeutique des rétrécissemens :

« Le traitement par la dilatation n'est exempt, dit-il, ni d'accidens ni d'inconvéniens.

» Il est douloureux et très long.

» Il n'est jamais que palliatif. »

Nous venons de voir que les bougies dont on augmente peu à peu le volume, indépendamment des inconvéniens que je viens de signaler, élargissent encore si lentement le passage de l'urine qu'il y a peu de malades qui veulent acheter leur guérison par un traitement aussi long. Cette marche lente ne convient pas mieux à beaucoup de praticiens, à ceux surtout qui aspirent au titre d'opérateur : il leur faut des moyens prompts, des grands moyens ; la dilatation forcée en est un. Par le cathéterisme forcé, une des opérations les plus délicates de la chirurgie, et dont la plus grande habileté de l'opérateur ne saurait écarter le danger, on élargit instantanément le canal en déchirant les parois de l'obstruction. Mais, même en ne disant rien des difficultés du cathétérisme forcé, des douleurs vives qu'il provoque, et des dangers qui résultent de la perforation du canal, ainsi que des fausses routes, il faut observer qu'il est encore accompagné d'accidens assez graves pour le faire rejeter du traitement des rétrécissemens. Ces accidens sont l'irritation excessive des parois de l'obstruction et de plus l'inflammation phlegmoneuse des parties voisines et les dépôts. Mais je suppose encore qu'après la déchirure des parois de l'obstruction on ait prévenu ou heureusement combattu l'inflammation : ce premier succès n'a encore rendu au canal qu'une faible partie de son diamètre. Il arrive rarement, en effet, que l'éraillure intéresse toute l'épaisseur des parois de la structure : une nouvelle opération devient donc nécessaire, mais alors la déchirure est plus difficile et plus douloureuse, l'inflammation plus à redouter et les dépôts plus difficiles à prévenir.

Si, au lieu de déchirer les parois de l'obstacle une seconde et une troisième fois, on veut achever son élargissement par la dilatation progressive et avec des bougies dont on augmente peu à peu le volume, le danger n'est pas moins grand; en effet, les accidens inflammatoires sont encore plus à redouter. Il y aurait certainement moins de danger à les déchirer de nouveau qu'à les distendre progressivement après les avoir rompus, à cause de l'irritation et de l'inflammation que détermine infailliblement la dilatation.

Si quelquefois ce procédé a été suivi de la guérison des rétrécissemens, c'est, sans doute, lorsque la déchirure des parois avait été assez profonde pour détruire entièrement la disposition morbide, et que les sondes sur lesquelles la plaie s'était cicatrisée ne l'avaient pas trop irritée ; ou, ce qui équivaut, c'est lorsqu'on ne s'était pas servi de ces instrumens comme des corps dilatans, car l'irritation qu'ils entretiennent dans les parties malades empêche la résolution.

Malgré les dangers attachés au cathéterisme forcé, je le préférerais encore à la cautérisation, si j'avais à choisir entre ces deux moyens de guérison, parce qu'il ne s'accompagne pas de perte de substance et d'une cicatrice étendue, qui devient constamment la cause d'un nouveau rétrécissement, ainsi que je le démontrerai en parlant de la cautérisation.

Mais jusqu'à quand se permettra-t-on de déchirer des parties aussi délicates, quand on peut les diviser avec une précision mathématique? N'est-il pas encore assez évident pour tout le monde que, par cette méthode barbare, la plus dangereuse de toutes, on n'élargit le canal qu'en lacérant des tissus très résistans, tandis qu'on pourrait, en les coupant, obtenir sans douleur le même résultat? Le cathétérisme forcé, qu'on le sache bien, est réellement pour les rétrécissemens, comparé à l'incision, ce que serait pour l'amputation l'emploi d'une scie ou celui d'un couteau bien tranchant.

Si je rejette la dilatation forcée du traitement des rétrécissemens du canal de l'urètre, ce n'est pas seulement parce qu'elle est souvent impraticable, hasardeuse et dangereuse, mais bien encore parce que, étant très douloureuse, elle est le plus souvent accompagnée d'accidens inflammatoires très violens, annoncés par des douleurs vives le long du canal, par

---

il y soutint une thèse remarquable sur l'apoplexie ; enfin, il fit ses derniers adieux à l'Angleterre au mois de septembre 1792.

Le moment était arrivé pour lui de mettre à profit ses peines et ses veilles; il allait débuter à Philadelphie; tout se réunissait pour lui aplanir les obstacles et lui rendre le succès facile. Indépendamment des connaissances étendues et variées, qu'il avait puisées aux meilleures sources, et qui étaient le fruit d'un travail assidu et prolongé, Physick avait été heureusement doué par la nature. Son âme était grande et belle, son cœur généreux. Il était d'une taille ordinaire, mais sa contenance était noble et expressive; il avait un front élevé, un nez aquilin, un œil pur et vif; sa bouche était agréable; ses lèvres minces indiquaient la finesse et la pénétration. L'expression de sa physionomie était toujours grave et digne, et présentait ordinairement une teinte de mélancolie. Cette expression devenait plus marquée encore lorsqu'il était absorbé par une grande pensée, ou préoccupé d'une opération importante. Rarement il se laissait aller à la gaîté; cependant, il n'était point insensible à une plaisanterie de bon goût; alors son visage brillait d'un aimable sourire, qui changeait totalement l'expression de ses traits. Ses manières étaient toujours dignes et en même temps pleines de grâce et d'affabilité. Quand il était auprès d'un malade en danger, ou auquel il allait pratiquer une opération grave, rien ne peut dépeindre le degré de bonté, de tendresse même qui régnait dans tous ses mouvemens, dans ses moindres gestes, que le degré de confiance qu'il savait inspirer. Alors il venait à bout d'adoucir les douleurs les plus cruelles, et de calmer les craintes de l'homme le moins courageux.

Malgré tous ces avantages, Physick aurait attendu fort longtemps sans doute que sa réputation se fondât et pût s'étendre, sans une circonstance malheureuse pour son pays, mais qui le mit bientôt en évidence et lui fit faire un rapide chemin. La fièvre jaune se déclara à Philadelphie dans l'été de 1793; Physick s'empressa d'offrir ses services à ses concitoyens; il fut mis à la tête d'un hôpital, et dans ces temps de calamité publique, il sut rendre d'immenses services à sa ville natale.

En 1794, à l'âge de 26 ans, il fut nommé chirurgien de l'hôpital de Pensylvanie. Alors commença pour lui une ère de gloire et de succès; ses qualités d'opérateur se dessinèrent d'une manière remarquable: son jugement était sûr et rapide; cependant, il ne se décidait à prendre un parti qu'après de mûres et profondes réflexions sur les circonstances du fait qu'il avait sous les yeux, mais sa résolution une fois prise était inébranlable; dès-lors toutes ses facultés se tournaient vers l'acte important qu'il allait accomplir, et rien ne lui échappait des moindres détails dans les préparations qu'exige une opération. Il avait à un haut degré la qualité la plus indispensable à un chirurgien; sa vue était remarquablement bonne. Tous ses mouvemens étaient pleins de fermeté et d'assurance; il avait dans la contraction de ses muscles cette énergie et cette fixité sans laquelle il n'est pas possible d'opérer sûrement.

Ce ne fut qu'en 1800 que Physick se livra pour la première fois à l'enseignement; et bientôt sa réputation comme professeur ne fut pas au-dessous de celle qu'il avait déjà comme chirurgien; peu de temps après, une chaire de chirurgie ayant été créée dans l'université de Philadelphie, il fut choisi pour la remplir. Il reçut successivement les titres de médecin du dispensaire de Philadelphie, de chirurgien extraordinaire (*surgeon extraordinary*), de médecin de l'infirmerie des pauvres, de membre de la société philosophique américaine.

la tuméfaction de la verge et par la fièvre, qui ne tarde pas à se déclarer. Dans les cas où l'inflammation phlegmoneuse ne passe pas à l'état de suppuration, parce qu'elle n'est pas entretenue par les sondes, elle reste néanmoins encore assez intense pour entretenir l'engorgement des parties malades et empêcher la résolution.

Je résumerai ce que je viens de dire concernant le traitement des rétrécissemens par la dilatation, en faisant observer 1° que celle-ci, faite au premier degré, et qui paraît avoir le moins d'inconvéniens, puisqu'elle s'accompagne rarement d'accidens inflammatoires, n'est pas susceptible de rendre au canal ses dimensions naturelles; 2° qu'au second degré, elle est plus douloureuse et produit plus souvent l'inflammation phlegmoneuse des parties, et qu'elle doit dès lors être abandonnée, parce qu'elle ne produit aussi que la cure palliative des rétrécissemens, bien qu'elle dilate plus promptement leur ouverture. Ils se reproduisent, en effet, peu de temps après qu'on a cessé l'usage des bougies; l'irritation incessante qu'elles ont entretenue dans ses parois en a empêché la résolution.

Le cathétérisme forcé constitue un traitement si douloureux qu'il y a autant de cruauté à y soumettre les malades que de témérité à le tenter.

On a cherché à rompre les parois des rétrécissemens au moyen de l'insufflation et des injections faites avec force devant l'obstacle. Mais ces moyens de dilatation, outre qu'ils sont douloureux, n'ont peut-être jamais obtenu le but qu'on se proposait. MM. Ségalas, Leroy et Amussat les ont employés avec si peu de succès qu'ils y ont renoncé. M. Amussat s'en est servi le premier avec succès dans les rétentions d'urine causées par certains rétrécissemens, dont l'ouverture était fermée par un bouchon de mucosité épaissie.

Les bougies et les sondes, quelles que soient leur forme et leur nature, sont de mauvais moyens de dilatation, non seulement parce qu'elles agissent lentement, et qu'elles ne procurent qu'une cure palliative, mais encore parce que la compression qu'elles exercent sur les parties malades n'a pas lieu en même temps sur toute la surface de l'obstacle : c'est, en effet, le point le plus saillant qui la supporte en entier ; aussi arrive-t-il que cet endroit plus irrité s'enflamme et éprouve une érosion qui rend bientôt la dilatation très douloureuse et souvent impossible. Si la dilatation pratiquée avec le dilatateur de Ducamp était permanente, elle serait bien préférable à celles qu'on obtient avec les bougies, parce qu'elle est à la fois lente et qu'elle se pratique avec la même force sur tous les points du même rétrécissement, c'est-à-dire sur les plus saillans comme sur ceux qui sont moins resserrés. D'un autre côté, le dilatateur n'exerce pas sur les parties un frottement aussi douloureux que celui des sondes. J'ai donc fait une chose utile lorsque j'ai eu l'idée de gonfler la poche du dilatateur avec du mercure. Ce métal est, en effet, le meilleur moyen de vaincre la résistance des parois de l'obstruction et d'en produire la dilatation d'une manière permanente, ainsi que j'en ai eu l'assurance dès les premiers jours que je me suis occupé de traiter les rétrécissemens par l'incision. J'ai continué à m'en servir avec le même succès après la publication de mon mémoire sur ces maladies; mais je ne l'ai employé depuis ce moment qu'à la fin du traitement et seulement lorsque le canal pouvait recevoir de grosses bougies.

Longtemps et presque exclusivement suivie, la dilatation ne fut un peu délaissée que lorsque Ducamp publia les moyens d'appliquer avec précision le caustique sur les parties malades; je pourrais dire avec quelque exactitude que depuis cette époque ces deux méthodes se sont alliées et ont contribué par égale part au traitement des rétrécissemens; ainsi la seconde méthode n'a donc pas réellement remplacé la première; car quelle que soit la précision avec laquelle l'auteur de la cautérisation attaque les rétrécissemens du canal de l'urètre, il ne détruit pas assez profondément ni assez complètement toutes les parties malades, pour ne pas être dans l'obligation d'achever par la dilatation l'élargissement du canal que le caustique a commencé; ainsi en supposant que la cautérisation ne fût pas vicieuse par elle même, elle conserverait encore tous les inconvéniens qu'on reproche à la dilatation.

Je suis étonné que l'auteur de la cautérisation ait pour ainsi dire fait de la dilatation la base du traitement des coarctations de l'urètre, après l'avoir si justement condamnée. Serait-elle, après la cautérisation, réellement dépourvue des inconvéniens qu'il lui reproche avant cette opération? La cautérisation, dit-il, doit atteindre ce but : détruire la disposition morbide des parties; s'il entend par ces expressions, disposition morbifique, tout ce qui fait relief dans le canal, tout ce qui est résistant ou qui a cessé d'être extensible, ainsi qu'il paraît nous le dire, nous verrons bientôt qu'il n'a pas été conséquent avec sa première proposition; il conseille en effet de cesser la cautérisation dès qu'on peut introduire dans l'ouverture du rétrécissement une bougie n° 6. Bien certainement dans ce cas, la disposition morbifique des parties n'est pas encore entièrement détruite; en relevant cette contradiction je suis loin de blâmer la conduite de l'auteur; il aurait en effet commis une très grande faute et fait courir à son malade la chance d'accidens graves, s'il eût mortifié les parois des rétrécissemens dans toute leur épaisseur, c'est-à-dire jusqu'aux parties saines, ainsi que l'a conseillé M. Lallemand. Les rétrécissemens qui ont une certaine longueur et dont les parois sont épaisses ont besoin d'être cautérisés très profondément pour pouvoir être dilatés avec fruit, dit cet auteur; et il donne le conseil de détruire alors la totalité de ce qui est altéré et tout ce qui met évidemment obstacle à la dilatation du canal, parce que le peu qu'on en laisse étant à peu près inextensible, on ne gagne rien par la dilatation. Il conseille même de cautériser encore lorsque le rétrécissement peut déjà admettre une sonde n° 9.

Nous pouvons donc tenir pour constant que puisque Ducamp cessait la cautérisation lorsqu'il avait tant soit peu élargi l'ouverture des rétrécissemens, il ne détruisait pas entièrement leur disposition morbide; or les bougies dont il faisait alors usage pour achever la dilatation devaient conserver les mêmes inconvéniens qu'avant la cautérisation et l'amener également qu'une cure palliative.

Quoi qu'en dise Ducamp, la dilatation doit être plus douloureuse lorsque les rétrécissemens ont été cautérisés que lorsqu'ils ne l'ont pas été. Parmi ces derniers, je n'en n'ai jamais rencontré dont la sensibilité m'ait forcé de renoncer à la dilatation, tandis qu'elle a été accompagnée de si vives douleurs dans les rétrécissemens que j'ai cautérisés, que les malades n'ont pas pu la supporter; et d'ailleurs peut-il en être autrement? le caustique ne produit-il pas une plaie avec plus ou moins d'irritation dans la muqueuse, en avant et en arrière de l'obstruction? Cette irritation n'est-elle pas entretenue et même accrue dans ces parties par la présence des bougies dans le canal? En un mot dans les rétrécissemens qui ont été cautérisés et dont on n'a pas entièrement détruit la disposition morbifique, la dilatation est plus douloureuse et ne produit encore qu'une cure palliative.

Il fut élu président de la société phrénologique de Philadelphie en 1822, et de la société de médecine en 1824. En 1825, il reçut le titre de membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris; c'était le premier médecin américain qui jouissait de cet honneur. En 1831, lors de sa retraite de l'Université de Pensylvanie, on lui accorda le titre de professeur émérite d'anatomie et de chirurgie de cette université. Enfin, en novembre 1836, la société royale médico-chirurgicale de Londres nomma Physick membre honoraire. Mais il avait depuis longtemps renoncé à tous ses emplois; déjà, en 1816, il avait quitté l'hôpital de Pensylvanie, et quelque temps après le dispensaire de Philadelphie, et l'infirmerie d'Halons-Honse. En 1819, il abandonna la chaire de chirurgie et fut nommé à celle d'anatomie, vacante par la mort de son neveu. Une santé débile, les fatigues d'une longue carrière si bien remplie, le chagrin profond que lui causa la mort de Dorsey, dans lequel il avait mis toutes ses espérances, l'avaient considérablement affaibli. Atteint d'une fièvre typhoïde, dans l'hiver de 1814, il eut d'autant plus de peine à retrouver ses forces qu'il s'était fait traiter avec trop d'énergie par la méthode antiphlogistique. Plus tard, les symptômes d'une affection du cœur se développèrent; puis des accidens du côté des reins; à plusieurs reprises la gravelle lui fit éprouver les plus cruelles douleurs.

Dans l'été de 1837, un épanchement, qui depuis longtemps s'était formé dans la poitrine, alla en augmentant d'une manière effrayante; la gêne de la respiration était portée au plus haut degré; la position horizontale lui était insupportable. Les extrémités inférieures s'œdématièrent; enfin le père de la chirurgie américaine s'éteignit sans agonie le 15 décembre 1837.

Les premiers travaux de Physick ont eu pour objet la fièvre jaune. Les épidémies de 1793, de 1797, 1798 et 1799 lui fournirent un vaste champ d'étude. Conjointement avec le docteur Catthrall il fit un grand nombre d'autopsies, et bientôt il se crut en droit de conclure que la fièvre jaune n'était pas contagieuse, que c'était une simple phlegmasie gastro-intestinale. Cette idée si en désaccord avec les systèmes reçus à cette époque eut pour conséquence nécessaire un changement dans la thérapeutique de cette affection; à la place des excitans dirigés contre l'adynamie, il ne s'agit plus que d'antiphlogistiques pour combattre l'inflammation. Le chirurgien américain aurait donc précédé Broussais dans l'énoncé d'un fait que ce dernier exprima plus tard avec tant d'énergie et de talent, en faisant voir les relations intimes qui existent entre les phlegmasies de l'estomac et le développement de la fièvre jaune, de la fièvre bilieuse, etc. La fièvre jaune n'était donc qu'une gastrite.... Cette opinion était si bien établie dans l'esprit de Physick, il était si fortement convaincu de la nécessité d'éviter toutes les causes susceptibles d'amener ou d'entretenir les irritations gastriques, que dans un cas malheureux il lui arriva d'attribuer la mort d'un malade à l'ingestion d'une petite quantité de bouillon de poulet, qui détermina une rechute mortelle.... Certes on n'aurait ni plus ni mieux dit de nos jours.

A la suite de la dernière épidémie de fièvre jaune qui ravagea Philadelphie en 1799, Physick publia dans le NEW-YORK MEDICAL REPOSITORY, *Quelques observations sur le vomissement noir*. Dans ce travail, l'auteur établit contrairement à l'opinion reçue que la matière du vomissement noir, loin d'être le produit de la sécrétion du foie, avait sa source dans la phlegmasie des vaisseaux de l'estomac et des intestins. Il développait du reste avec talent les conséquences pratiques de cette idée, qui détruisait la doctrine si généralement

Le mode d'application du caustique a été porté à son plus haut degré de perfection par Ducamp. Considérée sous ce rapport, la cautérisation laisse peu à désirer. S'en suit-il pour cela qu'elle soit sans inconvénient? et ses conséquences ne sont-elles pas dangereuses? n'a-t-on pas vu, par exemple, des rétrécissemens être la suite de la cautérisation elle-même? Sur ce point périlleux de leur méthode, les partisans de la cautérisation ont gardé un silence prudent. Peut-être n'ont-il pas osé avouer sans détour les désastres possibles de la cautérisation, et pourtant la lecture de leurs ouvrages nous confirme dans la pensée que ces tristes résultats n'avaient pas échappé à leur observation. En effet, ne voyons-nous pas Ducamp recommander d'être avare de caustique et d'en cesser l'application dès que l'urètre peut admettre une bougie de six lignes? « Quelques applications à un dixième de grain de nitrate d'argent suffisent, dit-il, dans la grande majorité des cas pour détruire l'obstacle, et on ne doit jamais perdre de vue que la cicatrice sera d'autant plus mince et délicate qu'on aura moins détruit de parties. » Il est évident, d'après ces remarques, que Ducamp supposait à la cautérisation des inconvéniens proportionnés à la quantité de caustique dépensé, ou à l'étendue des parties détruites, ou encore à la largeur de la cicatrice, dont le tissu rétractile reproduit les rétrécissemens sous une forme incurable. N'est-ce pas pour les mêmes raisons que M. Aumont (Add. à la thèse de M. Lisfranc, p. 147) veut qu'on rejette la cautérisation toutes les fois que la longueur du rétrécissement dépasse un pouce?

Quoique M. Lallemand garde un silence absolu sur les suites fâcheuses que peut avoir la cautérisation, nous sommes néanmoins portés à croire qu'il n'ignorait pas qu'elle pouvait souvent produire des rétrécissemens incurables, puisqu'il conseille de s'en abstenir pour tous ceux dans lesquels on peut introduire une bougie n° 6. Pourquoi, dit-il, puisqu'on finit par dilater les rétrécissemens après les avoir élargis par la cautérisation, ne commencerait-on pas par-là quand ils sont encore assez larges?

Presque tous les auteurs qui ont écrit sur les rétrécissemens avant Ducamp sont convenus que la cautérisation pouvait avoir des suites fâcheuses, et entre autres inconvéniens, ils lui reprochaient surtout celui d'exposer les malades à un nouveau rétrécissement plus difficile à surmonter que le premier. Les cautériseurs modernes pensent-ils nous faire croire que cet accident tenait uniquement à la manière d'appliquer le caustique? Il est bien certain qu'on maîtrisait plus difficilement son action autrefois, qu'on ne le fait aujourd'hui; mais aujourd'hui comme hier, le caustique produit une escarre, puis une plaie, et à la place de la plaie, il s'établit une cicatrice qui se ressemble dans l'un et l'autre cas; et cette cicatrice, il est impossible de l'obtenir de l'étendue des autres parties du canal, qu'elle remplace, sans conserver aucune de leurs qualités. Lorsque j'ai eu l'idée de me servir de l'incision et de la substituer à la cautérisation, je ne croyais pas que cette dernière méthode s'accompagnait d'accidens si graves et avait des suites si funestes, que je serais obligé de la rejeter du domaine de la chirurgie; je ne croyais pas non plus à cette époque que la méthode de l'incision pût s'appliquer à la guérison de tous les rétrécissemens, parce qu'il n'y a pas entre eux de similitude parfaite. Mais le raisonnement et l'expérience m'ont prouvé le contraire; et il est maintenant acquis pour moi, que quelles que soient la forme et l'espèce des rétrécissemens, l'incision est toujours le meilleur et le seul moyen de guérison qu'on ait à leur opposer.

Je l'ai déjà dit, et on est généralement d'accord sur ce point de pratique, que pour guérir un rétrécissement, il faut faire cesser la disposition morbide des parties malades avant de passer à leur dilatation. Si on entend par disposition morbide, cette coarctation du canal semblable à la constriction que lui ferait éprouver une ligature avec une ficelle, avouons que les auteurs de la cautérisation s'y sont très mal pris pour arriver à ce but; en effet, au lieu de la faire cesser en coupant l'espèce de bride qui étrangle le canal et s'oppose à son élargissement, en l'attaquant par un seul de ses côtés et sur un point linéaire de sa longueur, comme ils auraient dû le faire, ils ont au contraire cautérisé en tous sens le rétrécissement pour consumer entièrement ses parois; ils ont donc fait éprouver au canal une très grande perte de substance, et substitué à la place du rétrécissement une large plaie qu'on a trop légèrement appréciée.

La guérison d'un rétrécissement traité par la cautérisation est obtenue, dit-on, lorsqu'on a atteint une cicatrice mince aussi large que le canal. Voyons s'il est possible de l'obtenir avec toutes ces qualités; et si une fois obtenue, elle doit toujours conserver cette finesse qui la fait ressembler à la muqueuse. Supposons un rétrécissement circulaire de six lignes d'étendue : on le cautérise en tous sens et dans toute sa longueur, c'est-à-dire qu'on détruit le canal dans toute sa circonférence et dans une étendue au moins égale à celle de la maladie : voilà donc l'escarre, étant tombée, une plaie très étendue, fortement irritée par les cautérisations répétées, et encore plus par les sondes avec lesquelles on va dilater le canal. Toutes ces causes d'irritation bornent-elles leur action à la plaie? Non certainement; l'irritation s'étend encore aux parties sous-jacentes qui s'engorgent plus ou moins. Alors l'inflammation survient; elle est même un accident inévitable, car si les applications du caustique ont été ménagées et n'ont pas détruit les tissus malades dans toute leur épaisseur, ou jusqu'aux parties saines, la dilatation qui est alors plus douloureuse la provoquera; si au contraire la cautérisation a emporté tous les tissus affectés, cet accident est directement déterminé par le caustique dont on a été obligé de multiplier les applications.

On conçoit qu'il doit être impossible de répéter ces applications sur des tissus aussi délicats, sans provoquer leur inflammation : aussi, je le répète, cet accident, qui est inévitable, empêche-t-il ou retarde-t-il toujours plus ou moins la cicatrisation de la plaie. Mais je suppose que l'inflammation soit moindre et que la plaie, moins irritée, ait pu se cicatriser: la cicatrice présente-t-elle les caractères qu'on lui suppose, c'est-à-dire est-elle mince, flexible et aussi étendue que le canal? Si les cicatrices récentes qui se forment dans tous les tissus du corps sont dures et plus ou moins épaisses, pourquoi celles de l'urètre n'offriraient-elles pas ces caractères, puisque les plaies du canal, sans cesse irritées, s'accompagnent toujours d'engorgement dans les tissus voisins? Il est donc impossible de concevoir que la cicatrice qui suit la cautérisation de la muqueuse du canal soit mince et flexible, comme on l'a gratuitement avancé. Je crois aussi qu'il est impossible d'obtenir une cicatrice aussi large que le canal; et je fonde mon opinion sur la contiguité habituelle du canal, sur le peu de temps qu'on laisse les sondes à demeure, et sur la tendance qu'ont les cicatrices à rapprocher les bords des plaies. Il faudrait, pour lui obtenir cette dimension, que les corps dilatans restassent à demeure dans le canal jusqu'à parfaite guérison de la plaie, ou que ses parois fussent soulevées et habituellement distendues pendant tout ce temps; alors seulement je conçois que la cicatrice pourrait avoir les dimensions du canal. Mais d'abord, à tort ou à raison, on n'a pas procédé de la sorte après la cau-

---

adoptée sur la nature adynamique de la fièvre jaune et la putridité du vomissement noir; il insistait sur l'utilité du traitement antiphlogistique qui pour lui était le seul rationnel; mais Physick devait obtenir une tout autre gloire que celle qu'entraînent toujours à leur suite la création ou la défense obstinée d'un paradoxe. Ce n'est au reste ni le médecin, ni le théoricien qu'il faut chercher en lui, mais le grand chirurgien; sous ce rapport les services qu'il a rendus sont incontestables.

Pour bien apprécier ce que la chirurgie américaine doit à Physick, il faudrait se faire une idée exacte de l'état où il la trouva à l'époque de son retour d'Angleterre. Les principes de l'art étaient à peine connus; et s'il se trouvait par hasard un homme capable de les mettre en pratique, il n'en existait pas un seul au talent duquel on se fût livré avec quelque confiance. Alors dans les universités, la chirurgie n'avait même pas un enseignement spécial; le même professeur faisait à Philadelphie le cours d'anatomie et de chirurgie. Physick, à qui il était réservé d'introduire de grandes améliorations dans l'enseignement et la pratique, eut donc sous ce double rapport beaucoup à faire; sa tâche a été dignement remplie.

Le traitement des ulcères fut ce qui l'occupa d'abord; rien de plus empirique, de plus barbare même, que les moyens auxquels les chirurgiens avaient recours à cette époque, dans la thérapeutique d'une affection si commune et si préjudiciable à la classe de la société où on la voit sévir ordinairement. Et si l'on vient à penser qu'il était fréquent alors d'amputer des membres pour de simples ulcères chroniques, on sera convaincu de l'urgence qu'il y avait à modifier leur traitement. Physick faisait rester ses malades au lit, et quand l'ulcère avait son siége aux extrémités inférieures il avait soin de tenir élevé le membre malade. D'abord il prescrivait les applications émollientes, et en même temps un traitement constitutionnel approprié à l'état général du malade. Si l'ulcère était primitivement atonique ou bien quand l'irritation primitive avait disparu il recourait à quelques topiques excitans et faisait continuer le repos.

Les modifications qu'il fit subir au traitement et aux appareils des fractures sont assez nombreuses et assez importantes. Ainsi indépendamment des changemens qu'il apporta à l'appareil de Desault pour les fractures de cuisse, il appliquait aux fractures de l'humérus dans le voisinage de l'articulation huméro-cubitale deux attelles anguleuses qui s'étendaient de l'épaule à l'extrémité des doigts. Le malade gardait le lit ayant l'avant-bras maintenu dans la flexion et supporté par un oreiller.

Le traitement auquel il avait recours pour les fractures de l'extrémité inférieure du péroné, avec luxation du pied en dehors, était précisément le même que celui de Dupuytren; auquel des deux chirurgiens est due la priorité de l'invention? Il est difficile de décider la question. Ce n'est pas au reste le seul point de contact ou de rivalité qu'auraient eu ces deux grands chirurgiens; on en jugera mieux tout à l'heure, lorsque nous rappellerons les tentatives heureuses de Physick pour la guérison de l'anus anormal.

Ce fut lui qui le premier mit en pratique le conseil donné par Alexandre Monro, de saigner jusqu'à défaillance dans les cas de luxations difficiles à réduire. Cette méthode le mit souvent dans le cas de remédier à des luxations anciennes, qui suivant toute apparence seraient restées à jamais irréductibles par tout autre moyen.

La coxalgie, cette affection si rebelle, et si grave dans la plupart des cas,

térisation, et dans le cas qu'on eût voulu le faire, on en aurait, sans doute, été détourné par l'inflammation que la présence des sondes y aurait déterminée.

On sait que les parois de l'urètre, souples et flexibles, sont habituellement contiguës. L'inflammation de la plaie et l'engorgement, qui en est la conséquence, augmentent leur épaisseur, d'où il suit que, dans le point cautérisé, les parties sont aussi habituellement contiguës et se touchent même quelquefois avec assez de force pour produire une rétention d'urine. Or, dans ces cas, je le demande, est-ce parce qu'on placera une sonde dans le canal, deux heures sur vingt-quatre, qu'on procurera à la cicatrice une étendue égale au diamètre de l'urètre? Cette opinion n'est pas admissible, le raisonnement la repousse : les parties malades, en effet, étant moins résistibles que les parties saines, reviennent sur elles-mêmes aussitôt qu'on a retiré la sonde, et elles restent contiguës : ainsi, la cicatrice qui va se faire pendant vingt-deux heures sur des parties habituellement en contact ne pourra jamais avoir une étendue de quatre lignes. L'expérience de tous les jours prouve aussi, de la manière la plus évidente, la justesse de mon raisonnement, ainsi que j'ai pu m'en convaincre par les malades que j'ai cautérisés, et par ceux plus nombreux que mes confrères ont traités de la même manière, et qu'ils ont eu la complaisance de me montrer. C'est, en effet, depuis que j'habite Lyon que, discutant avec des hommes de l'art sur les avantages et les inconvéniens des divers traitemens des rétrécissemens, j'ai mieux été à portée de connaître combien était grand le nombre des victimes de la cautérisation. Je pourrais en citer des centaines d'exemples, si ce triste dénombrement devait avoir quelque profit. J'en ai fait le mien, et je m'en sers pour montrer que l'application du caustique même, confiée à des mains habiles et exercées, a également produit dans le canal de l'urètre des désastres épouvantables et le plus souvent sans remède.

Le tissu des cicatrices, dense, serré, peu ou pas du tout extensible, est peu susceptible de résolution; il a, au contraire, comme tous les tissus de nouvelle création, une tendance à se durcir davantage et à rétrécir les ouvertures où il se forme. Cette disposition morbide s'observe surtout lorsque quelques corps étrangers entretiennent l'irritation dans les parties. Or, dans les rétrécissemens que l'on a cautérisés, la cicatrice n'est-elle pas constamment irritée par les sondes et par le passage des urines? Ainsi je suppose qu'après avoir détruit un rétrécissement par la cautérisation et par les bougies, on ait donné au canal une ouverture de deux lignes d'étendue, il ne conserve pas encore cette dimension, à cause de la tendance que la cicatrice a à se resserrer de plus en plus.

La cautérisation n'est donc pas seulement dangereuse, ainsi que je le croyais autrefois, par les accidens inflammatoires qui l'accompagnent, soit que ceux-ci soient provoqués par le caustique lui-même, soit qu'ils le soient par l'usage des bougies : elle est encore essentiellement vicieuse, en tant qu'elle fait éprouver au canal une perte de substance, et qu'elle produit une plaie très étendue, dont la cicatrice, loin d'avoir la souplesse et l'élasticité des parties détruites, et d'en remplir les fonctions, est, au contraire, un tissu inextensible, qui devient l'occasion d'une nouvelle stricture.

Je pensais autrefois qu'après avoir détruit la disposition morbide des parties qui forment le rétrécissement, je pouvais me servir de suite des bougies d'un très gros volume, pour maintenir au canal la largeur que lui avait acquise l'incision; c'est ainsi que j'avais traité les premières obstructions du canal que j'avais eu à combattre : mais, depuis la publication de mon mémoire sur ces maladies, l'expérience m'a appris qu'on pouvait s'en tenir à l'incision, et que la dilatation était inutile et dangereuse; ainsi, si je fais encore usage de l'incision, ce n'est pas dans l'intention de dilater le point rétréci du canal ou les parois de l'obstruction, mais seulement pour écarter ses lambeaux et empêcher leur réunion.

Malgré ma prédilection pour ma méthode, je savais qu'elle n'était pas exempte d'inconvéniens : je l'avais déjà vue deux fois s'accompagner de l'inflammation de l'urètre, et bien que je rapportasse cet accident à la dilatation, je n'étais pas encore convaincu que celle-ci en fût exclusivement la cause, lorsque la rencontre d'un nouveau rétrécissement vint lever tous mes doutes à cet égard. Il fut, en effet, pour moi la source de nouvelles réflexions, qui me portèrent à modifier l'urétrotome, comme je l'indiquerai tout-à-l'heure.

Nous savons qu'il faut élargir le canal pour faire cesser l'obstacle au cours de l'urine. Je ne rappellerai pas les nombreux moyens qu'on a proposés pour obtenir ce résultat; je les rejette tous indistinctement, comme insuffisans, périlleux et nuisibles.

Avant de parler de l'incision ou de la manière de pratiquer le débridement des rétrécissemens, j'éprouve le besoin de demander s'ils sont tous susceptibles d'être attaqués par l'instrument tranchant? Si l'incision est également avantageuse dans toutes les espèces de rétrécissemens? Si ceux de la première et de la seconde espèce, par exemple, qui sont causés par l'inflammation et l'épaississement des parois du canal, peuvent être traités comme les rétrécissemens membraneux?

L'expérience m'a appris que les uns et les autres pouvaient être guéris par l'incision de la manière la plus prompte et la plus avantageuse.

Dans l'incision des rétrécissemens avec épaississement des parois de l'urètre, quelle que soit leur étendue, on divise l'obstruction en plusieurs sens, et, en les réduisant ainsi en plusieurs compartimens, on a surtout pour but de favoriser la résolution de ses parois. Les sondes qu'on y introduit pour écarter les lèvres des solutions de continuité et empêcher leur réunion, en comprimant les lambeaux de l'obstruction, diminuent peu à peu leur épaisseur et en même temps l'étendue des plaies; en sorte que, lorsque la résolution des lambeaux est achevée, les petites solutions de continuité ne s'aperçoivent plus que sous une forme linéaire. Elles ne sont donc pas recouvertes par une cicatrice mince aussi étendue qu'elles. Celles-ci ne s'aperçoivent même pas à l'autopsie des individus qui ont été traités par cette méthode, ainsi que j'en ai l'assurance.

La guérison des autres espèces de rétrécissement s'obtient encore plus facilement, quoique de la même manière que celle des premiers; seulement elle est plus prompte.

Par la méthode de l'incision, le canal de l'urètre n'éprouve pas de perte de substance; la guérison des obstructions ne repose donc pas sur la nécessité d'obtenir une cicatrice mince, aussi large que le canal, comme on suppose qu'on l'obtient (par le désir qu'on en a, sans doute), après la cautérisation. Elle consiste, au contraire, à ramener les parties malades à leur état normal. Après la résolution des lambeaux de l'obstruction, elles reprennent, en effet, leur souplesse naturelle. Ainsi, sous ce rapport, ces deux méthodes ne souffrent pas de comparaison. Mais est-il vrai qu'après l'incision les parties engorgées puissent reprendre leur état primitif sans laisser des vestiges de cicatrices, ainsi que je viens de le dire?

Les plaies ont d'abord une étendue considérable, et presque toujours

---

dont la nature et le siége sur les divers élémens de l'articulation présentent tant de variations, exerça les méditations de Physick; il regardait le repos de l'articulation malade comme la condition la plus essentielle à remplir; il fallait éviter jusqu'au plus léger mouvement, et, pour y parvenir, il appliquait un appareil fort simple, constitué par une attelle creuse, dont la description a été donnée dans l'AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES, nº XIV, février 1831.

C'est en 1802 que Physick exécuta, pour la première fois, une opération ingénieuse chez un marin, qui avait eu le bras fracturé, huit mois auparavant, sans que la consolidation ait pu être obtenue. Physick passa un séton entre les deux fragmens; à la fin du cinquième mois, le malade quitta l'hôpital complètement guéri. Ce fait a été publié, par extrait, dans le MEDICAL REPOSITORY OF NEW-YORK, vol. I, 1804; et en entier dans les MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS. London; vol. V, 1819. Le malade sur lequel cette opération fut exécutée étant mort, en 1830, d'une fièvre grave, on constata sur l'humérus les traces de la fracture : les deux fragmens se trouvaient réunis par une masse solide de matière osseuse, percée d'une ouverture qui indiquait le siége du séton.

Si l'opération de Physick n'a pas eu le même succès entre les mains de tous ceux qui y ont eu recours depuis cette époque, du moins a-t-elle réussi à M. Mott, à Delpech, à Weinhold, à M. Rigal de Gaillac, etc.; et ne serait-t-elle pas constamment suivie de la consolidation des fragmens, comme elle expose beaucoup moins que la résection à des accidens inflammatoires, ou à la résorption purulente, qu'elle n'empêche pas, en dernière analyse, qu'on ne pratique plus tard la résection, comme le fit dans un cas Cittadini, elle doit rester dans la pratique comme une conquête de la chirurgie moderne.

Un des plus beaux titres de gloire du chirurgien américain est, sans contredit, l'opération qu'il exécuta en 1809 pour la guérison d'un anus anormal, le succès couronna cette tentative. Sa méthode ne fut point publiée alors; il ne la fit connaître que dans ses leçons de chirurgie à un grand nombre d'élèves. Quelques années après, Dupuytren exécuta une opération fondée sur les mêmes principes, mais avec quelques changemens dans le procédé chirurgical. Les honneurs de l'invention furent alors déversés en entier sur le chirurgien français, et Physick se trouvait dépossédé ainsi d'un des plus beaux fleurons de sa couronne. Mais rien ne prouve, d'une manière décisive, que l'idée de Physick ait été connue de Dupuytren. Serait-ce la première fois que deux hommes de génie se seraient rencontrés à de si grandes distances? Cependant il parut, dans le numéro d'octobre 1826 du NORTH AMERICAN MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL, un article du docteur Benjamin Horner Coates, qui, rappelant l'opération de Physick telle qu'il l'avait trouvée consignée dans les registres de l'hôpital, rapprochait le procédé de Dupuytren de la méthode imaginée par le chirurgien de Philadelphie, et rétablissait les faits dans leur valeur précise. A cette époque, Dupuytren ne céda rien de ses droits à la priorité. Mais s'il est vrai de dire que le premier procédé de Dupuytren ressemblait beaucoup à celui de Physick, puisque, comme le chirurgien américain, il portait un fil au travers de l'eperon, afin d'en obtenir la section d'arrière en avant, son entérotome donna bientôt à cette opération un tel degré de perfection qu'il est permis, en toute vérité, de lui en attribuer l'honneur; et, d'ailleurs, à bien prendre, Schmalkhalden, peut-être plus que Physick, y aurait des droits incontestables, puisqu'il avait proposé, dans sa dissertation inaugurale, soutenue

proportionnée à l'épaisseur des parois du rétrécissement; mais elles diminuent peu à peu, à mesure qu'elles se dégorgent et qu'elles s'aplatissent: ainsi, lorsque leur résolution est achevée, elles deviennent linéaires et ressemblent parfaitement aux cicatrices qui résulteraient des plaies du canal dans l'état sain. Il ne serait pas plus raisonnable de croire que la cicatrice qui se fait isolément sur les lèvres de la division dût avoir une étendue égale à celle de la surface des plaies fraîchement faites, qu'il serait rationnel de penser que le canal pût reprendre ses dimensions naturelles, tant que ses parois restent engorgées ou épaissies. Les bougies que l'on porte dans le canal, après l'incision, affaissent si promptement les lambeaux de l'obstruction que la cicatrisation de leur plaie ne peut pas se faire dans le court espace de temps qu'ils mettent à se résoudre.

On ne peut pas préciser le temps que doit durer le traitement des rétrécissemens par l'incision. Il doit varier suivant les espèces de rétrécissemens, leur étendue et une foule d'autres circonstances. Ainsi, je n'assignerai pas quarante jours, ni comme le terme moyen de sa durée, ni comme le plus long; je me bornerai à déclarer qu'il ne faut pas trop se hâter de l'abandonner et de tenir pour guéris les malades, dès qu'ils pissent librement et même par un jet assez fort. Le cours plus ou moins facile de l'urine n'est pas en effet un indice certain de la guérison des rétrécissemens, et c'est à tort qu'on en a jugé ainsi.

Pour constater leur guérison, il faut que la sonde n. 12 puisse franchir le rétrécissement sans y être plus serrée que dans le reste du canal. Alors seulement on aura la certitude que l'engorgement des tissus calleux s'est entièrement dissipé, et que les parties sont revenues à leur souplesse naturelle.

Si on devait se borner à faciliter le passage des urines, le but serait atteint dès le premier jour de l'opération; car le canal est assez largement ouvert pour permettre au malade d'uriner de suite à plein canal; mais la division du rétrécissement ne remplit qu'une des indications du traitement, et si on s'en tenait à cette opération, la maladie ne tarderait pas à se reproduire. Les lambeaux de l'obstruction se réuniraient en effet entre eux; car quoique l'incision ait fait cesser la constriction du canal, ils ne s'écartent pas d'eux-mêmes, ils conservent toute leur épaisseur et restent au contraire contigus et même appliqués avec force l'un contre l'autre. Une preuve de cette disposition nous est donnée par la sonde avec laquelle on explore le canal après l'opération; car, bien qu'elle soit plus petite que l'urétrotome, elle est plus serrée au niveau du rétrécissement que dans le reste du canal. La seconde preuve nous est acquise par la forme du jet des urines: celui-ci est en effet toujours aplati, surtout si l'on n'a fait qu'une seule incision.

Puisque les lambeaux de l'obstruction ne s'écartent pas d'eux-mêmes et qu'ils ne cessent pas de faire saillie dans le canal, il est évident que l'incision ne procurerait qu'une cure palliative et de peu de durée, si on ne faisait pas usage des sondes ou des bougies pour prévenir leur réunion et faciliter en même temps leur résolution; c'est donc de l'emploi bien entendu de ces deux moyens que dépend la cure des rétrécissemens. J'avais autrefois l'habitude d'employer immédiatement après l'opération des bougies d'un gros volume pour maintenir au canal toute la largeur que lui avait acquise l'incision du rétrécissement; mais la première maladie de ce genre que je rencontrai, après que j'eus publié mon mémoire sur l'urétrotomie, m'ayant démontré les inconvéniens de cette pratique, je n'emploie plus les bougies de la même manière. Je ne m'en sers que pour écarter ses lambeaux et exercer sur eux une légère compression qui favorise leur résolution.

J'avais déjà remarqué que l'introduction des grosses bougies dans le point rétréci était douloureuse; je jugeai aussi que l'irritation qu'elle pouvait occasionner avait plusieurs fois empêché la résolution des parties malades et même causé l'inflammation de l'urètre. Aujourd'hui je suis parvenu à éviter tous ces inconvéniens par les modifications que j'ai apportées à ma méthode de guérison.

Au lieu de diviser les rétrécissemens une seule fois et d'achever leur guérison par l'usage des grosses bougies que je plaçais immédiatement dans le canal, je les divise tous les huit ou dix jours; c'est-à-dire que la même opération est ainsi renouvelée de loin en loin, jusqu'à entière guérison. En procédant de la sorte, je détruis beaucoup plus complètement la disposition morbifique des parties, et j'ai l'avantage de faire des bougies un usage plus convenable et moins douloureux pour le malade; car quoique la première incision ait assez ouvert le canal pour permettre l'introduction d'une bougie aussi forte que l'urétrotome, je n'y place cependant qu'une bougie d'un numéro plus petit, que le malade peut garder sans souffrance une partie de la journée, ou presque tout le temps; ainsi un rétrécissement étant donné, je le divise d'abord avec l'urétrotome n. 1, et j'y place une bougie n. 6 ou 7. Huit jours après, seconde incision avec l'urétrotome n. 2, bougies n. 8 ou 9. Huit jours plus tard encore, troisième incision avec l'urétrotome n. 2, bougies n. 12, et ainsi de suite jusqu'à entière guérison. On peut en effet, sans aucun inconvénient, répéter ces opérations, tant que la dilatation est douloureuse et que les sondes du plus gros diamètre ne traversent pas librement le point rétréci. Avec la précaution de me servir de bougies moins volumineuses que l'ouverture du rétrécissement, je peux les tenir presque habituellement dans le canal, sans danger de provoquer de l'inflammation et sans nuire à la résolution des parties malades, parce qu'elles ne sont que très faiblement comprimées. D'un autre côté, j'ai l'assurance que les incisions ne sont nullement douloureuses. Il n'y aurait pas d'inconvénient si les incisions subséquentes agissaient toujours dans la même direction, ou dans la direction de la première plaie; mais il est préférable qu'elles se fassent sur un autre point des parois de l'obstruction. On peut même, chaque fois qu'on revient à cette opération, multiplier ces incisions; car j'ai reconnu que lorsque je les ai divisées en un très grand nombre de compartimens, j'ai facilité leur dégorgement et leur résolution.

La grande difficulté d'atteindre les rétrécissemens de l'urètre avec un instrument tranchant, avait fait penser que leur scarification devait être impossible, et on s'était même effrayé devant l'idée d'une semblable opération; mais aujourd'hui qu'on peut maîtriser et borner à volonté l'incision aux parties malades, comme je peux le faire avec les urétrotomes dont je vais donner la description, elle n'a plus rien de dangereux. Il suffit même de voir ces instrumens pour en être entièrement convaincu et pour dissiper toutes les craintes que l'opération pouvait laisser concevoir.

(La suite au prochain numéro.)

---

en 1798, de traverser, au moyen d'une aiguille courbe, la base de l'éperon, d'y introduire ensuite une forte ligature, pour en obtenir la section par une constriction progressive. Au reste, les belles recherches de Scarpa sur le mécanisme qui préside à la formation de l'anus contre nature, en faisant voir que le véritable obstacle au rétablissement du cours des matières fécales siégeait dans ce qu'il appelait avec toute raison le *promontoire*, avaient démontré que l'indication principale consistait surtout à le détruire. Déjà Desault avait empiriquement résolu cette difficulté en recourant, comme il le faisait, à la compression; en sorte donc que ce n'est plus entre la chirurgie française et la chirurgie américaine que doit s'établir le débat; l'Allemagne peut avec raison revendiquer sa part de gloire dans cette découverte, et l'Italie redemander pour Scarpa le principal honneur, peut-être, celui d'avoir si bien éclairé l'anatomie et la physiologie pathologique de cette affection, et d'en avoir ainsi, de loin, préparé le véritable traitement. Sous ce rapport, il est évident que Dupuytren est celui qui, de tous, a le plus fait: cela soit dit sans rien ôter à la gloire de Physick.

Une idée le préoccupa quelques années après, ce fut celle de remplacer les ligatures de soie ou de fil par une substance animale susceptible de perdre sa consistance, et d'être facilement entraînée, dissoute de bonne heure par la suppuration, après avoir comprimé le vaisseau pendant un temps suffisant pour prévenir toute hémorragie. Physick employa de petites lanière de peau, qui avaient en outre l'avantage, suivant lui, de ne pas glisser comme des ligature de soie. Ces essais ne furent connus qu'en 1816, époque à laquelle il les publia dans l'Eclectic repertory, vol. vi; ils remonteraient, suivant M. Jameson et Dorsey, à l'année 1814. Ils appartiennent du reste à cette série d'expériences tentées presque à la même époque en Angleterre par Lawrence, M. Carwardine, et plus tard par A. Cooper, Wardrop, etc., expériences dont les résultats ne sont pas restés dans la pratique, malgré toute l'autorité scientifique de ceux qui les exécutèrent. Il faut bien dire aussi que, pour leur part, ils ont contribué peut-être à en restreindre l'emploi, car Physick se servait préférablement encore de fil de lin ou de chanvre. Ne sait-on pas qu'il est arrivé maintes fois à de grands chirurgiens de s'être un instant arrêtés à une idée et de n'y attacher bientôt plus d'importance, quelquefois même de la rejeter entièrement, alors que, répandue sous l'égide d'un nom célèbre, elle reste comme un fait acquis; son auteur lui même essaierait en vain de la faire oublier. Ces réflexions ne s'appliqueraient-elles pas aux ligatures animales et aux espérances qu'elles avaient fait naître? On pourrait presque l'affirmer. Je n'en dirai pas autant d'une heureuse modification apportée par Physick au traitement des hémorrhoïdes par la ligature; il étreignait ces tumeurs avec un fil de métal passé à travers une double canule, laissait la constriction vingt-quatre heures au plus; puis retirait et le fil et l'instrument, évitait ainsi les inconvéniens du séjour prolongé de corps toujours irritans, et l'inflammation excessive qui résulte d'une longue constriction; de cette manière les tumeurs sont assez longtemps comprimées pour se montrer noires et ridées au moment de la sortie du fil; au bout de peu de jours elles se détachent et le malade se trouve guéri. Du reste Physick préféra dans tous les cas la ligature par ce procédé ou par l'ancien à l'excision dont il redoutait les dangers.

Indépendamment de ces modifications à des méthodes opératoires, Physick éclaira d'autres points de pathologie chirurgicale, le traitement du charbon par les caustiques (l'alcali végétal); celui de la gangrène par les vésicatoires,

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 19 AOUT.

DÉCOUVERTE DE MM. NIEPCE ET DAGUERRE.

Avant de faire connaître les procédés qu'emploie aujourd'hui M. Daguerre, et à l'aide desquels il a obtenu des résultats dont la perfection semble presque interdire l'espoir de progrès ultérieurs, il ne sera peut-être pas inutile, dit M. Arago, de parler des essais moins heureux qui avaient été faits avant lui.

On ne saurait fixer l'époque à laquelle on a, pour la première fois, reconnu que la lumière peut laisser une trace de son passage, en altérant plus ou moins la couleur des corps qui ont été longtemps exposés à son action. Ces altérations n'avaient été d'abord observées que sur des matières d'origine organique; l'action sur des matières minérales a été connue beaucoup plus tard, et, à ce qu'il paraît, seulement dans le seizième siècle. C'est dans un ouvrage de Fabricius, publié en 1566, qu'il en est question, à propos d'un composé que les alchimistes étaient parvenus à obtenir de l'argent, et qu'ils désignaient sous le nom de *lune* ou d'*argent corné*. Ce composé, blanc au moment où il vient d'être formé, noircit dès qu'on l'expose à l'action de la lumière, et d'autant plus rapidement que cette lumière est plus vive. Cette propriété de l'argent corné (ou chlorure d'argent, comme on l'appelle aujourd'hui), ne fut d'ailleurs étudiée avec quelque soin, ne devint un sujet de recherches, d'expériences, qu'après la naissance de la véritable chimie. Ce fut Scheele qui le premier eut l'idée d'éprouver si les différens rayons dont se compose la lumière possèdent au même degré le pouvoir décolorant. Pour cela, ayant fait tomber le spectre solaire sur un enduit de chlorure d'argent, il reconnut que l'action des différens rayons était fort inégale, que le rouge noircissait peu, le jaune davantage, le bleu encore plus, et que le maximum d'action avait lieu dans le rayon violet.

En 1802, Wollaston et Ritter trouvèrent, chacun de leur côté, que ce n'est pas seulement dans la partie visible du spectre que se produisent ces altérations de couleur; qu'elles ont lieu à une certaine distance encore au-delà du rayon violet, et que c'est même là qu'elles se produisent le plus complétement. D'après les expériences de ces deux chimistes, il demeura bien constaté que, dans la lumière, déjà si composée, il existe, outre les rayons qui nous font voir les objets, d'autres rayons capables de produire dans les corps certains changemens, de favoriser certaines réactions chimiques. La manière dont Wollaston et Ritter concevaient la distribution de ces deux sortes de rayons dans le spectre, ne s'est pas trouvée conforme aux résultats d'expériences faites postérieurement; mais ces expériences n'ayant pas de rapport direct avec le procédé de M. Daguerre, il est inutile d'en parler ici.

L'idée de profiter de l'action décolorante de la lumière pour tracer des images ne s'est présentée qu'à une époque bien postérieure à celle où ce pouvoir a été connu, et jusqu'à présent les premiers essais que l'on puisse citer sont ceux de Charles, notre compatriote, qui, dans ses cours de physique, engendrait, au moyen de l'action lumineuse, des silhouettes sur un papier enduit d'une substance dont il n'a pas fait connaître la composition. Ses images, d'ailleurs, étaient fugitives, et la silhouette blanche, qui ne s'était conservée telle que parce qu'elle avait été mise à l'abri de la lumière, commençait à se colorer, à prendre la même teinte que le reste, du moment où toutes les parties du tableau étaient exposées au jour.

Charles n'avait prétendu qu'à reproduire le contour des objets; Wedgwood, le célèbre manufacturier, si connu par les perfectionnemens qu'il a apportés dans les arts céramiques, par l'invention du pyromètre et par plusieurs autres découvertes plus ou moins importantes, Wedgwood imagina qu'on pourrait représenter de la même manière le relief des corps; c'est-à-dire le représenter à la manière des dessinateurs, au moyen d'ombres et de clairs. Il songea d'abord à faire usage, dans ce but, de la chambre obscure, appareil que tout le monde connaît, et dans lequel, comme on le sait, les objets en face desquels on a placé la lentille viennent se peindre sur l'écran focal avec leurs couleurs naturelles, formant ainsi une image d'une exactitude et d'une netteté admirable. En substituant à l'écran ordinaire une peau préparée avec le chlorure ou le nitrate d'argent, il obtint en effet des décolorations inégales pour les différentes parties de l'image. Mais les différentes teintes produites étaient justement l'inverse de ce qu'il eût fallu pour représenter avec vérité les objets; car, dans les parties les plus lumineuses de l'image, l'action était plus intense, le noircissement était plus complet. Tandis que, dans les parties obscures ou tout-à-fait noires, la couleur blanche de l'enduit était plus ou moins bien conservée. Mais, même pour produire ainsi une image inverse de la vérité, on rencontrait de grands obstacles; car le nitrate d'argent n'étant pas d'une grande sensibilité, aurait dû rester exposé longtemps à l'action da la lumière, et l'image sur l'écran varie sans cesse, puisqu'à mesure que le soleil se déplace, les ombres des objets qu'il éclaire se déplacent également.

Wedgwood renonça donc à son premier projet de représenter des objets en relief, et se réduisit à copier des gravures.

Si l'on place en effet une gravure sur une peau enduite de nitrate d'argent, et qu'on expose le tout à la lumière solaire, les parties noires qui, sous forme de hachures ou de grené, forment dans cette gravure les ombres et les demi-teintes, arrêteront les rayons lumineux; les parties correspondantes de l'enduit, celles que ces parties noires recouvrent, conserveront leur blancheur primitive. Là, au contraire, où le papier de l'estampe, resté blanc, conserve sa demi-diaphanéité, la lumière solaire passera et ira noircir la couche de nitrate. Le résultat nécessaire de l'opération sera donc une image semblable à la gravure par la forme, mais inverse quant aux teintes : le blanc s'y trouvera reproduit en noir, le noir en blanc. Le résultat sera exactement celui qu'on obtiendrait si dans l'encre dont on se sert pour le tirage de la gravure on avait mêlé au corps gras du blanc de plomb au lieu de noir de charbon, et qu'au lieu d'appliquer sur la planche de cuivre, ainsi encrée, un papier blanc, on se fût servi d'un papier noir.

La publication du mémoire dans lequel Wedgwood fait connaître son procédé date du mois de juin 1802. Dans cet écrit, l'auteur parle de recherches ayant pour objet de reproduire les peintures des vitraux d'église : « Quant aux images de la chambre obscure, dit-il, je les ai trouvées trop faibles pour produire, dans un temps raisonnable, de l'effet sur le nitrate d'argent. »

Le commentateur de Wedgwood, l'illustre Humphry Davy, ne contredit pas l'assertion relative aux images de la chambre obscure; il ajoute seulement, quant à lui, qu'il est parvenu à copier de très petits objets au microscope solaire; mais seulement à une courte distance de la lentille. Davy, au reste, ne trouva, pas plus que Wedgwood, le moyen d'enlever, une fois l'opération terminée, à son papier préparé, la propriété de se noircir à la lumière. Il en résultait que les dessins obtenus ne pouvaient être examinés que furtivement, pour ainsi dire, et à la lueur d'une bougie; car, au grand jour, tout y serait devenu en peu de temps d'un noir uniforme.

Après les essais imparfaits dont nous venons de parler, nous arrivons, sans intermédiaire, aux recherches de MM. Niepce et Daguerre.

Les recherches de M. Niepce paraissent remonter jusqu'à l'année 1814. Combien de temps ont-elles exigé avant de donner des résultats satisfaisans, c'est ce que l'on ne saurait dire aujourd'hui; ce qu'on peut affirmer, toutefois, c'est qu'en 1827, époque à laquelle M. Niepce se rendit en Angleterre, il était parvenu à obtenir, au moyen de la chambre obscure et par un procédé photographique, des images qui avaient sur toutes celles qu'on avait essayées de faire jusque là, les deux grands avantages : 1° de représenter les objets comme ils le sont dans la nature, c'est-à-dire avec les clairs correspondant aux clairs, les ombres aux ombres, les demi-teintes aux demi-teintes; 2° de pouvoir, une fois formées, supporter sans altération l'action de la plus vive lumière.

Ce n'était plus sur des papiers ou sur des peaux, comme on l'avait fait jusque là, que M. Niepce faisait engendrer ses images, mais sur des plaques de métal poli. Quelle était la substance dont il le recouvrait d'abord ? Une substance dont on a beaucoup parlé dans ces derniers temps, pour laquelle on a proposé mille usages différens, sans que celui auquel l'employait M. Niepce se

---

auxquels il attachait la propriété d'arrêter la mortification. Le dernier travail qu'il ait publié est une courte notice sur un cas de charbon, suivie de quelques réflexions sur l'emploi du caustique végétal dans cette maladie; il rattache à ce fait des considérations générales sur le développement de cette affection, la division de la marche en trois périodes, etc.

Le procédé de Physick pour la pupille artificielle est, sans contredit, un des meilleurs parmi le grand nombre de ceux qui ont été plutôt conseillés qu'exécutés pour cette opération. Après avoir incisé la cornée et l'iris, comme l'indiquait Wenzel, le chirurgien de Philadelphie introduisait dans la chambre antérieure des pinces, terminées par des plaques, jusqu'à un certain point semblables à celles de nos pinces de cheminée. La face interne de ces plaques offre à sa circonférence un bord tranchant, qui en forme une paire de ciseaux d'un genre particulier, avec lesquels on doit facilement saisir et enlever le lambeau de l'iris, préalablement taillé à l'aide d'un cératotome.

Ce procédé, légèrement modifié, paraît à M. Velpeau devoir mériter la préférence sur cette foule de modifications qui encombrent l'histoire du traitement chirurgical de la pupille artificielle (1).

Physick pratiquait, dit-on, l'opération de la cataracte avec une grande habileté; c'est à l'extraction qu'il donnait presque constamment la préférence; rarement il avait des revers. Il ne fut pas moins heureux dans l'opération de la taille, pour laquelle il fit aussi construire un gorgeret. Sans discuter ici la valeur de cet instrument sur lequel en France l'opinion est assez bien arrêtée aujourd'hui pour que nous ne fassions pas à Physick un titre de gloire de cette invention, il est bon de rappeler que dans sa première opération de taille, il lésa l'artère honteuse interne. L'hémorragie fut considérable; la compression du tronc artériel avec l'extrémité du doigt indicateur lui permit de s'en rendre maître, jusqu'à ce qu'il pût avec la pointe d'un ténaculum passer une ligature autour du vaisseau. Le sang était ainsi arrêté; mais avec l'artère une quantité assez considérable de parties molles avaient été comprises dans l'anse du fil; c'est pour éviter cet inconvénient que Physick imagina dans la suite un porte-ligature spécial pour l'artère honteuse. De nombreuses modifications ont peu ajouté à la valeur de cet instrument, employé au reste par J. L. Petit, et qui devient fort utile toutes les fois qu'il s'agit d'isoler un vaisseau profondément situé. Deux fois Physick et Dorsey y ont eu recours avec succès pour la ligature de l'iliaque externe.

Les rétrécissemens de l'urètre, qu'on n'avait traités jusqu'à lui que par la cautérisation ou la dilatation, fixèrent l'attention de Physick d'une manière toute spéciale, et furent pour lui l'occasion d'ingénieux perfectionnemens. Il fit connaître, en 1795, un instrument de son invention pour inciser les coarctations rebelles aux autres méthodes. Cet instrument est constitué par une lancette renfermée dans une canule, qui est portée au niveau du rétrécissement; on fait alors saillir la lame et la bride se trouve divisée. Les malades portent, pendant quelque temps, un cathéter ou une bougie, pour déterminer une dilatation permanente, et continuée pendant quelque temps. Physick guérit de la sorte des rétrécissemens que rien n'avait pu vaincre, souvent même dans des cas où, pour d'autres chirurgiens, la ponction de la vessie eût été indiquée. Cette méthode a été reprise et perfectionnée de nos jours : M. Amussat, M. Ri-

(1) Velpeau, MÉDECINE OPÉRATOIRE, 2e édit., pag. 461.

soit présenté d'ailleurs à aucun des spéculateurs; c'est d'un bitume qu'il s'est servi dans les commencemens. Il faisait dissoudre dans l'huile de lavande du bitume sec de Judée. Le résultat de cette dissolution était une sorte de vernis épais qu'il appliquait sur la plaque de métal poli; ensuite, au moyen de la chaleur, il faisait évaporer l'huile essentielle, et le bitume restait adhérent à la plaque sous forme de poudre blanchâtre. Ainsi recouverte, la planche était placée au foyer de la chambre obscure, et, au bout d'un certain temps, on voyait qu'il s'y était formé une image, mais cette image était très faible. Cependant, M. Niepce fut conduit, on ne sait trop par quelle suite d'idées, à penser que la modification des diverses parties de l'enduit par l'action de la lumière devait être plus profonde que ne semblait l'indiquer la différence des teintes offertes par la planche au moment où on la retirait de la chambre obscure. Il pensa que puisqu'il y avait eu action chimique inégale sur les diverses portions de l'enduit, un même réactif n'agirait pas sur toutes de la même manière, et qu'on pourrait vraisemblablement en trouver un qui aurait pour effet de faire ressortir, par des oppositions plus marquées de coloration, ces différences d'action. En effet, en plaçant sa plaque dans un mélange d'huile de lavande et de pétrole, il vit que les parties de l'enduit qui avaient été frappées par la lumière restaient intactes, tandis que celles qui ne l'avaient pas été se dissolvaient dans le liquide et laissaient le métal à nu. Il suffisait ensuite de laver, et on avait un petit tableau dans lequel les clairs étaient formés par une couche de poudre blanche, dont les grains se trouvaient d'autant plus serrés qu'ils correspondaient au point de l'image où la lumière était plus vive, et dont les parties correspondant aux ombres de l'image présentaient le métal entièrement dénudé ou recouvert de points blanc plus ou moins rares.

L'argent, à la vérité, qui donne dans ce procédé la couleur des ombres, n'est pas noir, on le sait de reste; mais on sait aussi que, dans une plaque métallique assez polie pour faire miroir, la couleur propre cesse d'être sensible, et qu'en la plaçant convenablement par rapport à la lumière, on peut la faire apparaître comme noire. Aussi, était-ce seulement sous un certain jour que les tableaux de M. Niepce se présentaient avec leur véritable aspect. Il chercha d'ailleurs à se rendre indépendant de cette condition, et il fit différens essais pour empêcher ce miroitage du métal et pour recouvrir les parties dénudées d'un enduit noir. Il employa à cet effet le sulfure de potasse; il se servit aussi, dans le même but, d'iode; du reste, pour cette dernière substance, il n'en était qu'à des essais, et il ne songeait pas à l'appliquer aux mêmes usages qu'il l'a fait depuis, de concert avec M. Daguerre. Son procédé, cependant, était encore loin de le satisfaire complètement. La poudre bitumineuse peut se modifier sous l'action de la lumière de manière à devenir insensible à l'action du dissolvant, et par conséquent y devait être longtemps exposée pendant le temps que la plaque préparée restait dans la chambre obscure, l'image formée au foyer variait notablement, ce qui devait, comme nous l'avons dit déjà, nuire grandement à la netteté des résultats. Aussi l'inventeur avait-il tourné principalement ses vues vers la reproduction des estampes, comme l'avait fait avant lui Wedgwood, mais avec bien plus de succès que ce dernier, puisqu'il rendait les gravures avec leurs ombres et leurs clairs propres, et que les copies obtenues pouvaient être ensuite exposées, sans crainte d'altération, à la plus vive lumière. Ainsi, tandis que l'expérimentateur anglais n'arrivait qu'à des résultats curieux, en raison du moyen par lequel on les obtenait, mais peu intéressans par eux-mêmes, notre compatriote obtenait, d'une manière expéditive, des tableaux agréables et propres à plaire, même aux yeux de ceux qui ignoraient complètement les procédés employés.

M. Niepce ne s'en tint pas là: il imagina qu'il pourrait obtenir d'une même planche un grand nombre d'épreuves, comme on en obtient d'une planche qu'un graveur a préparée, et voici le moyen auquel il eut recours: il ajoutait, dans la préparation de sa planche, un peu de cire au bitume, et procédait ensuite à la manière accoutumée; c'est-à-dire en soumettant sa planche à l'action de la lumière dans la chambre noire; puis enlevant, au moyen du dissolvant, les parties qui n'avaient pas été modifiées par la lumière. L'image obtenue, il exposait la plaque à une chaleur suffisante pour faire fondre la cire, d'où il résultait que chaque globule, de sphérique qu'il était d'abord, se transformait en un cabochon (un corps de la forme d'une pastille ou d'une goutte de suif), lequel adhérait au métal par sa face plane. Il faisait ensuite mordre la planche par un acide, à la manière des graveurs; et comme chaque cabochon protégeait contre l'attaque de l'acide la partie de métal qu'il recouvrait, il en résultait que dans les points où ces cabochons étaient très serrés, le métal n'était attaqué que dans un petit nombre de points; qu'il l'était, au contraire, beaucoup plus généralement dans les parties où ces cabochons étaient rares. Si les cabochons eussent été formés nettement, comme ceux qui résultent de la fusion des globules de résine dans un des procédés employés pour la gravure à l'*aqua tinta*, les résultats eussent été certainement très satisfaisans; mais le mélange de cire et de bitume s'étend plus que la résine, d'où il résultait que dans les parties où devaient être les demi-teintes les plus voisines du clair pur, ce n'étaient plus des grains très serrés que l'on avait, mais une couche non interrompue formant un vernis. Ces demi-teintes, par conséquent, étaient remplacées par des blancs, et l'effet du dessin n'était qu'imparfaitement rendu. Cependant on semblait fondé à croire que des planches ainsi préparées pourraient être terminées au moyen des procédés ordinaires par les graveurs, qui auraient ainsi une moitié de la besogne épargnée.

Voici où en était arrivé M. Niepce lorsqu'il entra en communauté de travaux avec M. Daguerre. Celui-ci, quoique ayant commencé plus tard, était déjà arrivé de son côté, mais par une route toute différente, et principalement par l'étude des phénomènes de phosphorescences, à des résultats extrêmement curieux. Quand le procédé de M. Niepce lui eut été communiqué, il y apporta bientôt un perfectionnement important. Le bitume de Judée n'étant pas assez blanc pour les clairs, M. Daguerre y substitua le résidu que donne l'huile de lavande quand on la distille. Ce résidu est plus blanc, susceptible de former une poudre plus ténue et plus attaquable par la lumière.

Dans le procédé de M. Daguerre, l'enduit de la lame de plaqué, la *toile du tableau* qui reçoit les images, est une couche *jaune d'or*, dont la lame se recouvre lorsqu'on la place horizontalement, pendant un certain temps, et l'argent en dessous, dans une boîte au fond de laquelle il y a quelques parcelles d'iode abandonnées à l'évaporation spontanée.

Quand cette plaque sort de la chambre obscure, *on n'y voit absolument aucun trait*. La couche jaunâtre d'iodure d'argent qui a reçu l'image paraît encore d'une nuance parfaitement uniforme dans toute son étendue.

Toutefois, si la plaque est exposée dans une seconde boîte au courant ascendant de vapeur mercurielle qui s'élève d'une capsule où le liquide est monté par l'action d'une lampe à esprit de vin à 75° centigrades, cette vapeur produit aussitôt le plus curieux effet. Elle s'attache en abondance aux parties de la plaque qu'une vive lumière a frappées; elle laisse intactes les régions restées dans l'ombre; enfin, elle se précipite sur les espaces qu'occupaient les demi-teintes en plus ou moins grandes quantités, suivant que, par leur intensité, ces demi-teintes se rapprochaient plus ou moins des parties claires ou des parties noires. En s'aidant de la faible lumière d'une chandelle, l'opérateur peut suivre pas à pas la formation graduelle de l'image; il peut voir la vapeur mercurielle, comme un pinceau de la plus extrême délicatesse, aller marquer du ton convenable chaque partie de la plaque.

L'image de la chambre noire ainsi reproduite, on doit empêcher que la lumière du jour ne l'altère. M. Daguerre arrive à ce résultat en agitant la plaque dans de l'hyposulfite de soude, et en la lavant ensuite avec de l'eau distillée chaude....

.... Quand on cherche à expliquer le singulier procédé de M. Daguerre, il se présente immédiatement à l'esprit l'idée que la lumière, dans la chambre obscure, détermine la vaporisation de l'iode partout où elle frappe la couche dorée; que là le métal est mis à nu; que la vapeur mercurielle agit librement sur ces parties dénudées pendant la seconde opération, et y produit un amalgame blanc et mat; que le lavage avec l'hyposulfite a pour but, chimiquement, l'enlèvement des parties d'iode dont la lumière n'a pas produit le dégagement; artistiquement, la mise à nu des parties miroitantes qui doivent faire les noirs.

Mais dans cette théorie que seraient ces demi-teintes sans nombre et si merveilleusement dégradées qu'offrent les dessins de M. Daguerre? Un seul fait prouvera d'ailleurs que les choses ne sont pas aussi simples: la lame de plaqué

---

cord, en France, d'autres chirurgiens, en Angleterre, se sont attachés à en généraliser l'emploi et à le rendre beaucoup plus sûr. Ce n'est pas ici, du reste, le lieu d'en discuter la valeur.

Physick s'était occupé de combattre les engorgemens de la glande prostate, et, dans deux cas, il avait retiré de grands avantages de l'emploi d'une sonde flexible, près de l'extrémité de laquelle était fixé un petit sac d'intestin de mouton; cette poche vide n'augmentait pas sensiblement le volume du cathéter, dont l'extrémité, huilée soigneusement, arrivait avec assez de facilité dans la vessie; alors, avec une injection d'eau, Physick distendait le sac membraneux, qu'il retirait avec précaution, mais avec assez de force pour comprimer efficacement la glande. Au bout de quelques mois, chez un malade, l'urine sortait assez facilement; il y eut une rechute, et le même moyen procura les mêmes avantages.

Les travaux de Physick sur presque tous les points de la chirurgie sont marqués au coin de l'originalité et du génie; s'il avait de la hardiesse, elle était toujours tempérée par un jugement sage et éclairé. C'était surtout dans ses leçons, au milieu du grand nombre d'élèves que sa réputation avait attirés autour de lui, qu'il exposait toutes ses idées, bien plus que dans les recueils scientifiques, ou dans des traités de longue haleine. Plusieurs de ses élèves ont heureusement publié les plus importans de ses travaux; il ne laisse de son fait ni monographie ni ouvrage didactique; à peine quelques mémoires d'une certaine étendue, consignés dans les journaux américains et les Transactions philosophiques de Londres.

Le docteur Regnell Coates a donné, dans l'AMERICAN CYCLOPEDIA OF PRACTICAL MEDICINE AND SURGERY, à l'article ANUS, une bonne description d'une affection spéciale de cet intestin, décrite pour la première fois et avec soin par Physick, sous le nom de *præternatural pouches*, situées au-dessus de la marge de l'anus.

On a encore de Physick trois notes relatives à des faits de sa pratique, consignées dans le MEDICAL MUSEUM, vol. 1, ann. 1804-5.

Le troisième volume de l'ECLECTIC REPERTORY, octobre 1812, renferme la description d'une nouvelle méthode pour extraire les poisons de l'estomac, et qui consiste à injecter dans ce viscère, à l'aide d'une sonde de gomme élastique, une poudre vomitive l'ipécacuanha, par exemple, et plus tard des médicamens de diverses natures. Mais, apprenant bientôt que le docteur Al. Monro, d'Edimbourg, avait déjà conseillé ce moyen dans sa thèse inaugurale, en 1799, Physick lui rendit toute justice dans une lettre adressée à l'ECLECTIC REPERTORY, et qui est consignée dans le même volume, à la pag. 380.

— MÉMOIRE SUR L'ORIGINE ET LES CARACTÈRES DISTINCTIFS DES TÉRÉBENTHINES, lu à la société de Pharmacie de Paris, par M. GUIBOURT, professeur à l'École de pharmacie.

Brochure in-8°.

Paris, imprimerie de Fain et Thunot, rue Racine, 4.

n'augmente pas de poids d'une manière appréciable en se couvrant de la couche d'iode jaune d'or. L'augmentation, au contraire, est très sensible sous l'action de la vapeur mercurielle. Eh bien! M. Pelouze s'est assuré qu'après le lavage dans l'hyposulfite, la plaque, malgré la présence d'un peu d'amalgame à la surface, *pèse moins qu'avant de commencer l'opération*. L'hyposulfite enlève donc de l'argent. L'examen chimique du liquide montre qu'il en est réellement ainsi.

Pour rendre compte des effets de la lumière que les dessins de M. Daguerre présentent, il semblait suffisant d'admettre que la lame d'argent se couvrait, pendant l'action de la vapeur mercurielle, de sphérules d'amalgame; que ces sphérules, très rapprochées dans les clairs, diminuaient graduellement en nombre dans les demi-teintes jusqu'aux noirs, où il ne devait y en avoir aucune.

La conjecture du physicien a été vérifiée. M. Dumas a reconnu au microscope que les clairs et les demi-teintes sont réellement formés par des sphérules dont le diamètre lui a paru, ainsi qu'à M. Adolphe Brongniart, être très régulièrement d'un huit centième de millimètre. Mais alors pourquoi la nécessité d'une inclinaison de la plaque de 45° au moment de la précipitation de la vapeur mercurielle? Cette inclinaison, en la supposant indispensable avec M. Daguerre, ne semble-t-elle pas indiquer l'intervention d'aiguilles ou de filets cristallins qui se prenaient, qui se solidifiaient, qui se groupaient toujours verticalement dans un liquide parfait ou dans un demi-liquide, et avaient ainsi, relativement à la plaque, une position dépendante de l'inclinaison qu'on avait donnée à celle-ci?

On fera peut-être des milliers de beaux dessins avec ce procédé avant que son mode d'action ait été bien complètement analysé.

La nécessité de préserver de tout contact les dessins obtenus à l'aide du procédé de M. Daguerre, m'avait paru, dit M. Arago, devoir être un obstacle sérieux à la propagation de la méthode. Aussi, pendant la discussion des chambres, demandais-je instamment qu'on essayât l'effet que produirait un vernis sur ces dessins. M. Daguerre étant peu enclin à rien adopter qui pût nuire, même légèrement, aux propriétés artistiques de ses productions, j'ai adressé ma prière à M. Dumas. Ce célèbre chimiste a trouvé que les dessins en question peuvent être vernis. Il suffit de verser sur la plaque métallique une dissolution bouillante d'une partie de dextrine dans cinq parties d'eau. Si l'on trouve que ce vernis n'agit pas à la longue sur les composés mercuriels dont l'image est formée, un important problème sera résolu. Le vernis, en effet, disparaissant quand on plonge le plaque au milieu d'une masse d'eau bouillante, on sera toujours le maître de replacer toutes choses comme M. Daguerre le veut, et, d'autre part, on n'aura pas couru le risque de gâter ses collections. M. Dumas, au reste, n'a pas trouvé que son vernis nuisît sensiblement à l'harmonie des images.

A l'occasion de cette partie de la communication de M. Arago, M. Sylvestre fait remarquer que déjà depuis plusieurs années il emploie avec grand succès, pour fixer les dessins faits sur papier, au lieu de l'amidon dont on se servait généralement, un vernis à la dextrine, dont les proportions d'ailleurs sont un peu différentes de celles qu'a indiquées M. Dumas.

M. Arago fait remarquer encore que des dessins que l'on pouvait effacer seulement en passant le doigt dessus deviennent par l'application du vernis beaucoup plus précieux, car ils peuvent se prêter dès lors commodément aux travaux du graveur, qui peut, comme il le ferait pour un autre dessin, obtenir par le décalquage, au moyen du papier glace, un trait d'une exactitude rigoureuse; ce qui n'aurait pas été possible sans le vernis. Il y a plus, car la main du graveur peut se promener sans inconvénient sur la planche vernie, et par conséquent elle pourra guider une pointe sèche qui tracera sur le métal les contours du dessin, et permettra ainsi d'obtenir du trait autant de reproductions qu'on voudra. A la vérité, le plaqué n'offrirait pas un champ convenable au burin du graveur; mais M. Daguerre a reconnu qu'une planche de cuivre argentée peut aussi bien qu'une plache plaquée recevoir un dessin photogénique, et dès lors la difficulté dont nous parlions cesse d'exister.

On est porté naturellement à se demander si ce procédé, tout admirable qu'il est, ne sera pas encore susceptible de perfectionnemens; si l'on n'arrivera pas, par exemple, à reproduire les objets non seulement avec leurs formes et leur relief, mais encore avec leurs couleurs. M. Daguerre ne pense pas que ce résultat puisse être obtenu, du moins avec la substance qu'il emploie. Cependant, en faisant des expériences de phosphorescence, M. Daguerre avait déjà obtenu une poudre qui restait rouge après avoir été dans la lumière rouge, bleue après avoir été dans la lumière bleue; qui sait à quoi il ne pourrait pas arriver en continuant dans la même voie?

M. Niepce aussi, dans des expériences où les plaques sur lesquelles il appliquait son enduit étaient en verre, avait cru y faire naître des couleurs; mais, comme dans ces expériences on opère sur des pellicules, et que les pellicules donnent naissance à cette apparence optique qu'on désigne sous le nom d'anneaux colorés, il se pourrait qu'il n'y eût là qu'un phénomène d'épaisseur.

M. Herschell, dans une lettre adressée à M. Quetelet, et communiquée par celui-ci, aujourd'hui même, à M. Arago, annonce qu'en projetant le spectre solaire sur un papier sensitif, il a obtenu du bleu dans la place correspondante au rayon bleu, du vert dans le rayon vert, mais pas de rouge dans le rayon rouge, seulement une petite indication de celui-ci à la limite qui sépare les rayons rouge et orangé.

Antérieurement, Seebeck, en faisant agir sur le chlorure d'argent la lumière décomposée par le prisme, avait remarqué que le rayon violet donnait naissance à du violet, et le rouge à une certaine teinte rouge.

Parmi les applications diverses que l'on peut songer à faire du procédé de M. Daguerre, il en est une très intéressante, celle qui consisterait à en obtenir des portraits. Pour cela, on conçoit qu'il faut que la tête reste parfaitement immobile pendant toute la durée de l'opération, mais c'est une difficulté qu'on a trouvé moyen de surmonter quand il s'agissait d'obtenir des résultats moins satisfaisans, et par conséquent nous n'avons point à nous en occuper ici. Une autre difficulté plus grave est celle-ci: pour que le portrait ait quelque valeur, il faut que la physionomie ne grimace pas; or, tout le monde cligne ou grimace quand il a le visage exposé en plein à l'action d'une très vive lumière, et nous avons jusqu'à présent reconnu la nécessité d'éclairer le plus fortement possible les objets dont nous voulions obtenir l'image photographique. Le problème consistait donc à trouver une vive lumière, et ce problème semble résolu, car la lumière qui passe à travers certains verres bleus est presque la seule qui produise les effets dont nous venons de parler, et cette lumière est assez tranquille pour ne pas faire cligner les yeux qui y seront exposés.

Avant de terminer, disons quelques mots des applications que la physique peut faire de l'invention de M. Daguerre; les procédés par lesquels on compare l'intensité de deux lumières sont extrêmement difficiles quand on ne peut pas mettre les deux lumières en présence, quand il faut opérer sur une lumière visible à un moment et sur une autre qui ne le sera que quand la première aura disparu. Les lumières artificielles que l'on est réduit à prendre pour terme commun de comparaison sont rarement douées de la permanence, de la fixité désirable; rarement surtout, quand il s'agit des astres, nos lumières artificielles ont la blancheur nécessaire. C'est pour cela qu'il y a de fort grandes différences entre les déterminations des intensités comparatives du soleil et de la lune, du soleil et des étoiles, données par des savans également habiles. Désormais, et grâce à la sensibilité des réactifs découverts par M. Daguerre, le physicien, pour procéder par voie d'intensité absolue, comparera les lumières par leurs effets.

Quand des observateurs appliquent un nouvel instrument à l'étude de la nature, ce qu'ils en ont espéré est toujours peu de chose relativement à la succession de découvertes dont l'instrument devient l'origine; il serait donc ridicule de prétendre tracer, dès à présent, les limites du cadre dans lequel seront un jour renfermées les applications scientifiques des procédés de M. Daguerre. Cependant on voit déjà, dans ce qu'il a obtenu, l'indice de diverses séries d'observations à faire, et sur des sujets auxquels personne, jusqu'à présent, n'avait songé. Ainsi, cet expérimentateur habile a reconnu qu'à hauteur égale du soleil, l'image se forme un peu plus promptement avant midi qu'après; plus promptement, par exemple, à onze heures du matin qu'à une heure du soir; à dix qu'à deux. Il paraît donc qu'il se développe dans l'atmosphère des propriétés qui s'opposent à la libre action des rayons chimiques de la lumière. Voilà une modification qu'on n'y soupçonnait nullement. Le météorologiste aura donc à s'en occuper; et aux observations anciennes de l'état du thermomètre, du baromètre, de l'hygromètre et de la diaphanéité de l'air, il devra ajouter un élément que les premiers n'accusent pas.

Indiquons, pour terminer, une nouvelle expérience des plus aisées, et dont le résultat nous apprendra quelque chose que nous ignorons complètement.

On s'est aperçu depuis quelques années que lorsqu'on décompose la lumière par le prisme, le spectre ne présente pas une surface colorée continue et que des bandes noires la traversent, ce qui prouve qu'il n'existe pas des rayons de toutes les réfrangibilités. S'il y a donc des solutions de continuité dans les rayons visibles, il est très possible, mais il n'est pas certain qu'il y en ait de même dans ce que l'on a nommé les rayons chimiques. C'est ce que l'on reconnaîtra sans difficulté en faisant arriver sur la plaque préparée avec l'iode la lumière décomposée par le prisme.

RELATIONS ENTRE LA TAILLE DE L'HOMME ET LE NOMBRE DE SES PULSATIONS OU DE SES INSPIRATIONS.

MM. Sarrus et Rameaux adressent un mémoire sur ce sujet, qu'ils avaient déjà traité dans un précédent travail sur les applications des sciences accessoires à la physiologie.

Suivant ces deux auteurs 1° les nombres moyens des pulsations chez l'homme varient avec la taille, de manière que les pulsations diminuent à mesure que la taille augmente.

2° La loi de ces variations est fidèlement représentée par la formule $n' = n\sqrt{\frac{d}{d'}}$; d et d' représentant deux tailles différentes, et n et n', des pulsations qui y correspondent.

3° Cette formule est encore applicable aux variations du pouls suivant les âges.

Pour éviter toute méprise, MM. Sarrus et Rameaux préviennent que pour eux il s'agit toujours de moyennes déterminées par un nombre assez grand d'observations.

TISSUS TRÈS FINS, TRÈS UNIFORMES, D'UNE GRANDE RÉSISTANCE ET DE DIMENSIONS CONSIDÉRABLES, FABRIQUÉS PAR DES CHENILLES.

M. Levasseur présente, au nom de son frère, des échantillons d'une étoffe fabriquée par des chenilles, et recueillie dans les environs de Teltch, près Iglau, en Moravie.

Les chenilles qui produisent ces tissus n'ont fait que depuis peu de temps leur apparition en Moravie; elles s'y nourrissent des feuilles d'un arbre qui a quelque rapport avec le nerprun, et qu'on désigne dans ce pays sous le nom de *vogelberbaum*, nom donné dans d'autres parties de l'Allemagne au cormier et aussi au sorbier. Cet arbre porte de petites baies noires dont les oiseaux se montrent fort avides.

Tous les arbres de cette espèce qui se trouvent dans le voisinage de Teltch ont été couverts des chenilles dont nous parlons, et l'activité de ces larves est telle, qu'en quatre ou cinq jours chaque arbre se trouve enveloppé complètement du produit de leur travail, depuis la terre jusqu'au sommet des branches, qui cependant atteignent quelquefois une hauteur de 45 pieds.

Le tissu, lorsqu'il n'a pas été sali par la poussière ou par l'eau de la pluie qui a lavé les branches placées plus haut, a l'éclat et la blancheur de la soie.

Il ne faut que peu de jours pour qu'un *vogelberbaum* soit entièrement dépouillé de ses feuilles par les chenilles qui s'y sont fixées; elles paraissent s'accommoder mal des autres feuilles; et ainsi, on a vu un peuplier conserver les

siennes, quoique se trouvant compris en partie dans le réseau qui enveloppait un arbre voisin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 27 AOUT.

CORRESPONDANCE.

La correspondance renferme : 1° une note sur un cas d'inflammation et de perforation de l'appendice du cœcum, suite de la présence d'un corps étranger; 2° L'histoire d'une épidémie de fièvre intermittente pernicieuse, observée dans le département du Gard (commissaires, MM. Rostan et Récamier); 3° un mémoire sur une nouvelle méthode de fixer les dents artificielles, par M. Weber, de Brunswick; 4° la description d'un nouveau trépan (commissaires, MM. Thillay, et Blandin).

AMPUTATION DANS L'ARTICULATION TIBIO-FÉMORALE.

M. Rénoult fait, au nom de M. Gimelle et au sien, un rapport sur une observation d'amputation tibio-fémorale, pratiquée par M. Pichauzel, chez un malade qui, par suite de la chûte sur le creux du jarret d'une pièce de bois, avait eu toutes les parties molles, muscles, artères et nerfs, détruites dans cette région. La gangrène survint. On lia immédiatement l'artère poplitée. Le vingtième jour, la gangrène était limitée au niveau du genou; il fut possible de laisser un lambeau antérieur, dans lequel était compris la rotule. Le malade fut alors transporté à l'hôpital de Clarac, et deux mois et demi après, c'est-à-dire plus de trois mois après l'accident, et sept semaines après l'amputation, il pouvait marcher facilement, ayant le moignon maintenu dans un cuissard. La rotule s'est élevée de deux pouces, comme cela avait eu lieu dans le fait rapporté par M. Baudens à l'Académie de médecine. Dans le cas dont il s'agit, la suppuration a été des plus abondantes; mais, des pansemens bien faits, un bon régime, une médication appropriée, et la force de la constitution du malade, ont triomphé.

(Remercimens à l'auteur, publication dans les bulletins. Adopté).

HÉMORRAGIE SPONTANÉE DU MÉSENTÈRE.

M. Capuron fait, au nom de M. Villeneuve et au sien, un rapport sur une observation d'hémorragie spontanée du mésentère, survenue consécutivement à la suppression des menstrues. On trouva deux pintes de sang dans l'abdomen, des caillots adhérens au mésentère et au mésocôlon. M. le rapporteur regrette que l'état des annexes de l'utérus n'ait pas été examiné avec soin. Dans un cas vu par lui, l'hémorragie provenait de la rupture d'un kyste, situé sur le trajet de la trompe droite : c'était une grossesse extra-utérine. Tout en formulant le regret que les détails de l'observation soient insuffisans, M. Capuron propose, au nom de la commission que des remerciemens soient adressés à l'auteur et son observation renvoyée au comité de publication. (Adopté.)

DE LA GALACTYRRHÉE DES NOUVEAUX-NÉS.

M. Capuron, chargé, conjointement avec M. Baudelocque, d'examiner un travail de M. Ménars sur la galactyrrhée des nouveaux-nés, rend compte de ce mémoire. C'est, dit M. le rapporteur, à l'occasion d'un fait publié dans la Gazette Médicale, que M. Ménars a rassemblé quelques observations, dans le but d'éclairer ce sujet. Cette maladie peut durer de quatre semaines à plusieurs mois. Cette prolongation est due, le plus souvent, à des manipulations exercées sur le sein. Trop abondant, l'écoulement peut compromettre la vie des enfans, d'autant qu'il s'accompagne ordinairement ou est précédé d'un flux sanguin par le vagin chez les petites filles. Au reste, pour M. Ménars, le liquide qui s'écoula est réellement du lait. M. le rapporteur, qui ne regarde pas ce fait comme démontré, puisque M. Ménars n'a pas analysé le produit de la sécrétion anormale, adopte ses idées sous tous les autres rapports; il pense que les applications émollientes, l'éloignement de toute excitation des mamelons, sont les meilleurs moyens à employer.

(Remercimens à l'auteur; publication du mémoire par extraits.)

M. Chevallier dit avoir analysé la sécrétion mammaire des nouveaux-nés, et avoir trouvé dans un cas tous les élémens du lait.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

DU TRAITEMENT DE LA FOLIE PAR INTIMIDATION.

M. Pariset fait, au nom de M. Esquirol et au sien, un rapport sur un mémoire de M. Blanche, ayant pour sujet l'observation d'un aliéné guéri par le traitement dont M. Leuret a déjà entretenu l'Académie en lui communiquant l'observation d'un malade qui se croyait Napoléon, et qui, par une suite de combats, de contrariétés, finit par retrouver la raison.

Cette idée, dit M. le rapporteur, est loin d'être nouvelle, puisque déjà, préconisée par Celse, par Boerhave, elle était mise en pratique en Angleterre et en France avant que Pinel eût opéré une révolution dans le traitement des aliénés; elle a besoin d'être bien appréciée, car, prise avec exagération, elle peut donner lieu à de graves inconvéniens; le traitement par intimidation a besoin, ainsi que les poisons administrés comme médicament, d'être manié à propos, et dans les cas seulement où il y a de suffisantes indications. Au reste, M. Leuret n'a pas voulu exposer une doctrine, mais des faits; il dit même que de fâcheux résultats ont pu être amenés par ce mode de traitement, d'où il suit que c'est un simple procédé applicable à des cas similaires, qu'il s'agit maintenant de rechercher.

Le traitement par intimidation, continue M. Pariset, ne saurait donc devenir la base d'une doctrine générale; car s'il est une affection qui renferme un grand nombre d'espèces et de variétés, c'est sans contredit l'aliénation mentale; que de nuances souvent inappréciables! L'intimidation ne pourra rien obtenir de ces malheureux, dont la misère et la faim ont troublé la raison; du repos, du bien-être, suffisent souvent; ces malades à tempérament sec, ardent, ne pourraient être soumis à ce traitement, sans peine de les voir se livrer au désespoir ou à d'extrêmes violences. Les aliénés tristes, abattus, plongés dans une mélancolie profonde, sont dans un état de dépression qui repousse encore ce moyen; qu'obtiendrait-on de son emploi chez les malheureux portés au suicide, ou dans les manies qui accompagnent la grossesse, dans celles qui résultent d'accidens, de coups sur la tête, etc.? Pour nous, dit en terminant M. Pariset, le traitement de l'aliénation mentale comporte deux choses, un précepte et une maxime. Le précepte est de favoriser le renouvellement de l'organisation, de surveiller spécialement l'intégrité des excrétions; la maxime, d'acquérir sur les aliénés une autorité digne d'eux-mêmes et du médecin, par le respect et la confiance qui résulteront toujours d'une conduite conforme à la justice et empreinte de bonté; à ce titre, la soumission est possible; elle n'est plus celle qu'on obtient par la rigueur, qui tend toujours à dégénérer en barbarie, surtout entre les mains des employés secondaires, ou de ceux qui auraient mal compris ou exagéré les vues de M. Leuret, auquel il faut cependant rendre toute justice.

M. Pariset termine ce rapport remarquable, en demandant que le mémoire de M. Blanche soit publié par extrait dans les fascicules de l'Académie, et que des remercimens soient adressés à l'auteur.

Après une courte discussion sur l'ensemble du rapport, à laquelle prennent part MM. Rochoux, Dubois d'Amiens, Castel, Rcoauldin, Bouillaud, Esquirol, ces conclusions sont adoptées.

RECHERCHES SUR LES ALTÉRATIONS ANATOMIQUES DE L'ENCÉPHALE DANS LES MALADIES TYPHOÏDES.

M. Piedagnel essaie de prouver, dans ce travail, que le cerveau et ses membranes présentent constamment des altérations qui rendent compte du délire et des mouvemens musculaires involontaires qui se remarquent dans la fièvre typhoïde, que l'étendue de ces altérations est en rapport avec l'ancienneté et l'intensité des symptômes cérébraux et non de l'ensemble de la fièvre typhoïde.

Ces altérations ont lieu dans l'arachnoïde et la pie-mère réunies, et dans le cerveau. L'arachnoïde et la pie mère présentent des plaques rouges au pourtour de la base du cerveau, à la réunion des faces inférieure et externe; ces plaques sont isolées ou réunies; elles forment souvent une sorte de couronne. Elles sont rouges, roses, quelquefois oranges, ce qu'elles doivent à l'injection des vaisseaux et à de petites ecchymoses sous-séreuses; peu à peu les vaisseaux qui, de cette membrane, pénètrent dans l'organe, disparaissent, et sur la fin les membranes, qui quelquefois s'épaississent, finissent par disparaître presque complètement aussi.

Les altérations du cerveau ont lieu à sa surface; c'est la substance corticale de l'organe qui en est le siége: on peut considérer trois degrés successifs : dans le premier, il y a augmentation de volume de une ou plusieurs circonvolutions; quelquefois toute l'extrémité antérieure des lobes du cerveau est affectée; d'autres fois, toute la base de cet organe en est le siége. Les circonvolutions sont plus saillantes, plus grosses que celles placées à côté d'elles ou de l'autre côté du cerveau; quand ce phénomène est très prononcé, les circonvolutions sont aplaties par les os du crâne; dans le deuxième degré, il y a ramollissement de ces circonvolutions, d'abord à la surface, et alors la substance cérébrale s'enlève facilement en soulevant les membranes, ou par le lavage; ce ramollissement a lieu de l'extérieur à l'intérieur, et par couches successives, ou bien il se développe en masse dans toute l'épaisseur de la substance grise. Plus tard, on rencontre quelquefois une induration de ces mêmes parties; alors la substance grise est élastique, indurée; elle résonne à la percussion avec le manche du scalpel; elle se renverse en dehors quand on incise les circonvolutions en long; mais, le plus souvent, au ramollissement succède l'ulcération au troisième degré. Les petits trous de communication pour les vaisseaux qui pénètrent dans le cerveau s'agrandissent, forment de petits godets qui s'unissent par leurs bords et forment ainsi une perte de substance qui donne à la surface des circonvolutions un aspect rugueux. Cette ulcération augmente d'étendue, et alors toute la surface de la circonvolution disparaît, et il reste des bords coupés à pic, absolument comme lorsque l'on casse la surface d'une dragée, composée de couches superposées; ou bien, une plus ou moins grande quantité de la substance grise disparaît sans qu'on puisse le constater autrement que par la diminution de l'épaisseur de cette même substance qui est absorbée; quand on coupe la circonvolution en travers, elle est réduite à la moitié, le quart de son épaisseur; quelquefois ce phénomène est tellement prononcé que la substance blanche devient corticale.

Dans ces différens cas, les vaisseaux disparaissent, on ne peut plus les constater; c'est alors, quand la maladie est ancienne, que l'arachnoïde et la pie-mère semblent aussi disparaître; car elles sont réduites à une pédicule si mince qu'on ne peut les enlever que par couches excessivement fines, et mieux par filamens.

La substance blanche prend alors une couleur terne spéciale; elle semble aussi, dans l'épaisseur des circonvolutions, diminuer de volume; quand on les coupe, elle paraît enfoncée et présente une cavité dont les bords sont formés par la substance grise ramollie, indurée ou ulcérée. Le rapport des altérations aux symptômes sont difficiles à établir; cependant, de l'analyse des faits, il résulte qu'à l'altération de la substance grise se rapportent les diverses espèces de délire, et que tout ce qui a rapport aux mouvemens, à la contraction musculaire, à la contracture par pression, doit être attribué aux modifications présentées par la substance blanche; d'où il suit que le délire dans l'arachnitis ne

tient pas à l'inflammation des membranes du cerveau, comme on le dit généralement, mais bien à l'inflammation de la surface du cerveau lui-même, ce qui est beaucoup plus philosophique, comme le prouve l'auteur dans un autre travail.

RÉSECTION DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

M. Lisfranc met sous les yeux de l'Académie une tumeur osseuse siégeant dans le maxillaire inférieur d'une femme chez laquelle les deux tiers gauches de cet os ont été enlevés. Cette tumeur, formée par un énorme kyste osseux à parois minces, renfermant un certain nombre de kystes séreux, avait sur la malade le volume d'une tête d'enfant, s'étendant depuis l'os de la pommette jusqu'à l'union de la moitié supérieure du cou, avec la moitié inférieure, et d'avant en arrière, mesurant l'espace compris entre la première dent molaire et l'apophyse mastoïde du temporal, ainsi que les apophyses transverses des premières vertèbres cervicales, avec lesquelles elle se trouvait en contact. La partie supérieure de la carotide primitive, les artères carotides interne et externe étaient couvertes par la tumeur, qui s'étendait jusqu'au pharynx, refoulé considérablement en arrière. La plus grande partie du plancher buccal était envahie par la maladie; la langue déjetée en arrière et à droite entre la joue.

Cette affection, dit M. Lisfranc, paraît dater de quinze ans environ, époque à laquelle la malade ressentit des douleurs dans la partie postérieure du maxillaire inférieur, à la suite de l'ablation de deux dents, dont les alvéoles se trouvèrent bientôt comblées par des végétations fongueuses. L'incision, la cautérisation ne les détruisirent qu'incomplètement; pendant l'espace de dix années, la maladie marcha lentement; mais, depuis cinq ans, elle a pris un rapide accroissement; elle s'étendait tous les jours davantage, et la vie de la malade était incessamment menacée. Sur ces entrefaites, dit M. Lisfranc, je provoquai une consultation, à laquelle prirent part MM. Marjolin, Blandin, Serres, Robert et Pinel Grandchamp; il fut décidé que l'extirpation de la tumeur aurait lieu, et que conséquemment la résection du maxillaire inférieur serait pratiquée.

J'y procédai le 30 juillet dernier, de la manière suivante : une incision commençant au bord libre de la lèvre inférieure s'étendant jusqu'au-dessous et en arrière de la base de la mâchoire, remontant ensuite autour et en arrière de la tumeur jusqu'auprès de l'articulation temporo maxillaire me donna après la dissection des parties molles adhérentes à l'os un vaste lambeau qui fut renversé sur le front.

Dans ce temps de l'opération rendu difficile par les adhérences intimes et nombreuses de la peau avec la tumeur, il fallut tordre ou lier un nombre considérable de vaisseaux artériels. La séparation de la tumeur d'avec le muscle sterno-mastoïdien qui avait été dévié et soulevé par elle ne fut pas moins difficile. C'est ici que la manœuvre devenait délicate; on se servit plutôt des doigts que du bistouri; on procédait avec lenteur, car il fallait ménager la carotide primitive, qui fut mise à découvert dans une assez grande étendue.

L'os fut scié en avant, au niveau de la première dent molaire préalablement arrachée; les deux portions de maxillaire furent alors suffisamment écartées pour couper avec assez de facilité à l'aide d'un bistouri boutonné les muscles géniaux à leur insertion; arrivé sur le pharynx, je portai deux doigts de la main gauche dans sa cavité, afin de tendre la paroi correspondante à la tumeur qu'un aide maintenait déjetée en dehors. Ici j'allais plus lentement encore : la dissection se fit à petits coups avec des ciseaux mousses; enfin la tumeur fut détachée du pharynx sans que cet organe ait éprouvé la moindre solution de continuité. Aucun vaisseau important ne fut lésé dans cette dissection. Je fis immédiatement la section du muscle crotaphyte avec des ciseaux horizontalement dirigés et le plus près possible de l'insertion du muscle à l'apophyse coronoïde; alors il me fut facile de renverser l'os maxillaire qui ne tenait plus que par son articulation avec le temporal. Dans ce temps de l'opération, le col du condyle dont le tissu était devenu friable, se fractura, la tumeur et la plus grande partie de l'os se trouvaient détachées; je m'occupai de désarticuler, et tout fut alors terminé.

La malade supporta cette opération avec un rare courage; le sang étant soigneusement étanché, le lambeau fut fixé à l'aide de trente-deux points de suture entortillée. Les premiers jours ne présentèrent rien de particulier que quelques accidens nerveux; il y eut dès la première nuit deux heures de sommeil. La réunion par première intention s'est faite dans presque toute l'étendue de cette vaste plaie : il survint un érysipèle et consécutivement une portion de l'extrémité inférieure du lambeau fut frappée de gangrène; bientôt tout rentra dans l'ordre. Il ne reste plus aujourd'hui qu'une fistule dont l'étendue diminue tous les jours. La malade parle facilement; la déglutition des solides et des liquides a lieu facilement; déjà la constitution paraît singulièrement améliorée; cette femme se promène dans les jardins de l'hôpital.

Reste donc maintenant à obturer cette fistule, qui diminue tous les jours, et qui peut-être finira par guérir complètement sans opération. D'ailleurs les parties voisines offrent assez de peau dans le cas où l'on voudrait faire une restauration.

FRACTURE COMPLIQUÉE; RÉSECTION D'UNE PORTION CONSIDÉRABLE DU TIBIA.

M. Velpeau présente à l'Académie un malade qui, pris sous des décombres, eut la jambe droite presque broyée; les parties molles en avant et en dedans étaient dans un véritable état d'attrition, le tibia fracturé, et les deux fragmens faisant une saillie considérable. L'amputation était indiquée, et je me disposais à la pratiquer; le malade s'y refusa obstinément; je songeai dès lors à lui conserver le membre. Je pratiquai d'abord la résection des portions d'os saillantes à travers la plaie, trois pouces furent détachés au fragment supérieur, quinze lignes au fragment inférieur. Le membre put alors être redressé; j'appliquai l'appareil inamovible dextriné, en laissant à découvert, comme je le fais dans ces cas, la solution de continuité dont les bords furent simplement rapprochés. Les pansemens furent très simples, l'appareil laissé en place près d'un mois sans être renouvelé, et par ce moyen l'immobilité du membre invariablement maintenue. La suppuration fut abondante; mais la plaie prit bientôt un bon aspect; enfin la cicatrisation se fit complètement. Il ne reste plus qu'une cicatrice à trois branches, solide et déprimée, et au-dessous d'elle un renflement dur, qui paraît appartenir aux os, et réunir les deux portions séparées par un intervalle considérable. Il y aurait donc eu dans ce cas, dit M. Velpeau, reproduction d'une partie considérable du tibia, sans que le périoste qui était détruit ait pu contribuer en rien à la régénération. Sous ce rapport, ce fait est intéressant comme aussi au point de vue du traitement des fractures compliquées.

Il est cinq heures : la séance est levée.

ADDITION A LA SÉANCE DU 13 AOUT.

NOUVEAUX DOCUMENS SUR L'EMPLOI DU BANDAGE AMIDONNÉ, PAR M. SEUTIN.

Messieurs,

Je n'abuserai pas de la faveur que l'Académie a daigné m'accorder, en me permettant de lui présenter quelques documens nouveaux sur mon système de déligation; ce que j'en dirai servira en quelque sorte de complément au mémoire que j'ai eu l'honneur de lui présenter il y a près de deux ans, ouvrage sur lequel M. le docteur Blandin a fait un rapport dans la dernière séance.

Un nouvel ordre d'idées, dont la plupart sont en opposition directe avec les anciennes, et dont les autres sont sans analogues dans les fastes de la chirurgie, prend insensiblement le dessus, et tend à présider seule à l'application des moyens curatifs de ces affections. De nouveaux principes proclamés malgré l'autorité de vieilles coutumes sanctionnées par les résultats imposans d'une expérience déjà longue, s'insinue d'une manière insensible dans l'esprit des hommes de l'art, et les entraîne par leur simplicité, leur supériorité évidente et le nombre de leurs conséquences utiles. Les changemens importans qu'ils ont introduits avec succès dans la cure des fractures, ont donné l'éveil aux intelligences actives, qui ont compris que tout n'a point été dit, à beaucoup près, sur ce point de thérapeutique, que de grandes réformes peuvent y être apportées pour lui donner la perfection qui lui manque. Les expérimentations se succèdent avec rapidité, des modifications, des procédés particuliers surgissent pour l'atteindre, et les amateurs du progrès voient avec plaisir la science marcher dans une route qui ne tardera pas à la mener aux découvertes les plus précieuses.

J'éprouve un moment de satisfaction, Messieurs, en pensant que je ne suis point étranger à cette progression scientifique, et je reporte souvent mes souvenirs avec bonheur vers l'époque où, commençant à être convaincu de la portée immense que pouvaient avoir les innovations que je venais d'apporter dans le traitement des fractures, je pris la ferme résolution d'étendre et de populariser ma méthode, sans m'arrêter aux obstacles que je ne pouvais manquer de rencontrer. Ce qui prouve que le bandage amidonné jouit de propriétés toutes nouvelles et d'une utilité incontestable, c'est la rapidité avec laquelle il a été, depuis quelques années, adopté dans les principales contrées de l'Europe, et plus particulièrement en France, où il a suscité différentes modifications de la part de MM. Velpeau, Laugier, Lafargue; en Belgique, de MM. De Lavacherie, Van Meerbeck; en Angleterre, en Allemagne, en Russie, il a été adopté par un grand nombre de praticiens distingués; en Angleterre, on lui reconnut des propriétés tellement utiles, que l'orgueil national a voulu en attribuer la première idée à Cheselden. En Russie, on fut tellement émerveillé des avantages de l'appareil amidonné, qu'on suscita un décret par lequel les chirurgiens étaient obligés de se rendre à tour de rôle à l'hôpital de la marine militaire de Moscou, pour apprendre à faire usage de ce moyen nouveau.

On a discuté dans cette enceinte la question de savoir quel nom convient à mon appareil; on a en quelque sorte qualifié de non-sens la dénomination d'*amovo-inamovible*. Je tiens peu au nom qu'il plaira à chacun de lui donner. Je préfère appeler l'attention de l'Académie sur la faculté dont il jouit, d'être en réalité et tout à la fois *movible*, comme les anciens appareils, et *inamovible*, comme les bandages de MM. Larrey et Dieffenbach. C'est cette faculté qui le distingue de tous les bandages employés jusqu'à ce jour, et je crois qu'il est impossible de supposer un bon appareil, à contention parfaite, sans le doter de cette prérogative.

En effet, Messieurs, il y a dans les fractures des phénomènes pathologiques multiples, qui exigent souvent une médication différente, et qui compliquent quelquefois l'indication thérapeutique. La rupture osseuse exige impérieusement pour sa guérison une position des fragmens toujours la même, depuis le commencement jusqu'à la fin du traitement, et si on la considérait seule, il n'y a point de doute que l'*inamovibilité* serait l'unique méthode rationnelle qu'il faudrait lui opposer. Mais les lésions des parties molles n'exigent pas toute cette inamovibilité; quelques-unes même pourraient s'en aggraver d'une manière manifeste, et à moins de dire que les érysipèles phlegmoneux, les abcès, les fusées purulentes, les escarrhes, les plaies par déchirures, les hémorragies, etc., ne reconnaissent point de meilleur traitement que celui qui consiste à les recouvrir d'une coque solide qui les soustrait au contact de l'air, ce qui serait absurde, il faut convenir qu'il est très souvent nécessaire de visiter et de traiter localement les altérations des parties qui entourent les os brisés. Or, lorsqu'une rupture osseuse coïncide avec une lésion assez considérable des parties molles, laquelle des deux méthodes, de l'amovible ou de l'inamovible, faudrait-il choisir? N'est-il point évident que ni l'une ni l'autre ne présenteront des garanties nécessaires, que la première compromettra la consolidation osseuse prompte et régulière, tandis que la seconde exposera les parties molles à des accidens incalculables. Voilà précisément, Messieurs, ce que j'ai voulu éviter par ma méthode; j'ai voulu lui donner des propriétés telles, que, dans tous les cas possibles, elle pût garantir une réunion des frag-

mens sans contrarier en aucune manière les médications appropriées à l'état des organes qui sont lésés avec les os.

Vous voyez donc, Messieurs, que ma méthode n'est absolument ni la méthode permanente, ni la méthode des pansemens fréquens; qu'elle est véritablement mixte, et c'est pourquoi j'avais cru pouvoir la nommer *amovo inamovible*. Si la lésion osseuse est dégagée de toute complication, l'indication unique est le maintien des fragmens d'une manière non interrompue depuis le commencement jusqu'à la fin du traitement, et alors mon bandage devient inamovible. Si, au contraire, il y a complication, mon appareil devient amovible comme les bandages ordinaires, avec cette différence importante seulement, qu'il permet le traitement des parties molles, sans que la consolidation en soit nullement entravée, et tout en continuant le maintien exact des fragmens affrontés.

Les principaux points de cette méthode sont donc : 1° D'être *amovo-inamovible* et de réunir ainsi tous les avantages des appareils renouvelés et permanens;

2° De permettre l'extension de son emploi à une foule d'affections variées;

3° De pouvoir se combiner avec les moyens de pansemens ordinaires;

4° D'abréger le séjour au lit des blessés chez lesquels on l'emploie autant que le permet la nature de leur lésion.

Je pense, Messieurs, que ces principes sont suffisamment précisés; que personne antérieurement ne les a pris pour but dans les différentes méthodes de déligation qui ont été mises en usage jusqu'à ce jour.

Je suis heureux, Messieurs, de pouvoir vous annoncer qu'il me sera inutile d'entrer dans de bien longs détails sur la manière de confectionner mes appareils; je dois à l'obligeance de MM. Roux, Breschet, Blandin, Cloquet, Bérard, Pasquier, Lisfranc, Laugier, d'avoir à vous offrir des appareils appliqués sur des blessés pour des cas différens. Ainsi, Messieurs, ceux qui voudront se convaincre par eux-mêmes des faits que j'ai avancés jusqu'à ce jour pourront aller examiner les appareils que j'ai placés dans les différens hôpitaux de Paris.

Les affections que je puis vous mettre sous les yeux recouvertes de mon appareil, sont : 1° Une plaie par arme à feu de l'articulation du genou;

2° Une fracture de clavicule;

3° Quatre fractures de l'humérus;

4° Deux fractures comminutives de la jambe;

5° Cinq fractures simples de la jambe;

6° Trois fractures du fémur, dont une comminutive et une du col.

De ces quinze malades, la plupart se sont levés au moment de l'application ou le lendemain pour s'asseoir ou se promener à béquilles; l'un est sorti le surlendemain. Plusieurs bandages ont subi la section aussitôt leur solidification. De tous ces blessés, plusieurs n'avaient pas quitté le lit depuis leur accident, qui datait de six, quatre et deux mois, etc., etc.

Je ne me suis pas borné à appliquer aux fractures seulement ce mode de traitement, je ne me suis pas restreint à la thérapeutique de ces lésions, comme l'avaient fait mes prédécesseurs; ainsi je m'en sers encore dans les fausses articulations, les sections des tendons, les entorses et luxations, les tumeurs blanches, les fractures chez les enfans et les aliénés, les luxations spontanées et la plupart des affections articulaires, la névrose et la carie des os. Les résections osseuses; les ulcères, les anévrismes, les hernies chez les enfans; les varices, le rhumatisme articulaire, le tremblement du moignon après les amputations, le pansement après l'opération du bec-de-lièvre, l'orchite, l'adénite, etc., etc.

Examinons maintenant les principaux reproches que l'on a adressés à ma méthode. Je ne crois pas, Messieurs, que personne ait eu dans la pensée que le bandage amidonné puisse produire par lui-même aucun accident, c'est-à-dire qui soit la conséquence de sa forme ou de sa composition; je crois qu'on avait en vue, en parlant de gangrène, par exemple, que l'impossibilité de voir les parties empêchait de combattre les accidens qui pouvaient survenir sans le bandage. Eh bien! maintenant que l'on sait la manière dont je le construis et que j'ai expliqué comment il permet l'examen des parties qu'il protège, je pense avoir banni toute crainte de vos esprits, surtout depuis que je l'ai employé sous les yeux des praticiens les plus distingués. On s'est aussi demandé si cet appareil convenait dans les fractures comminutives ou bien s'il existait déjà dans le membre des accidens inflammatoires. A cela je répondrai qu'il est incontestable et de la dernière évidence que le premier moyen qui soit à la disposition du chirurgien dans ce cas, c'est d'enlever une des causes fréquentes des accidens consécutifs des fractures. Les fragmens n'étant pas en rapport doivent développer des accidens, que l'on préviendra avec certitude, que l'on pourra conjurer, en les maintenant dans une coaptation parfaite; et ce n'est que par une compression douce, méthodique et bien mesurée que l'on parviendra à ce but. Pourquoi donc en effet attendre quatre à cinq jours avant d'appliquer l'appareil, si l'on garantit, qu'en l'employant immédiatement, aucun danger n'est à craindre? Or le fait est positif, aucun danger ne pourra survenir si l'on adopte la méthode d'inciser le bandage aussitôt que le moindre accident tend à se manifester. Ne sait on pas qu'un grand nombre de lésions qui accompagnent les fractures dépendent ordinairement de ce que les fragmens piquent et irritent les chairs? Pourquoi donc ne chercherait-on pas à enlever ce principe d'inflammation? Pourquoi donc contrairement à tout ce qui se pratique dans toute autre circonstance ne se conduirait-on pas d'après l'axiome : *sublator*.

Si, malgré tous les moyens employés, il survient des abcès, ou s'ils existent déjà lors de la visite du chirurgien, on en fera l'ouverture et l'on en pratiquera également dans le bandage qui correspondront à celle du membre, afin de donner au pus un libre écoulement.

Quant à la déambulation, je crois que le nom seul a induit les praticiens en erreur : elle ne consiste pas à faire supporter au membre fracturé le poids du corps; il n'en est rien; au contraire, le blessé se borne à se lever, à s'asseoir, à se promener en voiture et à marcher à béquilles. Les faits que je vous ai cités et que vous pourrez voir dans les hôpitaux de Paris suffiront, j'espère, pour généraliser enfin cette méthode. Permettez-moi, Messieurs, de vous rappeler encore ici, en terminant, les quelques mots que j'ai tracés dans un de mes mémoires : « Expérimentez, mais expérimentez avec impartialité et sans idée préconçue; ne me croyez pas sur parole, mais ne prononcez qu'après avoir vu; interrogez les faits, et ils vous montreront la vérité!! »

CONCLUSIONS.

1° Le bandage amidonné est en même temps amovible et inamovible.

2° Il comprime circulairement, ce qui fait que les fragmens sont mieux maintenus que par tout autre moyen.

3° Il permet la marche au moyen de béquilles.

4° Il permet de laisser une issue libre au pus dans les fractures compliquées.

5° Il présente une grande économie à faire, surtout dans les hôpitaux.

6° Il est léger; il présente peu de volume, et affecte la forme ronde; toutes qualités qui le rendent très propre à permettre la marche.

7° Il s'applique avec infiniment de facilité et exige peu de temps de la part du chirurgien.

8° Il se démolit facilement et se coupe de même.

9° Ses matériaux se trouvent partout.

10° Il peut changer partiellement de conformation lorsqu'on le comprime après l'avoir mouillé, et l'on peut ainsi remédier à une compression locale vicieuse, par exemple, autour des malléoles.

11° On peut lui donner beaucoup de mollesse à sa face interne en n'enduisant point cette partie d'amidon.

12° Il permet de fixer le membre fracturé dans toutes les positions possibles, flexion, extension, etc.

13° Il est applicable à toutes les fractures.

14° Il permet de mouvoir les articulations pendant et vers la fin du traitement pour prévenir les ankyloses;

15° Il présente un coup d'œil agréable et élégant.

16° Il est peu compliqué (celui de M. Larrey l'est beaucoup).

BIBLIOGRAPHIE.

DU VARICOCÈLE, ET EN PARTICULIER DE LA CURE RADICALE DE CETTE AFFECTION; par M. H. LANDOUZY, interne à l'Hôtel-Dieu, etc. — Un vol. in-8 de 120 p. avec planche, chez J.-B. et Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

L'état variqueux des veines du cordon spermatique étudié fort superficiellement par un certain nombre d'auteurs, et mentionné à peine par quelques autres, avait cependant déjà fixé l'attention des chirurgiens. J.-L. Petit, entre autres, nous a laissé sur cette maladie un chapitre remarquable; mais si la description des symptômes, l'indication des causes, etc., laissent peu de choses à désirer, tout ce qui se rattache au traitement est si incomplet, qu'on ne saurait y trouver des indications suffisantes pour la thérapeutique de cette affection. Bien que tous les auteurs qui ont écrit après ce grand chirurgien aient consacré à cette maladie un article spécial dans leurs ouvrages, son histoire était loin d'être faite, lorsque M. Landouzy, en s'appuyant des faits nombreux qu'il avait eu l'occasion d'observer, s'est proposé de remplir cette lacune; nous pensons que son but a été rempli.

Cette maladie, que l'on a tantôt appelée cersocèle, hernie variqueuse, etc., affecte exclusivement le sexe masculin; on trouve bien chez la femme, dans les grandes lèvres, une disposition variqueuse, qui répond assez bien aux varices du scrotum et une dilatation des veines des ovaires et du ligament rond qu'on a comparée aux varices du cordon; mais cet état pathologique est toujours composé chez la femme ou déterminé par la grossesse, et alors il n'est que passager, ou accompagné d'affections plus graves de la cavité abdominale, et alors ce n'est plus qu'un symptôme accessoire; il est loin d'ailleurs d'avoir chez elle le degré de développement et le résultat fâcheux qu'il a dans le sexe masculin.

L'influence de l'âge sur le développement du varicocèle n'a pas été appréciée de la même manière par tous les auteurs; la plupart, avec Delpech, regardaient cette affection comme très rare chez les jeunes gens. M. Landouzy est arrivé aux résultats suivans en examinant sous ce rapport 45 observations, dans lesquelles on a noté l'âge vers lequel apparurent les premiers symptômes; de ces observations, 10 sont consignées dans les auteurs et 35 lui appartiennent.

Age des individus.	Nombre de cas.
De 9 ans à 15	43
De 15 à 25	29
De 25 à 35	3

Ces faits sont assez nombreux déjà pour faire regarder comme peu fondée, sinon erronée l'opinion de Delpech; ils ont une partie pratique en ce sens qu'ils doivent rendre attentifs à l'état du cordon chez les jeunes gens dans une foule de maladies appartenant aux testicules et à leurs annexes; on ne doit point les perdre de vue dans l'examen des conscrits qui passent à la réforme; prévenu de la fréquence de cette affection, on sera moins souvent conduit à les laisser passer inaperçus.

Etudiant ensuite l'influence des causes anatomiques dont le mode d'action explique à la fois et le développement de la maladie, considéré d'une manière générale et sa fréquence plus grande à gauche, M. Landouzy recherche les diverses circonstances étrangères à l'organisation qui peuvent en favoriser ou en occasionner l'apparition; il rattache les unes à tout ce qui peut faciliter l'afflux du sang vers les parties génitales, les autres à tout ce qui peut empêcher son retour vers le cœur. Il fait la part de l'influence héréditaire qu'on ne saurait non plus méconnaître; M. Blandin parle, à l'article varicocèle du dictionnaire en 15 volumes, de trois frères qu'il connaît et qui tous trois ont été exemptés du service militaire pour un varicocèle; le père était lui-même affecté de cette maladie. Un fait analogue se trouve aussi rapporté dans une thèse de 1837 (n° 42).

Un point intéressant de l'histoire du varicocèle, signalé par M. Landouzy, et qui réclamerait de nouvelles recherches, c'est le degré de coïncidence des varices et du varicocèle. Sur quinze malades examinés sous ce rapport, il n'a trouvé qu'une seule fois cette coïncidence. Il a cherché d'un autre côté si des malades affectés de varices aux jambes lui offriraient une dilatation des veines spermatiques; et chez une vingtaine d'individus variqueux qu'il a pu voir, il n'a pas trouvé de traces apparentes de varicocèle. Quant aux hémorrhoïdes, elles ne lui ont paru avoir aucune coïncidence avec le varicocèle; mais, ainsi que le dit l'auteur lui-même, il faudrait des observations bien plus nombreuses pour juger cette question importante de la coïncidence des varices du rectum et des membres inférieurs avec le varicocèle; cependant on voit déjà, d'après ces faits, combien il faut se défier de la méthode inductive qui semblerait devoir faire admettre ici de prime-abord un rapport entre la dilatation variqueuse des veines spermatiques et celle des veines saphènes.

M. Landouzy, en décrivant la symptomatologie de l'hydrocèle, insiste avec toute raison sur son développement obscur; il est peu de maladies dans lesquelles les symptômes primitifs soient moins prononcés; chez presque tous les malades, ce n'était ni une sensation locale de gêne ou de douleur, ni même la perception d'une tumeur anormale qui leur avait révélé cette infirmité; mais les uns en prenant un bain, les autres à une visite de médecins faite dans un tout autre but, la plupart au conseil de révision, apprenaient pour la première fois le genre de maladie dont ils étaient affectés. Indépendamment des symptômes signalés par les chirurgiens, M. Landouzy insiste sur le besoin qu'éprouvent les malades de porter la main aux bourses, comme pour leur donner une position plus favorable, et les mieux soutenir au moyen des vêtements. Au bout d'un certain temps, si la maladie fait des progrès les souffrances deviennent extrêmes, le moindre mouvement dans la position droite finit quelquefois par déterminer des souffrances intolérables. Les malades se plaignent de douleurs sourdes dans les reins et jusqu'au milieu du dos; quelques-uns éprouvent des coliques fréquentes, d'autres une pesanteur incommode au fondement. Chez un malade dont l'histoire est rapportée par M. Landouzy (obs. 2), la verge elle-même était le siége de cuissons douloureuses, et l'émission de l'urine était accompagnée d'un sentiment de brûlure qui ne tenait cependant à aucune lésion appréciable de l'urètre. Un symptôme qu'il n'a jamais vu manquer, et qui n'a pas été signalé par les auteurs, c'est l'augmentation de la sécrétion cutanée du scrotum du côté affecté. Cette sécrétion est même tellement considérable, chez certains malades qu'ils sont obligés de garnir de linge le côté gauche du suspensoir, qui, sans cette précaution, serait bientôt hors de service. Laissons de côté la question du diagnostic, dont les difficultés ont été exagérées peut-être dans les ouvrages de chirurgie, et sur laquelle sir A. Cooper a donné les meilleurs éclaircissements. Nous rappellerons, avant d'arriver au traitement, que les symptômes ont été parfois si graves que l'amputation du testicule a été jugée nécessaire et pratiquée (Pott); que, dans d'autres circonstances, et cela a été vu assez souvent, cet organe s'est atrophié presque complètement et parfois avec une rapidité extrême, en quelques jours, si l'on en croit les observateurs. Du reste, cette atrophie consécutive du testicule, signalée pour la première fois par Celse (lib. VII, cap. 19), a été signalée par d'autres chirurgiens; on ne connaît qu'un seul cas où il y ait eu atrophie complète et simultanée des deux testicules, c'est dans la 38e observation de Pott.

Comme le varicocèle, à quelque degré qu'il soit porté, cause fort rarement la mort, et que les anciens chirurgiens, qui ont si souvent pratiqué l'extirpation des veines, ou la castration dans le varicocèle, n'ont rien laissé de positif sur l'anatomie pathologique de cette affection, cette partie de son histoire est encore à faire, car je ne pense pas que les quelques mots que sir A. Cooper y a consacrés, ni que la description incomplète donnée par J.-L. Petit d'une tumeur variqueuse dont il avait pratiqué l'extirpation puissent suffire à un esprit même peu sévère; c'est encore un point de l'histoire du varicocèle qui demande à être éclairé.

Dans la partie de son travail consacrée au traitement, M. Landouzy a fait preuve d'une bonne érudition et d'un excellent esprit de critique. Nous ne le suivrons pas dans son exposition des nombreuses méthodes palliatives et curatives indiquées depuis Celse jusqu'à nos jours; arrêtons-nous seulement au procédé, qu'il décrit avec plus de soin, qu'il a vu employer si souvent et avec succès par M. Breschet; celui enfin auquel il donne dans la généralité des cas, la préférence; on aura fait marcher le malade quelques heures avant l'opération, au besoin même il aura pris un bain tiède, afin de porter, aussi loin que possible, la dilatation des vaisseaux variqueux; le chirurgien s'occupera alors d'isoler avec soin les veines malades en maintenant contre la cloison, avec le pouce et l'index, le canal déférent, tandis qu'on ramène les veines vers la partie externe, en ayant le plus grand soin qu'il ne reste aucune veine vers le canal déférent, ce qui compromettrait le succès de l'opération. L'instrument qu'il s'agit d'appliquer maintenant est celui que décrivait M. Breschet en 1834, dans son Mémoire lu à l'académie des sciences, le 13 janvier 1834 (GAZETTE MÉDICALE, 1834, p. 33); avec une légère modification que lui a fait subir M. Landouzy; cette modification consiste dans la présence de petites plaques qui, s'abaissant à volonté au moyen d'une vis, continuent la pression dans toute la partie qu'on veut modifier, et permettent de laisser un pédicule externe une dilatation convenable. (Voyez la planche où l'instrument est représenté en place.) Il est nécessaire d'employer deux pinces à la fois; un aide place la première à la partie supérieure, en ayant soin que les branches en soient portées aussi loin que possible vers la cloison, contre le pouce du chirurgien qui tient éloigné le canal déférent. Aussitôt la pince convenablement placée, on en rapproche les branches au moyen de la vis, et on serre de suite aussi fortement que possible. La seconde pince sera placée inférieurement à deux ou trois centimètres environ au dessous de la première, suivant le volume de la tumeur, c'est-à-dire le plus haut possible, mais de manière cependant à ce que le testicule ne soit pas trop voisin de la section.

La durée d'application des pinces varie entre sept et quinze jours, souvent elles se détachent presque toujours elles-mêmes; il est survenu pendant ce temps-là des phénomènes nerveux et inflammatoires qui n'ont jamais donné lieu, dans les cas observés par M. Landouzy, à aucun accident; l'escarre se détache, la suppuration s'établit, et la cicatrisation ne tarde pas à être complète.

Resterait à discuter maintenant la question de récidives, à agiter celle de la préférence exclusive à accorder à cette méthode, etc.; mais ce serait nous entraîner trop loin; qu'il nous suffise de renvoyer pour cette discussion à l'intéressant Mémoire de M. Landouzy qui nous paraît devoir rester comme une bonne monographie du varicocèle.

VARIÉTÉS.

SUR LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS LATÉRALES DE L'ÉPINE PAR LA SECTION DES MUSCLES DU DOS.

Paris, le 30 août 1839.

Depuis que j'ai fait part à l'Académie des sciences de mes premiers essais sur le traitement des déviations latérales de l'épine par la section sous cutanée des muscles du dos, un grand nombre de médecins et chirurgiens m'ont fait l'honneur de me demander d'assister à cette opération : j'ai jusqu'ici eu le regret de ne pouvoir obtempérer à leur désir. D'une part, la méthode dont il s'agit m'ayant conduit à un certain nombre de points nouveaux d'anatomie, de physiologie et de pathologie, qui n'ont pas encore été publiés; d'autre part, l'Académie des sciences étant appelée à prononcer sur la valeur de ces faits et sur la méthode elle-même, je suis forcé d'en retarder la publication jusqu'après le rapport de la commission de l'Académie. Déjà plusieurs sujets ont été opérés sous les yeux de cette commission; aussitôt que les expériences dont elle doit être témoin seront terminées, je m'empresserai de les répéter publi-

quement à l'Hôpital des Enfans. Un certain nombre de sujets seront traités dans le service des difformités de cet hôpital.

Les motifs que je viens de faire connaître m'empêchent également de répondre à certaines critiques qui se reproduisent tous les jours avec une persévérance digne d'un meilleur but. Je me permettrai d'engager les auteurs à réserver leurs argumens pour une époque où ils sauront à qui les adresser. Jusque-là je me contenterai de lire devant l'Académie des sciences une suite de mémoires sur les différentes questions qui se rattachent à ma méthode, et me bornerai à produire devant la commission de l'Académie les résultats qu'on regarde comme impossibles.

JULES GUÉRIN.

ADMINISTRATION DES HÔPITAUX DE PARIS.

Ainsi que nous l'avions prévu dans notre dernier numéro, le conseil général des hospices n'a pas tardé à donner des explications complètement satisfaisantes en réponse au reproche d'imprévoyance qu'on lui avait adressé à l'occasion de la suppression d'une partie des lits de l'Hôtel-Dieu, par suite de la démolition partielle de cet hôpital. Nous nous empressons de reproduire la réponse du conseil telle qu'elle a été publiée dans plusieurs feuilles quotidiennes.

« Un journal a récemment occupé le public de prétendue disette de lits qui se serait fait remarquer dans les hôpitaux de Paris.

» Sans doute, les hautes questions de voirie qui ont amené le prochain dédoublement de l'un des bâtimens de l'Hôtel-Dieu ont restreint le nombre des secours à donner aux malades dans cet hôpital; mais l'administration n'a pas été imprévoyante, comme on l'a gratuitement annoncé.

» Avant de dégarnir l'Hôtel-Dieu de 5 à 600 lits, une maison annexe avait été créée pour recevoir 300 malades. Ils y sont soignés depuis les premiers mois de 1839, et, en ce moment, 125 lits de plus viennent d'être replacés à l'Hôtel-Dieu, dans la portion de la galerie St-Charles, dernièrement restaurée.

» Des constructions nouvelles ont été faites à l'hôpital Necker, à l'hôpital Beaujon. Le premier de ces établissemens charitables a gagné 80 lits; il en avait précédemment seulement 140; son nombre actuel est de 220, sur lesquels trente lits sont vacans.

» Beaujon, dans ses trois nouveaux pavillons, compte 168 lits. Ses deux premiers bâtimens reçoivent des malades depuis long temps: le dernier est occupé depuis plusieurs jours.

» Les fondations d'un quatrième pavillon vont être jetées, et ce bâtiment offrira de nouvelles ressources.

» Ainsi donc, pour remplacer ce que perdra momentanément l'Hôtel-Dieu (600 lits), on trouve :

Annexe de l'Hôtel-Dieu	300 lits.
Hôpital Necker	80
Beaujon en ce moment	198
Plus tard, 56.	
Hôtel-Dieu, salle remise en activité	125
	673 lits.

» Qu'ont donc perdu les pauvres, cette classe si intéressante, qui ne cessera jamais d'exciter la juste sollicitude de l'administration?

» Ajoutons à ce travail, rassemblé à la hâte, que le conseil-général des hospices, d'accord avec M. le préfet de la Seine, s'est occupé de faire étudier des projets pour la construction prochaine d'un hôpital sur l'un des points du nord de Paris; que ce nouvel établissement ne contiendra pas moins de 600 lits; que le conseil municipal en a voté la construction dans sa dernière session; que toutes les questions d'art, d'hygiène et de convenance sont à l'étude, afin de soumettre à l'autorité supérieure un travail complet, et que probablement, dès l'année prochaine, cet hôpital, si désirable, à cause de l'accroisement de la population, attestera que le malheur n'est point oublié dans la répartition des fonds destinés aux besoins d'utilité publique. »

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

La cour de cassation vient de résoudre, par son arrêt du 21 août courant, une question de jurisprudence médicale de la plus haute portée, et qui ne s'était jamais présentée devant aucune juridiction.

« Un médecin peut-il s'engager à rendre, pendant *toute sa vie*, ses soins en sa qualité, moyennant une rente perpétuelle ou un capital convenu d'avance? »

Sans entrer dans des discussions des faits qui doivent rester étrangers à la médecine, il est essentiel cependant de rappeler les circonstances principales qui ont donné lieu à cet arrêt.

Par une convention arrêtée verbalement le 22 février 1833, M. le docteur Mojon, ancien médecin en chef des armées, professeur de la faculté de Gênes, s'engagea pendant *toute sa vie* à donner ses soins comme médecin à madame la baronne de Feuchères et aux personnes composant sa maison, tant qu'elle résiderait en France.

Pour reconnaître ces soins et pour dédommager le professeur Mojon de son déplacement, madame de Feuchères promet et s'engage d'assurer à perpétuité aux époux Mojon et aux enfans issus de leur union, et à leurs descendans en ligne directe un revenu annuel de 10,000 fr., sous la réserve d'en opérer l'extinction à son gré moyennant le paiement d'un capital de 200,000 fr.

Le professeur Mojon vint s'établir à Paris avec toute sa famille; et la convention s'exécuta jusqu'en octobre 1837. A cette époque madame de Feuchères ayant, sans motifs plausibles, rompu avec son docteur, celui-ci la fit citer devant le tribunal de première instance, pour obtenir l'exécution du traité passé entre eux. Le tribunal, après avoir entendu Me Delangle, avocat de M. Mojon, et Me Crémieux, avocat de madame de Feuchères, a condamné cette dernière à payer au docteur Mojon ladite rente, si mieux elle n'aime lui payer la somme capitale de 200,000 f.

Appel de ce jugement fut interjeté par la dame de Feuchères, et la cour royale de Paris, dans son audience du 22 avril 1838, a confirmé le jugement du tribunal civil de la Seine, et a de plus débouté cette dame de la prétention à faire annuller la susdite convention comme ayant excédé les limites des droits d'une femme séparée de corps et de biens, condamné la dame de Feuchères à l'amende et aux dépens.

C'est de cet arrêt de la cour royale que la baronne de Feuchères a demandé la cassation. Elle a fondé son pourvoi sur la violation des articles 1131, 1133 et 1780 du Code civil: « En ce qu'il ne peut pas être permis de contracter une obligation par laquelle on aliène son indépendance et sa liberté. »

Comment pourrait-on se persuader, a dit l'avocat-général, répondant à ce moyen de cassation invoqué par la demanderesse, comment pourrait-on se persuader qu'un engagement de la nature de celui du professeur Mojon avec la baronne de Feuchères fût contraire à l'indépendance du docteur, et qu'il constituât une aliénation de sa liberté? Un médecin qui prend un tel engagement n'en reste pas moins libre d'exercer sa profession au dehors et de vaquer aux soins de ses affaires personnelles. Il s'oblige donc d'une manière licite et qui ne blesse en rien l'ordre public et les bonnes mœurs; il ne fait rien non plus de contraire à la loi; car on ne peut citer aucune de ses dispositions qui probibe une convention stipulée dans les termes que rappelle le sommaire ci-dessus. L'art. 1780, qui défend d'engager ses services pour toujours, n'est appliquable qu'aux domestiques et aux ouvriers; mais il est impossible d'y comprendre la profession si éminemment libérale et noble de l'art de guérir.

Comment, celui qui reçoit les soins d'un docteur en médecine oserait s'appeler son maître? « L'affirmation du maître qui fait foi pour la quotité de quelque paiement et gage de salaire » (art. 1781) ne va certainement pas à l'action qu'un médecin peut exercer pour la créance de ses visites ou de ses opérations chirurgicales. Ces créances sont réglées par d'autres principes.

Par ces considérations et bien d'autres qu'il est inutile de rappeler ici, la cour supérieure a validé l'acte signé à Gênes entre le professeur Mojon et la baronne Feuchères. Le pourvoi a été rejeté et la dame condamnée aux dépens et à l'amende (1).

— DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ou Répertoire général des sciences médicales considérées sous les rapports théorique et pratique; par MM. Adelon, Beclard, R. Bérard, F. H. Bérard, Biett, Blache, Breschet, Calmeil, Al. Cazenave, Chomel, H. Cloquet, J. Cloquet, Coutanceau, Dalmas, Dance, Desormeaux, Dezeimeris, P. Dubois, Ferrus, Georget, Gerdy, Guérard, Guersant, Itard, Lagneau, Landré-Beauvais, Laugier, Littré, Louis, Marc, Marjolin, Murat, Ollivier, Orfila, Oudet, Pelletier, Pravaz, Raigé-Delorme, Raynaud, Richard, Rochoux, Rostan, Roux, Rullier, Soubeiran, Trousseau, Velpeau, Villermé.

Deuxième édition entièrement refondue et considérablement augmentée.

Tome XIX (*mam-met*). In-8°. Prix: 6 fr.

A Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

— DISCOURS SUR L'UNITÉ DE LA PATHOLOGIE, prononcé le 16 avril 1839, à l'ouverture, ou Cours de pathologie chirurgicale de la Faculté de médecine de Montpellier; par F.-G. LESCELLIÈRE-LAFOSSE, professeur agrégé, etc.; brochure in-8.

A Montpellier, chez Martel aîné.

(1) Nous venons d'apprendre que la dame de Feuchères a fait assigner, le 24 de ce mois, par huissier, le professeur Mojon, de se rendre auprès d'elle pour lui donner les soins assidus qu'exige l'état de sa santé!

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 36. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 7 SEPTEMBRE 1839.

Gazette Médicale
DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

THERAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MÉMOIRE SUR LA CURE DES RÉTRÉCISSEMENS DU CANAL DE L'URÈTRE, PAR LA METHODE DE L'INCISION, PRÉCÉDÉ DE QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LEUR TRAITEMENT PAR LA DILATATION ET PAR LA CAUTÉRISATION, adressé à l'Académie royale de médecine de Paris, par M. le docteur Reybard, de Lyon.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Je ne me servais d'abord que des urétrotomes dont j'ai donné la description dans mon mémoire sur les rétrécissemens; mais depuis la publication de cet opuscule, j'ai encore fait usage d'un urétrotome d'une autre forme. Ce dernier instrument opère l'incision des rétrécissemens d'arrière en avant, tandis que les premiers les divisent d'avant en arrière. Je donnerai la description de ces deux instrumens, sans pouvoir cependant m'attribuer entièrement la découverte du dernier, bien que M. Charrière, premier coutelier de Paris, à qui elle appartient, veuille m'en faire honneur: c'est en effet cet habile mécanicien qui en a eu la première idée. Quoi qu'il en soit, comme il a été vendu comme m'étant propre, et que c'est sur son modèle qu'a été fait l'urétrotome scarificateur qu'on attribue, je crois, à M. Ricord, ainsi que quelques autres à peu près semblables, j'en fais ma propriété et fais remonter son invention à l'époque de la publication de mon mémoire sur les rétrécissemens de l'urètre, m'engageant de prouver qu'il en a été vendu depuis bien des années, et que c'est à tort que quelques chirurgiens, qui ne l'ont pas trouvé décrit dans mon opuscule, s'en sont attribué la découverte.

L'ancien urétrotome, que j'emploie toujours de préférence, ressemble à une sonde de la longueur du canal, un peu aplatie et plus grosse à son extrémité antérieure, dans laquelle est cachée une lame portée par un mandrin avec laquelle on la meut à volonté: ainsi deux parties distinctes le composent: la première, qui forme le corps de l'instrument, est une sonde proprement dite; la seconde, qui se meut dans la première, est représentée par une tige centrale sur laquelle est arrêtée la lame. La première partie de l'instrument est elle-même composée de deux parties distinctes; l'une est une canule d'argent de six à sept pouces de long, ouverte par ses deux extrémités, portant sur un de ses côtés les divisions du pied; son ouverture externe est étroite, mais elle s'élargit en s'évasant en forme d'entonnoir, du côté qui regarde l'extrémité antérieure de la canule. Cette disposition est nécessaire pour rendre plus facile l'introduction du mandrin qu'on place dans la canule, en le faisant pénétrer par son extrémité vésicale. L'autre extrémité de la sonde présente un pas de vis sur lequel vient se réunir la seconde pièce du corps de l'instrument, c'est-à-dire le fourreau, ainsi nommé parce qu'il loge la lame. Celui ci, long de quinze à seize lignes, a plus de volume que la sonde; sa forme,

---

Feuilleton.

LETTRES SUR L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET SUR LA NÉCESSITÉ DE L'ENSEIGNEMENT DE CETTE HISTOIRE; SUIVIES DE FRAGMENS HISTORIQUES;

Par J.-E. Dezeimeris, D. M., bibliothécaire de la Faculté de Paris, etc.

(Un volume de 382 pages. — Paris, chez l'auteur.)

Si l'on tenait absolument à caractériser l'époque scientifique où nous vivons par une de ces expressions sommaires dont la justesse n'égale pas toujours la concision, on pourrait la désigner à la postérité sous la dénomination d'époque historique. Au milieu des divergences d'opinions et de résultats qui se manifestent dans toutes les sphères de travail intellectuel, ce qui sert encore de nœud commun aux esprits, c'est le goût des études historiques, c'est le besoin, senti par tous, de remonter aux origines et de soumettre aux explorations d'une critique impartiale les antiques archives du savoir humain. Ce ne sont pas seulement les questions de détail qui sollicitent aujourd'hui le concours des données historiques; il n'est aucune doctrine contemporaine, depuis celle de l'irritation jusqu'à cette candide poésie d'Hanhemann, qui n'ait sué dans ce genre de recherches et n'ait investi de ses hostilités ou de ses prétentions assimilatrices le domaine du passé médical. Autrefois, les systèmes se produisaient, comme certaines familles d'animalcules, par une sorte de génération spontanée. Une doctrine ne peut faire aujourd'hui son entrée en scène qu'appuyée, d'une part, sur un agrégat de faits nouveaux et réels? je ne sais; d'autre part, sur le produit plus ou moins sincère de l'investigation historique.

Cette tendance à revenir sur les travaux de nos devanciers marque-t-elle la stérilité de nos propres efforts pour le développement de la science, ou n'est-elle que la répétition d'une tendance plus générale, qui se fait sentir aussi dans les autres branches de l'activité intellectuelle? Il faudrait fermer les yeux sur les richesses accumulées autour de nous, pour l'envisager comme un symptôme de l'indigence actuelle de la médecine. Non seulement la science est entraînée dans une voie de progrès, qui va s'élargissant avec les années, mais encore les matériaux s'accumulent avec une abondance qui engendre la confusion, et si le temps est passé des systèmes et des généralisations dogmatiques, c'est que la masse des faits et des découvertes, grossissant de plus en plus, brise le cadre artificiel de ces conceptions éphémères, œuvre utile un jour, impédiment ensuite, et propre seulement à l'édification perpétuelle de certains esprits, qui n'ont du vieux Janus que la face qui regarde en arrière.

Il est aisé de marquer le principe du mouvement qui s'opère aujourd'hui

qui est un peu aplatie, varie cependant selon qu'il est destiné à recevoir une lame à un seul ou à deux tranchans.

Lorsque le fourreau reçoit une lame à un seul tranchant, il ne déborde que d'un côté le corps de la sonde, dans l'étendue de près d'une ligne. Dans le reste de son contour il en continue la forme et semble ne faire qu'un corps avec elle.

Lorsqu'il reçoit une lame à deux tranchans, ses bords dépassent à droite et à gauche le corps de la sonde, dans l'étendue d'une demi-ligne environ. Les bords saillans des fourreaux sont ouverts et les petites fentes qu'on y remarque indiquent la séparation des deux pièces qui composent cette portion d'instrument.

Les fourreaux pourraient être soudés sur la canule; mais au lieu de cela, ils se vissent sur elle : j'évite par-là de faire autant de sondes que de fourreaux; c'est ainsi que je n'ai que deux sondes, à chacune desquelles j'adapte deux fourreaux; de cette manière je me procure en double un urétrotome simple et un urétrotome double. Les bords saillans des fourreaux sont tournés du côté où la sonde offre les divisions du pied. Celles-ci servent donc à la fois pour indiquer la profondeur à laquelle elle est engagée, et pour désigner le côté tranchant de l'instrument.

L'extrémité vésicale du fourreau se termine par une pointe angulaire, qui diffère selon qu'on l'examine dans l'urétrotome double ou simple. Dans le premier, elle prend la forme d'un triangle, au sommet duquel est un trou arrondi où viennent finir les fentes des bords saillans; dans le second, ce bout prend la forme d'un triangle rectangle, au sommet duquel est le petit trou qui loge le stylet précurseur.

On se formerait une bien fausse idée de mon instrument si l'on jugeait de l'étendue de sa lame par celle du fourreau. La lame n'a en effet que cinq à six lignes de long, tandis que le fourreau en a quinze à seize. Je n'en donne autant à ce dernier que pour cacher le précurseur qui prend et conduit la lame dans le rétrécissement.

La seconde partie de mon instrument est composée de plusieurs pièces qui, réunies ensemble, forment une seule tige, sur laquelle est fixée la lame à laquelle elle sert de manche. Cette tige, partie en argent, partie en acier, est plus longue que la sonde de quinze lignes environ. Le maudrin d'acier est de la longueur d'une aiguille à tricoter; il porte un pas de vis à ses deux extrémités : l'externe reçoit un anneau d'argent assez grand pour recevoir le pouce. Sur l'autre extrémité se visse une petite canule d'argent de même volume que le mandrin. Cette canule échancrée d'un ou des deux côtés, suivant que l'urétrotome est double ou simple, reçoit une lame configurée comme celle du fourreau. A l'autre extrémité de la petite canule d'argent, s'adapte le bout du précurseur en baleine qui y est goupillé. Ce précurseur beaucoup aminci au milieu, terminé par un bout arrondi, est très flexible.

Toutes les pièces de la seconde partie de mon instrument constituent par leur assemblage un seul corps qu'on fait mouvoir à volonté dans la sonde; ainsi mes urétrotomes ne sont véritablement formés que de deux parties distinctes. Entre l'anneau situé à l'extrémité externe du mandrin, et celle de la sonde, se trouve placé un curseur qui sert à régler le degré d'ouverture qu'on veut donner à l'instrument. Lorsqu'on veut s'en servir, on l'introduit fermé devant le rétrécissement, et lorsqu'il y est parvenu, on recule le curseur sur le premier point tracé sur le mandrin. En poussant celui-ci, on fait sortir le précurseur qui enfile aussitôt le rétrécissement; on recule encore le curseur d'un point on de deux, suivant qu'on veut faire plus ou moins avancer la lame. On arme donc l'instrument en deux temps : dans le premier, en poussant le mandrin, on ne fait sortir que le précurseur; dans le second, on fait sortir la lame; c'est donc avec la plus grande précision qu'on arme l'instrument : on sait, par exemple, qu'en reculant le curseur sur le deuxième point, on fait sortir la lame d'une demi-ligne ou de trois quarts de ligne au plus sur les bords du fourreau; tandis que si on le recule sur le troisième, on la fait saillir d'une ligne et quart. Il n'y a donc que ses bords et sa pointe, dont l'extrémité est cachée derrière le précurseur, qui sortent du fourreau.

Moyennant que l'ouverture qui se trouve au bout du fourreau de l'urétrotome simple est un peu plus élevée que le sillon qui longe la lame, je fais saillir davantage celle-ci, et, par cette nouvelle disposition, je peux donner à l'incision une ligne d'étendue de plus que le diamètre du fourreau : par exemple, avec l'urétrotome n. 1, qui a à peine deux lignes de diamètre, je fais une incision de trois lignes, et avec l'urétrotome n° 2, j'en obtiens une de quatre lignes. Quoique cette modification soit peu importante, elle facilite cependant l'introduction des urétrotomes à travers le méat urinaire.

Il suit de la disposition de la lame de mes urétrotomes : 1° Que la section des parois du rétrécissement ne se fait d'abord que sur la partie antérieure de la lame, près de sa pointe, et qu'elle s'achève sur le fourreau, c'est-à-dire sur les bords obliques de la lame qui le débordent d'une ligne environ; 2° Que l'étendue qu'on donne à l'incision est connue d'avance; elle est toujours en effet en rapport avec le volume du bout de l'instrument sur lequel elle se fait; ainsi si le fourreau a trois lignes de diamètre, on est assuré d'en donner autant au canal de l'urètre par la division du rétrécissement; 3° Que la pointe de la lame cachée et précédée d'un stylet flexible ne fait courir aucun risque de blesser le canal de l'urètre de quelque manière que ce soit.

Je n'avais d'abord fait faire que des urétrotomes droits; mais ayant remarqué qu'il était difficile de s'en servir pour les rétrécissemens situés dans la courbure du canal, j'en ai fait qui ont une légère courbure ayant d'ailleurs la même forme.

Nouvel urétrotome. Mon nouvel urétrotome se compose, comme le précédent, de deux pièces distinctes, d'une très petite canule d'argent, et d'une lame portée par un mandrin d'acier.

La canule d'argent semblable à une très petite sonde renferme la lame avec son mandrin ou son manche.

Cet instrument peut avoir une forme droite et une forme recourbée, pour atteindre les rétrécissemens situés dans la portion recourbée du canal.

L'extrémité antérieure de la canule d'argent est surmontée par un précurseur en baleine flexible, et de même forme que celui que j'ai adapté à mon ancien urétrotome; ses côtés sont fendus dans l'étendue d'un pouce environ, pour laisser saillir la lame ou les lames, suivant que l'urétrotome est double ou simple. Cette même partie est formée de deux pièces qui se dévissent pour y placer les lames et rendre leur nettoyage facile; elles sont terminées par une vis sur laquelle on monte un petit capuchon formant écron, sur lequel est ensuite monté le précurseur.

Le mandrin d'acier a deux extrémités : l'antérieure, de forme carrée, qui dépasse la canule de dix-huit à vingt lignes, se trouve embrassée dans toute cette étendue, quand l'instrument est fermé, par un manche cannelé qui y est fixé au moyen d'une vis qui doit toujours être placée de manière

---

parmi les médecins vers les études historiques; l'initiative en revient à cette autre science, dont la médecine n'est, pour ainsi dire, que la vassale, à la philosophie. Il y a près de vingt ans que la philosophie, lasse de tourner sa roue et de faire repasser incessamment sous les yeux de son public la même série de problèmes et de solutions, s'est avisée d'asseoir la méthode sur les bases de l'histoire, de poursuivre la nouveauté dans le passé, de mener à travers son enseignement la procession des écoles éteintes, d'interroger au lieu de répondre. L'interrogatoire devait toutefois aboutir à un résumé, à des conclusions; mais celles-ci sont encore à produire, et sur la chaire, redevenue muette, flottent à peine quelques lambeaux d'abstraite phraséologie, qui ressemblent plus aux strophes mutilées d'une poésie incomprise qu'aux formules sévères du dialecticien. Si l'histoire de la philosophie était devenue la passion d'un professeur célèbre, la philosophie de l'histoire occupait aussi sa chaire. Bientôt la littérature se replia, à son tour, sur les trésors enfouis dans son passé; l'idiome national, mieux étudié dans ses transformations graduelles, fournit une vaste carrière à l'exégèse philologique. Les vieux écrivains furent extraits de leurs tombes poudreuses, les uns réhabilités, les autres répudiés avec un nouvel éclat; la réaction s'étendit jusqu'aux historiens eux-mêmes : l'école des Vertot, des Raynal, des Voltaire, fut battue en brèche par les nouveaux chroniqueurs; la description remplaça l'analyse; après les cours et les livres, on voulut des institutions destinées à consacrer ce retour aux explorations minutieuses du passé; de là les congrès historiques, les comités historiques, les inspections des monumens historiques. Comment la médecine n'aurait-elle pas eu son paroxisme de zèle historique? N'avait-elle pas aussi ses monumens à rechercher, ses ruines à montrer? N'a-t-elle point des trésors ensevelis dans les rayons des bibliothèques? Et combien d'inventions retentissantes de notre siècle ne sont que merveilles d'emprunt! Combien d'idées, qui se débitent à titre de nouveautés, ne sont que le produit plus ou moins déguisé d'un plagiat ignoré? Toute science qui repose sur la méthode expérimentale a besoin d'un inventaire exact des acquisitions qu'elle peut avoir faites dans les siècles antérieurs; il faut même que cette opération se répète à certains intervalles, car elle a pour résultat de tempérer la fièvre d'invention et d'originalité qui travaille en tout temps les esprits; faire justice des fausses découvertes, soustraire à la controverse jalouse des contemporains des élémens solidement établis par nos devanciers, c'est régler, en quelque sorte, la direction des études et les empêcher de rétrograder. Quand une critique vigilante fera la garde autour des richesses historiques de notre science, quand les données acquises il y a quelques siècles ne pourront plus circuler, à la faveur de l'ignorance commune, sous les enseignes de l'usurpation, force sera bien à qui poursuit l'innovation, de se créer une veine sincère de découvertes, de tailler dans la roche vive, au lieu de repolir avec adresse quelques débris de vieille cristallisation. L'encombrement est d'ailleurs un obstacle au progrès, et c'est à la haute raison de l'historien de la médecine à démêler les matériaux qui se sont amassés dans son domaine.

On le voit, il y avait de bonnes raisons pour que la ferveur des recherches historiques s'étendît à la médecine; il en existait une autre, non moins péremptoire; elle se déduisait de l'excellente occasion qui s'était offerte, en 1830, de reconstituer la chaire d'histoire et de bibliographie, occupée par feu Moreau de la Sarthe, et comprise dans l'ordonnance de suppression qui éloigna en même temps de la Faculté, Portal, Chaussier et Desgenettes. M. Dezeimeris, devenu

à correspondre au côté de l'urétrotome par lequel s'échappent les lames. Sur cette partie du mandrin se voient deux points ou signes sur l'un desquels on arrête le manche curseur quand on veut ouvrir l'instrument. A l'extrémité antérieure de ce mandrin sont fixées une ou deux lames minces et longues de six à sept lignes; elles sont renfermées dans la canule et disposées dans l'intérieur du cône, l'une à côté de l'autre, de manière qu'en poussant d'avant en arrière le mandrin, on leur fait faire une saillie proportionnée à la course, dont l'étendue est indiquée par la distance intermédiaire de la canule extérieure et le petit manche curseur de la partie antérieure de la tige.

On peut donc, suivant qu'on arrête le manche curseur sur le premier ou sur le second point tracé sur la tige, faire saillir plus ou moins la lame, et donner à l'instrument un degré d'ouverture proportionné à l'étendue de l'incision que l'on veut obtenir.

Une canule de gomme élastique sert à faciliter l'introduction de l'urétrotome dans le canal : elle serait en effet difficile, à cause de la finesse et de la flexibilité du précurseur en baleine, qui s'arrêterait dans les plis de la muqueuse. Cette canule, dans laquelle se meut librement l'urétrotome, sert encore à faciliter l'introduction du précurseur dans l'ouverture du rétrécissement, parce qu'étant volumineuse, elle dilate l'urètre et distend ses parois devant l'obstacle. J'ai, à cet effet, deux canules, l'une dont l'extrémité est arrondie, et l'autre qui porte une éminence. Au moyen de cette disposition, je mets le bout du précurseur en rapport plus direct avec l'ouverture de l'obstacle; ces canules ayant moins de longueur que l'urétrotome, elles ne gênent pas son introduction à travers le rétrécissement. Lorsque, au contraire, l'instrument s'arrête devant l'obstacle, le chirurgien saisit la verge, la presse sur la sonde, et, tenant ces deux parties immobiles l'une sur l'autre, il n'a qu'à pousser l'urétrotome pour le lui faire traverser. On est pour ainsi dire assuré qu'il a dépassé le point qu'on suppose malade, lorsqu'il vient rencontrer la canule de gomme élastique.

Quoique la canule de gomme élastique distende un peu le canal devant le rétrécissement, et qu'elle facilite l'introduction de son précurseur dans son ouverture, celle-ci ne rencontre pas cette dernière aussi aisément que celui de mes premiers urétrotomes, dont l'extrémité, qui est percée d'une petite ouverture placée au milieu ou sur les côtés, suivant que l'obstacle est circulaire ou latéral, lui donne quelque ressemblance avec le conducteur de Ducamp.

Telle est la forme de mon second urétrotome, qu'on ne l'ouvre qu'après lui avoir fait traverser le rétrécissement, et qu'on divise les parois de celui-ci d'arrière en avant, en le retirant simplement; tandis que, avec les urétrotomes de MM. Amussat, Ricord, ou autres à peu près semblables, bien qu'on les divise aussi d'arrière en avant, l'incision ne se fait qu'en appuyant l'instrument contre les parois de l'obstacle; c'est-à-dire, en s'en servant comme d'un scarificateur. Or, qu'on le sache bien, la manière de pratiquer cette incision avec l'un ou l'autre de ces instrumens n'est pas indifférente; avec mes urétrotomes, je fais une incision, et, soit qu'elle s'obtienne d'avant en arrière, ou d'arrière en avant, je connais d'avance l'étendue que je vais lui donner; tandis que, avec les autres urétrotomes, on fait une scarification dont on ne juge l'étendue que par approximation.

Avec les premiers, on agit avec une précision mathématique : avec les seconds, il y a incertitude et danger d'attaquer les parties qu'il faut respecter. Telle est même la disposition de mes urétrotomes, surtout des premiers auxquels j'accorde la préférence, qu'on pourrait même s'en servir comme d'un scarificateur, sans inconvénient et sans crainte d'étendre l'incision au-delà de l'axe du canal, soit parce que sa lame est très peu saillante, soit encore que son précurseur s'y opposât; ainsi tenterait-on de percer le canal de dedans en dehors, qu'on ne le pourrait pas.

C'est avec ces instrumens très simples que je conseille d'attaquer les rétrécissemens du canal de l'urètre; on peut, en effet, hardiment s'en servir avec l'assurance de diviser les obstacles qui s'y rencontrent, sans crainte de blesser le canal, sans crainte aussi de faire de fausses routes, parce que la lame, dont la pointe est cachée à la naissance du précurseur, ne divise les parties que par ses bords, et que, de plus, le stylet lui-même la dirige toujours dans le canal, d'où il l'empêche de s'écarter.

Avant d'indiquer la manière de se servir de mes urétrotomes, il convient d'avoir une connaissance parfaite de la situation, de la forme et de l'étendue du rétrécissement qu'on veut diviser; ainsi, veut-on savoir à quelle distance du méat urinaire il existe? On se sert d'une bougie sur laquelle Ducamp a fait tracer les divisions du pied. Veut-on connaître la situation de son ouverture et l'épaisseur de ses parois? C'est avec la sonde exploratrice de cet auteur qu'on en prend l'empreinte. C'est aussi avec des bougies emplastiques portées directement dans le rétrécissement, ou au moyen d'un conducteur de son invention, qu'on acquiert la connaissance de son étendue.

Au lieu de me servir de ces dernières pour mesurer de la longueur des rétrécissemens, et aussi pour les dilater un peu, j'emploie de préférence une bougie, espèce de mandrin en baleine, recouverte avec de la baudruche, ou boyau de chat préparé.

J'en ai de deux grosseurs.

La première, très petite, uniforme en grosseur dans toute son étendue, est un peu plus mince près de son extrémité vésicale, qui se termine par un bout arrondi.

La seconde, d'un volume d'une bougie n. 7 ou 8, est aussi très mince, et flexible près de son extrémité vésicale, qui se termine, comme la première, par un bout arrondi. Cette disposition fait ressembler la pointe de ces bougies au précurseur de mes urétrotomes; toutes deux sont recouvertes avec des rubans de boyau de chat contournés en spirale, ou d'un boyau d'un plus petit animal, dans lequel elles sont introduites.

L'avantage de ces bougies sur les cordes à boyau, ou sur les bougies emplastiques, résulte de la flexibilité de leur pointe. Si elles n'enfilent pas le rétrécissement, celle-ci se replie devant lui sans perforer le canal; d'autre part, en se portant à droite et à gauche, cette pointe finit toujours par rencontrer son ouverture. Elles ont, en outre, l'avantage de conserver constamment la même solidité, et de pouvoir servir longtemps au même usage; tandis que les bougies emplastiques et les cordes à boyau, ramollies par la chaleur et l'humidité du canal de l'urètre, ont quelquefois perdu leur consistance avant d'être parvenues devant le rétrécissement.

La première de ces bougies est portée dans le rétrécissement, au moyen d'une canule de gomme élastique ou du conducteur de Ducamp. La seconde, étant plus volumineuse, y est introduite sans le secours de cet instrument. Lorsqu'elles y ont séjourné pendant quelque temps, elles rapportent une rainure, au moyen de laquelle on juge de sa longueur. Cette rainure n'est autre chose qu'une tache blanchâtre imprimée sur la mem-

bibliothécaire de la Faculté, offrait généreusement sa démission de ce poste pour compléter au profit du concours les attributions de cette chaire, qui comprenait, et l'enseignement de l'histoire médicale, et les fonctions de bibliothécaire de la Faculté. On sait les pétitions qu'il adressa successivement à la Faculté, au ministre de l'instruction publique; on a lu avec un intérêt mérité les articles qui parurent dans les journaux politiques sur la nécessité de réorganiser au sein de la Faculté l'enseignement historique de la médecine; ce fut aussi le thème d'une polémique élevée que soutint M. Dezeimeris, dans une feuille médicale qui ne partageait point toutes ses vues. Il eût été regrettable que la série des lettres que M. Dezeimeris adressa à ce journal restât dispersée dans un recueil périodique; elles contiennent en effet les idées fondamentales de l'auteur sur l'histoire de notre science, et peuvent être considérées comme le programme d'un ouvrage qui sollicite le labeur d'une vie entière, et que personne n'est plus propre à conduire à bonne fin que M. Dezeimeris. Il a donc réuni ces articles et ces lettres, et les a publiés sous le titre que nous avons transcrit; pour arrondir le volume et lui donner substance et vie, il y a ajouté, en guise de seconde partie, un assez grand nombre de fragmens destinés sans doute à joindre l'exemple au précepte.

La correspondance officielle et polémique de M. Dezeimeris a pour objet de démontrer la nécessité d'instituer, dans l'école de Paris, l'enseignement de l'histoire de la médecine; elle expose ensuite ses critiques sur la manière dont cette histoire a été traitée jusqu'à ce jour, et elle fait connaître sous quel point de vue il l'envisage à son tour. M. Dezeimeris s'attache encore moins à faire ressortir l'indispensable utilité de la chaire qu'il ambitionne, qu'à combattre les argumens contraires à sa création. Il sent bien le faible de sa position; il nous montre sa main pleine de notions et de faits utiles ou curieux, et nous annonce qu'il ne l'ouvrira que du haut d'une chaire. Il entend d'avance la voix de ses adversaires qui lui crient : Puisque vous possédez sur l'histoire médicale des vues neuves, des idées plus justes; puisque vous avez pénétré plus avant dans les entrailles de l'antiquité, feuilleté des volumes intacts à toute autre main, surpris l'origine réelle d'une foule de notions admises de siècle en siècle, opéré des rapprochemens féconds et façonné une méthode plus philosophique pour l'étude des documens que nous possédons; qui vous empêche d'écrire, et qu'est-il besoin de robe ou de toque pour révéler au monde médical les belles choses que vous savez? L'objection est forte, et il ne l'affaiblit point en la mentionnant; nous avouons, non sans embarras, qu'elle nous est familière. Loin de nous de méconnaître l'importance de l'étude historique de la médecine; une science d'observation, qu'est-elle elle-même au fond, si ce n'est de l'histoire, et, comme l'a dit Bacon, en négliger le passé, c'est tout bonnement la recommencer tous les jours; mais nous sommes de ceux qui n'admettent comme vraiment nécessaire d'autre exposition professorale que celle des branches de la médecine qu'il n'est point possible de faire connaître complètement dans les livres; tout ce qui n'est que transmission d'un dogme établi peut être livré à la plume; la parole enseignante doit être surtout l'organe de l'expérience et de l'observation actuelle; toutefois, nous ne rétrécissons pas le cercle de cet enseignement jusqu'à n'y faire entrer que l'anatomie, l'obstétrique, les opérations, l'histoire naturelle des médicamens; quoi qu'en dise M. Dezeimeris (p. 47), l'histoire de la médecine ne saurait prendre rang, quant à la nécessité de l'enseignement, à côté de la physiologie, de la pathologie, de la médecine légale, qu'il semble reléguer en dehors de l'expérience et de l'observation. Sans

braue. Je me suis quelquefois servi de la grosse bougie pour dilater un peu l'ouverture des rétrécissemens que j'ai opérés avec mon second urétrotome. La forme conique qu'elle affecte en deçà de son extrémité flexible en facilite beaucoup la distension.

Lorsque toutes ces connaissances sur la disposition des rétrécissemens sont acquises au chirurgien qui veut les attaquer par l'incision, il fait choix de l'urétrotome qu'il doit employer; ainsi, décidé de me servir des premiers de ces instrumens, si le rétrécissement est circulaire, c'est-à-dire s'il affecte également la muqueuse dans tous les points de la circonférence du canal, et si son ouverture existe au sommet du cône tronqué qu'il présente, je me sers de l'urétrotome double pour le diviser des deux côtés. Dans ce cas, comme l'ouverture qui loge le stylet se trouve au milieu du bout de l'urétrotome, elle correspond directement à celle du rétrécissement, de telle manière que le stylet passe dans l'ouverture de celui-ci, dès qu'il franchit celle du fourreau. Si l'ouverture existe sur un des côtés du canal, ou si le rétrécissement n'attaque la muqueuse que dans la moitié de la circonférence de celui-ci, il n'est besoin que de l'attaquer d'un côté; je me sers alors de l'urétrotome simple ou à un seul tranchant, et je le dispose comme il suit : lorsque l'ouverture du rétrécissement est en bas, je tourne le tranchant de l'instrument et *vice versa* : de cette manière, la lame regarde toujours le côté du rétrécissement qui a le plus d'épaisseur, et l'ouverture de l'instrument se trouve toujours en rapport avec celle de l'obstacle: de telle façon qu'on n'a besoin, pour faire pénétrer le stylet dans celui-ci, que d'enfoncer le mandrin dans la sonde. Mes urétrotomes sont donc, par rapport au précurseur qu'ils renferment, ce que sont aux bougies emplastiques de Ducamp, les conducteurs dont il se sert pour les porter dans les rétrécissemens; ils les mettent toujours en rapport avec l'ouverture de ceux-ci : en effet, dans le cas du rétrécissement circulaire, l'ouverture qui est au sommet de l'urétrotome double correspond directement à celle de l'obstruction. Dans l'urétrotome simple, cette ouverture se trouvant sur le côté de l'extrémité du fourreau, elle correspond aussi directement avec celle du rétrécissement qui est sur un des côtés du canal.

Le curseur, placé sur l'extrémité externe du mandrin, entre l'anneau et le bout externe de la canule de l'urétrotome, règle le degré d'ouverture qu'on veut donner à l'instrument; ainsi, lorsque celui-ci est porté devant l'obstacle, on recule le curseur sur le premier point; alors, poussant le mandrin jusque sur l'urétrotome, on ne fait sortir que le précurseur qui enfile le rétrécissement. On recule le curseur sur le second et sur le troisième point, et on fait saillir la lame, au premier ou au second degré de sortie, c'est-à-dire d'une demi-ligne ou d'une ligne et quart environ.

Voici la manière de procéder à l'opération :

Le malade étant couché, ou assis sur une chaise élevée, l'opérateur placé devant lui, prend la verge derrière le gland, entre le pouce et l'indicateur de la main gauche. Il introduit l'urétrotome avec la main droite comme une sonde ordinaire; et lorsqu'il est arrivé devant le rétrécissement, il serre la verge sur la sonde avec la main gauche, pour que leurs rapports ne se détruisent pas. Il prend ensuite, avec la main droite, le mandrin par son anneau, il le pousse et l'enfonce dans la sonde jusqu'au curseur. Dans ce mouvement, le précurseur franchit le rétrécissement; on reconnaît qu'il y est introduit, à l'aisance avec laquelle on peut retirer et enfoncer le mandrin dans la sonde, toujours tenue immobile sur la verge. Ayant acquis cette assurance, on recule le curseur sur le second point, et tenant toujours la verge et la sonde dans la même position, on enfonce entièrement le mandrin dans celle-ci; par ce dernier mouvement, on fait sortir la lame qui saillit alors d'une ligne environ sur les bords du fourreau. Alors, seulement, l'urétrotome est ouvert. C'est dans ce moment qu'on va procéder à la division des parties. C'est aussi dans ce moment qu'il faut se rappeler sur quel côté du canal le rétrécissement existe, pour tourner le tranchant de l'instrument du côté où il offre le plus d'épaisseur. Les choses étant disposées pour le mieux, le chirurgien place le pouce de la main droite dans l'anneau du mandrin, et saisit en même temps la sonde avec les doigts indicateur et du milieu; réunissant ainsi les deux parties de l'instrument, il pousse celui-ci contre le rétrécissement, qui se divise insensiblement sur les bords obliques de la lame; bien entendu que pendant ce dernier temps, la verge est toujours retenue sur la sonde avec la main gauche.

D'après ce qui précède, on voit que l'opération avec mon premier urétrotome se compose de plusieurs temps : 1° de son introduction dans le canal jusqu'au rétrécissement; 2° de l'introduction du précurseur dans l'ouverture de celui-ci; 3° de l'action d'ouvrir l'instrument; 4° de la division des parties en poussant en même temps, contre l'obstacle, la sonde et le mandrin. Ainsi l'incision s'opère insensiblement d'avant en arrière et de dedans en dehors.

Cette division se fait d'autant plus facilement que les parties sont tendues sur le fourreau; car il faut remarquer que ce dernier pénètre dans le rétrécissement en même temps que la lame, qui ne l'y devance que par sa pointe, ou sa partie la moins large. Il était indispensable que les parties fussent tendues pour être divisées. Sans cette condition, l'instrument aurait pu quelquefois traverser le rétrécissement sans le diviser, surtout ceux qui sont réceus, à parois minces et extensibles. On enfonce l'urétrotome dans le canal, à une profondeur variable, mais, en général, basée sur l'étendue du rétrécissement. Il pourrait le dépasser, sans pour cela endommager le canal. La division étant achevée, on retire l'instrument sans difficulté, après l'avoir fermé en reculant le mandrin. On voit qu'on peut donner à l'incision de l'obstruction une étendue déterminée, mais toujours en rapport avec le volume du fourreau : c'est, en effet, sur celui-ci que se règle son étendue, parce que c'est sur lui que les parties qui sont tendues se divisent. L'incision aura donc de plus que la largeur de la lame une étendue qui lui sera acquise par l'épaisseur de l'instrument : or, si celui-ci a deux lignes de diamètre, on est assuré d'élargir le canal dans la même proportion.

Il ne suffit pas d'être fixé sur l'étendue qu'on peut donner à l'incision, il faut encore examiner de quelle manière on peut la limiter aux parties malades.

Nous venons d'expliquer pourquoi l'incision devait avoir plus d'étendue que la lame n'avait de largeur. Je trouve encore une autre raison à cette cause, dans la disposition du rétrécissement lui-même. J'en suppose, en effet, un à parois calleuses, n'ayant qu'une très petite ouverture, d'une ligne d'étendue, par exemple. Si je le détruis avec l'urétrotome simple n° 1, c'est-à dire ayant deux lignes de diamètre, l'agrandissement du canal va se faire aux dépens de la seule incision qui sera pratiquée; or, celle-ci aura d'autant plus d'étendue que les parois de l'obstruction seront moins extensibles. On pourrait donc craindre, en se servant d'un urétrotome plus volumineux, d'étendre l'incision au-delà de l'axe du canal et

---

doute la pathologie présente plusieurs ensembles de faits positifs qui ne sont pas sujets à varier, plusieurs séries de corollaires dogmatiques qui peuvent être aussi bien développés sur les pages d'un livre que dans la leçon d'un cours; mais elle a ses parties mobiles; ne marche-t-elle point dans l'ombre de la clinique; et quoi de plus versatile que le spectacle quotidien des états morbides que renferme une salle d'hôpital? quoi de plus imprévu que les faits nouveaux? quoi de plus soudain que les révélations qui jaillissent de ce commerce régulier de l'intelligence avec la nature? Il faut que la pathologie enregistre ces données nouvelles, car elle vit d'induction; la chaire qui lui est consacrée doit servir d'écho à la clinique; ni l'une ni l'autre ne sont faites dans les livres. Elles se font au jour le jour; enseignement ici signifie mouvement. Il en est de même de la médecine légale, de la physiologie, qui toutes deux appellent les faits, convient sans cesse aux multiples procédés de l'expérience, et ne sauraient cristalliser leurs axiômes au bec d'une plume; mais les siècles passés, c'est le champ de la mort où plus rien ne souffle et remue; faits et notions, erreurs et vérités, hypothèses et doctrines en jonchent au loin l'étendue : comptez, palper, classez, coordonnez à votre aise toutes ces ruines; vivifiez-les, s'il se peut, au feu de votre génie; communiquez à tous ces cadavres la vie factice du paradoxe; mais quand votre œuvre sera achevée, elle sera définitive; l'histoire du dogmatisme ou du pneumatisme n'attend rien des découvertes de demain; quand vous aurez tracé avec une érudition infaillible l'histoire de la compression des artères, qu'y aura-t-il à changer dans dix ans, dans vingt ans, à cette page stéréotypée pour la postérité?

Littéraire ou philosophique, extrinsèque ou intrinsèque (deux mots que nous n'envions pas à M. Dezeimeris), simple inventaire dressé dans un ordre chronologique ou tableau logique de l'évolution de la science, votre histoire est à faire une fois. Et quant à la considérer dans les termes de la définition qu'en donne M. Dezeimeris, une question préalable surgit : le moment est-il venu de faire l'histoire de la médecine? S'il est vrai que l'histoire d'une science est cette science elle-même considérée dans l'ensemble des vicissitudes qu'elle a parcourues depuis ses premiers rudimens jusqu'au développement qui constitue son état actuel, *objet du dogme qu'on enseigne sous son nom*, nous prenons grand souci du point de vue général dans lequel le professeur enveloppe la science et son histoire; nous ne voyons pas que sans le fil conducteur d'une théorie, sans l'aide d'un critérium, il puisse assurer son long voyage à travers le labyrinthe des détails et des opinions. — Au reste, la définition de M. Dezeimeris se trouve plus qu'ébauchée dans ce passage d'Ernest Platner qu'il cite lui-même: « Cùm idearum notionumque vicissitudines potiùs quàm hominum vitas exigat historia medica. » Sprengel lui-même sépare très bien l'histoire littéraire de la médecine d'avec celle qui est « l'histoire de la connaissance scientifique et du traitement des maladies, et celle des changemens qu'ont éprouvés les théories médicales et les méthodes pratiques. » Par malheur, il se dispense lui-même de se conformer à l'esprit de sa définition et M. Dezeimeris a raison de dire que ce que nos devanciers nous ont laissé sur l'histoire de la médecine ne dépasse guère la portée d'une compilation chronologique ou d'un répertoire analytique d'ouvrages bons et mauvais, tels que les bibliothèques médicales de Haller. . . .

La seconde partie contient des fragmens sur l'histoire extrinsèque de la médecine, de l'anatomie et de la chirurgie, d'autres fragmens sur l'histoire intrinsèque de la chirurgie et de la philosophie médicale. Tous ces articles ont

d'intéresser les parties saines. C'est pour parer à cet inconvénient que je propose d'inciser les rétrécissemens les plus étroits avec les urétrotomes les moins volumineux. On pourrait aussi, à la rigueur, les inciser en deux fois, ou, pour être plus intelligible, faire, dans le cas où l'on se servirait de l'urétrotome double, quatre incisions, et deux seulement lorsqu'on se servirait de l'urétrotome simple, et former, par conséquent, avec le premier, quatre appendices des parois de l'obstruction, et, avec le second, trois seulement. On divisera le rétrécissement en deux fois, en se servant alternativement des urétrotomes n° 1 et n° 2, ou en ne se servant que de l'un d'eux, que l'on dispose alors de la manière suivante : pour la première fois, l'incision se fera seulement sur la lame, qu'on avancera alors davantage, en devant du fourreau ; la seconde fois, cette incision, étant faite sur le bout du fourreau, aura encore, au moins, autant d'étendue que la première. Il serait plus simple, pour obtenir le même résultat, après avoir incisé une seule fois le même rétrécissement, de l'inciser encore à droite et à gauche, en se servant du même instrument, comme d'un scarificateur, c'est-à-dire en l'appuyant un peu sur les points qui n'ont pas été divisés. Depuis que j'ai modifié mon urétrotome simple, dont je fais saillir davantage la lame, je m'en sers pour faire cette seconde incision quand je le juge à propos.

Voilà la manière de diviser les rétrécissemens avec mes urétrotomes, dans les cas les plus fréquens. Mais il y a des rétrécissemens circulaires qui n'ont pas leur ouverture directement au milieu, et dont un côté fait plus de saillie dans le canal de l'urètre. Alors l'urétrotome double, dont la lame ressort également sur les bords du fourreau, pourrait ne pas diviser complètement le côté qui offre le plus d'épaisseur, et attaquer les parties saines du côté qu'il en a le moins. C'est surtout dans ces cas qu'on devrait les diviser avec la précaution d'appuyer un peu l'instrument du côté où le rétrécissement a le plus d'épaisseur. On pourrait remplir la même indication, en faisant un fourreau dont la lame ressortirait un peu plus d'un côté que de l'autre.

L'hémorragie n'est point un accident à redouter après l'incision, ainsi que la nature vasculaire des parties divisées semble le faire craindre. Il s'écoule, en effet, à peine quelques gouttes de sang après ces opérations.

On vient de voir, 1° qu'avec mes anciens urétrotomes, on divise les rétrécissemens d'avant en arrière, et en les poussant simplement dans la direction du canal, de laquelle il est impossible qu'ils s'écartent, parce qu'ils y sont appelés par un précurseur flexible, qui rend les fausses routes impossibles ; 2° que la section de leurs parois s'opère de la manière la plus convenable : celles-ci sont, en effet, tendues sur l'extrémité de l'instrument, pendant qu'elle s'opère sur les bords obliques ; que l'étendue de l'incision peut être déterminée d'avance, parce qu'elle est subordonnée au volume de l'instrument. Je défie, d'après cela, qu'on puisse, par d'autres instrumens, procéder au débridement des obstructions du canal avec autant de précision que je le fais avec les miens.

Mon second urétrotome divise les rétrécissemens d'arrière en avant : il faut donc qu'il ait traversé l'obstacle avant de faire cette opération, et que l'ouverture de celui-ci soit assez large pour permettre son introduction. Il est rare d'en rencontrer qui présentent une ouverture suffisante ; on est donc le plus souvent obligé de les dilater avant l'opération, à laquelle on procède de la manière suivante.

On se sert aussi de l'urétrotome double ou de l'urétrotome simple, suivant la forme de l'obstacle. Lorsqu'il est circulaire, on se sert du premier, et lorsqu'il est demi-circulaire, on se sert du second. S'il est situé dans la portion recourbée du canal, on se sert de l'urétrotome courbe.

Pour que le précurseur qui surmonte ces instrumens se trouve dans la direction de l'ouverture de l'obstacle, je me sers d'une sonde de gomme élastique, qui établit leurs rapports en soulevant les parois de l'urètre. Ainsi, quand l'ouverture de l'obstacle est au centre, celle de la sonde est directe. Quand, au contraire, l'ouverture de l'obstacle est placée sur un des côtés du canal, une éminence, placée sur un des côtés du bout de la canule, dirige l'ouverture de celle-ci contre celle du canal, que le précurseur enfile. Malgré cette disposition, comme l'ouverture de la sonde de gomme élastique est très large, elle met rarement le précurseur en rapport direct avec l'ouverture du rétrécissement ; aussi l'enfile-t-il moins facilement que celui de mes anciens urétrotomes, dont l'ouverture, plus étroite, correspond toujours plus directement avec celle de l'obstacle. J'ai été plusieurs fois obligé, pour en faciliter l'introduction, de le recourber pour en diriger la pointe contre l'ouverture de l'obstacle. (Le précurseur étant en baleine, il conserve assez bien la courbure qu'on lui donne.)

Le malade étant couché ou assis, l'opérateur se conduit à peu près comme s'il opérait avec mon premier urétrotome, c'est-à-dire qu'il l'introduit dans l'urètre comme une sonde. Lorsqu'il est arrivé devant le rétrécissement, il abandonne la sonde de gomme élastique à la main gauche, et il se borne à serrer la verge sur elle, assez fortement pour que leurs rapports ne se détruisent pas ; il prend et manœuvre ensuite, avec la main droite, l'urétrotome, qui est libre dans la canule ; il le pousse doucement et en tâtonnant contre le rétrécissement, et il ne tarde pas à reconnaître que le précurseur a franchi l'obstacle, au léger mouvement saccadé que sa main a ressenti lorsque l'urétrotome s'est enfoncé dans la canule. Il s'en assure encore par la facilité avec laquelle il peut alternativement retirer et enfoncer l'instrument. Si le précurseur s'était replié devant le bout de la canule, on pourrait très difficilement lui imprimer ces mouvemens, ou plutôt ceux-ci seraient impossibles. Quand il a traversé le rétrécissement, l'urétrotome, qui le suit immédiatement, le traverse aussi, quoiqu'avec un peu plus de peine, puisqu'il est plus volumineux. On reconnaît que l'urétrotome a traversé le rétrécissement, 1° parce qu'il y est plus ou moins gêné ; 2° parce que le manche curseur vient toucher le bout de la sonde de gomme élastique. Le temps le plus difficile de l'opération est ici, comme lorsque je me sers de mes premiers urétrotomes, celui de l'introduction du précurseur dans l'ouverture de l'obstacle : mais aussi on peut dire que, lorsqu'on a obtenu ce premier résultat, le reste de l'opération est la chose du monde la plus facile. En effet, pour l'opération qui nous occupe, on ouvre l'instrument pour faire saillir les lames et on fait l'incision en le retirant du canal. Pour ouvrir l'instrument, on recule le manche curseur sur la première ou sur la seconde marque, tracée sur la portion extérieure du mandrin, suivant le degré d'étendue qu'on veut donner à l'incision, on on l'y fixe avec la vis à écrou ; cela fait, on enfonce le mandrin jusqu'au manche ; dans ce mouvement, les lames sortent et font une saillie plus ou moins forte. Lorsqu'il est ouvert, on retire l'instrument en toute pièce dans la direction du canal, et l'incision s'opère insensiblement d'arrière en avant, sur les bords obliques de la lame. Il convient, aussitôt que l'incision est achevée, de fermer l'instrument, car les lames pourraient encore diviser les

---

été publiés dans d'autres recueils, et il n'y a pas lieu à les analyser ici ; ils sont d'ailleurs d'une concision qui rendrait ce travail fort difficile ; s'ils témoignent des indagations multipliées de l'auteur, s'ils attestent son aptitude aux recherches bibliographiques et la sûreté de son jugement, ils ne laissent pas que d'offrir des proportions étriquées, et, sans doute, si l'auteur les destinait à prendre place dans un traité historique complet, il en agrandirait le cadre. Le fragment sur l'histoire des doctrines médicales nous a surtout paru tronqué dans l'exposition des idées qui leur ont servi de fondement ; on y trouve même, par intervalle, des saillies et des locutions qui ne doivent point tomber de la plume de l'historien ; l'article sur l'eccleetisme ressemble beaucoup plus à une attaque déclamatoire qu'à une appréciation historique. L'expression d'animal eccleetique appliquée à l'homme nous paraît plus bizarre que judicieuse ; les mots colerie, pédantisme, etc., ne sonnent pas l'histoire. L'auteur n'épargne pas à l'eccleetisme les allusions politiques, et dans l'ordre médical, il l'accuse de n'avoir rien produit. Pour un historien, l'assertion est médiocrement exacte. Laissons M. Dezeimeris fustiger l'eccleetisme de main souveraine, tout en reprochant à cette doctrine ses prétentions magistrales ; mais qu'il n'oublie point que transcrire des jugemens n'est pas faire besogne d'historien, et qu'après cet article, l'eccleetisme lui reste encore à traiter.

C'est surtout à titre de prodrôme, de prélude qu'il faut considérer le livre de M. Dezeimeris ; il n'est, comme on l'a vu, qu'une collection d'articles dont l'unité gît dans la pensée de l'auteur, dans l'avenir de l'écrivain. La haute érudition qui le distingue, l'esprit élevé qu'il apporte presque toujours dans la discussion, les allures aisées et nettes de son style promettent en lui un historien véritable à la médecine : puisse-t-il poursuivre avec persévérance l'exécution de son difficile projet ! Jusque-là, nous inscrirons sur son livre, en guise d'épigraphe, le vers du poète latin :

.... Pendent opera interrupta minaeque
Murorum ingentes ....

Y.

CONFÉRENCES CLINIQUES

SUR LES DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX.

Les conférences cliniques sur les difformités du système osseux continueront sans interruption pendant toute la durée des vacances, à l'Hôpital des Enfans, rue de Sèvres, les mercredis et samedis, à dix heures précises. Les mercredis, après la conférence, M. J. Guérin continuera à pratiquer une ou plusieurs opérations de ténotomie. Les samedis, la consultation en public pour les malades du dehors. Déjà dix conférences ont eu lieu ; indépendamment des remarques nécessitées par les difformités des malades du service, le professeur a traité *ex professo* de l'histoire du pied-bot et des opérations qu'il réclame ; quatorze opérations de section des muscles du pied et de la jambe ont été pratiquées ; un grand nombre de sujets atteints de difformités de toute espèce ont en outre été examinés sous les yeux des personnes qui suivent les conférences.

parois saines du canal. Il importe, pour la même raison, de ne l'ouvrir qu'immédiatement derrière l'obstacle.

Malgré la simplicité de mon dernier urétrotome et l'assurance dans laquelle on est de ne pas faire des fausses routes puisqu'on opère d'arrière en avant, je lui préfère encore le premier, parce que, je le répète, si on peut considérer l'opération comme assurée lorsque le précurseur a enfilé le rétrécissement, son introduction est réellement plus facile lorsque je me sers de mes premiers urétrotomes, que lorsque je fais usage des seconds. Ces derniers ont encore quelques inconvéniens qu'on ne peut pas reprocher aux anciens: ils résultent de la difficulté de les porter à travers le rétrécissement et de celle de limiter l'incision aux parties qu'il faut diviser. Il est rare que l'on puisse s'en servir, quoiqu'il soit très petit, avant d'avoir dilaté plus ou moins l'ouverture de l'obstacle. Les malades, qui viennent réclamer les secours de l'art, ne nous arrivent jamais tant qu'ils urinent encore avec facilité, autant que le rétrécissement peut admettre encore une bougie n° 4 ou 5. Il est en outre difficile de reconnaître, quand l'instrument a traversé le rétrécissement, de combien il l'a dépassé; car il est toujours également serré dans son ouverture.

On peut jusqu'à un certain point donner à l'incision une étendue déterminée, mais on ne le fait jamais avec autant de précision qu'avec l'autre urétrotome. On est même souvent obligé de se servir de ce nouvel instrument comme d'un scarificateur. Or, je le demande, peut-on alors en borner l'étendue? Lorsqu'on s'adresse à un rétrécissement auquel on a déjà rendu une partie de son diamètre, l'urétrotome qui est très petit, le traversant alors sans y éprouver de la gêne, il est plus difficile de préciser le point du canal où il faut l'arrêter pour faire l'incision. Il est donc indispensable de porter l'instrument devant le rétrécissement avec la bougie de gomme élastique.

Pendant qu'on s'occupait de l'impression d'un mémoire que j'ai rédigé sur les rétrécissemens du canal de l'urètre, je traitais une maladie du même genre.

OBS. I. — Un jeune homme de Serrières, nommé Cuminal, marinier, âgé de 28 ans. Ce jeune homme atteint d'un engorgement rhumatismal au genou, pour lequel je le fis entrer à l'hôpital, ne me déclara sa seconde maladie que le 15 août 1833. Songeant à se marier, il en était détourné par un écoulement blennorrhagique qu'il portait depuis trois ans, et qui s'accompagnait d'une grande difficulté d'uriner. Cette dernière incommodité le fatiguait d'autant plus qu'il n'avait pas encore oublié les souffrances cruelles et les dangers que lui avait fait courir la rétention d'urine qu'il avait éprouvée à Avignon en 1829, et dont il prévoyait bien qu'il était menacé très prochainement. Il rendait ses urines avec beaucoup de difficulté, et par un jet très délié et tortueux.

Entré à l'hôpital d'Annonay depuis quelques jours, ce fut le 15 d'août que j'explorai son canal et que je pris l'empreinte d'un rétrécissement que je trouvai à cinq pouces de profondeur. Il était circulaire, et son ouverture se trouvait correspondre à peu près au milieu. Le volume du bout de cire à mouler qui y avait pénétré avait à peine la grosseur d'une petite plume de poule. Une bougie de baleine très fine recouverte d'un boyau de chat préparé fut engagée dans le rétrécissement pour en mesurer l'étendue. Lorsqu'elle y eut séjourné quelques heures, elle rapporta, sinon une rainure, du moins une tache d'un blanc grisâtre de quatre à cinq lignes d'étendue, qui était celle de l'obstacle. Le porte-empreinte de Ducamp éprouva une grande difficulté pour traverser le canal derrière la fosse naviculaire. Il présentait dans cet endroit un resserrement, sorte de coarctation naissante, d'un pouce et demi d'étendue. Comme elle était peu prononcée, j'eus l'espoir de la surmonter sans le secours de mon urétrotome, c'est-à-dire par la dilatation. Je tentai donc celle-ci avec les bougies que je grossis peu à peu et que j'introduisis soir et matin pendant une quinzaine de jours, au bout desquels j'avais fixé l'opération que je devais faire en présence de mes confrères les docteurs Duret et Allcon.

Quoique j'eusse conservé l'empreinte du rétrécissement, je me crus cependant obligé d'en prendre une nouvelle, pour fixer mes estimables confrères sur l'existence de la maladie; j'introduisis donc la sonde exploratrice qui me rapporta une empreinte exactement semblable à celle que j'avais conservée.

La dilatation de la coarctation avait irrité la muqueuse; aussi, rien que la sonde exploratrice eût pu être portée devant l'obstacle; son introduction dans le canal n'en fut pas moins plus difficile et plus douloureuse pour le malade qu'elle ne l'avait été avant les tentatives de dilatation; en effet le canal paraissait se contracter et se resserrer alors spasmodiquement sur tous les instrumens. Malgré cela je n'ajournai pas l'opération. Je fis usage de l'urétrotome double n. 1, dont je recouvris l'extrémité avec une bandelette de boyau de chat, afin de détruire ses inégalités et pour le rendre plus glissant. Lorsqu'il fut parvenu devant l'obstacle, je fis pénétrer le précurseur dans son ouverture, et lorsque je me fus assuré, en poussant et en retirant alternativement le mandrin, qu'il s'y était bien engagé, j'armai l'instrument, et tenant immobiles l'une sur l'autre les deux pièces qui le composent, je passai au quatrième temps de l'opération; c'est-à-dire à la section des parties que j'obtins en le poussant contre le rétrécissement. Le canal fut coupé sur les bords obliques de la lame avec si peu de douleur que le malade ne s'en aperçut pas. Pendant ce dernier temps de l'opération, la verge est retenue et même un peu tirée sur la sonde avec la main gauche. Après l'opération, je portai dans la vessie une sonde d'argent n. 8 pour explorer le reste du canal que je trouvai libre. Le peu d'urine que j'en retirai ne nous laissa aucun doute sur son introduction et sur la division des parois de l'obstruction qui ne fournit que deux ou trois cuillerées de sang.

J'avais omis jusqu'à présent de mentionner la disposition sous laquelle se présente un rétrécissement après qu'on l'a divisé. La constriction qu'éprouve la sonde au niveau de l'obstacle, immédiatement après l'opération, quoique plus petite que l'urétrotome avec lequel on l'a divisé; la forme aplatie que présente aussi le jet de l'urine, sont autant de preuves que les parois de l'obstruction jouissent encore après leur division d'une grande force élastique en vertu de laquelle ses lambeaux restent contigus et même appliqués avec force l'un contre l'autre. Or une pareille disposition dit assez que cette opération serait insuffisante pour rendre au canal ses dimensions, et qu'il est nécessaire, pour empêcher la réunion des divers compartimens de l'obstruction, de les tenir écartés jusqu'à leur entière résolution.

J'espérais que l'espèce d'éréthisme dans lequel j'avais laissé les parties se serait dissipé, et que vingt-quatre heures après l'opération je pourrais introduire plus aisément dans le canal les moyens dilatans avec lesquels je me proposais d'affaisser les parois de l'obstruction. Mais il advint que, l'irritation subsistant au même degré, leur introduction fut aussi douloureuse que la veille, et que je fus obligé de les discontinuer au bout de huit jours, parce que les parties qui étaient devenues de plus en plus sensibles s'enflammèrent, nonobstant une saignée que j'avais faite au malade et les bains de siége qu'il prenait habituellement.

Le méat urinaire et le canal de l'urètre se sont resserrés et contractés dans la proportion du développement de l'irritation. Leur constriction en était même venue à ce point, que je ne pouvais plus porter dans le canal qu'une sonde d'un très petit volume.

Je me suis convaincu, pendant les quinze jours que j'ai tenté la dilatation par les bougies, que leur introduction avait été impossible lorsqu'elles étaient simplement huilées; ainsi, si j'ai voulu m'en servir dans cette circonstance, il m'a fallu les recouvrir avec une enveloppe de boyau de chat fraîchement préparé ou long-temps trempé dans l'eau tiède. Je ne saurais donc trop insister sur la recommandation de se servir de ces instrumens ainsi préparés, car ils possèdent alors un glissement que leur plus grand poli ne peut pas leur prêter, ni aucun des corps gras avec lesquels on les enduit. Pour se faire une juste idée de la différence de glissement que ces instrumens possèdent quand ils sont nus ou quand ils sont revêtus de l'enveloppe membraneuse en question, il faut réellement faire comme moi l'application de l'un et de l'autre sur le même individu.

L'inflammation de l'urètre fut combattue par tous les moyens antiphlogistiques, entre autres par deux applications de sangsues, les bains de siége et les injections huileuses. Celles-ci ont un grand avantage, si on les fait doucement, c'est-à-dire si on fait couler le liquide goutte à goutte et par des pressions exercées avec les doigts sur le trajet du canal. Une injection poussée avec force serait douloureuse et nuisible. Au bout d'un mois de ce traitement, le canal fut en assez bon état pour me permettre de reprendre la dilatation du rétrécissement que j'avais incisé; en effet l'écoulement puriforme et blanchâtre qui avait été si abondant s'était presque entièrement dissipé. A cette époque, le malade rendait déjà ses urines avec facilité et par un gros jet; aussi se croyait-il guéri et eus-je de la peine de le décider à recommencer le traitement. Il était néanmoins indispensable de le continuer, car le rétrécissement qui n'était pas entièrement détruit n'aurait pas tardé à reparaître, il se serait même reproduit d'autant plus vite que l'inflammation urétrale devait avoir laissé ses lambeaux dans une sorte de tuméfaction. Je revins donc à la dilatation que je fus obligé de commencer avec des bougies moins fortes que la première fois, soit que la coarctation, située derrière la fosse naviculaire, fût plus prononcée, soit aussi pour ménager la sensibilité des parties et prévenir le retour de l'inflammation. C'est dans les mêmes vues que je les laissais séjourner moins longtemps, et que je faisais précéder leur introduction de celle de quelques gouttes d'huile d'olive. Mais, malgré ces précautions, je fus encore obligé de discontinuer la dilatation, parce que l'inflammation allait reparaître: elle fut donc si heureusement prévenue cette fois par le repos et l'emploi des moyens antiphlogistiques, qu'on aurait pu encore continuer ce traitement, si la crainte de perpétuer les accidens inflammatoires ne m'avait pas détourné de cette idée. Je ne pouvais plus douter que la dilatation ne fût ici la seule cause de l'inflammation de l'urètre, et cette circonstance venant à propos me rappeler qu'elle avait aussi plusieurs fois produit le même accident après l'incision des rétrécissemens, je fis des réflexions au sujet de ce mode de curation qui me déterminèrent à le rejeter entièrement, et, en conséquence, à modifier le traitement des rétrécissemens de la manière que j'ai déjà indiquée.

Le méat urinaire jouit dans l'état normal de beaucoup d'élasticité; il peut laisser passer des sondes d'un volume bien au-dessus de son diamètre; mais sa dilatation est douloureuse, et ce qui est fâcheux, elle n'est que passagère et instantanée, en sorte que le même instrument aura autant de difficulté pour le traverser le soir qu'il en aura éprouvé pour s'y engager le matin; que dis-je? son application réitérée y détermine de l'irritation; elle devient donc plus douloureuse pour le malade et de plus en plus difficile, parce que la muqueuse de l'urètre irritée fait perdre à cette ouverture une partie de son élasticité. C'est pour éviter cet inconvénient qu'ont été imaginées les bougies à ventre et le dilatateur à air que j'ai si avantageusement remplacé par celui à mercure.

Quoique j'eusse quelquefois reconnu la nécessité d'élargir par une incision le méat urinaire, pour faciliter l'entrée des bougies à ventre dans le canal, jamais la nécessité de son élargissement ne s'était montrée plus impérieuse que dans cette circonstance; aussi Cuminal fut-il le premier auquel je pratiquai cette petite opération avec un bistouri conduit sur une sonde cannelée.

Aussitôt après l'élargissement du méat urinaire, je divisai le rétrécissement situé derrière le méat urinaire avec l'urétrotome double n. 1. Cette opération fut facile et ne produisit pas plus de douleur au malade que n'en aurait déterminé le passage d'une sonde un peu forte. Ce rétrécissement avait cependant un pouce et demi d'étendue. Sa division fournit environ une demi-verrée de sang, qui eut l'avantage de diminuer l'irritation de la muqueuse. Je pus, après ces deux opérations, arriver facilement devant l'obstacle que j'avais incisé depuis une quarantaine de jours: son ouverture, qui aurait pu recevoir une bougie n° 7, avait assez d'étendue pour en permettre la dilatation, si les

mêmes raisons qui me l'avaient fait rejeter pour le premier n'en avaient pas également interdit l'usage pour ce dernier. Ainsi je conçus qu'il fallait encore le diviser, et je fis cette opération avec le même urétrotome double n° 1. Je savais que la dilatation était douloureuse et s'accompagnait de graves accidens; aussi pris-je toutes les précautions pour l'éviter, et dans cette intention, je n'employai plus que des bougies d'un très petit volume, et d'un volume moindre que l'urétrotome avec lequel j'avais divisé l'obstacle; ainsi je plaçai une bougie n° 8 que le malade put ensuite introduire lui-même et garder plusieurs heures dans la journée; il finit même par la garder six heures le matin et autant le soir, et même plus longtemps à mesure que la sensibilité du canal diminuait. Je lui avais appris à pousser dans le canal quelques gouttes d'huile d'olive, et il s'en servait avant d'introduire comme après avoir retiré la bougie.

Au bout de douze jours de ce traitement dont le canal ne fut nullement irrité, j'aurais pu employer des bougies plus volumineuses pour dilater le rétrécissement; mais, je le répète, j'avais résolu de ne plus recourir à ce mode de traitement, bien convaincu que les bougies en provoquant trop d'irritation dans les parties enflammées empêchaient leur résolution. Ce principe étant admis, j'avais résolu de diviser les rétrécissemens plusieurs fois et de loin en loin, et de n'employer à leur dilatation que des bougies d'un plus petit volume que le diamètre de leur ouverture. Ainsi j'incisai une seconde fois les rétrécissemens de Cuminal avec l'urétrotome double n°. 2; celui-ci dont le volume équivant à peu près à celui des bougies n° 12 ouvrit largement le canal dans lequel je portai une bougie n° 10, que le malade garda d'abord douze heures et qu'il finit par laisser à demeure. Douze jours plus tard encore, je fis une troisième incision avec l'urétrotome simple n° 2 qui a le même volume que le précédent, mais dont la lame qui fait plus de saillie donne en plus à l'incision une ligne d'étendue. Après cette troisième incision, je fis usage des bougies à ventre de Ducamp et de mon dilatateur à mercure, et quinze jours après le canal fut en état de recevoir les sondes les plus volumineuses qui le traversaient alors sans aucune gêne.

Voilà donc deux rétrécissemens chez le même individu qui ont été guéris en un mois et demi par l'usage plus méthodique et mieux entendu des mêmes moyens à l'application desquels ils avaient résisté. Le canal de l'urètre était cependant dans un état d'irritation qui devait faire craindre son inflammation.

Le malade sortit de l'hôpital le 25 novembre emportant avec lui une grosse sonde, que je lui recommandai de passer tous les jours, mais dont il ne se servit pas. Sa guérison a été durable. Il fut aussi, à peu de chose près, guéri de son engorgement articulaire, sans lequel je n'aurais probablement pas pu le retenir aussi longtemps à l'hospice.

L'observation de Cuminal est une des plus intéressantes de celles que j'ai recueillies, parce que c'est à son occasion que j'ai modifié l'urétrotomie, et que je me suis convaincu des mauvais effets de la dilatation.

J'ai constaté que le méat urinaire n'était pas susceptible d'une dilatation permanente, et que dès qu'il se contractait par l'effet de l'irritation que les bougies y déterminaient, il fallait ou discontinuer l'usage de celles-ci ou élargir cette ouverture. J'ai fait la même remarque au sujet des mêmes rétrécissemens que l'on n'a pas divisés et de ceux que l'on a divisés, mais dont on n'a pas entièrement détruit la disposition morbide. Dans l'un et l'autre cas, la dilatation de l'urètre n'est pas permanente; elle est douloureuse, et elle s'accompagne le plus souvent de l'inflammation de l'urètre.

Ne m'étant pas assez étendu sur la manière de se servir de mon dilatateur à mercure, lorsque j'en ai donné la description; j'y reviens : je n'ai parlé, en effet, que du dilatateur dont la canule est en gomme élastique, quoique j'eusse employé au moins aussi souvent celui dont la canule est en argent. Je remarque aussi que je n'ai pas indiqué la manière d'y introduire le mercure, en sorte que les médecins qui ont voulu s'en servir ont dû rencontrer de grandes difficultés pour y faire parvenir ce métal. Son introduction est en effet impossible, si on le verse dans la sonde sans précaution, c'est-à-dire avec un entonnoir dont le bout remplit exactement son ouverture, ou avec une seringue dont le syphon l'obstrue complètement, parce que l'air qui ne peut pas s'échapper de cet instrument pour faire place au mercure lui oppose une résistance insurmontable. Pour éviter cet inconvénient, je me sers d'une grosse sonde de gomme élastique et le plus souvent d'une sonde d'argent dont la capacité est toujours plus grande, proportion gardée au volume, que celui de la première; puis d'un petit entonnoir dont le bout ne remplit qu'à demi l'ouverture externe de la sonde. Avec cette précaution le mercure y coule sans difficulté et va distendre la poche vésiculaire attachée à son extrémité antérieure. Au lieu d'un tube unique, on pourrait se servir d'une sonde à deux courans, qui communiqueraient près de leur extrémité vésicale, et de distance en distance dans le reste de leur étendue. Pendant que le mercure passerait dans l'une des sondes, l'air sortirait par l'autre, et celle qui en recevrait le mercure aurait un pavillon large et évasé en forme d'entonnoir.

Une sonde d'argent en forme de canule simple ou double, un morceau de boyau de chat ou une appendice cœcale, un mandrin en baleine, sont les trois pièces qui composent mon dilatateur à mercure. Le boyau attaché à l'extrémité de la canule est étendu devant celle-ci avec le mandrin pendant qu'on l'introduit dans le canal de l'urètre.

Je ne m'étais pas encore servi du dilatateur de Ducamp, lorsque j'imaginai que le dilatateur à mercure devait lui être préféré. J'augurai que le mercure, qui a une pesanteur spécifique considérable, devait distendre plus fortement la poche vésiculaire que l'air qu'on y pousse avec une seringue. L'expérience ayant confirmé l'exactitude de mes prévisions, j'ai continué à m'en servir, et ce n'est que dans ces derniers temps que j'ai eu l'idée de faire la comparaison de ces deux moyens, pour déterminer, *à priori*, celui auquel on devait donner la préférence. Je ne pouvais pas faire cette comparaison en me servant de ces instrumens pour des rétrécissemens que j'aurais dilatés en même temps avec des bougies : il ne m'était guère plus facile de la faire en me servant alternativement de l'un et de l'autre des instrumens sur le même individu. Comment, en effet, aurais-je pu faire la part de distension que chacun d'eux aurait opérée? Il me restait deux moyens de juger leur force respective de dilatation : le premier consistait à les appliquer, en particulier, à la guérison d'un rétrécissement préalablement divisé; le second consistait à les expérimenter sur moi. Le premier aurait été très long et incertain; j'ai préféré le dernier.

Je savais déjà que le dilatateur à mercure avait une grande force de dilatation, bien que je n'eusse pas fait l'essai pour mon compte, parce qu'il avait déterminé chez tous les malades une sensation pénible, qui devenait quelquefois douloureuse, lorsque je le laissais trop longtemps en place. Il a produit à peu près le même effet avec mon procédé. La petite vessie est distendue insensiblement, mais avec une force toujours croissante et d'autant plus grande qu'elle est augmentée par la colonne de métal contenue dans le corps de la sonde. La dilatation n'a pas été douloureuse sur le moment, sans doute parce qu'elle n'a pas été brusque comme celle que déterminerait une injection d'eau dans le canal de l'urètre. Elle n'est devenue pénible qu'au bout de quinze à vingt minutes. Elle serait probablement devenue douloureuse si je l'avais continuée plus longtemps. Une preuve de la dilatation progressive du canal nous est fournie par la distension croissante de la poche vésiculaire; ce n'est, en effet, que par gradation que celle-ci se gonfle ou que le mercure s'y engage.

J'ai pu préciser le degré de dilatation que je faisais éprouver au canal, en mesurant le volume de la poche du dilatateur, que je remplissais de la même quantité de mercure, que j'avais eu la précaution de recevoir dans un flacon particulier. Ainsi si, après avoir retiré le dilatateur du canal, et y avoir réintroduit la même quantité de mercure, qui le remplit jusqu'au bout de la sonde, je lui trouve, avec le compas d'épaisseur, quatre lignes de diamètre, j'ai la certitude que le canal a été distendu d'autant.

Le dilatateur de Ducamp a produit une dilatation beaucoup plus faible que celle du précédent; je l'ai à peine ressentie, et je n'en ai ressenti aucun sentiment pénible. La différence d'action de ces deux moyens dépend donc de la nature des liquides dont on remplit la poche du dilatateur. Le mercure la distend par la force de sa pesanteur. L'air et l'eau n'opèrent, au contraire, cet effet qu'en raison de la quantité qu'on peut y introduire avec une seringue, et de la force avec laquelle on y pousse ces liquides. Le canal étant contractile, il oppose une plus grande résistance à son développement, quand on veut surmonter brusquement la force musculaire. On voit que cette force n'est pas vaincue lorsque le dilatateur est distendu avec l'air et l'eau, parce que les liquides sont ordinairement brusquement rejetés dès qu'on ouvre le robinet qui ferme le siphon de la seringue. Elle l'est, au contraire, lorsqu'on remplit le dilatateur avec du mercure. Ce métal, opérant sa distension d'une manière lente et progressive, lui donne même un développement si considérable qu'on ne peut pas le retirer, sans, au préalable, le faire sortir en inclinant la verge et la sonde. Il n'en est pas de même du dilatateur de Ducamp : on peut toujours le retirer du canal sans laisser échapper les fluides qui le distendent. D'ailleurs, son volume, mesuré avec le compas d'épaisseur, et comparé avec celui de mon instrument, est toujours moindre.

Obs. II.—M. M., négociant d'Annonay, âgé d'environ 50 ans, avait eu plusieurs écoulemens, qui, presque tous, furent négligés et mal guéris; il eut surtout beaucoup de peine de se débarrasser du dernier, qu'il contracta à l'âge de 33 ans, et après lequel il s'aperçut que le jet de ses urines avait beaucoup perdu de sa force : depuis lors, la difficulté d'uriner s'était graduellement accrue, et depuis longtemps il éprouvait des douleurs sourdes dans le bas-ventre et dans les reins. Trois ou quatre fois il avait éprouvé une rétention d'urine, que des bains de siége avaient fait disparaître. Les urines déposaient souvent un sable fin, et quelquefois de très petits graviers, qui faisaient croire au malade qu'il était atteint de la pierre.

Lorsqu'il me consulta, le 1er octobre 1833, ses urines n'étaient rendues que goutte à goutte, très rarement par un petit jet sans force et sans forme.

Un premier rétrécissement de peu d'étendue était situé derrière la fosse naviculaire, ayant son ouverture à gauche et en bas du canal. Je le détruisis, le 8 du mois, avec l'urétrotome simple n. 1. Un second rétrécissement, plus

étendu que le premier, était placé à quatre pouces du méat urinaire. Une petite tumeur indolente, de la grosseur d'une noisette, indiquait la place qu'il occupait dans le canal. L'empreinte que j'en pris m'apprit qu'il était demi-circulaire, et que son ouverture, placée en haut, pouvait à peine admettre une bougie du plus petit diamètre. Ne voulant pas remettre au lendemain le débridement de ce second rétrécissement, je l'opérai aussitôt, sans m'informer de son étendue avec l'urétrotome simple n. 1.

Comme le premier, je divisai ses parois en plusieurs sens, et avec d'autant plus de facilité, qu'étant dures et calleuses, elles offraient davantage de résistance, et pouvaient plus facilement se laisser couper. Après la première incision, que je fis en poussant simplement l'instrument contre l'obstacle, je lui en fis encore deux autres, en me servant alors de l'instrument comme d'un scarificateur. Il est bien entendu que, pour pratiquer ces dernières, il faut que l'instrument ait dépassé l'obstacle, et qu'il divise ses parois d'arrière en avant.

La division du premier rétrécissement laissa couler environ une demi-verrée de sang; celle du second n'en fournit que quelques gouttes. Je renvoyai au lendemain la dilatation du canal par les bougies, et celles dont je me servis d'abord avaient à peine deux lignes de diamètre.

J'avais eu, comme dans le cas précédent, la précaution de recouvrir le bout de l'urétrotome avec un morceau de boyau de chat, afin de détruire ses inégalités et rendre son introduction et son glissement dans le canal plus faciles. Cette pellicule membraneuse, ramollie dans l'eau tiède, longue de sept à huit lignes, sur trois et demie de large, entraînée par le stylet, qui s'en trouve coiffé, facilita encore l'introduction de celui-ci dans l'ouverture du rétrécissement; en effet, il la traversa d'emblée, et sans que j'eusse été obligé de tâtonner. Je n'avais d'abord pas cru à la réalité de ce fait; mais ayant été dans le cas de réitérer cette observation, dans chaque opération de rétrécissement que j'ai faite, je ne doute plus que ce ne soit à cette nouvelle disposition du bout de l'urétrotome qu'il faut rapporter et la plus grande facilité de son introduction dans le canal, et de celle de son stylet précurseur à travers le rétrécissement.

Ordinairement, la pellicule membraneuse dont je recouvre le bout de l'instrument, reste collée sur le stylet, et est retirée avec lui; dans le cas contraire, elle tombe dans le canal, alors elle est entraînée par les urines. J'en ai donc ainsi coiffé le bout de mes urétrotomes, chaque fois que j'ai voulu m'en servir, de préférence à la cire, dont je les recouvrais auparavant.

Pendant les huit premiers jours durant lesquels je me suis servi d'une petite bougie pour comprimer les parois des obstructions, le méat urinaire n'a nullement été fatigué de leur présence, quoiqu'il fût d'une étroitesse remarquable et d'une grande sensibilité; mais lorsque j'ai voulu me servir d'une bougie d'un volume plus considérable, son introduction devint difficile et douloureuse, à telle enseigne que si j'en eusse continué l'usage, elle l'aurait infailliblement enflammé: je résolus donc d'élargir cette ouverture par une petite incision, après quoi, je pris de nouveau l'empreinte des rétrécissemens, et je les incisai encore avec l'urétrotome simple n. 2.

La bougie exploratrice traversa le premier rétrécissement sans se déformer, la cire s'allongea seulement un peu. Il en fut de même pour le second, où le prolongement de la cire était un peu plus petit et tronqué, du côté où l'obstruction avait le plus d'épaisseur. Le canal fut d'abord divisé, comme la première fois, en poussant l'instrument d'arrière en avant, et ensuite par côté, en le retirant, et en s'en servant alors comme d'un scarificateur. La nouvelle incision du rétrécissement ne fut pas suivie d'hémorragie. Je dois dire encore, au risque de me répéter, que la section des obstructions du canal n'est pas douloureuse, parce qu'il est d'autant plus important que l'on soit persuadé de cette vérité, que la sensibilité de la muqueuse de l'urètre pourrait faire supposer le contraire, et qu'alors le précepte que je donne de les inciser à plusieurs reprises ne saurait être aussi favorablement accueilli, malgré les avantages que j'ai reconnus à cette manière de procéder.

Huit jours après la seconde incision des rétrécissemens, et l'usage des bougies n. 3 et 10, j'en fis encore une troisième, avec l'urétrotome n. 2, après laquelle j'employai alternativement une bougie n. 12, et mon dilatateur à mercure. La bougie, que le malade introduisait lui-même, soir et matin, était gardée une partie de la journée. Je portais surtout mon dilatateur à mercure sur le second rétrécissement, dont les parois, qui étaient plus épaisses, exigèrent plus de temps pour leur entière résolution.

Je ferai de nouveau remarquer que, plus les parois de l'obstruction ont d'épaisseur, plus elles sont comprimées avec force par les bougies, ou plus celles-ci sont serrées dans le canal, quoiqu'il ait été élargi par un urétrotome d'un volume aussi considérable que celui des corps dilatans. J'ai acquis une nouvelle preuve de ce fait sur le malade qui fait le sujet de cette observation, en comparant la facilité avec laquelle j'ai pu traverser les rétrécissemens avec une bougie n. 12, à la suite de la seconde et de la troisième incision, bien qu'elles eussent été faites l'une et l'autre avec l'urétrotome n. 2.

Dans le premier cas, c'est-à dire après la seconde incision, la bougie était extrêmement serrée, et son introduction était douloureuse; dans le second, c'est-à-dire après la troisième incision, la bougie passait avec une extrême facilité à travers l'obstacle.

Durant le traitement, qui dura trente-quatre jours, le malade fit un usage fréquent des demi-bains et des lavemens; il prit également beaucoup de boissons délayantes et apéritives. Les urines ne déposèrent plus, et perdirent leur odeur ammoniacale. Si le malade de cette observation eût été un homme de la classe peu éclairée des gens du peuple, j'aurais eu de la peine à le soumettre à l'incision du méat urinaire. Urinant déjà à plein canal avant cette opération, il aurait été difficile de lui persuader qu'il n'était pas guéri, et, dans le cas que je fusse parvenu à lui faire comprendre que son canal n'avait pas encore repris ses dimensions naturelles, il aurait probablement préféré son état actuel au mieux que je lui aurais fait espérer.

Obs. III. — Le sieur Choma, d'Annonay, cabaretier, portait, depuis dix ans, un rétrécissement qu'il avait contracté à la suite d'une blennorrhagie intense, dont il avait, suivant l'expression vulgaire, cassé la corde, et pour laquelle je lui avais donné des soins, quoiqu'il ne m'était venu consulter que pour l'hémorragie que lui avait causée cette manœuvre imprudente. Ce rétrécissement avait rapidement fait des progrès. Malgré les sollicitations que je lui faisais depuis de longues années pour se faire opérer, il ne vint me consulter que le 8 septembre 1833, parce qu'il éprouvait une rétention d'urine; l'obstacle était à trois pouces et demi du méat urinaire, et son ouverture, qui était en haut, était si étroite, qu'elle n'admettait qu'une bougie filiforme. La cire à mouler n'en put pas rapporter une empreinte très régulière. Je fus obligé de diminuer le bout du précurseur de mon instrument pour l'introduire dans l'obstacle. Depuis plusieurs années, le malade n'urinait que goutte à goutte. Il éprouvait des douleurs sourdes dans le bas-ventre, des frissons et autres malaises généraux qui le portaient à la tristesse.

L'obstacle fut incisé en plusieurs sens, avec l'urétrotome simple n. 1.

L'opération achevée, je portai aussitôt après une sonde n. 7 dans la vessie, et j'en retirai l'urine qui la distendait. Je continuai à sonder le malade pendant les premiers huit jours, après lesquels il put se sonder lui-même. La compression des lambeaux de l'obstruction fut faite avec une bougie n. 7 et 8.

Le 16, nouvelle division de l'obstacle avec l'urétrotome n. 2, et compression de ses parois avec les bougies n. 9 et 10.

Le 27, troisième et dernière incision avec l'urétrotome n. 3; compression alternée avec les bougies n. 11 et 12, et mon dilatateur à mercure.

Le 15 janvier, cessation du traitement; le canal est libre; les bougies traversent le rétrécissement sans résistance de sa part. Le malade continue encore l'usage des bougies pendant quelque temps, mais alors il les introduit et il les retire aussitôt.

Choma étant mort d'une affection cérébrale dont je ne l'avais pas traité, un an après la guérison de son rétrécissement, je désirais vivement connaître l'état du canal de l'urètre, que je me procurai avec la plus grande peine. L'ayant injecté avec de la cire noircie, je reconnus déjà à sa forme extérieure qu'il était exempt de rétrécissement; il était, en effet, d'un volume égal dans toute son étendue. L'ayant fendu dans le sens de sa longueur, je m'assurai ensuite que ses parois avaient partout la même épaisseur, et qu'elles n'étaient nullement altérées. Je n'aperçus pas les traces de l'endurcissement qu'elles avaient éprouvé, ni aucun vestige de cicatrice. En un mot, la muqueuse était souple et mince dans toute son étendue.

Obs. IV. — Le sieur Dorel, âgé de 30 ans, voyageur pour une maison de commerce, vint me consulter à Annonay, le 20 mai 1835, pour une difficulté d'uriner qui, en peu d'années, avait pris un accroissement rapide. Il rapportait son infirmité à un reste d'écoulement vénérien dont il croyait être encore atteint, et pour lequel il avait fait tous les remèdes imaginables. Il rendait ses urines par un jet très délié, et éprouvait des démangeaisons dans le bout de la verge, et des douleurs sourdes et presque habituelles dans le bas-ventre.

La sonde exploratrice, qui s'arrêta à trois pouces du méat urinaire, me rapporta l'empreinte d'un rétrécissement d'une forme peu ordinaire; en effet, la cire à mouler s'allongea et s'amincit avant de présenter le petit prolongement qui traversait le rétrécissement. D'après cette disposition, j'augurai que dans l'espace de sept à huit lignes en deçà de l'obstruction, le canal allait en se resserrant en forme de cône, dont le sommet regardait le rétrécissement. Celui-ci était circulaire, car la pointe de l'empreinte se rencontrait au sommet de la cire à mouler. Cette obstruction était très sensible et saignait facilement. La bougie emplastique que j'y introduisis et que j'y laissai séjourner huit heures, rapporta une rainure de dix lignes d'étendue.

Une saignée du bras, des bains et beaucoup de boissons rafraîchissantes, préparèrent le malade à l'opération, que je pratiquai le 26 mai, avec mon urétrotome à double tranchant n. 2. La plaie fournit beaucoup moins de sang qu'il n'en était sorti après que j'eus retiré la bougie emplastique avec laquelle j'avais mesuré l'étendue de l'obstacle.

Le malade urinant avec facilité, aussitôt après l'opération, je l'envoyai aux bains, sans le sonder, persuadé qu'il n'avait pas d'autres rétrécissemens.

Au bout de huit jours de l'usage d'une bougie n. 7, que le malade gardait cinq à six heures par jour, j'incisai de nouveau le rétrécissement avec l'urétrotome double n. 2. Après cette seconde opération, la compression fut opérée avec une bougie n. 9, que le malade gardait déjà la moitié de la journée. Dix jours plus tard, à la suite d'une troisième incision avec l'urétrotome double n. 3, la compression des parois du canal fut faite alternativement, comme dans les précédens, avec une bougie n. 11 et 12, et mon dilatateur à mercure. Je n'employai ce dernier que quatre fois, parce que le malade fut obligé de partir cinq jours après la dernière incision, pour un voyage de long cours qu'il fit en cabriolet. Je ne m'opposai pas à son départ, mais je lui recommandai d'une manière toute spéciale de garder une bougie dans son canal pendant toute la nuit; d'y faire des injections d'huile d'olive avant son introduction et après l'avoir retirée. Je lui laissai donc deux bougies n. 12, avec plusieurs boyaux de chat pour en avoir de rechange.

Je n'avais pas encore dit que pour empêcher le boyau de chat de se dessécher sur la sonde, je pliais celle-ci dans un linge mouillé, après l'avoir préalablement huilée. Ayant sondé le malade six mois après, j'ai eu la satisfaction de me convaincre de son entière guérison.

La crainte de surcharger les colonnes du journal m'a empêché de publier les autres observations de rétrécissemens que j'ai guéris par le même procédé. Comme elles auraient d'ailleurs toutes pour but de préconiser les modifications que j'ai fait subir à l'urétrotomie, et ce but se trouvant déjà atteint par la simple description que j'en ai donnée, je ne vois pas la nécessité d'en publier un plus grand nombre dans ce petit mémoire.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

OBSERVATION D'ŒDÈME DE LA GLOTTE, COMPLIQUÉ D'ULCÉRATION DES CORDES VOCALES, recueillie à l'hôpital de Lourcine, par V. NIVET, ancien interne des hôpitaux.

Lorsque la glotte ou les ligamens aryteno-épiglottiques sont le siége d'un gonflement inflammatoire ou œdémateux considérable, et que l'auscultation, les symptômes rationnels et les antécédens du malade permettent au chirurgien de s'assurer que les poumons sont sains, on doit pratiquer l'opération de la trachéotomie. Les succès obtenus par plusieurs médecins dans des cas de ce genre justifient complètement cette manière de voir. Cette opération, en même temps qu'elle fournit un passage à l'air, permet de porter sur les parties malades des topiques efficaces.

J'ai observé, en 1833, à l'hôpital des vénériens, un malade atteint d'œdème de la glotte, qui mourut asphyxié. A l'autopsie, on trouva un simple gonflement des lèvres de la glotte et des replis aryteno-épiglottiques. Du reste, les bronches et les poumons étaient sains. Ces derniers organes étaient engoués à leur partie postérieure.

J'ai entendu raconter à M. Robert, chirurgien à l'hôpital de Lourcine, un fait entièrement semblable.

Dans les cas dont je viens de parler, il me semble évident que la trachéotomie aurait très probablement sauvé la vie aux malades.

Mais après avoir établi en principe que toutes les fois qu'on reconnaît l'existence d'un simple œdème, et qu'il y a menace d'asphyxie, on doit ouvrir le canal aérien, je dois avouer qu'il est des cas dans lesquels le diagnostic et l'indication restent incertains et doivent rendre le chirurgien très circonspect.

Le rétrécissement de l'ouverture de la glotte peut, en rendant le passage de l'air plus bruyant, obscurcir les signes fournis par l'auscultation, et s'il se joint à l'œdème une ulcération du larynx, qui donne lieu à une sécrétion abondante de mucus purulent, semblable à celui qui provient des excavations pulmonaires, il n'est pas aisé de s'assurer que l'organe respiratoire est sain. On ne doit pas oublier aussi que l'auscultation ne fait pas toujours reconnaître l'existence des cavernes situées profondément.

Si l'on ajoute à ces circonstances qu'il n'est pas très rare de voir la phthisie pulmonaire compliquer l'œdème de la glotte, on sera fort embarrassé en présence de certains malades.

J'ai assisté à l'antopsie d'un homme atteint d'œdème de la glotte, compliqué d'ulcération du larynx, qui avait, en outre, des cavernes dans les deux poumons. Quel avantage cet individu aurait-il retiré de l'opération ?

Après avoir établi l'état de la question, je vais donner l'observation d'une femme qui offrait un œdème de la glotte, et dont le larynx était ulcéré et les poumons sains.

OBS. — La nommée B...; âgée de 28 ans, est entrée à l'hôpital de Lourcine le 22 mars 1838, au n° 9 de la salle St-Louis. Cette femme exerce la profession de domestique et habite Paris depuis 8 ans.

Pendant son enfance, elle a été longtemps malade. Des engorgemens des ganglions sous-maxillaires se sont formés, et un abcès, ayant son siége à la partie supérieure et gauche du col, s'est ouvert et n'a guéri qu'au bout de plusieurs mois. Elle a commencé à être réglée à l'âge de 18 ans; mais, pendant deux ans, ses menstrues ont été fort irrégulières et sa santé mauvaise. Plus tard, le flux périodique est devenu régulier, et alors elle a pris de l'embonpoint et sa santé s'est rétablie.

A 21 ans, elle a commencé à être affectée d'un écoulement vénérien, et, à 23 ans, elle est accouchée d'un enfant mort.

Pendant un an, cette femme a conservé son écoulement sans prendre aucun remède, et le médecin qui a été chargé de l'examiner pendant sa grossesse a constaté l'existence de chancres et de végétations à la vulve.

Sa maladie, qui fut traitée après son accouchement, était presqu'entièrement dissipée, il lui restait seulement un écoulement hémorroïque peu abondant, lorsqu'elle vit apparaître sur ses jambes et ses épaules une foule de pustules syphilitiques, qui se terminèrent par ulcération. Cette maladie, qui a duré neuf mois, a été traitée à l'Hôpital du Midi par la salsepareille et les bains simples.

Il y a deux ans environ qu'elle a commencé à avoir mal à la gorge, et elle a été envoyée successivement pour ces deux maladies à St-Lazare et à l'hôpital de Lourcine, où elle a présenté des ulcérations du voile du palais et de la voûte palatine.

Sa voix, à cette époque, était nasonnée; mais, depuis cinq mois, elle est rauque et presqu'éteinte.

Une remarque importante à faire, c'est que cette femme n'a jamais pu supporter aucun traitement mercuriel; aussitôt qu'elle avait pris des quantités, même très minimes, de mercure, on voyait survenir des accidens graves de salivation.

Cette femme, dont nous avons recueilli l'observation le 15 mai, était dans l'état suivant : sa constitution est profondément altérée; elle est très amaigrie, faible et pâle; la luette est presqu'entièrement détruite et l'on remarque à la partie moyenne du voile du palais une petite ouverture circulaire, qui indiquait le lieu qu'occupait l'ancienne ulcération.

La voix est très faible et presqu'éteinte, la toux est rauque, bruyante. L'air, en traversant le larynx, produit un si grand bruit qu'on l'entend d'un bout de la salle à l'autre.

Cette malade est tourmentée par une toux continuelle et pénible; elle se plaint d'éprouver des douleurs dans le dos et derrière le sternum; elle expectore des crachats formés par un mucus jaune, verdâtre, mêlé de pus.

A trois reprises différentes, elle a craché des matières sanguinolentes, mais cet accident ne s'est montré que postérieurement au début de l'affection laryngée.

Le pouls est médiocrement fort et développé; il est fréquent, mais n'est pas accompagné de cette chaleur à la peau et de cet état de malaise qui caractérise la fièvre. La respiration est normale pour la fréquence (25 à la minute). La bouche est mauvaise, la langue naturelle, l'appétit diminué, la déglutition difficile. Souvent même, lorsqu'elle mange un peu vite, cette femme a des nausées et des vomissemens. Les digestions sont lentes et pénibles et l'ingestion des alimens est souvent suivie de pesanteur douloureuse dans la région épigastrique.

Cette malheureuse est obligée de rester assise sur son lit pendant toute la nuit, car aussitôt qu'elle se couche, elle est prise d'un accès de dyspnée qui la reveille en sursaut.

La poitrine est sonore dans toute son étendue, et le bruit respiratoire, très faible des deux côtés, presque entièrement masqué par le bruit laryngé. On entend en arrière et sur les côtés du râle ronflant, et çà et là des bulles assez nombreuses de râle muqueux. Du reste, on ne trouve nulle part ni pectoriloquie, ni gargouillement.

De la tisane de salsepareille, des vésicatoires sur les parties latérales du larynx, ont été prescrits pendant le premier mois; dans les premiers jours de juin, la respiration étant devenue plus difficile, M. Michon pensa qu'il serait convenable de pratiquer la trachéotomie; la malade fut de nouveau examinée avec soin; M. Robert fut consulté, et il résulta de cet examen qu'il fallait proposer l'opération à la malade, mais que le succès n'était pas assez certain pour qu'il fût convenable d'insister. La malade refusa, et la proposition ne fut pas renouvelée.

Quelques jours plus tard survinrent, pendant la nuit, des accès de dyspnée, pendant lesquels la respiration s'interrompait pendant plusieurs secondes; la figure devenait pâle, les lèvres bleuâtres, les yeux plus saillans, et la malade tombait dans un état d'angoisse inexprimable. Pendant ces attaques, qui se renouvelaient plusieurs fois dans l'espace d'une heure, le pouls était petit et fréquent, et la malade obligée de rester sur son séant et la tête renversée en arrière.

Pendant les derniers jours, cette femme ne pouvait plus avaler; ses traits étaient étirés; la figure amaigrie et pâle; la veille de sa mort a été passée dans des angoisses continuelles. Enfin, elle est morte le 14 juin à trois heures du matin.

A l'autopsie, on a trouvé les altérations suivantes : le voile du palais et la luette sont en grande partie détruits; l'épiglotte est courte et saine; les replis aryténo-épiglottiques sont tuméfiés et couverts de végétations à surface rosée, lisse et polie. L'ouverture supérieure du larynx est presque entièrement fermée. Les lèvres de la glotte sont également très volumineuses et ferment presque entièrement l'ouverture; on remarque à droite une ulcération de l'étendue d'une pièce de dix sous, plus longue dans le sens postérieur, qui est couverte, au niveau de la corde vocale, de bourgeons charnus végétaux. Au-dessous, elle a détruit complètement les parties molles et a mis à nu le cartilage cricoïde, qui, dans ce point, est rugueux, inégal, plus dur et encroûté de phosphate calcaire.

La trachée et les grosses bronches sont saines; il n'en est pas de même des ramifications secondaires du canal aérien dont la muqueuse est très rouge, mais non ramollie; leur cavité est remplie, jusque dans les plus petits rameaux, de mucus purulent, semblable à celui qui était rejeté par l'expectoration. Les poumons, très volumineux, étaient crépitans dans toute leur étendue, mais fortement engoués en arrière. En avant, ils sont emphysémateux; les vésicules dilatées sont visibles à l'œil nu, et le bord antérieur du poumon gauche renferme une vésicule remplie d'air, du volume d'une noisette; le pharynx présente un rétrécissement ancien qui reçoit avec difficulté le doigt auriculaire.

Le cœur est sain; ses cavités droites contiennent une grande quantité de caillots noirs et mous.

Les muqueuses utérine et vaginale paraissent saines.

Le fait précédent me paraît très important, à cause de la difficulté que présentait le diagnostic. En effet, on pouvait invoquer, en faveur de l'opération, l'absence des signes annonçant une lésion organique du poumon, avant l'apparition de la maladie syphilitique, la sonorité de la poitrine, l'absence des signes stétoscopiques qui accompagnent ordinairement les excavations pulmonaires. Mais, d'autre part, on pouvait faire valoir contre la trachéotomie les hémoptysies peu abondantes qu'avait eues cette femme, les douleurs dont la poitrine était le siége, la nature de l'expectoration, l'existence antécédente d'une maladie scrofuleuse. Dans cet état d'incertitude, le chirurgien a été bien excusable de n'avoir pas insisté pour que la malade se laissât opérer, et cependant il est probable que l'opération aurait prolongé les jours de cette malheureuse, et aurait peut-être permis de traiter et de guérir la maladie du larynx. Cependant, la dénudation de l'un des cartilages de ce canal, et le rétrécissement de

l'œsophage, étaient des circonstances fâcheuses, et qui diminuaient les chances de guérison.

HERNIE CRURALE DROITE, GLANDE ENGORGÉE DANS L'AINE, DEMI-ÉTRANGLEMENT, GANGRÈNE, MORT; observation communiquée par M. DE LA HARPE, médecin à l'hôpital de Lausanne.

OBS. — La nommée Hertel, vieille femme âgée de plus de 70 ans, aliénée depuis assez longtemps, fut conduite à l'hôpital de Lausanne, le 3 mars 1836. Le médecin qui l'avait d'abord visitée l'avait déclarée atteinte d'une hernie crurale étranglée, sur le simple vu du facies de la malade et en ayant égard aux seuls symptômes rationnels. Il avait en vain voulu examiner la tumeur de l'aine : cette femme s'était emportée et avait poussé de tels cris qu'il avait renoncé à un examen auquel il attachait d'ailleurs peu d'importance, puisqu'il adressait la malade à l'hôpital. Lorsqu'il la vit, elle vomissait déjà depuis plusieurs jours tout ce qu'elle prenait; le ventre était tendu; elle avait été, disait-on, autrefois atteinte de hernie.

Sitôt après son admission à l'hôpital, j'examinai la femme Hertel à la sollicitation de l'interne, qui ne savait pas si cette malade appartenait au service de médecine ou à celui de chirurgie : la déclaration d'admission la disait atteinte de hernie, et il ne trouvait aucune hernie; mais bien tous les symptômes d'une péritonite chronique avec iléus. Je trouvai à mon tour que son diagnostic était exact, puisque la tumeur que l'on sentait au pli de l'aine droit était évidemment une glande engorgée, un peu ramollie. Cette tumeur égalait le volume d'une noix; elle était inégale, divisée en plusieurs petits lobes, bosselée, peu sensible à une pression modérée, mais assez sensible lorsqu'on la pressait fortement. Elle fut donc placée dans ma division. Les vomissemens étaient assez rares, la langue n'était point sèche; mais elle avait plusieurs aphtes. La soif était modérée; l'appétit presque nul. Le pouls était petit, lent et concentré; la face un peu grippée autant que l'on pouvait en juger sur une vieille femme maigre et ridée; l'abdomen était assez tendu, peu sensible à la pression; il était évidemment distendu par des gaz. J'ordonnai la diète, des lavemens laxatifs et une dose d'huile de ricin.

Le 5, l'huile a produit son effet et amené quelques selles; la malade a mangé quelque peu de soupe; elle vomit toujours de temps en temps, une heure environ après chaque repas. Les aphtes augmentent dans la bouche. Le délire a presque cessé.

Le 6, même état, le matin; le soir, face hippocratique, extrémités froides; mort dans la nuit.

AUTOPSIE, 18 heures après la mort.

L'abdomen est fortement distendu. A l'ouverture, il s'échappe de la cavité péritonéale beaucoup de gaz et un peu de liquide brunâtre, mêlé de matières fécales. Le péritoine et les intestins sont d'une couleur rouge-brun intense, semés de quelques flocons de fausse membrane. Il était évident qu'une perforation existait quelque part; aussi avant d'aller plus loin, je fis une incision sur la tumeur de l'aine, et je mis à nu une glande engorgée de la grosseur d'un œuf de pigeon, d'un rouge presque noir, ramollie sur quelques points. En la disséquant avec circonspection, on découvre sous elle une petite cavité dont la paroi antérieure est intimement adhérente à la glande et complètement recouverte par elle. Cette cavité est un petit sac herniaire, engagé dans le canal crural; ce sac renferme, étranglée, une fort petite anse, ou plutôt un repli d'une anse, de l'intestin grêle. La partie inférieure de cette anse adhère fortement à la glande engorgée. En dégageant l'anse pincée, on découvre une perforation au-dessus du lieu de l'étranglement, dans la portion de l'intestin renfermée dans l'abdomen, portion qui, elle-même, est gangrenée dans l'étendue de plusieurs lignes. Cette perforation avait donné issue aux matières fécales tombées dans la cavité du péritoine. L'étranglement n'interceptait point la totalité de l'anse intestinale, une moitié tout au plus était pincée, et l'autre portion laissait un passage libre dans lequel on pouvait engager une grosse plume à écrire. Tout l'intestin supérieur et l'estomac lui-même sont remplis de matières fécales.

Voilà évidemment un cas où l'opération seule pouvait sauver la malade; mais qui aurait supposé une hernie si petite et un étranglement partiel au-dessous d'un ganglion de l'aîne? Cette hernie existait sans doute depuis longtemps, et l'étranglement fut la suite de l'engorgement du col du sac, qui en rétrécit l'ouverture; la compression exercée par la glande engorgée sur ce col, et son voisinage qui suivait dans ce lieu un travail inflammatoire sourd, furent probablement la cause première de l'épaississement du col.

Il y a quelques années, qu'avec tous les symptômes d'un étranglement complet, j'opérai, chez une vieille femme, une hernie crurale droite étranglée, que je croyais gangrenée; je dus traverser un abcès gros comme une noix et situé sur le canal crural; lorsque j'eus dépassé l'abcès incisé, j'arrivai sur un petit sac herniaire sub-jacent, qui renfermait l'appendice vermiforme du cæcum étranglé, en partie gangréné; je me contentai de débrider et de laisser la portion gangrenée de l'appendice à l'entrée du canal. La malade, que j'avais déjà opérée deux ans auparavant d'une hernie crurale étranglée du côté opposé, se rétablit très bien.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 26 AOUT.

SUR LES ÉTATS DIFFÉRENS D'AGRÉGATION DU TISSU DES VÉGÉTAUX.

M. Payen communique des recherches sur ce sujet, recherches qui font suite à celles qu'il avait déjà entreprises sur le tissu élémentaire des végétaux, et dont nous avons donné l'analyse à l'époque où elles avaient été soumises au jugement de l'Académie. Le but de celles dont nous avons à parler aujourd'hui est de prouver qu'avec une composition élémentaire identique plusieurs organes des végétaux présentent, sous le rapport des propriétés physiques, une différence notable, qui tient seulement à ce que leurs particules sont dans des états différens d'agrégation.

Le principe immédiat, constituant les membranes végétales, se rencontre sensiblement pur dans l'amidon, et là il est très faiblement agrégé; c'est que ce mode d'existence du tissu élémentaire est provisoire; c'est que l'amidon est plutôt une sécrétion organisée, une provision alimentaire mise en réserve, qu'un organe véritable, qu'un utricule, par exemple, capable de se reproduire directement.

Tous les tissus amylacés, du reste, ne montrent pas la faible agrégation que nous présente l'amidon provenant des céréales de certains tubercules, etc.; et quelquefois la différence des caractères physiques est telle que c'est l'action sur l'économie animale, l'action physiologique qui a dû mettre sur la voie de découvrir la constitution chimique.

Par exemple, les voyageurs, dans les parties les plus désolées de l'Amérique boréale, surtout les employés dans les grandes compagnies pour le commerce de fourrures, sont quelquefois privés d'alimens et obligés de recourir à une sorte de lichen qui tapisse les roches, et qui, à cause de la frisure des bords et une grossière ressemblance avec la fressure du veau, a été désignée sous le nom de *tripe de roche*. Tous les estomacs ne s'accordent pas de cette nourriture, et il en est qui rejettent aussitôt la tripe de roche bouillie; mais ceux qui, moins délicats, ne sont pas trop impressionnés par le principe styptique dont l'eau bouillante n'a pu dépouiller qu'en partie le lichen, en tirent une assez bonne nourriture, et le coureur de bois qui a le bonheur d'avoir un estomac ainsi disposé soutient ses forces et parvient à gagner des régions moins malheureuses. On a été par là conduit à soupçonner que la tripe de roche renfermait une proportion notable d'amidon.

Dans le lichen d'Islande, l'analyse chimique démontrait l'existence de l'amidon en grande abondance, mais il s'agissait de savoir où il y était situé. M. Payen, d'après ses précédentes recherches, ne doutait pas qu'il n'existât dans ce lichen des membranes, assez faiblement organisées pour présenter des caractères de l'amidon. Pour vérifier cette conjecture, il purifia d'abord le lichen en le soumettant aux réactifs, qui, sans attaquer son tissu, dissolvent les substances étrangères; alors l'iode, ajouté sur des tranches minces, observées sous le microscope, développa une teinte bleue dans les membranes du tissu, sous les parties corticales; celles-ci prirent une teinte grisâtre ou légèrement jaune. La nuance bleue disparaissait sous l'influence des alcalis; la potasse et la soude opéraient, en outre, un gonflement rapide, puis une dissolution graduelle des membranes.

Des recherches ultérieures prouvèrent à M. Payen que c'était aux dépens des membranes bleuissables que s'obtenait la gelée du lichen; que cette gelée participait à cette manière de se comporter sous l'influence de l'iode, tandis que la couche corticale, non colorable en bleu, n'était pas dissoute par l'eau bouillante, même par une exposition en vase clos à une température de +170°.

Traitant alors la gelée de lichen par la diastase, à +75° cent., M. Payen rendit soluble à froid la subtance identique avec l'amidon, en la convertissant en dextrine et en sucre. Ayant reconnu précédemment que l'acide acétique transforme à chaud l'inuline en sucre soluble à l'eau froide, et même dans l'alcool, il lui fut possible d'éliminer cette substance à son tour, et d'obtenir l'amidon isolément.

Dans le lichen épuré, comme nous l'avons dit plus haut, l'analyse avait fait reconnaître exactement la composition de l'amidon. L'amidon, dit M. Payen, n'est donc pas contenu à l'état de granules dans les cellules du lichen, il est partie intégrante de la membrane des cellules elles-mêmes.

Il était important de soumettre aux mêmes investigations les tissus d'autres cryptogames. M. Payen essaya donc de traiter de la même manière plusieurs conserves. La soude, en dissolvant à chaud la membrane enveloppante des *rivularia*, isola les unes des autres les longues cellules, qui, appuyées bout à bout et plus ou moins remplies de matière verte, occupaient toute la capacité tubulaire des filamens. Pour éliminer entièrement la matière verte, il fallait ouvrir les cellules qui la tenaient en partie à l'abri des dissolvans. M. Payen y parvint par un procédé mécanique, puis par l'action successive de l'alcool, de l'ammoniaque, des solutions de soude et de potasse, du chlore, de l'acide chlorhydrique et de l'eau; il épura les membranes dans lesquelles l'analyse chimique fit ensuite reconnaître exactement la composition de l'amidon.

Les champignons encore, parmi les cryptogames, méritaient d'être étudiés; car sur l'autorité d'un savant analyste on y admettait un tissu d'une composition particulière qui avait reçu le nom de *fungine*. L'épuration fut faite par M. Payen, au moyen des mêmes manipulations que pour les conserves, et exigea même quelques précautions de plus. L'analyse élémentaire donna encore pour le tissu épuré la même composition.

Les résultats auxquels je suis arrivé, dit en terminant M. Payen, me paraissent confirmer une distinction que j'avais cru pouvoir établir entre les animaux

et les végétaux près de cette limite où plusieurs caractères semblent les confondre.

Les combinaisons organiques quaternaires sont partie constituante des membranes animales, tandis que les combinaisons azotées n'entrent pas dans la nature intime des membranes végétales; celles-ci offrent constamment une composition ternaire bien définie.

Cette distinction semble au premier coup d'œil, dit M. Payen, peu d'accord, d'une part, avec les proportions considérables de substances azotées que m'ont offertes les analyses de tous les jeunes organes des végétaux, et, d'un autre côté, les propriétés physiologiques, notamment une grande énergie vitale découverte par M. Dutrochet dans les parties des plantes qui renferment le plus d'azote. Mais en y réfléchissant un peu on verra qu'il n'y a aucune contradiction entre les faits, qu'ils s'accordent, au contraire, très bien entre eux, comme avec les observations sur la nature des engrais les plus fertilisans, et encore avec la composition chimique des organes qui prennent part aux phénomènes de la fécondation des plantes.

C'est que dans toutes ces circonstances les matières azotées sont enfermées par les membres sans en faire partie intégrante. D'ailleurs il faut reconnaître que, dans les deux règnes, les corps qui admettent l'azote au nombre de leurs principes constituans sont indispensables à l'accomplissement des phénomènes de la vie.

SÉANCE DU 2 SEPTEMBRE.

EXPÉRIENCES SUR LA TEMPÉRATURE DES PLANTES.

Nous avons parlé il y a quelques mois des expériences de M. Dutrochet et de celles de M. Becquerel sur ce sujet. Nous avons dit que le premier attribuait à l'évaporation une action très marquée pour abaisser la température des plantes, et que pour se préserver de cet effet il faisait ses expériences sous une cloche close qui maintenait la plante dans une atmosphère saturée d'humidité. MM. Bergsma et Van Beeck, professeurs à Utrecht, adressent des expériences dans lesquelles ils ont, entre autres choses, constaté cette action réfrigérante.

Les expériences ont été faites sur une jacinthe en fleurs, végétant sur une carafe remplie d'eau, dans laquelle se trouvait un thermomètre. La carafe fut placée dans un autre vase, afin de pouvoir augmenter la température de l'eau dans laquelle se trouvaient les racines.

Un galvanomètre à court fil ayant été placé pour faire les observations, la pointe soudée d'une aiguille platine et fer fut introduite dans la superficie de la hampe.

Après avoir versé de l'eau presque bouillante dans le vase, la température de l'eau dans la carafe augmentait lentement, et les expérimentateurs s'attendaient à voir s'élever également la température de la plante; mais le contraire eut lieu, et la déviation de l'aiguille accusa une diminution graduelle de température, indiquant, par exemple, 17°, 5 quand l'eau était à 28°, 5.

Si l'on songe, disent MM. Van Beeck et Bergsma, que la chaleur communiquée aux racines des plantes en expérience a dû vivement exciter leurs fonctions vitales, on en peut conclure que l'exhalaison aqueuse en fut également augmentée, qui, rendant latente une plus grande quantité de calorique libre fournie par les plantes, explique l'abaissement de température trouvé; et c'est probablement en raison de l'évaporation des plantes que l'on observe, à l'aide du galvanomètre, pendant la végétation, près de la superficie de presque toutes les parties herbacées des plantes, une température moindre que celle de l'air ambiant, ainsi que nous l'avons remarqué dans de précédentes expériences galvanométriques. Nous fûmes confirmés dans notre opinion, lorsque pour éviter autant que possible les effets de l'évaporation à la surface de la plante, nous introduisîmes le point de soudure d'une autre aiguille, cuivre et fer, presque au milieu de la hampe de notre jacinthe; dans ce cas, la déviation de l'aiguille aimantée indiquait à peu près 1° cent. au-dessus de la température de l'air ambiant.

En comparant, ajoutent-ils, les expériences de M. Dutrochet avec les nôtres, on voit que nous sommes parvenus, par des moyens tout opposés à un même résultat. Ces expériences tendent de nouveau à prouver l'utilité de l'emploi des appareils thermo-électriques dans les recherches de physiologie végétale.

ACTION DU FROID SUR LA CIRCULATION CAPILLAIRE.

M. Poiseuille, dans un travail précédemment soumis au jugement de l'Académie, avait examiné l'action du froid et de la chaleur sur la circulation ambiante. Il avait vu qu'en mettant des morceaux de glace dans une auge où se trouvait, par exemple, un têtard de grenouilles (l'air ambiant étant à + 20° c.), la circulation dans les capillaires était de plus en plus lente, les globules s'allongeaient en cherchant à se frayer un passage à travers des vaisseaux, et ils reprenaient leur forme primitive en passant dans des vaisseaux de plus en plus gros calibre. Par un séjour plus long dans l'eau, à une température de 1 à 2 degrés, la circulation cesse dans le plus grand nombre des capillaires; et si l'on mesure alors le calibre de ces vaisseaux, on les trouve d'un diamètre qui varie de 0,018 à 0,020 de millimètre, comme avant l'application de la glace; mais si l'on entretient cette basse température par l'addition d'une nouvelle quantité de glace, au bout d'un certain temps les globules des vaisseaux capillaires où la circulation avait entièrement cessé éprouvent un petit ébranlement sous l'influence des contractions du cœur; ces oscillations des globules, acquérant une amplitude de plus en plus grande, se changent bientôt en un mouvement de progression qui augmente progressivement, de telle sorte qu'au bout de trois quarts d'heure environ, la circulation est aussi rapide dans ce milieu ambiant de quelques degrés au-dessus de zéro qu'au sein de l'atmosphère.

Certains vaisseaux qui, avant l'action de la glace, donnaient passage à deux ou trois globules de front, n'offrent plus qu'une seule rangée de globules se mouvant dans leur axe. Ces derniers vaisseaux, comme ceux d'un plus gros calibre, ne paraissent pas avoir changé de volume. Mais les vaisseaux capillaires qui offrent alors une circulation aussi rapide que dans l'état normal présentent un diamètre plus considérable. Ce diamètre, qui était de 0,018 à 0,020 millimètres quand tout mouvement circulatoire était aboli, est devenu 0,022, 0,024, 0,025, 0,026, 0,028, 0,030 et 0,034 de millimètres, c'est-à-dire que les vaisseaux capillaires ont doublé, triplé de volume. D'autres capillaires, mais en petit nombre, dans lesquels le repos persiste, n'ont pas, comme les précédens, augmenté de calibre; si on enlève la glace, la circulation se rétablit bientôt dans ces derniers vaisseaux, et, au bout de quelques heures, tous les capillaires sont revenus à leur volume primitif.

Ainsi, sous l'influence des contractions du cœur, les tubes vivans acquièrent par l'action prolongée du froid un volume plus considérable.

NOUVEAU MICROSCOPE.

MM. Trécourt et George Oberhœuser présentent à l'Académie un microscope à tout grossissement.

Cet instrument, disent-ils, est tel que, sans changer l'oculaire ni la lentille objective, on obtient les résultats suivans:

L'image peut se voir depuis 0 de grossissement jusqu'à 500 fois le diamètre de l'objet, en passant graduellement par toutes les amplifications intermédiaires.

Dans les plus forts grossissemens, la distance de la lentille au porte-objet n'a pas moins de 4 millimètres, et cette distance grandit à mesure que l'amplification décroît.

Un objet de 2/10 de millimètre du diamètre peut être vu en entier dans le champ du microscope à un grossissement de 550 fois. De même, à une amplification de deux fois seulement, on peut voir en entier un objet ayant plus de 4 centimètres de diamètre.

Toutes ces amplifications sont obtenues par un allongement du corps du microscope limité à un tirage de 10 centimètres.

Cet instrument a encore sur les autres microscopes l'avantage de donner non renversée l'image de l'objet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 3 SEPTEMBRE.

CORRESPONDANCE.

La correspondance renferme 1° diverses lettres relatives aux vaccinations dans les départemens de la Côte-d'Or, de l'Aisne, du Tarn, de la Vienne, du Gard, etc; 2° une lettre de M. Leuret, qui annonce à l'Académie que la guérison de M. Dupré, dont il lui a communiqué l'observation, se consolide tous les jours; sa santé est maintenant excellente; il a composé, depuis sa guérison, quelques ouvrages littéraires; il jouit de toute sa raison (nous publierons en entier la lettre de M. Leuret dans notre prochain compte rendu); 3° une note sur un nouveau forceps, par M. Letellier. Commissaire: M. Baudelocque; 4° un essai sur la douleur morale considérée comme cause de maladie, par un médecin d'Arras (Commissaires: MM. Pariset et Esquirol); 5° un mémoire sur la destruction de la pierre par des moyens chimiques, par un chirurgien de Madrid; 6° Divers rapports sur des épidémies de fièvre typhoïde observées dans plusieurs départemens. (Commission des épidémies.)

OBSERVATION D'ABSENCE COMPLÈTE DU VAGIN.

M. Capuron rend compte à l'Académie d'une observation de M. Manoury, de Chartres, relative à un cas d'absence complète du vagin, qui nécessita chez une jeune fille la ponction avec le trois-quarts, puis la dilatation à l'aide de sondes élastiques. La malade était âgée de 17 ans; des symptômes graves s'étaient développés, et quelque temps avant, tous les mois, des phénomènes annonçant l'établissement de la sécrétion menstruelle avaient éveillé l'attention du médecin, qui constata l'absence du vagin. M. Manoury, appelé en consultation, reconnut le même vice de conformation, et décida, après avoir introduit une sonde dans la vessie et le doigt dans le rectum, à travers la paroi antérieure duquel il reconnaissait facilement la face inférieure de la vessie, que le vagin ne séparait pas ces deux cavités. La pénétration avec le trois-quarts dans le lieu occupé habituellement par le vagin fit arriver sur un cul-de-sac fibreux, qui fut traversé, et consécutivement dilaté par le moyen des sondes de gomme élastique. Le sang des règles put prendre sa voie naturelle; on constata la présence du col utérin. Bientôt des phénomènes généraux se développèrent, l'amaigrissement était profond; il y avait de la fièvre avec redoublement, etc.; la malade succomba vers le dixième mois; l'autopsie ne put malheureusement être faite, les parens s'y étant refusés obstinément.

M. le rapporteur, rapprochant de cette observation les cas heureux d'opération, lorsqu'il s'agissait de simples imperforations vaginales, pense qu'il n'en est pas de même lorsque le vagin n'existe pas; alors il ne faut pas songer à opérer, sous peine de compromettre d'une manière presque assurée la vie des malades et les ressources de l'art. Au reste, dit-il, ce fait est important sous le rapport de la science et de la pratique; en conséquence, je vous propose d'adresser des remercîmens à l'auteur et de publier cette observation.

M. Moreau n'adopte pas l'opinion de M. Capuron sur le rejet de tout traitement dans des circonstances analogues à celles dont il vient d'être question. Il est bien vrai que de Haen eut le malheur de perforer la vessie, que Dupuytren, que Dubois, etc., ont eu des insuccès, mais M. Wuillaume, de Metz, a réussi; mais M. Amussat a été aussi heureux dans un cas fort grave dont il a communiqué les détails à l'Académie. Et, ne réussirait-on qu'une fois sur mille, comme les femmes porteurs de cette infirmité sont inévitablement vouées à la mort, je crois qu'on doit tout tenter pour les guérir.

M. Velpeau fait remarquer que la question dont il s'agit est complexe, que les lésions du vagin qui, en dernière analyse, donnent lieu aux mêmes résultats, peuvent se rapporter à trois classes : 1° Ou il s'agit d'une absence complète du vagin, et on ne le sait le plus ordinairement qu'à la puberté lorsque la menstruation ne peut s'établir; 2° ou bien l'oblitération s'est faite dans l'âge adulte, par suite d'un accident, d'une inflammation; 3° enfin, l'occlusion existe chez des femmes devenues enceintes, et qui, par suite de la présence de cette bride ou de cet obturateur, ne pourront accoucher. On comprend facilement que chez les jeunes filles impubères, que chez les femmes parvenues déjà à un certain âge, on ne doit pas opérer; qu'il en sera tout autrement s'il y a grossesse ou rétention des menstrues. Alors la vie de la femme est compromise, l'accouchement ne saurait avoir lieu; il faut donc apporter un remède prompt et efficace. Souvent il y a urgence d'opérer, non seulement si le travail de l'accouchement a commencé, mais s'il s'est formé de ces tuméfactions souvent énormes dans le ventre, par suite de la rétention forcée et anormale des menstrues.

M. Capuron admet, comme M. Velpeau, qu'il faut opérer dans ces cas s'il n'y a que simple imperforation du vagin; mais si, au contraire, le vagin manque, s'il est remplacé par un cylindre cellulo-fibreux, solide, souvent d'un pouce d'épaisseur, il faut bien se garder d'opérer.

M. Moreau insiste sur les faits qu'il a déjà rappelés. Il pense que la mort des malades étant dans le cas d'expectation, inévitable, on ne saurait mettre en doute l'opportunité de l'opération, d'autant que l'exemple de M. Wuillaume, celui de M. Amussat, sont bien faits pour rassurer les praticiens. Lorsque l'opération de M. Wuillaume fut communiquée à l'Académie, dit M. Moreau, j'émis l'opinion qu'il vaudrait mieux peut-être dans un cas semblable, de rapport immédiat entre la vessie et le rectum, au lieu de disséquer avec le tranchant ou la pointe du bistouri, écarter ces organes, rompre leurs adhérences avec le manche d'un scalpel; M. Amussat s'est comporté ainsi dix ans plus tard dans le cas où il a obtenu un si heureux résultat.

M. Velpeau : Aux faits qu'on vient de citer relativement aux oblitérations complètes du vagin remplacé par un cordon fibreux, je pourrais ajouter l'opération pratiquée par Flamand de Strasbourg; celle rapportée par M. Roux, et dont il eut connaissance dans son voyage en Allemagne, et d'autres faits encore. Si donc le raisonnement avait indiqué la possibilité de cette opération, la pratique vient lui donner plus de valeur et d'importance. Ce qu'on doit faire ce n'est pas de la rejeter, mais il faut en discuter l'opportunité, voir et établir dans quels cas il sera possible d'obtenir des succès, quels sont ceux, au contraire, où il ne doit rien être tenté.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE JAUNE.

M. Rochoux lit, au nom de M. Chervin et au sien, un rapport sur la relation de deux épidémies de fièvre jaune observées, par M. Maës, à la Havane pendant l'année 1837, et sur la frégate l'*Herminie* en 1838. L'auteur du mémoire était chirurgien de ce bâtiment.

Avant de commencer l'analyse du travail de M. Maës, M. le rapporteur expose son opinion personnelle sur la fièvre jaune; suivant lui, c'est une inflammation de l'estomac, des intestins et des vaisseaux biliaires, et une phlegmasie du cerveau et de ses membranes, lorsque les symptômes cérébraux ont été poussés très loin. Cette phlegmasie, qui s'accompagne dans son développement et sa progression d'un appareil fébrile, est essentiellement différente des fièvres intermittentes, rémittentes, etc.; elle réclame nécessairement un traitement antiphlogistique énergique. Quant à ses causes, il faut les chercher d'abord dans une disposition organique, et l'*inacclimatement* ou l'influence météréologique d'un climat si différens de celui des zônes tempérées. Cela est si vrai que les créoles, chez lesquels cette dernière condition n'existe pas, ne sont pas atteints de la fièvre jaune, non plus que les étrangers qui ont déjà deux années de séjour dans les colonies.

M. Rochoux pense que l'auteur du mémoire a confondu souvent des fièvres intermittentes avec la fièvre jaune proprement dite, ce qui explique pourquoi, dans les chiffres qu'il donne, la mortalité, au lieu d'être d'un tiers, ce qui a lieu le plus ordinairement, n'est que d'un cinquième.

La nature inflammatoire de la maladie a été révélée à M. Maës comme à nous par les autopsies; c'est dans la muqueuse gastro-intestinale qu'il a surtout trouvé des lésions, les traces non équivoques de la phlegmasie; parfois la muqueuse gastrique était ramollie au point d'avoir acquis l'aspect gélatiniforme. Dans son premier mémoire, l'auteur parle de la gangrène des membres que nous n'avons pas eu l'occasion d'observer; mais dans son second travail, il signale seulement des épanchemens sanguins intermusculaires. M. Maës ne voit dans ces lésions qu'une simple hypérémie avec un élément nerveux que nous ne saurions admettre; ce dernier caractère ne nous semble point évident; sous ce rapport je ne suis pas de l'avis de l'auteur, encore moins au sujet de la nature de la phlegmasie que je regarde comme toute spéciale ou spécifique, sans que j'y retrouve cependant un empoisonnement miasmatique.

Le traitement de M. Maës est rationnel dans ce qui touche à l'hygiène, à la prophylaxie, parce qu'il proscrit les excitans et recommande les calmans physiques et moraux. Mais il préconise le camphre, les vésicatoires, les synapismes aux extrémités inférieures; lorsque les symptômes inflammatoires ont disparu, qu'il n'existe plus que de la faiblesse, il administre les diurétiques. La diète des boissons, au début surtout, comme moyen d'éviter ou de rendre plus rares les vomissemens, lui paraît d'une grande importance. C'est à la saignée de pied qu'il donne la préférence; il en exalte les nombreux avantages, et la met au-dessus de la saignée du bras. Dans plusieurs cas cependant il fut obligé d'en revenir à cette dernière.

M. Rochoux croit que dans tous les cas il vaut mieux saigner du bras, pour une infinité de raisons, et saigner largement, tirer d'abord toute la quantité de sang qu'on croira nécessaire.

La chaleur extrême et permanente des Antilles semble constituer la principale cause de la maladie; la contagion ne semble pas démontrée; au contraire, M. Maës est disposé à la nier; il rapporte que l'équipage de deux vaisseaux, qui eut des rapports avec celui de l'*Herminie*, n'en éprouva pas la plus légère incommodité; cette conclusion est en rapport avec nos idées sur ce point, dit M. Rochoux, elle est conforme aux résultats que m'ont donnés les faits que j'ai eu l'occasion d'observer. (Remercîmens à l'auteur; dépôt aux archives.)

M. Gérardin parle des succès obtenus par le docteur Thomas dans la fièvre jaune, à l'aide du sulfate de quinine; il est d'avis qu'il s'agissait, dans ces cas, de fièvres intermittentes ou rémittentes, plutôt que de la fièvre jaune proprement dite. Il adopte pleinement l'opinion de M. Rochoux sur la différence qui existe entre les fièvres intermittentes ou rémittentes et la fièvre jaune. Les faits rapportés, dit-il, par M. Alphco dans le mémoire sur lequel je suis appelé à faire un rapport confirment cette idée, qu'on avait affaire à des fièvres intermittentes. Quelle différence, en effet, dans le succès du traitement, et le chiffre de la mortalité, dans ce qu'on a observé à Savana, par exemple; je n'en veux pour preuve que le rapport des députés de l'état de Géorgie, qui, après une épidémie à la suite de laquelle 7 à 8 mille Européens avaient succombé, sans qu'on ait pu sauver à peine deux ou trois, portèrent un arrêté par lequel le port de Savana devait être fermé aux Européens pendant les mois de juillet et d'août.

M. Nacquart regarde la nature phlegmasique de la fièvre jaune comme très peu démontrée; il admet une modification de l'organisme et du sang qui ne réclame autre chose que le traitement antiphlogistique.

M. Moreau ne pense pas que la maladie soit essentiellement contagieuse, mais elle peut l'être ou le devenir, suivant les localités, suivant la température des lieux où elle se développe, d'où il conclut que pour telle latitude, les quarantaines doivent être maintenues; que pour telle autre, elles doivent être supprimées; c'est une simple question de géographie.

M. Chervin : Je n'admets pas de différence essentielle entre la fièvre jaune des tropiques et celle des Antilles; il peut y en avoir dans les degrés, mais je n'en connais pas dans les symptômes, dans la nature de la maladie qui reste la même. Ce qui la rend plus violente et plus grave, c'est qu'elle atteint, dans ce dernier cas, des Européens pour la plupart, jeunes, vigoureux, chez lesquels l'appareil fébrile doit se montrer avec une tout autre activité.

J'ai observé la fièvre jaune aux Antilles, à Gibraltar, à New-York, à la Nouvelle-Orléans; c'était toujours la même maladie. Les médecins anglais, qui l'avaient vue dans ces diverses régions, la trouvaient également la même partout. En Espagne, elle est moins intense qu'aux Antilles, cela est vrai; mais elle attaque des populations indigènes souvent affaiblies, dont les constitutions sont détériorées, au lieu de sévir sur des individus dans la force de l'âge et de la santé, comme les Européens qui arrivent aux Antilles.

Il est si vrai que la fièvre jaune appartient à la famille des fièvres, rémittentes et intermittentes, qu'à Savana, comme à Cadix, comme dans d'autres localités, l'épidémie débutait par des fièvres intermittentes qui devenaient tout d'un coup excessivement nombreuses; à la fin de l'épidémie, une dégradation analogue avait lieu; à mesure que les cas de fièvre jaune devenaient moins fréquens, on voyait se multiplier ceux de fièvre intermittente. La fièvre jaune ne serait donc que cette maladie portée à son plus haut degré. Cela est si vrai, encore une fois, qu'en Espagne, la maladie fut souvent méconnue dès le principe; dans l'épidémie de 1800, il y eut trois réunions de médecins à douze ou quinze jours de distance, et tous furent d'avis qu'il ne s'agissait pas autre chose que de la maladie ordinaire au pays et à la saison. Bientôt le caractère de la fièvre jaune se dessina tellement, qu'il fut impossible de la méconnaître. A Carthagène, à Malaga, à Alicante, on observa exactement la même chose. Cela explique pourquoi, dans certains cas, le sulfate de quinine a produit d'heureux résultats. M. Lefort, de la Martinique, donnait, avec le plus grand succès, ce médicament dans les fièvres de ce caractère; la saignée, loin d'être avantageuse, leur faisait prendre le type continu.

Au reste, l'influence miasmatique ne saurait, dans la production de la fièvre jaune, être méconnue. Dans les points élevés des Antilles, de la Jamaïque, à St-Domingue, au Port-Louis, elle ne règne jamais. Une forte gelée détruit les miasmes répandus dans l'air, et souvent, après elle, la maladie se trouve arrêtée; une gelée blanche ne produit pas le même effet; les gens du pays le savent fort bien. Dans l'état ordinaire, ces miasmes vont en s'atténuant insensiblement, progressivement. Mais, dans mon intime conviction, ils ne diffèrent pas de ceux qui produisent les fièvres intermittentes et rémittentes de ces contrées; la fièvre jaune n'est que le maximum d'intensité de ces maladies.

M. Bouillaud ne pense pas que la fièvre jaune soit une inflammation simple, mais il admet une modification générale de l'économie, et spécialement du sang. Il blâme le rapprochement qu'on voudrait établir entre les fièvres intermittentes et les fièvres continues; de telles idées ne peuvent être soutenues aujourd'hui, ce serait une hérésie en pathologie. Cela est d'une grande importance pour le traitement; car, dans les fièvres intermittentes, il n'y a point d'organe enflammé, tout rentre dans l'ordre après quelques heures. Dans les phlegmasies, et notamment dans la fièvre jaune, les choses ne se passent point ainsi; c'est une maladie qui marche, qui a ses périodes, mais qui a toujours une certaine durée. Rien ne démontre qu'elle soit contagieuse, pas plus que la dothinentérie, qui avait été aussi, à une certaine époque, confondue avec les fièvres intermittentes et rémittentes, rapprochement qui n'était pas fondé davantage.

M. Chervin : C'est après de nombreuses observations que ma conviction s'est établie; il est démontré pour moi, par les faits, que les fièvres intermit-

tentes, et les fièvres rémittentes à plus forte raison, peuvent devenir continues, et se transformer en fièvre jaune.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

Il est cinq heures et quart, la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION.

COMPTE-RENDU DES SÉANCES DU DERNIER TRIMESTRE.

(Communiqué par la Société.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

M. Bourjot présente une pièce d'anatomie pathologique consistant en une tumeur squirrheuse qui s'était développée sous la conjonctive scléroticale du côté gauche, chez une jeune fille âgée de 11 ans, et vers l'angle interne, mais non liée avec la caroncule lacrymale. Au moment de l'opération, le chirurgien s'est aperçu que le fond de la tumeur était constitué par la sclérotique elle-même ramollie. L'excision a donné par conséquent issue au corps vitré. L'opérateur a cru alors devoir enlever le globe de l'œil en totalité. Les suites de l'opération ont été heureuses. L'examen a fait voir que la coque sclérotidienne était malade dans son cinquième interne, et que la tumeur elle-même n'était qu'une masse simplement squirrheuse. M. Bourjot rappelle l'opinion qu'il avait déjà émise sur la source des tumeurs cancéreuses de l'œil, savoir que les affections squirrheuses attaquent toujours les tissus extérieurs et marchent du dehors au-dedans, tandis que les tissus mélaniques et médullaire attaquent les parties intérieures, principalement la choroïde, la rétine et le nerf optique, et marchent de l'intérieur à l'extérieur.

M. Nonat communique un fait curieux relatif à une anomalie singulière du sac péritonéal. Il s'agit d'un homme âgé de 60 ans, mort à l'Hôtel-Dieu, de gangrène sénile. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve, indépendamment du sac péritonéal ordinaire, un second sac séreux continu au premier, et enveloppant les intestins comme un véritable kyste isolé de la paroi ventrale. Ce kyste a paru être plutôt congénital qu'accidentel, et de structure absolument pareille à celle du péritoine. C'est, en d'autres termes, un second sac péritonéal concentrique au premier, enveloppant les intestins grêles jusqu'à l'iléon.

TRACHÉOTOMIE APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DU CROUP.

M. Vassal présente quelques considérations sur la trachéotomie considérée comme moyen curatif du croup, à l'occasion des dernières discussions qui ont eu lieu à l'Académie de médecine sur ce sujet.

M. Nonat rapporte un cas d'opération de cette espèce pratiquée en sa présence par M. Trousseau. L'inconvénient le plus grave que M. Nonat a observé dans ce cas, est l'obstruction fréquente de la canule par des mucosités ou des fausses membranes.

M. Bouillaud cite un fait du même genre, qu'il a rencontré, il y a peu de jours, dans sa pratique. Il s'agit d'un enfant atteint de croup, qui se mourait de suffocation. L'opération a été pratiquée, l'enfant a paru soulagé sur le champ; mais le lendemain, la canule s'étant obstruée, les symptômes de suffocation se sont reproduits. On retire la canule, on la débouche, nouveau soulagement. Le même phénomène s'est reproduit plusieurs fois les jours suivans, mais l'enfant n'était pas encore hors de danger au moment où notre confrère a communiqué ces détails à la Société.

M. Rocnetta rappelle l'avantage qu'il y aurait, dans ces cas, de remplacer la canule par un bout de baleine qu'on plierait en demi-cercle, et dont on plongerait les deux bouts dans le fond de la plaie. Ces bouts, s'éloignant réciproquement par leur élasticité naturelle, tiendraient la plaie béante, sans rien obstruer, et il serait d'ailleurs facile d'assurer au dehors cet instrument dilatateur, à l'aide d'un fil attaché vers son milieu. Ce moyen a été imaginé par un jeune chirurgien que la mort a enlevé trop tôt à la science, Marechal; il a été mis en exécution avec succès par M. Roux, à la Charité.

ASPHYXIE PAR LE GAZ HYDROGÈNE SULFURÉ.

M. Belhomme communique le fait suivant :

Deux fossoyeurs chargés d'une exhumation au Père-La-Chaise ont été asphyxiés dans la matinée du mardi 2 juillet, par des émanations méphitiques. Ils étaient descendus à la profondeur de 25 pieds environ, le caveau contenait sept cases, et renfermait trois cercueils dans la partie la plus profonde.

Aussitôt après l'événement, on chercha des médecins pour les secourir, mais ce ne fut qu'au bout de trois quart d'heure qu'on parvint à trouver le docteur Dubois, qui fut dirigé vers le premier asphyxié, qu'il trouva privé de vie. Peu après arriva M. Belhomme, qui donna ses soins au second asphyxié. Celui-ci était un homme d'une forte constitution, âgé de 40 à 50 ans; il avait le visage coloré, les lèvres violettes, les pupilles contractées, la surface de la peau était froide; le système musculaire était en convulsions, et son état était celui de l'éclampsie. Plusieurs hommes vigoureux pouvaient à peine empêcher les mouvemens désordonnés. La perte de connaissance était presque complète. Il venait d'être transporté à son domicile, et la respiration était moins embarrassée qu'à son départ du cimetière. Le pouls, d'abord faible, avait acquis de l'énergie et de la fréquence. M. Belhomme n'hésita pas à lui pratiquer une large saignée. A mesure que le sang s'écoulait, le spasme nerveux diminuait, et il cessa tout à fait. La respiration devenait moins difficile, le visage moins coloré. En un mot, ce moyen eut tout le succès qu'on en pouvait espérer. M. Belhomme prescrivit une potion fortifiante, dans laquelle entraient quinze à vingt gouttes d'alcali volatile; deux sinapismes aux extrémités inférieures; un lavement purgatif et une boisson délayante.

Le soir, le malade était bien, il avait repris connaissance, respirait librement, et il ne lui restait qu'un sentiment pénible à la gorge et au-devant de la poitrine. Le lendemain, l'individu put se lever, et bientôt après, il reprit ses occupations.

A la suite de ces détails, M. Belhomme fait quelques remarques. Deux choses graves lui paraissent devoir être signalées : 1° la négligence de l'administration, qui devrait exiger des mesures de précaution dans les inhumations; 2° le manque de moyens efficaces pour rappeler à la vie les asphyxiés.

Comment est-il arrivé l'accident? Les environs du Père-Lachaise sont souvent remplis d'eau, surtout ceux qui se trouvent sur la hauteur. Cette humidité constante doit favoriser la putréfaction et les exhalaisons méphitiques, telles que l'hydrogène sulfuré, ou l'hydrosulfate d'ammoniaque. Les fossoyeurs furent obligés de vider successivement les cases du caveau de l'eau qu'il contenait; arrivés à une certaine profondeur, l'air ambiant s'infecta, et l'asphyxie fut imminente. L'un d'eux tomba, son camarade voulut le retenir et tomba à son tour; heureusement, cependant, il put jeter des cris qui furent entendus par des ouvriers du voisinage. L'un fut retiré encore vivant; l'autre ne put être rappelé à la vie.

Quels sont les moyens pour prévenir un pareil malheur? M. Belhomme pense qu'il faudrait user des précautions suivantes.

1° Jeter dans chaque case, à mesure qu'on la découvre, du chlorure de chaux en assez grande quantité pour neutraliser l'action du gaz délétère, et ne descendre dans le fond du caveau qu'avec une lumière; 2° il faudrait que dans chaque cimetière on trouvât un appareil fumigatoire, et des médicamens pour donner des secours efficaces aux asphyxiés; 3° l'administration pourrait exiger la présence d'un médecin aux exhumations, comme elle l'exige des commissaires de police.

M. Vassal pense que, parmi les mesures préventives de l'asphyxie, on devrait joindre l'usage de la pompe pour retirer l'eau de la profondeur des caveaux. Il ajoute qu'il serait aussi probablement utile de couvrir les cadavres de plâtre ou de chaux, ainsi qu'il en a vu des exemples.

M. Adorne demande quelques explications sur les conditions des caveaux où étaient déposés les cadavres, et rappelle les différences qu'il y a entre les caveaux qui contiennent du gaz acide carbonique et ceux qui renferment du gaz hydrogène sulfuré. Il propose l'usage de la lampe de Davy pour descendre dans ces lieux.

M. Nonat fait observer que la source de l'hydrogène sulfuré dans les caveaux dont il s'agit est l'hydrosulfate d'ammoniaque, qui s'y trouve en grande abondance, et que le véritable neutralisant chimique, dans ce cas, est le chlore, comme l'ammoniaque l'est pour le gaz acide carbonique.

M. Bourjot explique géologiquement comment les caveaux du Père-Lachaise se trouvent naturellement remplis d'eau.

M. Rocnetta ne pense pas que l'application heureuse de la saignée dans le cas de M. Belhomme pût autoriser à l'employer généralement dans l'espèce d'intoxication dont il s'agit. M. Belhomme n'a saigné le malade qu'à l'époque où la réaction s'était déjà opérée spontanément. L'action toxique avait donc été vaincue par la seule force organique, et par celle de l'oxigène atmosphérique. Il est prouvé pour lui que l'action dynamique de l'hydrogène sulfuré est hyposthénisante comme celle du gaz acide carbonique et de l'acide arsénieux. Ce qui tue dans cette asphyxie est moins l'absence d'oxigène dans les poumons que l'absorption active du poison par cette voie. La saignée, par conséquent, pourrait, selon lui, avoir des suites funestes, si on l'employait surtout dès l'abord comme remède antitoxique. Les neutralisans chimiques dont vient de parler M. Nonat, et les remèdes stimulans, énergiques (éthers, alcooliques, ammoniaque, etc.), tels sont les moyens à employer jusqu'à l'époque de la réaction. Reste alors la direction de celle-ci, d'après les règles ordinaires de la pratique. Les convulsions ne sauraient pas, à elles seules, autoriser la saignée, vu qu'ici elles se rattachent à des conditions univoques d'asthénie, comme celles que produisent la strychnine, le plomb, le mercure, les champignons, etc.

M. Gillette parle dans le même sens. Il ne croit pas que la saignée soit généralement indiquée dans l'asphyxie en question, ni dans celle que produit le gaz acide carbonique, et il cite à l'appui un fait de sa propre pratique. Un petit ramonneur tombe asphyxié dans le foyer d'une cheminée. A l'examen, notre confrère trouve le pouls petit et faible, une sorte d'anéantissement de toutes les fonctions; il s'est bien gardé de le saigner; les seules frictions stimulantes et l'action de l'air atmosphérique ont suffi pour provoquer la réaction. A cette seconde période, des symptômes nerveux généraux se sont déclarés, et il a suffi de quelques moyens très légers pour ramener les fonctions vers leur état habituel.

M. Vassal, tout en adoptant l'idée de l'action débilitante des poisons en question, croit que la saignée peut convenir comme remède déplétif de la congestion passive des vaisseaux de la moelle; les remèdes stimulans néanmoins lui paraîtraient indiqués après la saignée.

M. Adorne appuie l'opinion émise par l'un des préopinans sur l'action débilitante des gaz hydrogène sulfuré et acide carbonique. Il rappelle que Fourcroy professait la même idée.

ALOPÉCIE PARTIELLE ÉPIDÉMIQUE.

M. Gillette lit une note intitulée : *Sur une forme singulière d'alopécie partielle.*

Il n'est rien de plus commun, dit l'auteur, que d'observer l'alopécie partielle chez les individus qui ont été atteints soit d'empérigo, soit de favus, soit d'un érysipèle du cuir chevelu, de rougeole, de scarlatine, etc.; mais il est une forme rare qui survient sans cause connue, et que les médecins anglais ont fait connaître sous le nom de *porrigo decalvans*. M. Alibert n'a point parlé de cette affection; dans l'ouvrage fait d'après la clinique de M. Biett, on ne distingue point cette variété des autres sortes d'alopécie. M. Rayer, dans son TRAITÉ DES MALADIES DE LA PEAU, n'ajoute rien à ce qu'en ont dit les médecins anglais.

Voici comment s'exprima sur ce sujet, après Willan, Bateman qui, dans la planche 40, en donne une représentation fidèle.

Cette maladie est caractérisée par des plaques plus ou moins circulaires dépourvues complètement de cheveux, et autour desquelles la chevelure est aussi touffue qu'à l'ordinaire. La peau de la tête dans ces places est unie et d'une blancheur remarquable. On a rencontré cette maladie dans une grande réunion d'enfans où régnaient les autres formes de porigo; mais d'autres fois elle a apparu sans qu'aucune cause de communication ait pu être saisie ou même supposée. Les places s'élargissent graduellement et deviennent parfois confluentes. La calvitie qui en résulte peut durer plusieurs semaines; quand les cheveux commencent à repousser, ils sont moins résistans et de couleur plus claire; chez les personnes même qui ont passé l'âge moyen, ils sont gris.

Bateman trouve en outre de la ressemblance entre cette affection et celle que Celse a décrite sous le nom d'ophiasis (liv. 6, ch. 1). C'est une sorte de calvitie, dit l'auteur latin, qui commence par l'occiput et s'étend des deux côtés tout autour du crâne, de manière même quelquefois à se réunir sur le front.

On doit s'étonner que Willan et Bateman aient rangé cette affection dans les teignes. Aussi pour excuser cette classification, Bateman admet comme possible que dans le premier moment il se produise autour des racines des cheveux de petites pustules qui disparaissent bientôt sans laisser aucune trace.

Je viens d'avoir l'occasion d'observer cette affection du cuir chevelu dans un des collèges royaux de Paris, où sont pris les soins les plus minutieux de propreté et où certes une seule pustule de teigne ne pourrait se montrer sans que l'élève fût sur le champ séparé des autres.

Il y a quatre mois, un élève de douze à treize ans arriva de province. Dans le village où il vivait habituellement existait-il des teigneux, c'est ce que je n'ai pu savoir. Le lendemain de son arrivée, on reconnut qu'il portait sur un côté de la tête en avant de l'oreille une place dégarnie de cheveux, ayant à peu près trois centimètres de diamètre. Le médecin de l'établissement l'examina, n'y vit rien de suspect, et pensa qu'il pouvait impunément habiter avec les autres élèves. Au bout de quinze jours, le voisin d'études de celui-ci eut également la tête dépouillée dans une largeur un peu moins grande sans qu'aucun signe précurseur eût pu avertir. Depuis ce temps, et dans la même étude, six autres élèves au moins ont été atteints et toujours brusquement, mais jamais dans une étendue plus grande que celle que je viens d'indiquer. Chez tous, il ne s'est montré qu'une seule place qui s'est peu élargie. J'ai examiné plusieurs fois avec soin les places, même quand elles commençaient à se former, et je n'ai rien remarqué que cette blancheur indiquée par Bateman chez les six derniers; chez le premier atteint, il y avait quelques pustules éparses d'impérigo; chez le second, un peu de desquammation furfuracée était mêlée aux cheveux environnans. L'auteur anglais ajoute à sa description que c'est une maladie obstinée qui ne cède que lentement. Cette assertion s'est encore vérifiée dans le cas présent : on a pendant longtemps fait frotter la place malade avec une pommade soufrée; ces onctions n'ont produit aucun résultat. Chez l'un on s'est abstenu de tout traitement, et les cheveux ont repoussé au bout de trois semaines, plus rares et plus soyeux, mais sans avoir changé de couleur; chez les autres, sans que je veuille en rien accuser le traitement, les cheveux manquent encore.

Du reste, si j'étais appelé pour un cas semblable, je me contenterais, suivant le précepte donné par Celse, de faire raser fréquemment la tête aux environs de cette place, et je ferais laver la surface fréquemment avec quelque liquide un peu stimulant, de l'eau de savon, ou bien avec de l'alcool aromatisé étendu.

De cette observation je crois devoir conclure :

1° Que les auteurs anglais ont eu raison de faire de cette affection une espèce particulière, quoiqu'ils ne me paraissent point avoir du reste prouvé qu'elle appartient au genre porrigo;

2° Qu'elle semble être contagieuse, et qu'il serait prudent d'isoler les premiers sujets chez lesquels elle se manifeste dans une grande réunion d'enfans.

A la suite de cette lecture, une discussion a lieu.

MM. BRICHETEAU et ADORNE donnent quelques détails sur l'affection en question, qu'ils ont observée dernièrement chez quelques enfans sortis du collège St-Louis.

M. VASSAL exprime quelque étonnement sur la condition de contagion de la maladie. Cette circonstance la lui fait regarder plutôt comme une sorte de teigne que comme une simple alopécie. Il ajoute que le remède qui lui réussit le mieux dans le traitement de la teigne est l'usage des lotions de sublimé corrosif après l'enlèvement des croûtes, à l'aide de topiques émolliens.

M. MOJON distingue l'alopécie générale de l'alopécie partielle : la première attaque tout le système pileux; la seconde, une partie plus ou moins étendue de ce système. Il ne voit pas, du reste, les caractères de la teigne dans l'affection que vient de décrire M. Gillette.

M. GILLETTE déclare qu'en adoptant le mot alopécie, il s'est conformé au sens donné à ce mot par Celse, et que le mot teigne suppose toujours la présence de pustules qui n'existaient pas dans le cas en question.

ABCÈS PRÈS-OMBILICAL.

M. BRICHETEAU communique une observation remarquable et par sa rareté et par les circonstances qui l'ont accompagnée.

OBS. — Une jeune personne, âgée de 17 ans, d'une constitution lymphatique, sort de pension et est saisie tout à coup de symptômes de péritonite. Le ventre est ballonné et excessivement douloureux au toucher. Vomissemens, face grippée, pouls petit et dur. Des saignées générales et locales et des bains prolongés apaisent les souffrances, et la malade entre en peu de jours en convalescence. Mais bientôt les symptômes se reproduisent tout à coup avec une intensité effrayante. M. Marjolin est appelé en consultation ; il diagnostique une péritonite avec épanchement; la fluctuation, bien qu'obscure, a été constatée ; il porte, d'ailleurs, comme M. Bricheteau, un diagnostic fâcheux. On prescrit des frictions mercurielles sur l'abdomen et les cuisses, à la dose de deux gros, matin et soir. Mieux. Bientôt une tumeur se déclare vers l'ombilic; elle devient de plus en plus saillante, sans être pourtant fort volumineuse. Enfin l'ombilic se rompt et donne issue à plusieurs pintes de pus : le lit de la malade en a été inondé et cet écoulement a continué, bien qu'en diminuant, pendant plusieurs semaines. La cicatrice ombilicale s'est refermée et rouverte plusieurs fois; enfin, elle s'est oblitérée solidement, et la malade guérit petit à petit, malgré l'état désespérant où elle se trouvait.

M. BRICHETEAU conserve des doutes sur la véritable source de cette collection purulente ; néanmoins il l'attribue volontiers à un travail de phlogose dans le tissu cellulaire extra-péritonéal, travail qui s'est manifesté avec tout l'appareil symptomatologique de la péritonite.

M. CAFFE a entretenu la société des détails d'une consultation médicale, qu'il a été chargé de rediger sur un cas d'empoisonnement par des préparations cuivreuses, affirmé par l'analyse de deux experts de Paris, et dont il a soutenu avec succès la thèse contraire à l'accusation.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DES FIÈVRES INTERMITTENTES ET CONTINUES ; par RAYMOND FAURE, D. M., professeur à l'hôpital d'instruction de Strasbourg, etc. — 2 vol. Chez Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13.

Il est deux conditions qui dominent la médecine appliquée : l'individualité et la localité. Feuilletez les traités didactiques : les maladies se présentent par groupes logiques, rangées selon des affinités factices ou naturelles ; les symptômes se déroulent en périodes distinctes et nettement caractérisées, les terminaisons sont prévues, les complications indiquées; stratégiste émérite, tout auteur de pathologie dispose, dans un ordre correct, les notions et les faits dont il s'est approvisionné. Regardez dans la nature : les symptômes se mêlent, se croisent; les états pathologiques varient incessamment, se transforment, se nuancent, rompent les prétendues lois de leur évolution, et confondu par les masques versatiles de la phénoménalité morbide, vous essayez vainement de faire rentrer les résultats de votre observation dans les compartimens de la méthode. C'est que la pathogénie est subordonnée à la double condition que nous avons énoncée. De même que le son est modifié par la nature du corps qui le produit et la constitution du milieu qu'il traverse, ainsi le travail morbide réfléchit, dans sa forme et dans sa marche, le type individuel et l'ensemble des influences que résument le climat, la localité. Ces deux puissances qui gouvernent le développement des maladies, ne s'associent point dans une égale mesure, ne se manifestent pas par une série proportionnelle d'effets. Il est des maladies qui dépendent plus de la structure particulière des sujets que de l'action des agens climatériques; d'autres accusent d'abord cette dernière influence et ne ressortent que secondairement des élémens de la personnalité physiologique. Le pronostic d'une pneumonie emprunte en général sa gravité bien plus de l'âge, du sexe, du tempérament, des antécédens personnels, des conditions spéciales où se trouvent les organes respiratoires du malade, que de la conformation du sol, de la pente des eaux, des variations barométriques et hygrométriques de l'air, etc. Au contraire, ce dernier ordre de causes prédomine dans l'étude comme dans le traitement des fièvres intermittentes, sans qu'il soit plus permis au praticien d'oublier ici l'importance des données individuelles que celles des données climatériques dans le traitement de la pneumonie. Après avoir suivi avec attention un certain nombre de cas d'inflammation pulmonaire, on peut avoir acquis une idée assez exacte, assez complète de cette maladie; mais l'étude des fièvres intermittentes ne peut se faire dans une limite d'observation aussi circonscrite: il faut l'entreprendre sur une échelle géographique plus étendue; avoir compté les accès d'une quotidienne, d'une tierce, d'une quarte dans

les hôpitaux de Paris, avoir analysé cent fois les stades d'un accès et les vicissitudes de l'intermittence, c'est avoir à peine entrevu l'une des faces d'un être protéiforme qu'il faut poursuivre à travers les climats et les saisons, pour en saisir les métamorphoses et conjurer le péril de ses multiples atteintes. Quiconque aspire au titre de pyrétologiste doit pouvoir s'appliquer dans toute son étendue le vers d'Horace :

.... Multos homines, multas qui vidit et urbes.

S'il a observé les fièvres périodiques sous le ciel du nord et sous les latitudes méridionales, dans les vallées et sur les montagnes, au bord des marais et sur des hauteurs inaccessibles aux effluves miasmatiques, il peut prétendre à formuler leurs analogies et leurs dissemblances, à déduire les lois de leur thérapeutique, et s'il va jusqu'à se hasarder dans l'explication théorique de leur production, nous sommes tout prêt à pardonner à sa plume cette récréation de l'expérience. M. Raymond Faure nous offre tout cela dans les deux volumes qu'il a publiés à quatre ans d'intervalle, et dont le second est spécialement consacré à l'analyse des affections comprises sous la dénomination de fièvres continues. Ce dernier volume contient, en outre, et sous forme d'appendice, une dissertation sur la colique de Madrid, maladie si peu connue encore, que l'auteur a étudiée avec le plus grand soin, et dont il a donné une histoire complète. Disons d'abord que nous aurions désiré que M. Faure se bornât au premier volume, réservant pour une autre publication, à titre de miscellanées, les fragmens de pathologie interne qu'il a annexés aux *fièvres intermittentes*, sous prétexte de fièvres continues. Peu nous importe qu'il substitue à la dénomination de fièvre typhoïde, celle d'entérite ulcéreuse; nous ne nions même pas la justesse de ses réflexions sur l'espèce de spécialité parisienne qu'a revêtue l'affection typhoïde sous la plume d'écrivains qui ne se sont pas donné la peine de s'enquérir de ce qui se passe, en matière typhoïde, dans les autres régions de la France. Les études que contient ce second volume sur l'entérite ulcéreuse, sur la fièvre bilieuse, sur la colique de Madrid, ne sont dépourvues ni d'intérêt pratique ni d'originalité; mais, encore un coup, le métier d'auteur a ses conditions; un ouvrage ses convenances; la première de toutes, c'est l'unité. Permis au feuilletoniste littéraire, au romancier, de mêler les sujets, de s'égarer dans les méandres de la digression, de briser capricieusement le fil de sa trame. En littérature, tous les genres sont bons, hormis le genre ennuyeux; les sciences n'admettent que le genre logique. Ceci dit, nous laissons là le second volume de M. Faure, et ne vous parlerons, lecteur, que du premier qui justifie pleinement la moitié de son titre et qui résume, non sans digressions, les observations faites par l'auteur sur les fièvres intermittentes en Espagne, en Grèce, et dans une grande partie de la France. M. Faure appartient, depuis longues années, à la médecine militaire; collègue, dans l'internat de l'Hôtel-Dieu, de la plupart des notabilités qui brillent depuis vingt ans sur la scène médicale de Paris, il a quitté le sillon largement tracé de la carrière civile pour les pérégrinations et les orages de la médecine des armées; il y a loin de Moscou à Athènes, de la Russie à Madrid; c'est sur des lignes comprises entre ces points, lignes sinueuses et tourmentées, que M. Faure a promené son observation médicale. Son livre n'est donc pas un traité classique, destiné à présenter aux élèves le sommaire des données que possède la science sur une branche de la pathologie; c'est l'expression d'une individualité médicale sur un ordre donné de faits et d'idées; c'est un livre original, car l'auteur raconte ce qu'il a vu; de plus, il est systématique; tous les faits qu'il relate, tous les raisonnemens de l'auteur convergent à la démonstration de l'idée qu'il s'est formée sur la nature des fièvres intermittentes.

Son livre commence par où s'est terminée son observation : les prolégomènes ne sont autre chose que l'exposé d'une théorie. Et d'abord il se récrie contre l'indifférence que manifeste le public médical touchant la recherche des causes de la fièvre intermittente; la pyrétologie est en défaveur; on se résigne à confesser son ignorance sur la nature de la fièvre intermittente; les explications de Cullen, de Pinel, de Broussais, n'ont fait qu'épaissir le voile qui couvre ce mystère de la pathogénie, et l'on s'efforce d'autant moins de le soulever, que l'on compte davantage sur l'efficace spécialité du remède. « En songeant que tout se tient dans la nature, dit M. Faure (INTROD. IX), et que la connaissance d'un de ses phénomènes peut conduire à celle de beaucoup d'autres, sait-on de combien de vues utiles on s'est privé en renonçant, par une sorte de quiétisme, à la connaissance d'une des maladies les plus familières à l'espèce humaine ? » Après avoir cherché à remettre en honneur les essais de théorisation, M. Faure résume, dans la définition suivante, les résultats de l'espèce d'enquête expérimentale qu'il a instituée dans des climats divers : « Les fièvres intermittentes sont des altérations périodiques de la calorification. » Cette proposition est la pierre angulaire de son édifice pyrétologique. Il ne se contente point de la poser; il sent le besoin de la sceller sur les fondemens de la physiologie; vient donc un chapitre sur la calorification, dont l'objet est de rattacher cette fonction au système nerveux et de combattre les opinions chimiques qui ont revendiqué jusqu'à ce jour la théorie de la production de la chaleur animale : « La substance nerveuse (p. 33 et suiv.) existant dans tous les tissus, non parce que le système nerveux se divise et se subdivise à l'infini, mais parce qu'il entre dans la composition de leur trame première, il devient évident, par l'exemple que nous venons de citer, qu'il y est l'instrument principal de la calorification, ou celui qui la provoque, en même temps que tous les autres phénomènes vitaux qu'elle est destinée à entretenir. » L'exemple sur lequel s'appuie M. Faure est emprunté des cas de paralysie de la moitié du corps, où la fonction de la caloricité subit les mêmes phases que la circulation capillaire et la nutrition, languit et s'épuise avec celles-ci. Suivant l'auteur, il s'opère dans tous les points de l'organisme un dégagement de chaleur, inséparable de la vie; mais, en outre, chaque organe, chaque partie subit l'influence d'un centre nerveux qui peut ajouter à sa chaleur naturelle ou l'abaisser, suivant les conditions d'entretien de la santé, ou suivant les causes qui agissent sur elle. M. Faure s'appuie des faits pathologiques et des expériences des physiologistes, pour compléter la démonstration de son opinion sur l'origine de la chaleur animale; puis il ajoute que si la nature a beaucoup de ressources pour échauffer notre organisation ou pour nous maintenir en santé dans un milieu d'une température très inférieure à la nôtre, elle en a bien moins pour la refroidir ou pour nous faire exister sans inconvéniens au sein d'une température qui dépasse celle de notre corps. La température de l'air ambiant peut descendre singulièrement sans nuire au jeu de nos organes; si elle s'élève au niveau de notre température propre à l'abri du soleil, elle nous devient incommode; si elle la dépasse, elle devient difficile à supporter; car, n'en déplaise aux narrateurs qui ont visité les pays chauds, M. Faure a toujours vu, dans le midi de l'Europe, que l'on avait grand soin d'entretenir l'intérieur des habitations à une température agréable, et il signale toutes les précautions employées par les indigènes comme par les étrangers contre l'action du soleil. Aussi regarde-t-il une chaleur portée au-delà de notre température normal comme un agent contre-nature, comme une des causes les plus capables de porter le trouble dans nos fonctions, soit qu'elle imprime aux fluides de l'économie une expansion démesurée, soit qu'elle surexcite le système nerveux et les autres solides dont la sensibilité n'est plus en rapport avec les liquides sur lesquels ils doivent agir. En tenant compte de quelques travaux récens qu'il a négligés, M. Faure aurait pu fortifier les vues qu'il émet sur la caloricité; les recherches de M. Edwards lui fournissaient un ample secours. C'est ainsi que le but que cet expérimentateur assigne avec un physiologiste anglais à la transpiration cutanée, rentre dans la conception de M. Faure; les sueurs qui terminent l'accès intermittent pouvant être considérées comme un acte spoliateur d'un excès de calorique.

Dans l'examen des causes génératrices de la fièvre intermittente, M. Faure profite des connaissances topographiques qu'il a acquises sur les principales localités de la Grèce, de l'Espagne, de la Pologne, etc., pour faire ressortir la valeur étiologique de l'action de la chaleur et de la lumière, qu'il considère comme un seul et même agent; après cette cause, c'est aux alternatives du chaud et du froid qu'il attribue l'influence la plus décisive sur la production des intermittentes. Il ne nie point celles qui sont le résultat de l'impaludation; mais il insiste sur les faits qui montrent au-dessus de cette cause une autre cause beaucoup plus générale dans la chaleur solaire et dans les vicissitudes du chaud et du froid; celles-ci expliquent seules le développement des fièvres périodiques dans l'Acro-Corinthe, bâtie sur une montagne isolée, vis-à-vis l'isthme de Corinthe, à peu de distance des deux mers; à Madrid, situé sur un plateau à trois cents toises au-dessus du niveau de la mer, et qui, entouré d'une zône de champs arides, ne reçoit d'aucun côté l'atteinte miasmatique des marais, etc. Dans ces lieux et dans une multitude d'autres localités de la Grèce et de l'Espagne, que l'auteur a visitées et que leur situation abrite contre tout soupçon d'effluve marécageux, les fièvres périodiques, absentes en hiver, apparaissent en grand nombre au retour des chaleurs. Les faits que M. Faure a accumulés dans ce chapitre, et dont l'authenticité ressort des détails géographiques dont il les accompagne, ne permettent aucun doute sur l'immense importance de l'agent pyrétogénique qu'il a particulièrement étudié; les conclusions qu'il émet méritent d'être rapportées : 1° la cause la plus générale des fièvres intermittentes, dans les diverses contrées de l'Europe, c'est la chaleur; car, très fréquentes en été, elles sont rares en hiver; et il suffit du seul changement de saison pour causer cette maladie; 2° dans les pays non marécageux, la chaleur produit plus facilement les fièvres intermittentes, s'ils sont hérissés de montagnes; sans doute alors les alternatives plus marquées de la chaleur des jours et de la fraîcheur des nuits ajoutent à l'action de cette première cause et en rendent l'effet plus prononcé; car dans les pays de plaine où

la température des nuits diffère moins de celle des jours pendant l'été, les fièvres intermittentes sont beaucoup moins nombreuses; 3° l'abus du vin et des liqueurs alcooliques, abus dont les exemples sont si multipliés parmi les militaires, seconde puissamment l'action pyrétogène de la chaleur; 4° l'influence des marais n'est donc pas nécessaire pour la production des fièvres intermittentes dans la saison qui les fomente; néanmoins elle constitue l'une des causes les plus capables de les faire naître, même en l'absence des fautes de régime. On le voit, M. Faure est loin de méconnaître les différens ordres d'agens qui peuvent déterminer l'apparition des fièvres périodiques; mais il insiste spécialement sur l'un d'entre eux, à savoir, la chaleur dont on n'a pas tenu compte suffisant jusqu'à lui. Peut-être aurait-il pu se borner à mettre cette cause en lumière, sans en faire le point de départ d'une théorie; à ce prix, nous lui offririons volontiers le faible renfort de nos observations personnelles, faites en partie dans les mêmes lieux; venu en Grèce après lui, nous avons constaté, comme lui, la plus grande fréquence des fièvres périodiques aux époques de chaleur; la citadelle de Navarin, que son élévation sur un rocher et son éloignement de tout marais garantissent des effluves de cette origine, nous a présenté de nombreux cas d'intermittentes. La haute-ville de Calvi, en Corse, assise sur une roche granitique à 45 mètres au-dessus du niveau de la mer, et sans cesse balayée par les vents nord ou sud-ouest, n'offre, en hiver, que de rares exemples de fièvre intermittente, tandis que cette maladie nous a paru la plus générale de toutes durant l'été, soit parmi les habitans corses, soit parmi les militaires.

Ainsi, pour M. Faure, deux causes souveraines, qui déterminent une série d'accès intermittens: 1° la chaleur solaire; 2° l'impaludation; et, de ces deux causes, la première domine par son caractère de généralité; l'abus de boissons alcooliques et d'autres causes, énumérées dans la liturgie étiologique des pathologistes, ne sont, le plus souvent, que des auxiliaires ajoutés aux précédentes. Mais quel est leur mode d'action? Ici M. Faure combat la doctrine qui s'est efforcée de grouper les fièvres intermittentes autour de la gastro-entérite, et, après avoir prouvé qu'elles ne sont point de nature inflammatoire, il essaie de les faire entrer dans le cadre des névroses; bien entendu que c'est à titre d'appareil calorificateur que le système nerveux lui paraît lésé; et ce trouble nerveux, dont l'accès intermittent est à la fois l'expression et la crise, reconnaît pour cause générale l'action solaire. En abordant ensuite l'analyse des symptômes, M. Faure s'appesantit avec complaisance sur tout ce qui peut fournir à cette opinion argument ou probabilité. Appuyé sur ses souvenirs, il affirme que les dix-neuf vingtièmes des accès des fièvres intermittentes qui ont lieu dans les pays chauds commencent pendant le jour et paraissent ainsi se rattacher, par l'acte de leur apparition, au retour du soleil et surtout à son élévation sur l'horizon. Ce résultat, il le vérifie par de nouvelles observations faites à Montpellier et à Strasbourg, de 1830 à 1832. Le type des fièvres ou le retour des accès à des jours déterminés et à des heures fixes lui est une nouvelle preuve de la réalité de l'influence solaire: « En effet, qu'est-ce qui mesure les jours et les heures, si ce n'est le soleil, autrement dit la révolution de la terre sur elle-même, qui expose successivement les divers points de sa surface aux rayons de cet astre? Ainsi, lorsqu'on dit que les accès d'une fièvre intermittente viennent tous les jours, ou tous les deux jours, à une heure déterminée, le médecin physiologiste ne pourrait-il pas traduire ces expressions en disant qu'ils ont lieu lorsque, après une ou deux révolutions de la terre sur elle-même, elle est parvenue à tel point de sa rotation par rapport au soleil? ». (Pag. 92.) M. Faure prévoit l'objection tirée de la mutabilité des heures et jours d'accès; mais, selon lui, ces déviations d'un phénomène qui peut être influencé par tant de causes, ou d'un mal près de céder à l'action d'un traitement plus ou moins méthodique, n'atteignent point le caractère positif et probant de la masse des faits sur lesquels il s'appuie.

L'étendue de cet article ne nous permet pas de mentionner les excellentes pages que l'auteur consacre à la géographie des fièvres intermittentes, à l'appréciation de leurs symptômes; il insiste sur l'engorgement splénique, dont nous avons nous-même observé en Corse des exemples notables, et il passe ensuite à l'exposition des règles qui doivent présider au traitement. M. Faure recommande, d'après son expérience, d'associer les opiacés aux préparations de quinquina ou de quinine; cette combinaison lui a paru mieux hâter la cessation des accès. Le livre de M. Faure serait resté fort incomplet s'il s'était borné à envisager les fièvres intermittentes d'une manière presque générale et sous l'optique de sa doctrine étiologique; il fallait passer en revue les fièvres des marais et spécialement celles que la prédominance de divers groupes de symptômes graves a fait appeler pernicieuses; c'est ce qu'il a fait dans la seconde moitié du volume que nous analysons, et qui sera plus goûtée des lecteurs, préoccupés surtout des résultats pratiques. Tout ce que M. Faure a écrit sur ces familles d'intermittentes est marqué au coin d'une multiple et sagace expérience. Il a bien distribué ses groupes de pernicieuses analysé avec justesse quelques observations particulières, formulé avec sagesse la thérapeutique de cette classe d'affections si pleine de mystère. Un jeune médecin de l'armée d'Afrique a fait grand bruit récemment, dans une brochure aventurée, des succès qu'il a obtenus par l'administration hardie du sulfate de quinine; il se glorifie d'avoir donné ce médicament à des malades dont la langue était brune ou sèche, narguant (avec raison) la gastro-entérite, que traduisaient ces indices aux yeux de ses collègues. Plusieurs médecins de l'armée d'Afrique ont cru, avec l'auteur de cette brochure, signaler une découverte dans la curabilité des affections continues par le sulfate de quinine, lorsque celles-ci avaient succédé à des accès intermittens. Or, plusieurs années auparavant, M. Faure écrivait de la Morée au conseil de santé (Rapport, etc., p. 143): « Nous pensons que les symptômes d'affection locale doivent être négligés jusqu'à un certain point dans la thérapeutique de ces maladies; et pour peu qu'une maladie qui a été continue offre d'intermittence, il faut recourir à ces remèdes sans perdre de temps. Je n'ai été arrêté en cela ni par la sécheresse ni par la couleur brune de la langue. Il est important d'être convaincu que le système nerveux joue un grand rôle dans ces maladies, surtout dans le pays où nous sommes. » Nous citerons encore les lignes suivantes comme un résumé plein de sagesse pratique sur la thérapeutique des fièvres pernicieuses: « J'ai assez fait sentir qu'il était rare de trouver, dans les fièvres intermittentes pernicieuses, les caractères des inflammations vraies, franches et actives, pour n'avoir pas besoin de signaler les dangers d'un traitement antiphlogistique rigoureux, qui serait intempestif... Des médecins, qui savent combien sont précaires les ressources d'une constitution frappée de cette manière dans le système nerveux, qui doit la vivifier, apprécieront combien il faut être timide à soustraire un stimulant aussi essentiel à la vie que le sang, comme aussi les praticiens se rappelleront tout ce que peuvent des évacuations sanguines, répétées à propos pour soulager des forces opprimées, faire cesser des congestions dangereuses, et quelquefois même relever un pouls sans consistance et comme défaillant. *Ab adjuvantibus indicatio.* » (Pag. 236.)

Il y a dans l'ouvrage de M. Faure une doctrine sur les fièvres intermittentes, et une somme importante de faits et de notions expérimentales. Nous reconnaissons volontiers que l'échafaudage théorique de M. Faure est tout aussi bien dressé que celui de ses devanciers dans la stérile carrière des généralisations tronquées et des utopies boiteuses; nous avouons même que, sur plus d'un point, sa théorie pyrétologique reçoit en plein la lumière des faits; mais vivra-t-elle et prendra-t-elle rang parmi le petit nombre d'interprétations collectives de faits, dont la science garde fidèlement le dépôt? Nous n'oserions, à cet égard, nous engager envers l'auteur; mais remercions-le d'avoir étudié, avec une attention persévérante et sous des climats variés, la part qui revient à l'action solaire dans la génération des fièvres intermittentes. Grâce à l'investigation judicieuse de tous les phénomènes qui se rapportent à cette influence morbifique, la doctrine de M. Faure a, comme toute autre, sa portion de vérité, ses fondemens réels. Mais, doctrine à part, son livre est assez riche d'observations et de détails intéressans pour qu'il soit consulté par quiconque voudra s'occuper de la grande question des fièvres intermittentes. Il décèle un esprit observateur, philosophique, mais qui n'est pas à l'abri d'une tentation dont les hommes de notre art ne sauraient trop se défendre: on comprend qu'il s'agit du plaisir hasardeux de l'hypothèse. Quant au style, il est facile et clair, mais d'une trame un peu lâche et parfois d'une laborieuse évolution. Est-ce à dire que le livre de M. Faure soit moins bien écrit que les trois quarts des ouvrages dont les plumes en renom dotent annuellement la médecine? Nullement.

Y.

— C'est par erreur que nous avons annoncé la fin du mémoire de M. Bonnet (de Lyon), sur les fractures du fémur et du col de l'humérus, etc. (voyez le numéro du 24 août); la dernière partie de cet important travail sera publiée prochainement. N. du R.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 37. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 14 SEPTEMBRE 1839

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier octobre. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR LES FRACTURES DU FÉMUR ET DU COL DE L'HUMÉRUS, AVEC DES RECHERCHES SUR LES DÉPLACEMENS QUE PRODUISENT DANS CES FRACTURES LES MOUVEMENS DES ARTICULATIONS; par M. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(Suite. — Voir les numéros des 17 et 24 août.)

TROISIÈME PARTIE.

INDICATIONS A REMPLIR DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES DE CUISSE.

Les indications à remplir dans le traitement d'un os fracturé consistent à faire cesser le déplacement de ses diverses parties et à maintenir celles-ci solidement fixées dans la position normale où elles ont été remises.

Pour faire cesser les déplacemens, il faut savoir avant tout dans quels sens ils sont opérés. La connaissance de ces déplacemens est donc la première à acquérir, lorsqu'on veut fixer les indications du traitement des fractures. C'est d'elle dont je vais m'occuper, en commençant par les fractures simples du tiers moyen du fémur.

DÉPLACEMENS DANS LES FRACTURES DU TIERS MOYEN DU FÉMUR.

Ces déplacemens doivent être étudiés dans le cas où les fragmens ne s'abandonnent point et dans celui où les fragmens s'abandonnent.

Ce n'est que dans le jeune âge qu'on voit des fractures du fémur où les deux extrémités de l'os divisé continuent à se correspondre. L'inté-

Feuilleton.

RAPPORT AU CONSEIL GÉNÉRAL DES HOSPICES, PAR UNE COMMISSION SPÉCIALE, SUR LES OBSERVATIONS PRÉCÉDEMMENT PRÉSENTÉES PAR LA COMMISSION MÉDICALE DE 1838.

Nos lecteurs n'ont pas oublié l'espèce de manifeste publié contre l'administration par la commission médicale des hospices; œuvre de critique collective, il résumait les observations de tous les praticiens attachés aux hôpitaux de Paris, sur les abus et sur les défectuosités du service, aussi bien que sur les améliorations tentées et celles que l'intérêt des pauvres commande encore, ce travail a eu trop de retentissement pour que l'administration ne montrât pas quelque empressement à se justifier des imputations qu'il contient. Au besoin, le même article du réglement de 1830, qui prescrit de réunir chaque année les officiers de santé des hospices, obligeait le conseil général à nommer une commission chargée de recueillir leurs observations et d'en rédiger un rapport. C'est ce rapport que le conseil général vient de livrer à la publicité, et dont nous voulons consigner quelques points essentiels dans ces colonnes; ouvertes naguère à l'accusation, elles doivent accueillir aujourd'hui la défense; après les récriminations des médecins, la positive réplique des administrateurs; après les doléances d'un zèle louable, mais qui voudrait parfois brusquer les réformes et forcer le progrès, l'exposé calme et détaillé des difficultés et des embarras. Pourquoi le dissimuler? La lecture du rapport de la commission des médecins nous avait profondément remué; nous avons compté avec eux, une à une, toutes les imperfections que présente encore le système hospitalier; nous avons palpé avec leurs doigts toutes les plaies saignantes du paupérisme parisien; les chiffres qu'ils ont produit ont frappé notre esprit. Mais voici qu'une autre commission, composée d'administrateurs, s'empare du lamentable document, le soumet à une rude analyse, fait ressortir quelques erreurs, montre en beaucoup d'endroits la couleur de l'exagération, signale en d'autres la négligence des médecins eux-mêmes, insoucians du contrôle qui leur est déféré par l'administration, insiste sur les difficultés d'un immense service où la moindre amélioration se traduit en des accroissemens de dépense exorbitans, revendique pour le conseil général quelques rayons de l'auréole philantropique dont se couronne sans façon le corps médical des hospices, et, dans ce conflit d'argumens et d'objections, de faits et de chiffres, dans cette polémique in-octavo, qui se compose de longs rapports, élaborés des deux côtés par une réunion d'hommes éminens par les lumières de l'esprit et l'excellence du sentiment, notre impartialité nous tient en suspens et mêle sur nos lèvres, comme sous notre plume, éloge et blâme, satisfaction et regret.

Et d'abord la commission à qui incombait le soin de répondre à l'assemblée des médecins comptait dans son sein MM. Benjamin Delessert, Dubois, Labure, Orfila, Aubé, rapporteur. Il n'est personne qui ne sente ce qu'il y a d'autorité dans ces noms avec les préventions les plus âpres contre l'administra-

grité du périoste, proportionnellement plus épais à cet âge, et les aspérités nombreuses que présentent les os fracturés, continuent à maintenir ce rapport. L'angle formé par les deux fragmens fait alors saillie dans un sens ou dans un autre. Le plus souvent, c'est vers la partie antérieure qu'il se prononce.

Lorsque les fragmens s'abandonnent, le supérieur fait ordinairement saillie en avant et en dehors, et l'inférieur, qui chevauche sur lui, est placé à sa partie interne et postérieure.

Je pourrais citer un grand nombre d'observations, dans le but de prouver que cette position est presque constante ; mais je préfère chercher ces preuves dans les divers auteurs qui ont traité de la question. L'accord qui règne entre eux prouvera mieux que quelques faits isolés la généralité de la disposition, que je regarde comme si fréquente.

Remarquons par avance que si M. Malgaigne a cru apercevoir quelque contradiction entre ces auteurs, c'est qu'il n'a pas suffisamment distingué, comme je l'ai fait, les cas où les fragmens ne s'abandonnent point et ceux où ils s'abandonnent.

Suivant Monteggia, qui décrit ces déplacemens avec exactitude, le fragment inférieur est ordinairement en haut, en arrière et en dedans, le supérieur fait saillie en avant et en dehors. Suivant M. Boyer, le fragment inférieur est entraîné en dedans, le supérieur fait saillie au côté externe ; il y a, de plus, chevauchement, ce qui exprime, comme on le voit, l'opinion de Monteggia. Hind a fait dessiner le fragment inférieur en haut et en arrière. M. Malgaigne, dans six observations qu'il rapporte (ANATOMIE CHIRURGICALE) ne cite que deux cas de fractures du corps du fémur ; dans l'une d'elles, située au tiers supérieur de la cuisse, le fragment supérieur était dévié en avant et en dehors, et dans l'autre, située à la partie moyenne, les fragmens étaient dans leur situation normale, avec une esquille saillante entre eux. De ces deux cas, le dernier appartient aux fractures à plusieurs divisions (je ne m'en occupe point ici). Le premier, qui rentre dans les fractures simples, offre la disposition signalée par tous les autres auteurs.

Aux déplacemens qui ont lieu suivant la longueur et l'épaisseur, et que nous venons d'examiner, on peut ajouter les déplacemens, si connus, par lesquels l'extrémité inférieure du membre se porte dans la rotation en dehors, et ceux qu'il éprouve en changeant de direction, suivant les causes extérieures qui agissent sur lui.

Tandis que le fragment inférieur se tourne en dehors, qu'il se porte en arrière et en dedans du membre, et remonte vers le bassin, le fragment supérieur fait saillie vers la partie antérieure et externe de la cuisse. L'étude attentive d'un grand nombre de malades m'a conduit à penser que la saillie en avant n'est que relative et dépend de la dépression profonde du fragment inférieur, car toute la longueur de la cuisse fracturée perd sa convexité et se rapproche plus que dans l'état normal du plan sur lequel le malade repose. Quant à la saillie que fait au côté externe le fragment supérieur, elle n'est pas seulement relative, elle vient de ce qu'il s'éloigne réellement de l'axe du membre. La pression qu'exerce sur lui la pointe du fragment inférieur, qui est situé à sa partie interne, le repousse en dehors, et le mouvement de rotation qu'il éprouve dans le même sens ne peut s'exécuter sans qu'il se dirige aussi vers le côté externe du membre.

Ces indications résultent nécessairement des observations que nous avons fait connaître sur le déplacement des fragmens.

Lorsque ceux-ci ne se sont pas abandonnés, il suffit de ramener le membre à sa longueur et à sa direction normale, et de l'y maintenir par un bandage roulé, fortifié par quelques attelles flexibles ou solides. Les observations que l'on fait tous les jours sur les enfans démontrent que ces moyens simples sont suffisans pour obtenir une guérison complète.

Mais lorsque les fragmens se sont abandonnés, et qu'ils ont la disposition que j'ai cherchée à préciser, on voit que les indications à remplir pour que la réduction soit complète sont les suivantes :

1° Ramener le membre à sa direction normale ;

2° Faire cesser la rotation en dehors de l'un et de l'autre des fragmens ;

3° Détruire le chevauchement ;

4° Rendre à la cuisse sa convexité et surtout reporter en avant le fragment inférieur, qui a besoin aussi d'être ramené un peu en dehors.

L'appareil qui est destiné à maintenir la réduction normale doit, comme les moyens qui l'ont opérée :

1° S'opposer aux déplacemens suivant la direction, suivant la rotation du membre, résister au chevauchement et maintenir la convexité de la cuisse ;

2° Par une compression circulaire, rapprocher l'un de l'autre les fragmens qui se répondent ordinairement par une surface oblique :

3° Assurer une mobilité parfaite. Cette dernière condition est plus difficile à remplir qu'on ne le pense généralement ; car, pour obtenir cette immobilité, il faut que le malade n'exécute pas de mouvemens dans la colonne vertébrale, et surtout que le soulèvement du bassin, qui est rendu si souvent nécessaire par les excrétions du malade, et les soins de propreté, puisse se faire sans que la totalité du membre fracturé se meuve avec lui.

Les appareils usités dans le traitement des fractures du corps du fémur ne remplissent pas toutes les indications auxquelles ils devraient satisfaire. Toutefois leur combinaison, dirigée par la connaissance exacte des indications, peut suffire à toutes les exigences.

Je pourrais démontrer l'insuffisance des appareils connus pour remédier à tous les déplacemens qu'éprouvent les fragmens du fémur divisé, que ces appareils soient destinés à maintenir le membre étendu ou à le maintenir en position demi-fléchie ; mais je ne m'arrêterai point à la critique des procédés qu'on a mis en usage pour rendre stable cette dernière position ; il suffit d'avoir prouvé qu'elle est dangereuse en elle-même, pour qu'il soit inutile de démontrer l'imperfection des procédés à l'aide desquels on la maintient ; je ne parlerai que des procédés qui s'appliquent à la position étendue. L'appareil ordinaire (bandage de Scultet ou bandage roulé, attelles latérales) exerce une compression régulière, s'oppose à la rotation en dehors, maintient la rectitude du membre.

Lorsqu'à cet appareil on joint l'extension continue, comme dans les procédés de Desault, de Boyer, d'Hagerdorn, on s'oppose au chevauchement, mais on ne fait rien pour rétablir la convexité de la cuisse, reporter en avant le fragment inférieur, et surtout pour prévenir les mouvemens de la colonne vertébrale et empêcher les déplacemens que tendent à produire dans les fractures de cuisse les mouvemens du bassin.

La planchette postérieure, telle que M. Mayor l'a fait dessiner pour la position étendue, peut servir, à l'aide du coussin qu'on interpose entre la planchette et la cuisse, à établir la convexité de celle-ci et à reporter en avant le fragment inférieur ; sa solidité et sa rectitude lui per-

---

tion des hospices, avec la plus sympathique ferveur pour la logique de nos confrères, il est impossible de prendre en menue considération le contre-rapport (que l'on nous passe le mot) signé par des hommes qui sont l'honneur de cette grande cité et dont les efforts pour le bien-être des classes souffrantes ne sont ni moins sincères ni moins désintéressés que ceux des médecins. Après tout, si ces derniers sont de courageux et doctes jouteurs qui disputent à la mort les débiles victimes dont les registres des bureaux de bienfaisance sont pour ainsi dire la triste biographie, les membres de l'administration hospitalière luttent aussi avec persévérance, avec générosité, contre une perpétuelle série d'obstacles et d'ennuis ; ils portent, comme les médecins, le fardeau gratuit de leur dévouement ; comme eux, ils se sont faits les curateurs de l'indigence et de la maladie ; comme eux, ils n'ont d'autre but que le bien public, d'autre récompense que le sentiment d'y coopérer en quelque chose. La tâche qu'ils ont acceptée est immense ; c'est un monde que les établissemens nosocomiaux de Paris ; c'est tout un peuple que cette multitude de femmes, de vieillards, d'enfans, d'infirmes répartis dans les nombreux départemens de cet état. Douze mille vieillards et infirmes sont admis dans les hospices ; 76,000 malades passent annuellement par les hôpitaux ; ce qui donne une moyenne de 4,800 présens chaque jour ; 4,600 enfans trouvés sont recueillis dans un asile spécial ; 16,000 sont entretenus à la campagne, et plus de 400 placés en apprentissage. En outre, 30,000 familles indigentes reçoivent des secours particuliers. Quelle vaste et soucieuse mission que celle qui a pour but le soulagement de tant de misères, l'apaisement de tant de douleurs ! Et comment refuser, aux hommes qui l'ont entreprise, qui la poursuivent avec courage, le concours de nos vœux, de nos efforts, de nos confians suffrages ? Sans doute, en s'attaquant aux résultats de leur gestion, la critique exerça un droit qui ne peut lui être contesté ; mais il lui appartient d'en user avec une intelligente sobriété ; elle ne doit pas oublier que dans les multiples compartimens de cet immense service des abus se glissent fatalement, s'y logent inaperçus et grandissent sous la main qui a le plus d'intérêt à les extirper ; et quand ces abus sont découverts, quand les imperfections sont rendues notoires par l'expérience et le temps, les corriger n'est pas l'affaire d'un jour ; il y faut souvent une ample somme de patience et de fermeté. Plus le conseil général des hospices a besoin de collaborateurs pour atteindre au but de son institution, plus il a de passions à combattre, d'intérêts à concilier, d'amours-propres à ménager. Placé entre deux lits de malades, appliqué seulement aux soins immédiats qu'exige leur situation, le médecin ne saisit pas toujours, dans le coup d'œil de sa critique impatiente, toutes les causes permanentes ou passagères qui compromettent incessamment le jeu d'un si vaste mécanisme. Plus habitué à calculer les chances d'une opération ou d'une maladie que les nécessités d'un budget sévère, il apprécie médiocrement et la portée pécuniaire des améliorations qu'il sollicite en grand nombre et l'utilité des formes rigides qui garantissent la comptabilité des hôpitaux. Nous avons insisté, avec la commission médicale, sur l'exiguïté du régime alimentaire à Bicêtre et à la Salpêtrière, dans la division des vieillards et des infirmes ; l'administration elle-même reconnaît, dans le rapport que nous avons sous les yeux, la nécessité de leur assurer un souper plus substantiel ; cette amélioration est préparée et est soumise en ce moment à la commission des médicamens, composée de médecins, de chirurgiens et de pharmaciens ; elle s'étendra au régime des convalescens. Or, veut-on connaître par quel chiffre elle se traduira au budget des hospices ? En l'estimant à 5 centimes (1 sou !)

mettent de fixer le membre dans sa direction normale et le sous-pied qui la termine de prévenir la rotation en dehors et même de tirer continuellement sur la jambe. Mais les cravates, placées de distance en distance, et qui la réunissent au membre fracturé, n'exercent pas une compression régulière, et surtout comme elle ne fait pas un tout solide du membre inférieur et du bassin, elle permet à ce dernier de se mouvoir indépendamment de la cuisse, ce qui tend à produire des déplacemens entre les os fracturés.

L'appareil amidonné, qui jouit dans ce moment d'une faveur qu'une étude sévère, et plus encore l'expérience, ne tarderont pas à lui enlever, se borne, lorsqu'il est employé sans combinaison avec d'autres moyens, à exercer une compression régulière sur le membre inférieur, et peut-être à lui conserver sa rectitude et à prévenir sa rotation en dehors ; mais il est impuissant à faire cesser le chevauchement, à rendre à la cuisse sa convexité normale ; il ne peut avoir qu'une faible prise sur le bassin et, par conséquent, prévenir les mouvemens qu'entraîne dans la fracture le soulèvement du tronc, rendu si souvent nécessaire par les soins de propreté.

Cette imperfection des appareils simples devait conduire à les combiner les uns aux autres : ainsi M. Velpeau a combiné l'extension continue avec le bandage amidonné, et prévenu par là une des défectuosités les plus évidentes de ce bandage, appliqué seul aux fractures de cuisse.

Pour réunir les avantages de la planchette à ceux de l'appareil ordinaire avec extension continue, j'ai ajouté à ce dernier appareil une attelle et un coussin postérieur, qui vont l'un et l'autre depuis le talon jusqu'au-dessous des fesses, et qui sont embrassés par un bandage de Scultet, qui les unit étroitement au membre. Cette planchette contribue à assurer l'immobilité des fragmens, et le coussin qui est interposé entre elle et le membre sert à reporter les fragmens en avant et à rétablir ainsi la convexité de la cuisse. Les détails de ce procédé se trouvent dans l'observation de Chambige. (1re obs.)

Mais, lors même que l'on combinerait les uns avec les autres les divers élémens des appareils usités, on ne parviendrait pas à faire du bassin et du membre inférieur un tout tellement solide que l'un d'eux ne pût se mouvoir sans l'autre, ce qui cependant est nécessaire à l'immobilité de la fracture.

Dans ces combinaisons, le soulèvement de l'un des côtés du bassin, que l'on opère ordinairement pour placer le vase au-dessous du malade, tendrait toujours à déplacer le fragment supérieur, en lui imprimant un mouvement de rotation, et le soulèvement de la totalité du tronc et du bassin à porter en bas et en arrière ce fragment supérieur, ainsi que l'ont démontré nos expériences cadavériques, et comme on le verra dans la première observation que je citerai.

Pour obtenir une immobilité parfaite il faut donc ajouter même aux combinaisons les mieux raisonnées des divers élémens des appareils usités, des moyens qui préviennent les mouvemens du tronc ou ceux qui lient le bassin si étroitement au membre inférieur que l'un ne puisse se mouvoir indépendamment de l'autre. Les lits mécaniques qui permettent d'enlever le malade horizontalement et en totalité remplissent cette dernière indication : celui de Jean-Louis Petit peut également y satisfaire. On sait que ce lit est composé de quatre matelas dont le supérieur répond à la colonne vertébrale, l'inférieur aux membres pelviens et les deux moyens à chaque moitié latérale du bassin. En retirant l'un de ces derniers, on laisse le rectum libre et le malade peut aller du ventre sans avoir éprouvé aucun dérangement.

En combinant entre eux les divers élémens des appareils connus et en se dirigeant dans le choix de ces combinaisons sur les principes que j'ai posés en traitant des indications à remplir, on peut donc construire un appareil qui satisfasse à toutes les exigences.

L'emploi d'un moyen qui forme un tout solide du tronc et du membre inférieur, qui empêche l'un de se mouvoir indépendamment de l'autre, n'est pas toutefois indispensable dans les fractures du tiers moyen de la cuisse. L'expérience de tous les jours prouve que ces fractures peuvent guérir sans tant de combinaisons, mais il est des cas difficiles où celles-ci sont nécessaires.

Ainsi l'expérience m'a démontré que lorsque les deux cuisses sont fracturées la consolidation peut ne pas avoir lieu, lors même que le sujet est encore jeune et bien constitué, et que l'on a cherché à maintenir l'immobilité soit par les appareils ordinaires réunis à l'attelle postérieure et à l'extension continue, soit à l'aide du bandage amidonné.

C'est pour ces cas difficiles et surtout pour les fractures du col du fémur que j'ai imaginé l'appareil que je vais décrire.

DESCRIPTION D'UN APPAREIL DESTINÉ A REMPLIR TOUTES LES INDICATIONS QUE PRÉSENTE LE TRAITEMENT DES FRACTURES DE CUISSE ET SURTOUT A PRÉVENIR TOUT MOUVEMENT ENTRE LES PARTIES DIVISÉES, EN PERMETTANT AU MALADE DE SE SOULEVER LUI-MÊME HORIZONTALEMENT EN TOTALITÉ ET A LA HAUTEUR QU'IL JUGE CONVENABLE.

Nous avons vu plus haut qu'un appareil remplirait toutes les indications désirables s'il permettait dans les fractures du tiers moyen de la cuisse :

1° D'exercer une compression régulière comme le bandage de Scultet ;

2° D'empêcher la rotation en dehors comme le font les atelles latérales ou le sous-pied;

3° De rendre à la cuisse sa convexité et de porter en avant le fragment inférieur, ce qu'on peut obtenir à l'aide d'un coussin et d'une attelle postérieure;

4° De maintenir la rectitude du membre;

5° De permettre d'enlever horizontalement le tronc et le membre inférieur, comme on le fait à l'aide d'un lit mécanique;

6° D'opérer l'extension continue et de prévenir ainsi le chevauchement.

L'appareil que j'ai fait construire a pour but de remplir simultanément toutes ces indications.

Cet appareil consiste en une gouttière solide qui embrasse tout à la fois les deux tiers postérieurs du membre fracturé et les deux tiers postérieurs du bassin et de l'abdomen. Sa forme est celle d'un pantalon allongé dont le tiers antérieur aurait été enlevé et présenterait en avant une ouverture qu'on pût agrandir ou resserrer à volonté. Sa charpente est en fil de fer très solide en arrière, afin de ne point se plier sous le poids du malade, plus mince sur les côtés qui sont assez souples pour qu'on puisse les rapprocher ou les écarter de l'axe de la gouttière. Cette charpente en fil de fer est recouverte d'une couche épaisse de crin maintenue par un coutil solide; sur les côtés de cette gouttière au-dessus des

---

par tête, comme il s'agit de l'alimentation de 8,000 individus environ, on arrive à une dépense de 400 fr. par jour, ou 146,000 fr. par an. Les médecins ont sollicité une augmentation de gages en faveur des infirmiers; elle a été accordée, et, quoique fort mince, elle a causé un accroissement de dépense de 30,000 fr. Que l'on songe à la modicité des résultats obtenus par de si minimes augmentations de solde ou de régime, et à l'énormité des accroissemens de dépense qui s'ensuivent, et l'on comprendra que l'on ne saurait apporter trop de prudence à modifier ce qui existe. Ces deux exemples, que nous mentionnons à dessein, sont faits pour tempérer l'ardeur de réforme multiple et hâtive qui entraîne souvent les médecins; ils rappellent que les dépenses même les plus utiles sont limitées par les recettes. Peut-être à cet égard les membres de la commission médicale ne possédaient-ils point une notion assez exacte des ressources de l'administration; ils ont revendiqué surtout une meilleure part en faveur des hospices sur la recette de l'octroi municipal dont ils ont signalé la progression depuis quelques années, sans que le prélèvement effectué à titre de secours aux indigens se soit accru en proportion. A ces observations, voici les données qu'oppose la commission du conseil général : les dépenses qui comprennent et les hôpitaux et les hospices et les secours à domicile et les enfans trouvés ont été arrêtées au budget de 1840 pour 12,077,781 fr. — Les ressources propres aux hospices, ce qu'on appelle leur patrimoine, leur produira suivant les mêmes prévisions. . . . 6,275,011 fr. — La ville aura donc à fournir une subvention de près de 6 millions. Or la perception de l'octroi est calculée au plus haut à 29 millions; sur cette somme, 3,200,000 sont payés au trésor, en remplacement de partie de la contribution mobilière; 5,400,000 sont affectés aux intérêts et à l'amortissement de la dette; 2,000,000 environ employés en frais de perception; il ne reste guère de disponible que 17 millions. Le tiers de cette somme forme la subvention allouée aux hospices ; cette part peut-elle, doit-elle être augmentée? C'est au conseil municipal à décider; jusques-là, force est au conseil général des hospices de ne pas excéder, dans le règlement des dépenses, les moyens qui lui sont donnés d'y pourvoir, comme il convient aux médecins de ne point déborder cette même limite dans les équitables sollicitations que leur suggère le sentiment de leurs devoirs.

Le contre-rapport reproduit les divisions adoptées dans le travail de la commission médicale; il suit, pas à pas, la censure médicale et décompose, dans tous ses élémens, matériel et personnel, le service des hôpitaux. Il serait long et fastidieux de replacer sous les yeux du lecteur la réfutation ou l'explication des faits allégués par les médecins, touchant les alimens, les vêtemens, le mobilier, la lingerie, le couchage, etc. Les membres de la commission de qui émane le contre-rapport sont loin de justifier le régime alimentaire de tous les reproches dont il est l'objet : mauvais lait, pain mal cuit souvent (quoique de bonne farine), certificats de complaisance accordés par l'expert-boucher aux bœufs tués à Bicêtre, nécessité d'étendre l'emploi des légumes verts, et d'introduire l'usage du beurre frais dans la préparation des alimens, etc., ils concèdent tout cela ; mais ils repoussent l'assertion que le régime actuel est, dans les deux hospices de vieillesse, hommes et femmes, la cause d'une mortalité extraordinaire et hors de proportion avec celle des autres hospices. La comparaison établie par la commission médicale entre le régime de plusieurs établissemens ne repose point sur l'égalité des conditions. Larochefoucauld et Sainte-Périne sont des établissemens à pension : ceux qui y sont admis, ou paient une pension annuelle, ou l'amortissent à leur récep-

deux trochanters et au niveau des deux genoux sont des boucles desquelles partent des cordes qui vont se rendre à un moufle fixée au ciel de lit.

Le malade placé dans cet appareil qui présente au niveau de l'anus une large échancrure, on conçoit facilement qu'il puisse s'enlever en totalité et horizontalement au-dessus de son lit; il suffit pour cela qu'il tire lui-même la corde qui passe dans le moufle.

Pendant qu'il se maintient ainsi à la hauteur que l'on juge convenable, ou pendant qu'un aide exerce lui-même une traction sur la corde, on peut donner le bassin, changer les draps et même faire complètement le lit, comme on le verra dans les observations que je rapporterai plus bas.

Dans tous ces mouvemens le corps se déplace en totalité, la colonne vertébrale ne fait aucun mouvement sur le bassin, le bassin ne se meut point sur la cuisse, et dès lors rien ne tend à changer les rapports des fragmens, comme le font les mouvemens qu'on produit dans l'emploi des appareils ordinaires, soit qu'on veuille donner le bassin au malade, soit que la propreté exige qu'on prépare de nouveau son lit.

Ces avantages sont ceux que mon appareil présente réduit à sa plus grande simplicité, mais comme dans cette condition il serait incomplet, j'ai dû faire des additions successives pour qu'il remplit toutes les indications auxquelles on doit satisfaire dans le traitement des fractures de cuisse.

Ainsi dans le but d'obtenir une compression régulière et suffisante, pour maintenir en un contact parfait les fragmens qui se touchent suivant une surface oblique, j'ai fait disposer de quatre pouces en quatre pouces le long de la gouttière des boucles et des courroies à l'aide desquelles on peut rapprocher à volonté les bords antérieurs de la gouttière, faire une compression à tous les degrés, l'augmenter ou la diminuer suivant que le besoin s'en fait sentir, suivre tous les changemens que le membre peut éprouver dans son volume et l'examiner dans toute son étendue sans lui faire éprouver aucun mouvement. Il suffit pour cela de détacher les courroies des boucles et d'écarter les deux bords de la gouttière.

3° Pour empêcher la rotation en dehors, les bords de la gouttière s'élèvent de chaque côté du pied jusqu'à la hauteur de l'extrémité du gros orteil: je préfère ces soutiens latéraux à la semelle qui peut repousser la plante du pied, si le malade glisse dans son appareil, et qui gênerait le passage des liens extensifs.

4° Pour rendre à la cuisse sa convexité et porter en avant le fragment inférieur, l'appareil présente un creux assez profond pour loger les fesses et il fait une légère saillie daos la partie correspondante à la cuisse.

5° Quant à l'extension continue, je pars de ce principe qu'elle ne peut être bien faite qu'au moyen d'un poids qui tire sur le membre et agit et elle que soit la position où se place le malade. En conséquence l'appareil présente à son extrémité inférieure une poulie dont la rainure est dirigée dans le prolongement du membre et que supporte une tige conduite placée à l'extrémité de l'appareil. Deux bandes latérales sont fixées sur les côtés de la jambe. De ces bandes, part au-dessous de la plante du pied une corde qui se réfléchit sur la poulie et supporte un poids aussi pesant que le malade puisse le supporter sans douleurs.

6° L'extension ainsi faite d'une manière continue, la contr'extension n'offre aucune difficulté. La pression du bassin et de la partie postérieure de l'abdomen sur la gouttière qui les embrasse en totalité, et deux sous-cuisses suffisent pour maintenir le tronc et opérer ainsi une contr'extension régulière. Les sous-cuisses sont formés d'un boudin, dont le centre est rempli de coton et dont l'enveloppe est en peau de chamois. Leur partie postérieure est cousue à l'appareil au niveau des tubérosités de l'ischion, et leur partie antérieure est terminée par une courroie qui peut s'engager dans une boucle placée à six pouces au-dessus des épines iliaques.

7° Indépendamment des conditions que je viens de signaler et que remplit cet appareil, il borne les mouvemens de latéralité du tronc par les prolongemens latéraux qu'il offre jusque près des aisselles.

Une courroie qui va d'un côté à l'autre gêne la flexion de l'abdomen, et sans doute les escarres se produisent moins facilement sur le sacrum que lorsque le malade repose dans son lit, parce que le bassin étant soutenu sur toute sa moitié postérieure, la pression est moins forte sur un seul point par cela même qu'elle est plus généralement répartie.

Pour faire usage de cet appareil, après avoir entouré la jambe d'une chaussette ou bien avoir fixé des bandes sur l'un et l'autre de ses côtés afin d'attacher les lacs extensifs on écarte l'ouverture antérieure de la gouttière. On y dépose le malade; son bassin est fixé par les courroies qui passent au-devant de lui et par les deux sous-cuisses. La corde à laquelle le poids extensif est attaché est passée sur la poulie inférieure et fixée à la chaussette ou bandes latérales.

L'extension et la contr'extension ainsi opérées, la compression s'exerce au moyen des courroies qui rapprochent l'un de l'autre les bords antérieurs de la gouttière, et enfin, pour enlever horizontalement le malade, on place le moufle au-dessus du bassin, vis-à-vis le centre de gravité de l'appareil.

Tout étant ainsi disposé, les indications qu'on se propose de remplir sont parfaitement atteintes, et le malade peut se soulever lui-même horizontalement, et en totalité, à plus d'un pied au-dessus du lit, et se maintenir sans effort à cette hauteur pendant plusieurs minutes; il peut même y rester suspendu comme dans un hamac, pendant plus d'une heure, si la corde est attachée à un point fixe, et se balancer en totalité, sans qu'il y ait le plus léger mouvement dans le lieu de la fracture.

Quoique l'idée première de mon appareil soit de remplir simultanément toutes les indications auxquelles on pourrait satisfaire par une combinaison raisonnée des moyens connus, et surtout de prévenir, comme le ferait un lit à fond mobile, tous les mouvemens qu'entraîne dans la fracture le soulèvement du bassin, je n'hésite pas à dire qu'il remplit mieux son but que ne le ferait la combinaison que je suppose.

Dans aucun appareil, on ne peut graduer avec autant de facilité la compression circulaire autour du membre, visiter aussi bien celui-ci sans lui faire subir aucun déplacement, et surtout l'on n'a jamais fait de constructions dans lesquelles le malade pût se mouvoir avec tant de facilité. C'est une chose remarquable et qui fixe l'attention de tous ceux qui visitent notre hôpital, que de voir des vieillards affaiblis par l'âge et par la maladie se soulever horizontalement et en totalité, en tirant avec peu de force sur la corde qui passe dans le moufle, et se maintenir à la hauteur qu'ils désirent au-dessus de leur lit pendant plusieurs minutes et presque sans effort. Sans doute aucun appareil connu ne permet d'atteindre ce résultat remarquable.

Mon appareil, comme on le voit, n'a de commun avec celui de M. Mayor que la construction de la charpente en fil de fer. Il en diffère autant que peut le faire un appareil qui remplit toutes les indications peut différer

tion par le paiement d'une somme proportionnelle à leur âge. Même espèce de contrat passé entre les admis et l'administration, dans les deux hospices des Incurables, hommes et femmes, qui se composent de lits fondés moyennant un prix en argent. Pourquoi donc s'étonner d'une différence de régime entre ces hospices de la vieillesse, hommes et femmes? Ces deux derniers hospices reçoivent d'ailleurs des indigens dont les conditions sont bien défavorables, plus âgés, plus pauvres, plus infirmes; moitié des réceptions est faite d'urgence, c'est-à-dire en faveur de personnes qui ont atteint 80 ans; ils s'ouvrent de plus aux épileptiques, aux scrofuleux, aux aliénés: « Il ne faudrait donc pas s'étonner que, dans une population composée de tels élémens, la mortalité fût plus considérable que dans les maisons dont nous parlions tout-à-l'heure; et pourtant, si nous consultons les élémens du compte moral préparé pour 1838, nous voyons que, pendant cette année, la mortalité dans les hospices de la vieillesse, hommes et femmes, n'a pas dépassé celle des maisons de Larochefoucauld et de Sainte-Périne, placées dans des conditions plus favorables. »

D'après le rapport de la commission médicale (pag. 9), les médecins de la Maternité auraient constaté que les enfans nouveaux-nés, qui restent en plus grand nombre dans cet établissement, par suite des nouvelles mesures adoptées par le conseil relativement à l'abandon des enfans, n'ont pas assez de nourrices pour subvenir à leurs besoins: « Trop fréquemment ces pauvres enfans meurent de faim. » Ce reproche si grave a vivement ému le conseil général des hospices, et les auteurs du contre-rapport le repoussent avec une énergie qui honore du moins leurs cœurs, si elle ménage médiocrement la susceptibilité médicale. Les renseignemens consignés dans le mémoire administratif ne confirment nullement la triste assertion émise par la commission médicale, et pour notre part, nous nous en réjouissons sincèrement pour l'honneur de l'humanité. Les mesures auxquelles il est fait allusion d'une manière si sérieuse datent du 1er novembre 1837; les faits paraissent avoir répondu, quant à leur valeur; car, depuis cette époque, le nombre des abandons a diminué d'un tiers, et celui des infanticides n'a pas augmenté. La réception conditionnelle des femmes enceintes sous la promesse de donner le sein à leur enfant, au moins pendant quelques jours, et l'institution des *nourrices sédentaires*, constituent une double mesure, qui écarte du premier âge le danger de la mort par inanition. Quand même le nombre des nourrices serait inférieur à celui des enfans, ceux-ci ne périraient point de faim; le lait et le sucre n'ont jamais manqué; or, ces moyens factices d'alimentation pour un ou deux jours sont parfois commandés par la nécessité dans l'intérieur des familles. Reconnaissons l'énormité de l'accusation lancée par les médecins contre la Maternité; mais ajoutons, en revanche, un vœu que l'administration s'empressera d'entendre, c'est que l'allaitement artificiel soit employé le moins possible, car il est fatal, quoi qu'on puisse dire. Voici, au reste, des résultats statistiques produits au jour par les auteurs du contre-rapport, et qui prouvent que, loin d'avoir augmenté, le nombre des décès a subi une légère diminution, comparativement à la moyenne des sept années précédentes. De 1831 à 1837, il est né à la maison d'accouchement, 17,690 enfans vivans, qui ont fait un séjour moyen de trois jours, ce qui fournit un nombre de journées de 53,588 ou 7,655 journées en moyenne chaque année; et sur ces 53,588 journées de séjour, il y a eu 495 décès, ou un décès sur 108 journées. En l'année 1838, il est né dans la même maison 2,839 enfans vivans, qui ont fait un séjour moyen de quatre

d'un appareil qui n'en remplit que quelques-unes, et en néglige d'aussi importantes que la compression exacte et uniforme sur toute la longueur du membre, l'extension continue et l'immobilité des fragmens qui, dans les fractures du col et de la partie supérieure du fémur ne peuvent être obtenues qu'en enlevant horizontalement et tout à la fois le membre inférieur et le tronc.

Cet appareil, il est vrai, ne peut être créé extemporanément, et sa construction exige l'habileté d'un artiste. Mais ces difficultés se trouvent dans l'emploi de tous les instrumens qui remplissent des indications difficiles à atteindre, et lorsqu'on se résout à acheter des instrumens spéciaux pour la lithotritie ou la taille, j'ai peine à comprendre pourquoi l'on se refuserait à un pareil sacrifice, lorsqu'il s'agit du traitement des fractures, s'il est démontré que les appareils qui exigent ces sacrifices sont supérieurs aux appareils dont les élémens se trouvent partout, et que l'on peut créer soi-même.

Ce serait se priver dans les arts des instrumens les plus utiles et les plus parfaits, que d'exiger dans leur construction autant de simplicité qu'il y a de précision dans leur emploi. Les chronomètres, qui marquent le temps avec une égale précision dans les températures élevées et dans les températures froides, après un long usage, comme au moment où l'on a commencé à s'en servir; les microscopes, qui permettent de découvrir les objets les plus ténus, sans que la lumière soit décomposée, et qu'il y ait production des couleurs de l'arc-en-ciel; et tant d'autres instrumens précieux que je pourrais citer, sont d'une construction très compliquée; ils ne peuvent être faits que par des artistes habiles, et sont toujours d'un prix élevé. On n'hésite cependant point à les préférer à des instrumens plus simples, moins coûteux, mais moins précis dans leur action; l'idée de ce qui est parfait l'emporte en cela sur l'idée de ce qui est simple. Pourquoi n'en serait-il pas de même dans le choix des appareils qui servent au traitement des fractures, et pourquoi ne s'empresserait-on point d'adopter ceux qui rempliraient le mieux le but auquel on les destine, sans s'inquiéter de savoir s'ils sont ou non d'une construction facile pour tous? Vouloir, comme le pensent la plupart des chirurgiens, des appareils de fractures dont les pièces soient partout sous la main, et qui puissent être disposées extemporanément, c'est demander une chose utile: inventer ces appareils, c'est rendre service aux malheureux qui ne peuvent s'en procurer d'autres; mais s'en contenter, bien qu'ils soient incomplets et ne remplissent que quelques indications; voir en eux autre chose que des moyens provisoires qui doivent être remplacés par des moyens plus parfaits, quoique plus difficiles à se procurer, et nécessitant l'aide d'un artiste, c'est refuser à ceux dont les membres sont cassés les secours qu'on n'hésite point à donner aux malades atteints d'autres affections chirurgicales qui nécessitent des instrumens spéciaux; c'est leur refuser des soins que l'on s'accorde même tous les jours lorsque l'on s'adresse à un artiste spécial pour la façon d'un pantalon et d'un habit.

Encore faut-il remarquer que mon appareil, une fois construit, est d'une application très facile, et que lorsqu'il est mis en place il ne demande presque plus de surveillance. Il n'exige point une construction spéciale pour chaque malade: celui qui sert à un adulte d'une taille et d'un embonpoint déterminé peut servir à tous les adultes d'une taille et d'un embonpoint à peu près semblables.

Il faut bien s'entendre, du reste, sur ce que l'on appelle la simplicité des appareils. Il est des appareils dont la construction est simple, mais dont la surveillance est compliquée; il en est d'autres dont la construction est compliquée, et dont la surveillance est simple. Les premiers ressemblent aux mauvaises montres qu'on se procure sans peine, mais qui se dérangent à chaque instant; les seconds aux montres qui sont d'un prix élevé, mais qui marchent toujours bien. Lorsqu'on est obligé de faire un choix entre deux ordres d'appareils, il vaut mieux préférer ceux dont la construction est compliquée pour l'artiste, mais facile et sûre pour le chirurgien; c'est le choix que j'ai adopté; j'espère trouver des imitateurs (1).

Je suis loin de proposer cet appareil dans toutes les fractures du corps de la cuisse, et je reconnais, avec tous les auteurs, que les moyens connus peuvent suffire dans l'immense majorité des cas; mais il est des conditions difficiles dans lesquelles il peut offrir les ressources les plus précieuses, comme on en peut juger par l'observation suivante, où il s'agit d'un malade dont les deux cuisses étaient cassées, et qui, après cinq mois de traitement, n'offraient aucune trace de consolidation osseuse. Si je n'eusse point imaginé des moyens plus parfaits que ceux qui sont connus dans la science, et qui avaient été jusque-là mis en usage, cet homme, encore dans la force de l'âge, était condamné à passer une vie misérable, toujours couché dans un lit, ou à subir des opérations dont la mort aurait pu être la conséquence.

FRACTURES DES DEUX CUISSES; EMPLOI DES APPAREILS ORDINAIRES, PUIS DU BANDAGE AMIDONNÉ; DÉFAUT DE CONSOLIDATION CINQ MOIS APRÈS L'ACCIDENT; EMPLOI DE MON APPAREIL PERFECTIONNÉ; GUÉRISON.

Obs. I. — Lazare Chambige, âgé de 32 ans, peintre en bâtiment, travaillait sur un échafaudage situé à la hauteur d'un premier étage, lorsqu'il fut entraîné dans la chute de celui-ci, le 16 octobre 1838. Apporté immédiatement à l'Hôtel-Dieu de Lyon, il nous présenta une fracture des deux cuisses, située, de l'un et l'autre côté, à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur. Les fragmens supérieurs faisaient saillie en avant et en dehors. Les fragmens inférieurs en dedans et en arrière de ceux-ci. Après la réduction, que l'on considéra comme opérée, lorsqu'on eut entendu la crépitation et le soubresaut qui accompagne la rentrée des fragmens dans leur position naturelle, et que toute saillie eut disparu, le malade fut placé dans l'appareil ordinaire avec les modifications dont j'ai fait sentir l'importance, en traitant des indications qu'on doit remplir dans le traitement des fractures de cuisse; la compression fut exercée avec un double bandage de Scultet et des attelles flexibles placées entre ces deux bandages. Pour assurer l'immobilité et la rectitude du membre, pour rendre à la cuisse sa convexité et reporter en avant le fragment inférieur, je plaçai un coussin postérieur renflé au niveau du jarret, et sous lequel je mis une attelle postérieure qui, enveloppée, ainsi que le membre, par le bandage de Scultet, faisait un tout solide avec lui. De longues attelles latérales, dont l'externe s'étendait depuis le côté de l'abdomen jusqu'au-dessous du pied, servaient à empêcher les mouvemens de rotation en dehors. La contre-extension était opérée par deux boudins formés de coton entouré de linge, et qui, pas-

(1) Tous les appareils que je décris dans ce mémoire ont été construits par M. Jance, mécanicien habile qui m'a secondé, non-seulement de son zèle et de son adresse, mais de ce grand nombre de perfectionnemens de détails que trouvent les hommes ingénieux qui, chargés de rendre une pensée première, la saisissent avec netteté et la développent par des idées secondaires qui permettent d'atteindre un but qu'on ne faisait d'abord qu'entrevoir.

Si des chirurgiens, après la lecture de ce mémoire, désiraient employer mes appareils, ils pourraient s'adresser à M. Jance, quai Villeroi, 2, à Lyon, en lui donnant la mesure des membres inférieurs et du tronc des malades sur lesquels ils voudraient en faire usage.

---

journées un tiers, ce qui forme 12,405 journées de séjour; et sur ces 12,405 journées, il y a eu 111 décès, ou 1 sur 111 journées et demie.

On verra par le résumé de la délibération du conseil général que des mesures sont ordonnées pour assurer la réception de sangsues de bonne qualité et l'extension du service des ventouseurs. Déjà ce dernier service a été favorisé, le sort des ventouseurs amélioré à l'hôpital Beaujon. Mais une remarque piquante, consignée dans le contre-rapport, c'est que dans deux hôpitaux, la Pitié et la Charité, l'usage des ventouses n'a pas diminué le nombre des sangsues employées: « Il a seulement augmenté la quantité du sang tiré. »

Nous omettons une foule de rectifications de détail ou d'explications pour la plupart fort raisonnables que contient le mémoire administratif, pour signaler les différentes améliorations qui viennent d'être délibérées par le conseil général; cette délibération sert de couronnement au contre-rapport; elle est aussi la meilleure apologie du travail de la commission médicale; celle-ci a sans doute péché par exagération; elle s'est glissée dans le domaine administratif; elle a voulu grandir son contrôle au-delà de ses légitimes bornes; elle a même, si l'on veut, jeté à tout vent de publicité des accusations un peu hasardées: soit! Mais le bien qu'elle a voulu, le voilà en partie accompli; les vœux qu'elle a formulés, les voilà appréciés, reçus avec équité, presque assurés d'une exécution plus ou moins prochaine. A ce prix, l'on pardonne volontiers aux médecins une exubérance de verve philantropique, à l'administration quelques abus dont elle ignore le plus souvent l'existence ou les suites.

Voici la délibération prise par le conseil général, en date du 7 août 1839:

Art. 1er. Un four de plus sera mis en activité dans l'établissement de la boulangerie générale, et une brigade de boulangers sera affectée à son service; afin d'assurer une meilleure qualité au pain, et surtout au pain moyen distribué dans les hospices de la vieillesse.

2. M. le préfet de la Seine et le conseil municipal sont invités à vouloir bien hâter de tout leur pouvoir la distribution d'eau dans le 12e arrondissement, de manière à en pourvoir le plus tôt possible les deux maisons de la Pitié et de la Vieillesse-Femmes.

3. Le conseil invite le directeur de la pharmacie centrale et les pharmaciens des hôpitaux et hospices à porter leurs recherches sur les moyens que la science pourrait fournir pour reconnaître la qualité du lait, et à constater, autant que possible, par les moyens actuellement connus, celle du lait livré aux établissemens hospitaliers.

4. Pour faciliter l'inspection que les médecins et les chirurgiens sont autorisés à faire des comestibles de la cuisine, et en constater les résultats, il sera ouvert, dans chaque établissement hospitalier, un registre divisé par colonnes, indiquant la nature des comestibles employés, et en marge la date de l'inspection.

Les médecins seront invités à vouloir bien, chaque fois qu'il leur conviendra d'inspecter la cuisine, énoncer leur opinion sur chaque nature de comestible dans la colonne qui y répondra, et à signer.

Une partie de ce livre sera spécialement destinée à recevoir les observations des médecins et des chirurgiens, tant sur la pharmacie que sur les autres parties du service qui se rattachent à la santé et au bien-être des indigens et des malades. Ils voudront bien les consigner au moins une fois par mois, et s'ils n'ont pas d'observations à faire, le déclarer et signer.

sés en dedans du pli des aines, allaient s'attacher au sommet du lit. Les lacs extensifs fixés par un bandage roulé sur toute la longueur et sur chaque côté de la jambe étaient attachés à une barre transversale placée au pied du lit. (Je n'avais pas encore appliqué à cette époque l'action d'un poids à l'extension continue.) Une large serviette placée derrière le sacrum servait à soulever le malade lorsqu'il devait satisfaire à ses besoins. Le bassin, le tronc et les membres inférieurs prenaient dans ce mouvement une direction oblique, et s'appuyaient sur le talon.

Cet appareil fut resserré tous les sept ou huit jours, et pendant un mois et demi, je fus frappé toutes les fois que j'examinais les membres fracturés de l'exactitude avec laquelle les fragmens étaient en rapport; mais, comme il arrive si souvent, à mesure que les muscles diminuèrent de volume, et surtout quand ils furent devenus moins volumineux que dans l'état normal, la saillie des fragmens supérieurs commença à devenir sensible en avant et en dehors.

Cette disposition m'engagea à continuer l'extension, et m'apercevant alors que les lacs qui doivent l'exercer n'ont point une action continue lorsqu'on les attache simplement à un point fixe, je suspendis à leur extrémité un poids de quatre à cinq livres, qui agissait d'une manière continue, et se réfléchissait sur une poulie placée à la partie inférieure du lit. Ce changement fut fait le 29 novembre, six semaines après l'accident.

Cependant, bien que le malade jouît d'une bonne constitution, qu'il conservât son appétit et ses forces, qu'il se nourrît habituellement de viandes, bouillies et rôties, la consolidation ne fit aucun progrès, et le 20 janvier 1839, plus de trois mois après la production de la fracture, la mobilité la plus complète existait entre les fragmens. Je substituai alors à l'appareil que j'avais mis en usage le bandage amidonné avec des attelles flexibles entre les tours de bandes circulaires. Lorsque ce bandage fut desséché, le malade, qui s'ennuyait à l'hôpital, se fit transporter chez lui, où il fut confié, depuis le 27 janvier jusqu'au 23 mars, aux soins de l'un de nos internes, qui laissa l'appareil dans la plus parfaite immobilité.

Cependant lorsque le 26 mars, vers le milieu du quatrième mois, j'allais enlever cet appareil, je reconnus avec douleur que la consolidation n'avait fait aucun progrès et qu'une fausse articulation s'était véritablement formée entre les deux fragmens de l'un et l'autre côté. Effrayé d'un tel résultat qui menaçait un malade, confié à mes soins dès le début de son mal, d'une infirmité qui pouvait le condamner pour toujours au repos dans le lit, je réfléchis sérieusement sur les causes qui avaient pu empêcher ses fractures de se consolider. Préoccupé alors de mes observations sur les déplacemens que produit dans le fragment supérieur de la cuisse fracturée, le soulèvement direct du bassin, je pensai que si les fractures de Chambige ne s'étaient point consolidées, il fallait en chercher la cause dans la mobilité qu'avait entretenue entre les fragmens le soulèvement du bassin nécessité par les excrétions du malade. Je compris que par cela même qu'il avait deux fractures de cuisse, on lui donnait le bassin autrement qu'on ne le fait à ceux qui n'ont qu'une seule cuisse cassée. A ces derniers, on se contente de soulever l'os des îles du côté sain; chez lui on soulevait la totalité du corps, et ce soulèvement ne pouvait se faire sans que les fragmens supérieurs tendissent à se porter vers la partie postérieure et inférieure de la cuisse. Je vis dès lors que s'il n'avait pas pu guérir, c'est que malgré tous les soins que nous lui avions donnés, la fracture était le siége de mouvemens étendus qui se répétaient tous les jours, et qu'il fallait réaliser enfin une immobilité absolue en soulevant tout à la fois son tronc et ses deux membres inférieurs lorsqu'il voulait aller à la selle ou qu'on avait besoin de refaire son lit.

Je lui fis alors construire un appareil, uniquement destiné à remplir cette indication; c'était une gouttière en fil de fer rembourrée de crin qui embrassait la moitié postérieure du bassin et des deux cuisses et se terminait par un sous-pied. Cet appareil fut mis en place le 3 mars 1839, quatre mois et demi après la chute qui avait fracturé les deux cuisses. Malheureusement je laissai à un charpentier le soin de disposer le mouffle et les cordes qui devaient soulever le malade; celles-ci furent placées de manière à enlever seulement la partie de l'appareil qui entourait le bassin, de sorte que le corps soulevé prit une direction oblique, tandis que le pied s'appuyait sur la semelle qui terminait l'appareil à sa partie inférieure.

Les conséquences funestes de ce mode vicieux de soulèvement ne tardèrent point à se manifester, et lorsque le 6 mars je vins à examiner les effets de mon appareil, je fus frappé de découragement en voyant que le chevauchement avait augmenté des deux côtés, que toute trace de consolidation était détruite, et que le fragment supérieur faisait saillie plus que jamais au côté externe et antérieur de l'une et l'autre cuisse.

La raison de tous ces désordres était facile à saisir, l'appareil soulevé obliquement n'avait pas rempli son but. Le bassin entraîné par son poids avait glissé vers la partie inférieure entraînant avec lui le fragment coxal de la cuisse, tandis que le pied soutenu par la semelle, ainsi que la jambe et le fragment inférieur avaient conservé leur fixité. Il résultait de là la nécessité d'enlever tout le corps horizontalement, et dès lors de modifier le mode de suspension.

Je pensai aussi que la demi-gouttière que présentait cet appareil, ne faisant que recevoir le membre et n'exerçant point cette compression circulaire indispensable à l'immobilité parfaite et qui facilite si puissamment la réunion des os, lorsque la fracture est oblique, devait être modifiée, et qu'il fallait en étendre les parois de telle manière que les bords de son ouverture antérieure étant rapprochés on pût exercer une compression circulaire tout autour du membre, et le serrer du côté du bassin, sans que le lien qui devait en réunir les deux bords antérieurs exerçât une pression sur le ventre.

Enfin puisque le chevauchement s'était reproduit, il fallait revenir à l'extension continue, et pour empêcher les mouvemens de latéralité du tronc prolonger l'appareil jusque près des aisselles.

Frappé de toutes ces considérations en présence de l'état déplorable où je trouvais mon malade, je fis construire l'appareil perfectionné que j'ai décrit plus haut et qui est destiné à remplir toutes les indications que j'aperçus dans le traitement des fractures de cuisse. Ce nouvel appareil remplaça le premier, le 24 mars 1839, cinq mois et huit jours après l'accident et sans qu'il y eût encore aucune trace de consolidation osseuse.

Cet appareil fonctionna de la manière la plus parfaite. Dès que le malade y fut placé, il sentit que ses cuisses étaient dans l'immobilité : sans l'aide de personne, il put se soulever horizontalement et en totalité; et pendant qu'il se tenait élevé de lui-même et sans effort au-dessus de son lit, on put à volonté changer ses matelas et ses draps, satisfaire en un mot sans aucune peine à tous ses besoins de propreté. Pour examiner le membre il suffit de lâcher les courroies qui unissaient le bord antérieur des gouttières. Cet examen fit reconnaître quelques jours après l'application du nouvel appareil que l'extension continue exercée par le poids avait fait disparaître l'augmentation de déplacement qu'avait occasionée le soulèvement oblique du tronc dans le premier appareil. Cette vérification une fois accomplie, je laissai pendant cinq semaines le membre dans l'immobilité la plus complète, et me contentant d'exercer sur lui une compression de plus en plus forte en resserrant les courroies.

Le 15 mai, sept semaines après l'emploi de ce nouvel appareil, je reconnus que la fracture du côté droit était consolidée, mais celle du côté gauche ne l'était point encore. M. Bouchacourt, à qui je montrai le malade à cette époque, s'assura de cette consolidation bornée à un seul côté.

Étonné d'un tel résultat, j'en recherchai la raison, et je crus la trouver dans une disposition vicieuse de l'appareil qui, du côté où la consolidation était faite, embrassait étroitement le membre et exerçait une forte compression sur lui, tandis que, du côté gauche, il existait un intervalle entre l'appareil et le membre, ce qui avait pu permettre quelque mobilité.

Je tâchai d'obvier à cet inconvénient, en remplissant les vides laissés entre l'appareil et le membre, avec des linges et du coton, et je continuai à laisser le malade dans l'immobilité la plus complète. Mais ce remplissage ne parut pas atteindre le but auquel il était destiné, et le 10 juin, huitième mois, lorsque j'examinai de nouveau l'appareil, je trouvai que les deux fragmens continuaient à se porter en dehors, et n'avaient contracté aucune adhérence.

Nous pensâmes alors, M. Jauce et moi, à placer un coussin épais au côté externe de la cuisse, entre celle-ci et l'appareil, et, pour en prévenir tous les déplacemens, à le fixer à un morceau de carton, qui devait occuper le côté interne du membre, par une toile en arrière et par des courroies en devant. Cette addition fut faite le 13 juin.

Après qu'elle eut été mise en usage, le malade sentit que sa cuisse gauche

---

A la fin de chaque mois, le directeur enverra au conseil copie de ce qui aura été porté sur ce livre.

5. Il sera fait à l'Hôtel-Dieu et à la Salpêtrière, sous l'inspection de membres du conseil, des essais comparatifs sur l'emploi du beurre frais et du beurre salé, et sur la différence de dépense qui pourrait en résulter dans les différentes saisons; il en sera rendu compte au conseil avant la formation du prochain budget.

6. La commission administrative invitera MM. les membres de la commission des médicamens pour 1839 à vouloir bien faire passer le plus tôt possible, au conseil, leurs observations sur le projet de régime alimentaire, de manière à ce que le conseil puisse en délibérer et obtenir les autorisations et crédits nécessaires pour mettre ce réglement à exécution, s'il y a lieu, au 1er janvier prochain.

7. Le service des ventouseurs sera étendu dans les hôpitaux où les médecins l'indiqueront comme nécessaire.

8. La réception des sangsues à la pharmacie centrale aura lieu à l'avenir par le chef et le garde-magasin de cet établissement, assistés de deux pharmaciens des hôpitaux et hospices, appelés à tour de rôle.

9. Il sera demandé au budget de 1841 un crédit extraordinaire pour l'habillement des indigens dans les hospices et dans les hôpitaux.

Il sera présenté à l'appui de cette demande un état des besoins, des ressources en magasin et des objets nécessaires pour compléter cette partie du service.

10. Une commission sera formée et chargée d'examiner s'il y aurait avantage et possibilité de former un hôpital de convalescens, ou même d'affecter, dans les hôpitaux, des salles spéciales aux convalescens.

11. Une commission, composée des médecins de l'hôpital St-Louis, de membres de la commission administrative et du conseil-général, se réunira sous la présidence de celui de ses membres chargé de la surveillance spéciale de cet hôpital, à l'effet d'examiner quels moyens pourraient être employés pour étendre et améliorer le traitement de la gale.

12. La commission du budget de 1841 examinera s'il y a lieu : 1° à allouer au chapitre du personnel un crédit destiné à rétribuer des infirmiers supplémentaires lorsque leur service serait nécessaire; 2° à accorder une augmentation de salaire aux infirmiers et infirmières qui auraient bien servi pendant un certain nombre d'années.

Y.

— Le nouveau réglement pour le service des hôpitaux vient d'être renvoyé du ministère de l'intérieur, après deux années d'attente, au conseil général des hôpitaux. Nous ferons connaître prochainement les nouvelles dispositions de ce réglement : nous signalerons cependant aujourd'hui, comme une des plus importantes, l'admission du principe de la réélection des médecins, tous les cinq ans, par le conseil des hôpitaux. Toutefois, la consécration de ce principe a été accompagnée d'une restriction qui lui ôte ce qu'il pourrait avoir de plus grave pour les médecins des hôpitaux; ceux que le conseil ne croirait pas devoir réélire conserveront le titre de médecin honoraire et les appointemens attachés à la place qu'ils cesseront d'occuper.

était solidement fixé, et que tout mouvement était prévenu dans la fracture. Je constatai de nouveau à cette époque la consolidation de la cuisse droite, et je regrettai amèrement que le malade n'eût pas signalé plus tôt le vide placé entre le côté externe de la cuisse gauche et la partie correspondante de l'appareil. S'il eût appelé mon attention sur ce point, j'aurais placé dès le principe les deux cuisses dans des conditions égales, et la guérison aurait été probablement aussi prompte d'un côté que de l'autre.

Le 4 août, un peu plus de six semaines après l'application du coussin additionnel, je mis la fracture du côté gauche à découvert, et je la trouvai presque entièrement consolidée. Le fragment supérieur faisait à peine saillie en avant et en dehors.

Le 20 août, le malade put soulever le membre, et, le 1er novembre, j'enlevai l'appareil; la guérison était assurée.

Le raccourcissement, s'il avait lieu, était le même de chaque côté, et il n'existait pas d'inégalité entre les deux membres.

Malgré un séjour de plus de cinq mois dans l'appareil, et un traitement de dix mois, il ne s'était formé aucune escarre. Dès les premiers jours de septembre, le malade put commencer à faire quelques pas, le temps et l'exercice étaient seuls nécessaires alors pour rendre sûrs et faciles les mouvemens des membres inférieurs.

Les causes qui s'opposèrent à la consolidation des fractures de Chambige furent, ce me semble, pendant les cinq premiers mois, les désordres qui les accompagnaient, la position oblique que l'on donnait souvent au tronc, et pendant les derniers mois, les changemens anatomiques qui s'étaient opérés entre les fragmens, lorsqu'une fausse articulation s'était établie entre eux.

Les désordres graves autour des fractures ne sont pas douteux. La chute d'un premier étage, qui avait été la cause de ces fractures, fait aisément présumer quelle impulsion violente avait été communiquée au fémur, et quels déplacemens étendus ces fragmens avaient dû éprouver. La possibilité de les sentir presque immédiatement au-dessous de la peau prouvait indubitablement qu'ils avaient percé les muscles, et que le périoste et le tissu fibreux de la ligne âpre étaient déchirés. On sait combien la déchirure de ces tissus d'enveloppe oppose d'obstacles à la consolidation. Quant à la position oblique que l'on donnait au tronc et aux membres inférieurs, lorsqu'on soulevait le malade, j'ai démontré plus haut, et d'une manière générale, combien elle est funeste. Les dangers de cette position ont été mis, du reste, dans tout leur jour par les effets que produisit, chez Chambige, l'application de mon premier appareil, qui représentait une gouttière solide embrassant la moitié postérieure du bassin et des membres fracturés. Bien que, dans cet appareil, les cuisses et le tronc formassent un tout solide, on a vu qu'il suffit de soulever obliquement le corps pour que tous les déplacemens fussent augmentés d'une manière effrayante : ce fait ajoute à la valeur de toutes mes expériences sur le danger de la position oblique du tronc lorsqu'on donne le vase au malade, et sur la part que cette position eut dans le principe à l'absence de consolidation.

Les difficultés, si grandes au début, le devinrent bien davantage lorsque la fausse articulation fut établie entre les fragmens; on sait que lorsqu'une fracture n'est point consolidée dans les quatre premiers mois, les extrémités osseuses s'arrondissent.

Chambige guérit cependant. Deux mois et demi de séjour dans l'appareil perfectionné suffirent à la guérison de la cuisse droite, quatre mois et demi furent nécessaires à la consolidation de la cuisse gauche; dans l'un et l'autre cas, la formation d'un cal unissant dépendit, sans doute, de l'immobilité que je parvins à obtenir, en plaçant le malade dans un appareil où je pouvais examiner le membre, sans lui faire subir aucun déplacement, et qui, permettant de soulever horizontalement et tout d'une pièce le tronc et les membres inférieurs, empêchait les mouvemens du bassin de retentir dans la fracture.

Si du côté gauche la consolidation fut plus lente que du côté droit, on a vu qu'il fallait l'attribuer à un vice de l'appareil, qui n'avait pas permis d'exercer convenablement une compression circulaire et par suite de maintenir dans un contact intime les deux fragmens, qui se touchaient par une surface oblique : sitôt que cette compression a été régulière, la consolidation a commencé, preuve clinique, qui démontre incontestablement que cette compression circulaire n'est pas moins indispensable que les autres conditions que je suis parvenu à réaliser.

A part un malade, dont l'observation n'est point encore complète, ces fractures du corps du fémur sont les seules auxquelles j'ai appliqué mon appareil. Les difficultés que présentait leur guérison étaient des plus graves et telles que, désespérant de réussir, je ne me décidais qu'avec hésitation à les traiter par mon appareil, et à soumettre celui au début de son application à une épreuve si difficile. L'épreuve a réussi et le succès lève tous les doutes qu'on pourrait concevoir sur les avantages de la méthode mise en usage.

Je reconnais que l'immense majorité des fractures du corps de la cuisse peuvent guérir par les moyens connus, et ce n'est pas pour les cas ordinaires que je suis disposé à conseiller ceux que j'ai imaginés : toutes les fois seulement que, dans les appareils usités, la consolidation n'a pu se faire, et que de fausses articulations tendent à s'établir, je ne saurais trop les recommander, m'appuyant sur l'importance de l'immobilité, qu'ils peuvent seuls réaliser d'une manière complète, et sur le résultat si remarquable qui j'ai obtenu dans le cas que je viens de citer et dans ceux dont je ferai connaître plus loin l'histoire.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA D'OMODEI.

Les cahiers d'avril, mai, juin et juillet renferment les articles originaux suivans : 1° *Expériences sur la fibrine du sang*, en réponse aux observations des rédacteurs du BRITISH AND FOREIGN MEDICAL REVIEW sur la théorie exposée par M. Denis, dans ses nouvelles expériences sur le sang; par M. Polli; 2° *Histoire raisonnée d'un cas grave de typhus abdominal*; par M. Guastalla; 3° *Sur l'intro-rétroversion, ou nouveau procédé pour guérir radicalement les hernies*; par M. Signoroni; 4° *Moyen de distinguer les taches de sang des divers animaux*; par M. Bestazzi; 5° *Des maladies du maxillaire supérieur et des opérations qu'elles réclament; suivies de l'histoire d'un fongus énorme développé dans le sinus maxillaire gauche*; par le docteur Baccelli; 6° *Histoire d'une épidémie aphteuse, qui a régné, en 1837, à l'hospice des enfans trouvés de Brescia*; par M. Girelli; 7° *Observations et recherches sur la nature du diabète et principalement sur la formation du sucré dans cette maladie*; par M. Polli; 8° *De l'action contro-stimulante de la gomme-gutte dans l'ascite sthénique, et du tartre stibié et de la digitale dans la pneumonie inflammatoire*; par le professeur Linoli.

SUR L'INTRO-RÉTROVERSION, OU NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE POUR LA CURE RADICALE DES HERNIES; par M. le professeur B. SIGNORONI, de Padone.

Cette méthode consiste essentiellement dans la rentrée des parois flasques d'une hernie dans le ventre par l'anneau inguinal, qui lui a donné passage, et dans leur sortie à travers le canal crural correspondant, qui se trouve fermé, en définitive au moyen de la suture. L'opération se compose de quatre temps : 1° réduction de la hernie; 2° intro-rétroversion des parois de la tumeur; 3° suture; 4° cruentation (*cruentazione*).

1er TEMPS.— Le premier temps ne présente rien de particulier : c'est le taxis ordinaire.

2e TEMPS.—Pour l'exécution du second temps, le malade étant couché en supination, l'opérateur, placé du côté de la hernie, introduit l'extrémité du doigt indicateur dans la base du scrotum, en avant de la convexité du testicule, dans le point qui formait précédemment le sommet inférieur de la tumeur herniaire; le tenant fixé là, il le pousse vers l'anneau inguinal, de manière à former avec la peau une espèce d'entonnoir ouvert à l'extérieur, dont la profondeur augmente à mesure que le même doigt, pénétrant à travers le canal dans le ventre, se recourbe en croc vers le plan inférieur du ligament de Fallope dans l'anneau crural; continuant à pousser dans la même direction, ce doigt dépasse la longueur du canal, de manière à former une saillie dans le pli de la cuisse, en devant du repli falciforme du fascia lata, à la partie interne des vaisseaux fémoraux.

3e TEMPS. — SUTURE. Le doigt invaginateur restant dans la position que nous venons d'indiquer, et son extrémité faisant saillie au pli inguinal, on introduit à la partie interne et inférieure de cette région une aiguille à suture ordinaire, suffisamment courbe et longue, qui, pénétrant à travers la profondeur des tissus, va traverser le repli cutané déprimé, et ressortir supérieurement auprès des vaisseaux fémoraux, qu'on garantit de la lésion de l'instrument par le doigt d'un aide intelligent, qui les recouvre et les déprime. L'opérateur s'aperçoit que l'aiguille a pénétré dans la peau rentrée, par le contact du doigt indicateur. S'il l'a sentie à nu, on peut être sûr que la paroi déprimée a été traversée; il la fait ressortir alors à la superficie, dans le voisinage des vaisseaux fémoraux. Une autre aiguille, mais de forme différente, *aiguille à spatule (ago a spatola)*, est plongée à la base de la portion de peau déprimée dans la région inguinale, la traverse, et, avec elle, l'anneau inguinal, qui lui a donné passage. Un aide se charge de la retirer si la main de l'opérateur ne peut être convenablement placée pour cela.

4e TEMPS. — Le doigt indicateur, devenu inutile pour fixer le bouchon de peau, retenu par les points de suture, est maintenant retiré. Alors, avec un bistouri ordinaire, dont le tranchant est dirigé vers la saillie formée dans le pli de la cuisse par le sac déprimé, le chirurgien fait une incision de la longueur d'un pouce, assez profonde pour mettre à découvert la peau rentrée et le repli falciforme du fascia lata, au-dessus duquel il pratique, avec le même bistouri, quelques légères scarifications. Enfin, on place quelques points de suture entortillée avec du fil ciré.

On remplit le cul-de-sac formé par la peau avec une forte mèche de charpie tondue sur elle-même; on panse légèrement, puis on fait quelques lotions résolutives. Le reste du traitement ne diffère pas de celui des plaies qui se réunissent par seconde intention.

On retire l'aiguille introduite dans le canal crural vers le quatrième jour; l'autre est extraite le septième. On surveille avec soin les mouvemens du malade; on évite qu'il soit pris de toux, etc. L'époque de la suppuration étant passée, on a recours à de légers cathérétiques, pour accélérer la cicatrisation.

Une fois la cicatrice suffisamment consolidée, on permet au malade de se lever et de prendre avec modération quelque exercice. Il est inutile de lui faire porter un bandage, dont la pression serait plutôt nuisible qu'utile. On devra lui recommander seulement d'éviter, les premiers jours, les efforts trop violens, de peur qu'il ne se fasse quelque déchirure dans les adhérences encore toutes récentes.

Cette opération, exécutée sur le nommé Antonio Fuit, a eu un plein succès, qui a été, du reste, constaté, le 8 février 1839, par le docteurs F. Cortesi, Angelo Bianchesi et F. Argenti.

Encore une nouvelle méthode destinée à grossir la liste des moyens si nombreux, préconisés pour la cure radicale des hernies! Qui voudra ou qui pourra l'employer?

HISTOIRE D'UN ÉNORME FONGUS DU SINUS MAXILLAIRE COMPLÈTEMENT ENLEVÉ PAR UNE OUVERTURE TRANSVERSALE PRATIQUÉE A LA PAROI ANTÉRIEURE DE CETTE CAVITÉ; par le docteur BACCELLI.

OBS. — Angélo Usnani, de Castelnuovo de Tarta, âgé de 28 ans, s'aperçut, dans l'été de 1828, du développement d'une petite tumeur du volume d'une petite noix, dans l'épaisseur de la joue gauche, dure et indolente; il la porta environ un an, sans interrompre un instant ses travaux journaliers; il était cultivateur. A partir de cette époque, elle augmenta considérablement de volume jusqu'à acquérir celui d'une pomme rare ordinaire. Epouvanté par des progrès aussi rapides, Angélo se fit voir au chirurgien du pays, qui trouva au-dessous de la lèvre supérieure sous l'arcade alvéolaire, au niveau de la dent canine du côté gauche, un petit abcès dont l'ouverture faite avec la lancette donna issue à un pus clair, qui continua à couler pendant deux ou trois jours, après lesquels l'ouverture se ferma spontanément. A mesure que la tumeur de la joue prenait du développement, il s'écoulait des matières purulentes et fétides; il survint une fièvre qui prit le caractère de quotidienne subintrante.

Les douleurs de tête étaient très vives; celles de la joue non moins violentes, de sorte que le malade tourmenté jour et nuit ne pouvait goûter un instant de repos. Souvent ces douleurs devenaient pulsatives, au point de ressembler à des secousses électriques qui retentissaient dans tout le corps.

Un mois après le malade vint à Rome et consulta plusieurs professeurs qui, après l'avoir examiné, déclarèrent que la maladie était mortelle, et qu'il n'y avait aucun moyen à lui opposer. Lorsque je vis ce malheureux, au mois d'août 1829, il était dans un état vraiment effrayant.

Toute la joue gauche formait une tumeur si élevée qu'elle dépassait le niveau du nez à sa partie supérieure; le côté correspondant de cet organe était soulevé par la tumeur et confondu avec elle. Celle-ci était fort dure, et la peau qui la recouvrait parcourue de vaisseaux variqueux, qui lui donnaient par leur teinte bleuâtre l'aspect du cancer. L'œil de ce côté était diminué de volume et enfoncé; il débordait la cavité orbitaire, et les deux paupières ne pouvaient plus le recouvrir entièrement, aussi la vue était-elle notablement altérée. Les dents de ce côté étaient vacillantes dans leurs alvéoles, et la voûte osseuse du palais offrait une dépression telle qu'elle n'était plus concave, mais qu'elle était devenue convexe, ce qui rendait impossible la déglutition des alimens.

On donna le quina pour combattre les accès fébriles qui ne tardèrent pas à disparaître.

Puis s'étant arrêté à cette idée qu'il s'agissait d'un fongus du sinus maxillaire, M. Baccelli se décida à en pratiquer l'extirpation. Il résolut de faire à la paroi antérieure du sinus maxillaire dans la fosse canine une ponction exploratrice; puis une fois la nature du mal reconnue, de pratiquer dans ce point une ouverture suffisante pour enlever le fongus.

Je détachai, dit M. Baccelli, avec un bistouri, les attaches de la lèvre supérieure aux gencives, depuis le frein jusqu'à la quatrième dent molaire. Puis les jours suivans et en plusieurs temps, je mis l'os à nu et pénétrai dans le sinus maxillaire en perforant sa paroi antérieure. L'issue d'un pus sanguinolent et fétide avertit de la pénétration dans sa cavité; et l'introduction d'un stylet ne laissa pas de doute sur l'existence d'un fongus sanguin ou cancéreux de l'antre d'Hygmor. Cette exploration donna lieu à une hémorragie qu'on parvint facilement à arrêter en bouchant l'ouverture avec une tente de charpie.

On introduisit, en se guidant sur un stylet d'argent boutonné, une des branches des tenailles incisives, puis on coupa transversalement toute la paroi osseuse; on en fit autant au-dessus, de manière à pouvoir enlever une portion d'os d'environ six lignes de hauteur, et un travers de doigt de longueur. Cette ouverture fut maintenue fermée jusqu'au lendemain avec une tente de charpie.

Le lendemain, on put voir le fongus qui remplissait la cavité du sinus. Il offrait une teinte livide, obscure; sa consistance était plutôt molle que dure, et se laissait facilement pénétrer par le stylet; le contact déterminait bientôt un écoulement de sang. L'ouverture faite à l'os fut agrandie en avant, au niveau de la seconde dent incisive, de la canine, et des deux premières molaires; des ciseaux courbes purent alors y être introduits, et il devint facile avec l'aide d'une airigne d'extirper une grande partie du polype; le reste fut amené vers l'ouverture, puis séparé de la surface d'implantation au moyen des ciseaux. Dans le cours de cette extraction, un certain nombre de filamens durs opposèrent de la résistance à l'effort des ciseaux.

L'hémorragie fut si abondante qu'elle épouvanta un moment les assistans, et que le malade étant tombé en syncope, on fut obligé d'interrompre l'opération. La cavité du sinus étant remplie de bourdonnets de charpie trempée dans un liquide styptique, le sang cessa de couler; mais il y eut du frisson, des tremblemens convulsifs qui exigèrent l'administration du laudanum de Sydenham.

Bientôt survint une abondante suppuration, et en même temps une diminution notable de la tumeur formée par le sinus maxillaire dilaté. L'œil était moins saillant, le côté gauche du nez se dessinait davantage, les douleurs lancinantes n'existaient plus. Mais il fallait une seconde opération pour enlever ce qui restait de la tumeur, elle fut exécutée dix-huit jours après la première et de la même manière. La suppuration d'abord fort abondante diminua; on fit des injections toniques, détersives, antiseptiques et plus tard légèrement caustiques.

Peu à peu la paroi interne du sinus finit par reprendre sa couleur ordinaire, et sa cavité son étendue normale.

Enfin, au bout de trois mois que dura le traitement, les fils qu'on plaçait dans le sinus étaient à peine humides d'un pansement à l'autre. Alors il ne restait plus la moindre trace de la maladie primitive; l'opéré quitta Rome parfaitement guéri.

Déjà sept années se sont écoulées, et rien n'est survenu depuis cette époque qui puisse compromettre la solidité de la guérison. Si en soulevant la lèvre supérieure, on ne voyait l'ouverture pratiquée aux parois du sinus, on ne saurait dire dans quel point a existé la maladie, ni où l'opération a été pratiquée.

La méthode suivie par le chirurgien italien dans le fait que nous venons de rapporter est loin d'être nouvelle, c'est à elle qu'on a eu si longtemps recours avant que l'extirpation du maxillaire supérieur ait été reconnue, dans le fait, possible. Le succès obtenu par le docteur Baccelli doit sans doute, malgré qu'il soit unique, porter à réfléchir sur la préférence à accorder dans certains cas à sa méthode, sur celle si ingénieusement et si heureusement tentée par M. Gensoul de Lyon. Mais était-ce bien un cancer auquel on avait affaire? ou ne s'agissait-il pas plutôt d'un simple polype cellulo-vasculaire; la persistance de la guérison nous porterait à le penser, en même temps que l'intégrité de la constitution du malade, l'absence des signes généraux de la cachexie, etc.

L'opération a été faite non seulement en plusieurs temps, mais encore à plusieurs jours d'intervalle, alors que l'inflammation traumatique était loin d'être tombée. Je ne pense pas que cette conduite doive jamais être suivie; le succès l'a couronnée : ce n'est pas une raison pour que ses indications soient suffisamment fondées.

Nous tenions surtout à citer ce fait qui termine un long mémoire, plutôt didactique qu'original sur les maladies de l'os maxillaire supérieur; nous n'avons pas jugé qu'il y eût profit pour nos lecteurs à le connaître en entier.

HISTOIRE DE L'ÉPIDÉMIE DE STOMATITE APHTEUSE QUI A RÉGNÉ DANS L'AUTOMNE DE 1837, A L'HÔPITAL DES ENFANS-TROUVÉS DE BRESCIA; par le docteur FRANCESCO GIRELLI.

Il est à noter que l'épidémie aphteuse dont il est question fut précédée dans son développement par une épidémie d'ophthalmie purulente. A peine fut-elle éteinte à l'aide d'un traitement local et général convenable, aidé de l'isolement, et de diverses autres mesures hygiéniques, que l'épidémie aphteuse se développa.

Son invasion était souvent si rapide et si inaperçue que, lorsqu'on venait à examiner la bouche d'enfans jugés sains peu d'heures avant, toute la surface de la langue et tout l'intérieur de cette cavité se trouvaient convertes d'aphtes.

Le signe précurseur de l'inflammation aphteuse a paru consister dans une coloration un peu plus rouge que dans l'état normal. Alors les enfans devenaient inquiets, se nourrissaient peu, et commençaient à maigrir. Souvent, en tétant, ils quittaient le mamelon, et y laissaient un sentiment de chaleur brûlante. La couleur de la langue et des gencives se changeait en rouge plus obscur, presque livide. Alors commençaient à apparaître quelques points blancs sur la pointe et aux bords de la langue, ou dans les anfractuosités de la bouche, sur la membrane qui revêt l'intérieur de cette cavité. Ces points blancs s'élargissaient sur la surface qu'ils recouvraient, et prenaient l'apparence de très petits champignons, reposant sur une étroite solution de continuité, ce qui donnait à ce degré de la maladie la forme de ce qu'on appelle en France le muguet ou

millet. Ou bien ces points se dilataient également, mais sans s'élever sur une surface ulcérée, et rendant un liquide blanchâtre, c'était plutôt alors la forme aphteuse proprement dite. Bien que la plupart des auteurs aient confondu ces deux formes, le docteur Girelli ne les regarde pas comme parfaitement semblables, soit dans leur origine, soit dans leur mode de développement.

La sécrétion pseudo-membraneuse prenait parfois une telle étendue que toute la langue, l'intérieur de la bouche en étaient recouverts; elle s'étendait jusque dans l'œsophage. Dans l'intervalle des points ou surfaces blanchâtres, la muqueuse buccale offrait une teinte rouge foncée, tendantau noirâtre, et une sécheresse remarquable. Sa chaleur était considérablement augmentée, ce dont il était facile de s'assurer par l'introduction du doigt dans la bouche.

Les lèvres et la langue devenaient dures, sèches, brûlées; l'enfant ne pouvait plus prendre le sein; et, s'il tétait un instant, la peau fine qui recouvre le mamelon était le siége d'une douleur brûlante. Les petits malades maigrissaient à vue d'œil; la couche aphteuse prenait une teinte plus obscure. Bientôt les extrémités devenaient froides, puis le reste du corps perdait sa chaleur normale; enfin, quelques jours avant la mort, il semblait, en touchant la tête, qu'elle fût pleine de glace. La langue devenait encore plus sèche, rugueuse; les enfans ne pouvaient crier; cependant, il n'y avait que peu ou pas d'altération dans les fonctions respiratoires; la mort ne tardait pas à survenir.

Aux symptômes que nous venons de décrire se joignirent, à une certaine période, ou pendant un plus long temps, des vomissemens répétés qui faisaient rejeter aux petits malades le peu de lait qu'ils avaient avalé, ce qui indiquait sans doute que l'inflammation gagnait de l'œsophage à l'estomac.

Les aphtes qui apparaissaient les premiers sur la langue ou dans l'intérieur de la bouche, ne persistaient pas jusqu'à la fin de la maladie; souvent ils se détachaient naturellement, s'ils étaient proéminens et sous forme de muguet; ou bien, s'ils étaient peu saillans, ils se laissaient facilement enlever, à l'aide de quelque collutoire, pour reparaître de nouveau dans le même point, ou dans le voisinage. Cela arrivait dans la forme bénigne, comme dans la forme grave, sans qu'on pût déduire de leur persistance ou de leur facilité à se détacher, un bon ou un mauvais présage, relativement à la terminaison de la maladie. On pouvait plutôt consulter, sous ce rapport, l'état de la langue ou des surfaces sous-jacentes, lorsque les aphtes s'étaient détachés; leur teinte pâle, était d'un bon augure; la persistance de la teinte rouge annonçait plus de gravité; le pronostic était des plus fâcheux quand la surface muqueuse était d'un rouge obscur et sèche.

La durée de la maladie a beaucoup varié. Chez quelques enfans, tous les symptômes qui viennent d'être indiqués se succédèrent dans l'espace de moins de deux jours; chez d'autres, il en fallait douze ou quinze. Au reste, la terminaison funeste ne fut pas influencée par la durée du mal; la longueur de la maladie, quelle qu'elle fût, ne paraît pas avoir exercé la moindre influence.

Quant à la nature de la maladie, il est évident qu'on avait affaire à une véritable stomatite, qu'on peut, avec toute raison, appeler aphteuse, par suite d'une disposition spéciale qu'elle avait chez ces enfans à revêtir cette forme. Les follicules muqueux ont paru spécialement affectés, ce qui fut confirmé, au reste, par un examen cadavérique attentif, et ce qui est en rapport avec l'opinion généralement reçue parmi les auteurs modernes.

Les enfans atteints de la stomatite aphteuse ont été au nombre de 31; 14 dans le mois de septembre, dont 8 succombèrent et 6 guérirent. En octobre, il y en eut 7, 1 mort et 6 guéris. Dix en novembre; aucun ne succomba. Ce que l'on a constaté dans cette circonstance est conforme à ce qu'on observe dans la plupart des épidémies, qui sont toujours plus graves au début que vers la fin.

L'auteur est disposé à admettre que l'inflammation aphteuse s'est communiquée, dans ce cas, par l'attouchement immédiat de la bouche des enfans sains aux mamelons tétés par des enfans malades. La matière âcre et pénétrante laissée par ces derniers imprègne la bouche de ceux qui viennent après eux, l'irrite, l'enflamme, et y développe une maladie semblable. Aussi l'épidémie marcha-t-elle comme une traînée aphteuse qui, successivement, atteignait tous les enfans exposés, à mesure qu'ils naissaient ou arrivaient dans l'hôpital. De sages mesures d'isolement, des lotions répétées sur les mamelons, après que les enfans les avaient quittés; la précaution de donner des nourrices particulières aux enfans déjà malades, ont facilement mis à l'abri d'un plus grand développement de la maladie.

Il importait, pour le traitement, de rechercher si les aphtes étaient liés dans leur développement à l'inflammation de quelque viscère intérieur; c'est-à-dire s'ils étaient secondaires ou consécutifs, ou bien s'ils constituaient par eux-mêmes une maladie idiopathique et primitive. Dans ce dernier cas, il fallait recourir surtout à des moyens locaux; dans la première hypothèse, c'était spécialement un traitement interne qui était indiqué.

Il s'agissait, suivant le docteur Girelli, d'une simple stomatite, c'est-à-dire d'une inflammation, analogue, par sa nature, à toute autre espèce de phlegmasie, avec cette différence seulement qu'elle attaquait un tissu mou, dont l'organisation n'est pas aussi solide ni aussi complète qu'elle le devient quelques mois après. Cette considération rendait fort difficile le choix des moyens convenables.

L'huile d'amandes douces, et plus tard le sirop de chicorée avec la rhubarbe furent surtout employés. On eut recours aussi à l'émulsion de semences de melon avec le tartre émétique à doses proportionnées à la violence du mal et au peu de force des petits malades. De cette manière, on combattait les complications gastriques, et l'on établissait un point de dérivation sur les intestins. S'il était nécessaire d'agir directement sur l'inflammation aphteuse, l'émulsion de semences de coings avec l'eau distillée de laurier-cerise remplissait bien cette indication.

Plus tard, on se trouvait bien d'oindre la face interne de la bouche avec le miel rosat, ou une légère dissolution de borax dans l'eau de mauve.

Mais le moyen dont on a eu surtout à se louer, lors surtout que les enfans avaient plus de quinze jours, était l'application d'une ou deux sangsues au niveau de l'angle de la mâchoire. Cette pratique a constamment été avantageuse. Avec les sangsues, M. Girelli dit être parvenu à guérir les aphtes qui couvraient toute la langue et tapissaient toute la muqueuse buccale chez une petite fille de cinq ou six mois, et qui présentaient un aspect que Boerhave regardait comme si grave : *aphtæ nigræ pestiferæ habentur*.

On s'est trouvé bien, dans quelques cas, de l'application de vésicatoires à la nuque.

Mais le souverain remède dans cette affection, comme dans toutes les maladies qui affectent les enfans nouveau-né c'est une bonne nourrice, qui puisse leur offrir une nourriture suffisamment réparatrice, et leur prodiguer ces soins attentifs qui ne se trouvent que chez une mère : chaque nourrice ne devra pas allaiter plus d'un enfant. Ce précepte est fort important, puisque, dans l'hôpital des enfans trouvés de Brescia, le nombre des malades et la mortalité sont toujours en rapport avec la surcharge des nourrices.

II. BULLETINO DELLE SCIENCE MEDICHE DI BOLOGNA.

Les cahiers de mai, juin et juillet renferment un grand nombre d'articles empruntés, pour la plupart, aux journaux étrangers. Le numéro de juillet contient l'observation intéressante d'un corps étranger resté douze mois renfermé dans le pied d'un jeune enfant; par le docteur Rasi.

III. IL RACCOGLITORE MEDICO.

Les numéros de juillet et août de cette année contiennent les mémoires originaux suivans : 1° *De l'emploi de la glace dans les hémorragies traumatiques graves des membres*; par le docteur Philippo Marini. (Rien de neuf.) 2° *Observations théoriques et pratiques sur l'invagination et l'étranglement interne des intestins*; travail d'érudition. (L'auteur a rassemblé les cas dans lesquels le mercure à l'état métallique a paru réussir, ceux où il a été inefficace et ceux dans lesquels il a accéléré la mort. Il aborde la question de la gastrotomie, et rapporte les faits dans lesquels elle a été utile. — Rien de neuf.) 3° *Métrite grave, suivie de fièvre périodique*; par le docteur Matteneis; 4° *Histoire des parotides épidémiques, observées en 1839*; par le docteur Dazzio Olivi; 5° *Réflexions sur une résection partielle de la mâchoire inférieure, pratiquée par le professeur Regnoli*; par M. Andrea Ranzi. (Le sujet de l'observation est une jeune fille âgée de 15 ans. La tumeur était énorme; elle descendait jusque vers la glotte, se prolongeait vers les vertèbres en arrière, vers l'orbite en haut; cependant l'os n'était malade que jusqu'à l'apophyse coronoïde d'un côté; on fit la section dans ce point et sur la symphyse avant, avec la scie à chaîne de Jeffrey. La malade quitta l'hôpital le 15 juin; l'opération avait été faite le 12 mai. Pas de détails suffisans sur la nature du mal : il paraît cependant qu'on avait affaire à un cancer.) 6° *Observation d'hydrophobie*, par le docteur Crescimbeni.

IV. IL FILIATRE SEBESIO.

Les numéros de juin et de juillet renferment : 1° *Une observation sur un cas rare de blennorhagie*; par le docteur Gioffré (il s'agit d'un petit abcès développé au côté droit du frein, qui parut à cinq reprises différentes, dans autant de blennorrhagies successives; du pus s'écoula pur,

sans aucune goutte d'urine; la cicatrisation se fit spontanément); 2° *Observation sur les cantharides*; par le docteur A. M. Carusi; 3° *Des propriétés de la strichnine*; par le docteur Giovani Pagano (travail d'érudition); 4° *Statistique des malades opérés en 1838*; par le docteur de Renzi; 5° *Utilité de la fève crue mâchée dans le panaris*; 6° *Calcul du conduit de Warton*; par le docteur Patrizi; 7° *Nouvel instrument pour fixer le bord des paupières*; par le docteur d'Allevi, de Messine; 8° *Sur la différence de caractère de la contagion syphilitique et blennorhagique*; par M. Vinella; 9° *Considérations pratiques sur une affection gastrique*; par le même.

STATISTIQUE DES MALADES OPÉRÉS DE LA TAILLE EN 1838; par le docteur DE RENZI.

Le nombre des opérés a été de 36; 34 hommes et 2 femmes.

Des premiers, 19 étaient âgés de 3 à 15 ans; 14 de 16 à 50 ans; 3 étaient des vieillards.

On n'eut pas recours chez tous à la méthode latéralisée; mais, par des circonstances particulières, on employa chez un enfant la méthode de Celse; chez une femme, la pierre fut extraite par une fistule qui existait dans la cloison vésico-vaginale, et qu'on agrandit avec le bistouri.

Sur ces 36 opérés, 8 succombèrent.

L'autopsie fut faite cinq fois seulement; dans deux cas existait une abondante suppuration et des ulcérations dans la vessie, avec épanchement de pus et d'urine dans le petit bassin. Chez un troisième, le rein gauche était en pleine suppuration et ne formait qu'un vaste abcès. Un quatrième avait de nombreux abcès dans les ganglions lymphatiques de la région lombaire, et de la cavité pelvienne. L'uretère gauche avait le diamètre de l'intestin grêle; ses parois étaient épaissies et indurées. Le dernier était atteint de la pierre pour la seconde fois; il avait déjà été taillé en 1819. Après l'incision de la vessie, il sortit beaucoup de pus mêlé de gravier. Il mourut au bout de trente-six heures; la branche descendante droite du pubis était cariée; il y avait une collection de pus derrière la symphise. Il existait une tumeur squirrheuse, du volume d'un œuf de poule, encroûtée de phosphate calcaire dans le bas-fond de la vessie, qui était devenue, dans ce point, dure et épaisse. A droite du col de la vessie existait une autre tumeur, de même nature, mais dégénérée.

Parmi les 8 sujets qui succombèrent, il se trouvait 1 enfant, 1 vieillard et 6 adultes.

A ce nombre, il faut ajouter 5 autres opérés par la taille latéralisée, sur lesquels 1 seul succomba.

Enfin, à l'hôpital de Lorette, 2 individus seulement furent opérés; tous guérirent. (Voyez le résumé ci-après.)

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DE 1821 A 1838.

Opérés.	Hommes.	Femmes.	Guéris.	Morts.	Enfans.	Adultes.	Vieillards.
De 1821 à 1837.	538	15	471	82	282	215	56
En 1838	41	2	34	9	24	16	3
Totaux....	579	17	505	91	306	231	59
	596						

V. MEMORIALE DELLA MEDICINA CONTEMPORANEA.

Les cahiers d'avril, mai et join contiennent les mémoires originaux suivans : 1° *De l'importance des études phrénologiques, avec cette épigraphe* : Crescit eundo; par le docteur Canziaoi (Giuseppe); 3° *Histoire d'une ligature de l'artère iliaque externe pour un anévrisme de la fémorale commune*; par le docteur Medoro, chirurgien de Padoue; 3° *Observation chirurgicale*; par M. Pétrali (il s'agit 1° d'une restauration des paupières, détruites par une brûlure, chez une femme des environs de Vérone; on prit un lambeau dans la région temporale faciale, et l'on refit la paupière inférieure d'abord. Un érysipèle faillit compromettre le succès de cette première opération, mais on vint à bout de l'arrêter; on incisa les brides qui tenaient relevés les restes de la paupière supérieure; la difformité ne fut qu'imparfaitement corrigée; 2° l'auteur rapporte ensuite l'observation de tumeurs érectiles guéries par la ligature); 4° *Des maladies aiguës produites par les miasmes des marais, ou problèmes de géographie médicale*; par le docteur Giovanni Pellizari; 5° *Observations de lithotritie, suivies de réflexions pratiques*; par M. Benvenuti (premier article); 6° *De la propriété expectorante du sel marin, et de ses heureux effets dans les laryngo-bronchites rhumatismales*; par le docteur Nardo; 7° *De l'emploi de l'ivraie*; par le docteur Fario (première partie); 8° *Observations anatomo-pathologiques sur l'encéphale*; lues à l'Athénée de Trévise; par le docteur M. Asson, de Venise; 9° *De l'emploi du sulfate de quinine dans les inflammations*; lettre du docteur Mugna au professeur Giacomini.

OBSERVATION DE LIGATURE DE L'ARTÈRE ILIAQUE EXTERNE POUR UN ANÉVRISME DE L'ARTÈRE FÉMORALE; par le docteur MEDORO, chirurgien à Padoue.

Nous avons emprunté aux journaux italiens du premier trimestre de cette année (Voyez GAZ. MÉDIC., 1839, p. 297), une observation de ligature de l'artère iliaque externe pratiquée avec succès par le professeur Petrunti (VID. IL PHILIATRE SEBESIO FEBRAJO, 1839); l'observation suivante n'offre pas moins d'intérêt; nous la donnerons avec quelques détails.

OBS. — André Pallu, des environs de Padoue, exerçant la profession de tailleur, d'un tempérament éminemment sanguin, ayant fait abus des boissons spiritueuses, est âgé de 33 ans.

Dans la soirée du 8 août 1838, Pallu commença à ressentir un peu au-dessous de la région inguinale droite une douleur assez vive qui s'étendait à toute la jambe, et qui le força de s'adresser à un médecin pour obtenir quelque soulagement. Le docteur G. Salterini examinant alors le point douloureux y constata la présence d'une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, douloureuse au toucher, et très évidemment pulsative. Il fut facile de reconnaître un anévrisme de l'artère fémorale commune, dont la cause n'était guère connue; on prescrivit deux saignées générales, et quelques fomentations locales.

M. Medoro vit le malade le 22 du même mois et constata l'existence de la tumeur anévrismale à un pouce seulement au-dessous de l'arcade crurale. Les battemens quoique durs étaient réguliers et sans intermittence. Le malade ne se plaignait pas de palpitations dans la région précordiale; il n'accusait non plus aucun battement anormal dans les gros troncs artériels de l'abdomen; du reste leur exploration permit, autant que faire se pouvait, d'établir qu'ils étaient sains. Toutes ces raisons décidèrent M. Medoro à proposer la ligature de l'artère iliaque externe. Il prescrivit, outre le repos et la diète, de légers purgatifs; on tira encore de nouveau du sang par la veine; enfin on continua les applications froides pour empêcher la tumeur d'augmenter de volume.

Le 27 août, en présence d'un grand nombre de médecins, chirurgiens et élèves, M. Medoro, suivant le procédé d'Abernethy, incisa la peau et le tissu cellulaire sous-cutané dans une étendue de quatre pouces, et mit à découvert l'aponévrose du grand oblique. Dans ce premier temps il lia la petite artère sous-cutanée abdominale. En déprimant le bord inférieur de la plaie, pendant qu'un aide soulevait le supérieur, il fut assez facile en écartant le tissu cellulaire lâche qui existait dans ce point, d'arriver à l'endroit où l'artère fémorale sortait au-dessous de l'arcade crurale. Si la tumeur anévrismale ne s'était pas trouvée à peine éloignée d'un pouce de ce point, la facilité avec laquelle on aurait pu la lier aurait décidé à placer là une ligature; mais on était si près de la partie dilatée du vaisseau qu'on jugea plus prudent et plus sûr d'inciser en haut les tégumens dans une étendue de sept à huit lignes, presque verticalement et parallèlement à la direction de l'artère iliaque externe. Les bords de l'incision étant écartés, et l'artère isolée de la veine, une ligature formée de cinq fils cirés fut passée de dedans en dehors, au moyen d'une aiguille introduite entre la veine et l'artère légèrement adhérente. Avant de serrer le fil, on porta le doigt à une certaine distance au-dessus, afin de s'assurer que dans une étendue de quelques lignes l'artère ne fournissait aucune branche, dont l'origine eût pu empêcher la formation du caillot. Le filet nerveux qui accompagne l'artère fut soulevé avec précaution, et coupé d'un coup de ciseaux avant de serrer la ligature. La constriction fut portée assez loin pour qu'on ne perçût plus le moindre battement dans la tumeur. Alors un des chefs fut coupé très près du nœud, et l'autre maintenu à l'angle externe de la plaie.

L'opération fut terminée par le rapprochement des bords de la plaie au moyen de trois points de suture, dont l'effet était secondé par des bandelettes adhésives placées dans les intervalles, le tout recouvert de deux compresses imbibées d'eau à la glace, maintenues par un bandage en T.

Une demi-heure environ après l'opération, le pied du côté malade offrit un léger degré de refroidissement. On fit envelopper tout le membre de linges chauds fréquemment renouvelés; mais il fallut renoncer à cette précaution, car il se développa une chaleur des plus vives (saignée d'une livre, continuer les applications froides sur la plaie).

28 (2e jour). Sur la fin de la première nuit, le malade éprouve un léger degré de fièvre qui lui permit cependant de reposer pendant quelques heures. Comme le pouls était encore fort et accéléré le matin on renouvelle la saignée. La température du membre est à l'état normal.

29. (3e jour). La nuit a été bonne; transpiration abondante. Le matin, léger mouvement fébrile; la bouche est amère, et la langue sale. (Une once et demie d'huile de ricin donne lieu à plusieurs selles qui amènent un notable soulagement.)

30. (4e jour). La plaie est en bon état; la tumeur n'offre plus de pulsations; son volume a diminué d'un tiers. Comme les phénomènes gastriques persistent, on prescrit la décoction de tamarin.

1er novembre (6e jour). La suppuration commence à s'établir, la plaie devient un peu douloureuse. On enlève les points de suture; les bords réunis dans une certaine étendue sont maintenus affrontés par des bandelettes agglutinatives. La constipation n'ayant pas cédé, on renouvelle la dose d'huile de ricin.

Du 2 au 9 septembre rien de particulier; on revient encore aux purgatifs. La plaie suppure; quelques végétations sont touchées avec le nitrate d'argent.

Le 13, 19e jour après l'opération, la ligature sortit spontanément; dès lors

la plaie cautérisée à plusieurs reprises avec la pierre infernale, marcha rapidement à la cicatrisation; pansement avec la charpie sèche.

Le 30 septembre (33e jour), le malade sortit parfaitement guéri. Il ne restait plus dans la partie occupée par l'anévrisme qu'un noyau du volume d'une fève, qui avait presque totalement disparu vers les premiers jours de décembre, lorsque M. Medoro revit son malade.

Après sa guérison, Pallu boitait sensiblement, mais il dit avoir eu cette infirmité depuis son enfance par suite d'une coxalgie; l'opération et ses suites ne sont donc pour rien dans cet accident.

Nous avons reproduit avec détails l'observation du chirurgien italien, dont la pratique, dans le traitement médical consécutif à l'opération, mérite sans contredit des éloges.

Ce fait intéressant, rapproché de ceux que nous avons déjà rapportés dans le courant de cette année, pourrait fournir matière à d'importantes considérations.

Dans l'observation de M. Lutens (Gaz. Méd., 1839, p. 254), il s'agit d'une lésion traumatique de l'artère crurale, à quelques lignes au-dessous du ligament de Fallope; survinrent des hémorragies primitives par le bout inférieur, seconde ligature au-dessous de la profonde; gangrène du membre; mort le huitième jour.

Dans le fait cité par le professeur Petrunti (Gaz. Méd., 1839, p. 297. Il Philiatre sebesio), la ligature fut pratiquée chez un portefaix âgé de 26 ans, pour une tumeur anévrismale de l'aîne. On se servit d'une ligature composée de cinq fils; elle se détacha le dix-septième jour; le malade était guéri au bout d'un mois.

M. P. Portal, de Palerme, a fait, un demi mois après, la ligature du même tronc artériel chez un homme âgé de 30 ans (loc. cit., p. 298). L'extirpation des glandes de l'aîne paraît être la cause de la lésion de la crurale; mais cette observation manque des détails nécessaires. Le malade mourut le cinquième jour. Péritonite.

Enfin, la dernière ligature de l'iliaque externe, dont nous avons rapporté l'histoire (Gaz. Méd., 1839, p. 537, a été faite après la ligature de la crurale au pli de l'aîne, pour une lésion traumatique de ce dernier vaisseau. La ligature tomba le quinzième jour.

Voilà donc, sur cinq cas rapportés dans l'espace de peu de mois, trois succès et deux insuccès.

Chez les malades guéris, la ligature s'est détachée le quinzième jour (obs. de M. Mouret); le dix-septième (obs. de M. Pétrunti); le dix-neuvième (obs. de M. Medoro); chez les deux qui succombèrent, le fil était encore en place; l'un mourut le huitième jour (obs. de M. Lutens); l'autre le cinquième (obs. de M. Portal); la présence du fil ne paraît donc pas avoir eu d'influence fâcheuse sur le résultat de l'opération.

Dans les trois cas suivis de succès, il s'agissait une fois seulement de lésion traumatique (obs. de M. Mouret); encore était-ce vingt-sept jours après l'accident que la ligature fut pratiquée. Chez les deux autres malades (obs. de Pétrunti et de Medoro), c'était une affection spontanée des tuniques artérielles. Des deux malades qui succombèrent, l'un avait reçu un coup de pointe dans la cuisse (obs. de M. Lutens); l'autre eut l'artère crurale lésée dans l'extirpation d'un bubon; ce dernier fut opéré le lendemain de l'accident; le premier beaucoup plus tard. L'époque à laquelle la ligature fut faite n'aurait donc pas exercé une grande influence, mais la nature de la lésion qui l'a réclamée paraît en exercer une assez tranchée: la blessure artérielle serait donc une circonstance défavorable, et l'on devrait espérer davantage d'une opération pratiquée pour une tumeur anévrismale. Au reste, la tumeur n'était pas volumineuse chez le malade de M. Pétrunti, elle était fort petite chez celui de M. Medoro (comme un œuf de pigeon); c'est évidemment une circonstance favorable.

Le malade de M. Lutens succomba à la gangrène de l'extrémité inférieure; chez celui de M. P. Portal, il y eut à la fois gangrène dans le pli de l'aîne (mais on en avait fait une ligature en masse pour une hémorragie consécutive) et péritonite.

Si nous joignons à ces faits la première opération pratiquée en 1837, par M. Medoro, et publiée dans le Memoriale della medicina contemporanea (déc. 1838) (V. le somm. dans la Gaz. Méd., 1839, p. 299), nous aurons une réunion de six cas de ligature de l'iliaque externe, sur lesquels il y aurait quatre succès, proportion un peu moins forte que celle donnée par M. Velpeau (Élémens de médecine opér., 2e édition, page 152), qui, sur 71 cas dont il a noté le résultat, a compté 18 morts et 53 guérisons, c'est-à-dire 1 sur quatre.

On voit donc que, depuis l'année 1796, époque à laquelle Abernethy osa pour la première fois aller chercher l'artère iliaque externe, et l'entourer d'un fil, cette opération a été répétée un bon nombre de fois; M. Velpeau n'en a pas compté moins de 100 cas dans les recherches qu'il lui a été donné de faire à ce sujet, et les succès sont assez nombreux pour que le chirurgien n'ait plus à hésiter lorsque les indications en sont suffisamment établies.

VI. REPERTORIO DELLE SCIENZE FISICO-MEDICHE DEL PIEMONTE.

Les cahiers de mai, juin, juillet et août contiennent : 1° *Reflexions sur le croup*, par le docteur G. Bortano; 2° *Tableau des opérations de la taille, faites par diverses méthodes*, par le docteur Campanella, pendant les cinq années de son exercice (1834 à 1839); 3° *Observation d'empoisonnement produit par une décoction de feuilles de pêcher prises comme fébrifuge*; et beaucoup d'autres articles, empruntés, pour la plupart, aux journaux français.

Tableau des opérations de lithotomie et de lithotritie, faites par le docteur Campanella, pendant ses cinq années d'exercice (1834 à 1839).

LITHOTOMIE.

Nº.	Noms.	Ages.	Dates.	Résultats.
1.	Berini Leverino	6 ans.	25 juin 1835.	Sorti guéri le 14e jour.
2.	Norriglia Giacomo....	3 »	14 juin 1836.	— guéri le 13e jour.
3.	Sisto Montulto........	6 »	6 oct. 1836.	— guéri le 16e jour.
4.	[illegible]arodi Giacomo......	3 »	mai 1837.	— guéri le 13e jour.
5.	F[illegible]vro Luigi..........	5 »	22 mai 1837.	L'urine ne coulait plus par la plaie le 7e jour. Parti le 40e.
6.	Pu[illegible] Bernardo......	12 »	9 juin 1838.	
7.	Chi[illegible] Gaetano......	3 »	16 juill. 1838.	Sorti guéri le 13e jour.
8.	Onis Luigi............	6 »	15 sept. 1838.	— guéri le 30e jour.
9.	Casa Stefano.........	6 »	23 oct. 1838.	— guéri le 13e jour.
10.	Olivari Stefano.......	6 »	28 oct. 1838.	— guéri le 10e jour.

LITHOTRITIE.

Nº.	Noms.	Ages.	Dates.	Résultats.
1.	Bisso Maria...........	18 ans.	3 févr. 1834.	Sorti guéri le 15e jour.
2.	Livellari Giovanni....	30 »	sept. 1834.	— guéri le 40e jour.
3.	Tagliafico Emanuale...			Mort six mois après l'opération; sans présenter la moindre altération dans les voies urinaires.
4.	Paaodi Giovanni......	44 »	juill. 1835.	Guéri en 3 séances.
5.	Scribanis Pietro......	67 »	sept. 1836.	Guéri en 3 séances.
6.	Busso Paolo..........	57 »	juil., sept., oct. 1836.	Guéri en 20 séances. Pierre dure et volumineuse.
7.	Gallo Giovanni........	64 »	1er trim. 1839.	Guéri en 12 séances.
8.	Palverara Giuseppe...	75 »	3e trim. 1836.	Plusieurs séances; 2 récidives; guérison.
9.	Sivori Maria..........	76 »	mai 1837.	Une séance.
10.	Schiaffino Agostino....	49 »	juill. 1837.	Guéri en 3 séances; parti après 28 jours.
11.	Butcher..............	45 »	3e trim. 1838.	Parti trois mois après, tout-à-fait guéri.

Le docteur Campanella pratique la taille par la méthode latérale, procédé de Cheselden, avec un cathéter, un scalpel lithotome et les tenettes ordinaires.

Il a pratiqué d'abord la lithotritie avec la pince à trois branches. Dans les observations 5e et 6e, il a opéré par la percussion, avec l'instrument de Charrière, offrant dans la branche femelle une large ouverture. Dans les autres cas, la pression avec le même instrument a suffi. Chez la malade du nº 8 (deuxième tableau), il existait un rétrécissement de l'urètre, qui, dans l'espace de quarante ans, avait donné lieu à trois abcès urinaires au périnée. La vessie était à colonnes. La première pierre saisie avait deux pouces de longueur.

Trois tailles furent faites chez des individus auxquels la lithotritie n'a pas paru applicable; tous les trois guérirent, en conservant des incommodités dépendantes de la méthode employée.

VII. ANNALI MEDICO-CHIRURGICI; par le docteur TELEMACO METAXA (1).

Le cahier de juin renferme les articles originaux suivants : 1° *Mémoire sur les champignons des prés et les accidens d'empoisonnemens déterminés par eux dans la ville et la campagne de Rome*; par le docteur V. Ottaviani; 2° *Histoire d'une rétention du placenta après l'expulsion d'un fœtus abortif sans accident*; par le docteur G. Tonelli (l'accouchement eut lieu à la fin du quatrième mois; le cordon ombilical se déchira près de son insertion au placenta (la malade était seule quand les douleurs la prirent); cinquante-sept jours après l'accouchement il survint une légère hémorragie accompagnée de douleur dans les lombes;

(1) Le premier numéro de ce journal qui se publie à Rome a paru en juin dernier.

le sang coulait si fluide que la malade croyait rendre ses urines; on donne le seigle ergoté; les douleurs se réveillent, et les contractions utérines donnent issue à un placenta ramassé en boule, dur, devenu comme fibreux; la malade guérit); 3° *Résection de la clavicule dans son articulation sternale; extirpation de la plus grande partie de cet os;* par le professeur Giorgio Regnoli; 4° *Histoire d'un poisson du poids de 4,000 livres;* 5° *De l'emploi de la belladone dans la médecine vétérinaire;* par le docteur Ferdinando de Nanzio, directeur de l'école vétérinaire de Naples.

EXTIRPATION DE LA PLUS GRANDE PARTIE DE LA CLAVICULE GAUCHE, pratiquée par le professeur G. REGNOLI, de Pise.

OBS. — Angelo Bianchi, toscan, âgé de 34 ans, exerçant la profession de voiturier, d'un tempérament lymphatique, a toujours joui d'une bonne santé, si ce n'est qu'il éprouva plusieurs accès de fièvre intermittente, endémique dans le pays qu'il habite.

Au mois d'août 1838, en soulevant un sac de blé, il ressentit une douleur à l'épaule gauche, qui ne dura qu'un instant. Bientôt cette douleur se fit sentir de nouveau dans le même lieu, surtout lorsque Bianchi se livrait aux travaux de sa profession.

Au bout de dix jours, la douleur était si violente qu'il avait perdu le sommeil; il survint du gonflement, au niveau de la clavicule et dans les parties voisines. L'application de sangsues, de topique émolliens, le repos, la diète, ne purent arrêter l'inflammation.

Le vingtième jour, la suppuration était établie, et se faisait jour par une ulcération de la peau.

Vers la fin de novembre, Bianchi se présenta à la clinique de Pise, portant à la région claviculaire une ulcération qui occupait une bonne partie de la clavicule. Les tégumens environnans étaient rouges, enflammés; les bords fongueux, lardacés, recouverts de sanie plutôt que de pus. Au fond de l'ulcération, la clavicule paraissait dénudée; il fut facile de diagnostiquer une nécrose de cet os. On fit plusieurs incisions pour le mettre à nu dans une plus grande étendue, et donner issue à la suppuration.

On attendit quelque temps pour voir ce que ferait la nature; mais l'amaigrissement augmentant, les accès fébriles qui se montraient le soir ne s'arrêtant pas, on songea à aider la nature, et la résection de la clavicule fut jugée nécessaire.

Le 27 décembre 1838, le malade étant convenablement assis, M. Regnoli agrandit l'ouverture qui existait déjà vers le milieu de la clavicule, en dirigeant ses incisions, et vers l'extrémité acromiale, et vers l'extrémité sternale, les dépassant de quelques lignes, surtout dans ce dernier sens. Le bistouri coupait des tissus indurés, dans un état lardacé, criant sous le scalpel. La clavicule se trouva ainsi mise à découvert, et une portion de la diaphyse, qui était presque isolée, put être extraite avec de fortes pinces. Restaient les deux extrémités. La portion sternale était nécrosée; l'humérale paraissait saine. M. Regnoli désarticula la première avec un coup de ciseau, et laissa en place l'extrémité acromiale.

Aucun vaisseau important ne fut ouvert; peu de sang s'écoula; la plaie fut remplie de charpie. Rien de remarquable dans les suites de l'opération, si ce n'est que l'inflammation, qui persista, donna lieu à la nécrose de la portion externe, qui fut extraite par morceaux dans le cours du traitement.

La cicatrisation se fit complètement. Il ne reste qu'un peu de rougeur à la place occupée par cette grande ulcération. Les végétations cellulo-vasculaires sont devenues fibreuses, offrent une assez grande consistance pour tenir lieu, jusqu'à un certain point, de l'os extirpé.

La résection de la clavicule, dans son extrémité sternale, a été pratiquée un certain nombre de fois depuis que M. Wurtzer en a donné l'exemple, précédé en cela, du reste, par M. Davie, qui l'avait faite chez cette jeune fille dont il est question dans le DICTIONNAIRE DE CHIRURGIE de S. Cooper, et dans les ŒUVRES CHIRURGICALES d'A. Cooper. Celle de l'extrémité acromiale, exécutée par M. Roux, l'a été aussi par M. Velpeau, en 1828 (MÉD. OPÉR., t, II, p. 716), dans un cas de nécrose; enfin, l'extirpation complète de l'os a été faite avec succès par M. Mott, en 1827, pour un ostéo-sarcome de cet os; plus tard, par M. Warren; enfin, par M. Travers. Ce dernier, qui laissa l'extrémité sternale, réussit, ainsi que M. Roux, qui ne l'enleva pas non plus; ces deux derniers cas ne sont pas des exemples d'extirpation totale. Kulm, à ce qu'il paraît, aurait déjà pratiqué cette opération au commencement du siècle dernier (THÈSES CHIRURG. de Haller). Au reste, le cas que nous venons de citer ne saurait être rapporté à cette dernière variété de résection, la plus grave de toutes, puisque l'extrémité acromiale fut laissée, bien qu'elle se détachât plus tard. S'il est indispensable, en principe, d'enlever tout ce qui est malade dans un os nécrosé ou atteint de cancer, de fongus hématode, il n'importe pas moins d'en laisser, autant qu'il est possible; car, à défaut de périoste, les extrémités peuvent fournir ce nu osseux, comme l'appelaient les anciens, et reproduire, sinon toute la portion enlevée, au moins un noyau suffisamment long et épais pour en remplir, en grande partie, les usages. Cela est d'une grande importance dans les membres, surtout lorsque, de deux os, un seul est réséqué; celui qui est resté intact fait l'office d'attelle, empêche la déformation, résiste seul pendant quelque temps; jusqu'à ce que les deux fragmens maintenus écartés aient fourni la matière du cal qui doit les réunir.

Dans l'observation du professeur Regnoli, il s'agit d'une nécrose; c'est le plus souvent, en effet, dans des cas de ce genre que la résection a été faite; et c'est, au reste, une circonstance ordinairement favorable; car, d'une part, les limites du mal sont assez bien tranchées, et, de l'autre, l'opération se trouve en quelque sorte commencée. Le pronostic des résections faites dans ce cas n'est guère plus grave que celui des résections dans les fractures compliquées, lorsque les fragmens font saillie à travers une plaie. Il l'est bien plus lorsque la maladie a débuté par les surfaces articulaires, que celles-ci ne sont pas mises à nu, lors surtout qu'il s'agit des grandes articulations, trop près du tronc, ou formées par la rencontre de plusieurs os, telles, par exemple, que le genou, le coude, etc.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES,

SUITE DE LA SÉANCE DU 2 SEPTEMBRE.

SUR LA FILLE BICORPS DE PRUNAY-SOUS-ABLIS.

M. Geoffroy-Saint-Hilaire termine la lecture d'un mémoire dont il avait lu, dans quatre des séances précédentes, les premières parties.

Le but que s'est proposé l'auteur est moins de faire connaître en détail ce cas particulier de monstruosité, dont la description, sous le rapport anatomique, doit être l'objet d'un travail de M. Serres, que d'appeler l'attention sur quelques unes des lois les plus générales qui président aux formations tératologiques, et de montrer comment, faute de tenir compte de ces lois qui existent, au moins en germe, dans les écrits de Buffon, les recherches d'anatomistes, même très habiles, ont été, à l'époque de leur publication, sans profit immédiat pour la science. M. Geoffroy pense d'ailleurs qu'à part l'intervention des causes accidentelles, les formations tératologiques ont lieu sous l'influence de la même loi, qui préside aux formations normales chez tous les êtres organisés. Il va plus loin, et dans cette loi, que, comme nous avons eu autrefois occasion de le dire en rendant compte de ses travaux antérieurs, il désigne sous le nom de principe d'attraction de soi pour soi, il comprend, comme modification non seulement celle qui préside à l'agrégation des molécules dans les corps minéraux, cristallisés ou non, mais encore celle qui retient dans leur orbite les différens corps de notre système planétaire.

SÉANCE DU 9 SEPTEMBRE.

OSSEMENS FOSSILES DE CÉTACÉ.

M. Laubépin adresse une figure lithographiée d'une tête fossile gigantesque trouvée à la Louisiane, et dont la découverte avait donné lieu, de la part de personnes qui, à la vérité, n'étaient pas naturalistes, matière aux plus étranges conjectures. Son poids est de 1,700 livres, et sa longueur de 18 pieds. M. Laubépin annonce qu'il mettra prochainement sous les yeux de l'Académie cette pièce, dont il a fait l'acquisition à Londres.

FÉCONDITÉ DES MAMMIFÈRES, ET PROPORTIONS DES SEXES DANS LES NAISSANCES CHEZ LES ANIMAUX VERTÉBRÉS.

M. Flourens fait, en son nom et en celui de MM. Duméril et Breschet, un rapport sur deux mémoires de MM. Bellingeri, professeur à Turin.

Buffon a donné, comme chacun sait, une table des rapports de la fécondité dans les quadrupèdes, d'où ressort ce fait que la fécondité est presque toujours en raison inverse de la taille ou de la grandeur. Par exemple, l'éléphant, le rhinocéros, l'hippopotame, le chameau, le dromadaire, etc., ne donnent qu'un petit par portée. Le cheval, le zèbre, l'âne, le bœuf, etc., en donnent un, quelquefois deux, le chamois, la chèvre, la brebis, etc., en donnent de deux à trois, et les petites espèces, le lapin, le furet, le mulot, le cochon d'Inde, le surmulot, etc., en donnent de huit à dix, de dix à douze, et jusqu'à dix neuf et vingt.

Et ce n'est pas tout, les petites espèces ont, en outre, plusieurs portées par année. Le surmulot, qui produit jusqu'à dix-neuf petits par portée, a trois portées par année. Le cochon d'inde produit jusqu'à huit fois par an, et jusqu'à douze petits par portée. Le dromadaire, le chameau, le bœuf n'ont qu'une portée par année; l'éléphant n'a qu'une portée tous les trois ou quatre ans.

Ce n'est pas tout encore. Il se fait, dans quelques espèces, une compensation remarquable entre le nombre des petits et celui des portées. Le lion, le tigre, l'ours, la panthère, etc., produisent de quatre à cinq petits par portée; et la chèvre, la brebis, etc., en ont deux. Le nombre des petits se compense dans ces espèces par le nombre des portées, et l'équilibre se rétablit.

Une seule espèce, dans la table de Buffon, paraît se soustraire à la loi de fécondité inverse de la grandeur; et cette espèce est celle du cochon. Etant de moyenne taille, le cochon ne devrait avoir qu'une fécondité moyenne, et cependant il produit deux fois par année, et jusqu'à quinze et vingt petits par portée. C'est presque autant que les espèces les plus petites, par rapport à l'éléphant, au rhinocéros, à l'hippopotame, etc., que le surmulot ou le cochon d'Inde ne le sont par rapport aux rongeurs de la plus grande taille.

Ainsi donc, on peut dire en général que plus l'animal est grand, plus la fécondité est petite. Quant aux rapports des sexes dans les naissances, Buffon est conduit à admettre la prédominance des mâles sur les femelles.

« Il naît, dit-il, en parlant de l'homme, environ un seizième d'enfans mâles de plus que de femelles; et, ajoute-t-il, on verra dans la suite qu'il en est de même de toutes les espèces d'animaux sur lesquels on a pu faire cette observation. »

Il dit ailleurs : « Il y a plus de filles que de garçons dans les pays où les hommes ont un grand nombre de femmes, au lieu que dans tous ceux où il n'est pas permis d'en avoir plus d'une, le mâle conserve et réalise sa supériorité en produisant en effet plus de mâles que de femelles. »

Il dit enfin : « Le nombre des mâles, qui est déjà plus grand que celui des femelles dans les espèces pures, est encore bien plus grand dans les espèces mixtes. »

M. Bellingeri ne s'est point occupé de cette troisième loi de Buffon, relative à l'influence du mélange des espèces; quant aux deux premières, l'auteur du travail que nous analysons les soumet à un nouvel examen.

La table de fécondité de M. Bellingeri se partage en treize colonnes, donnant 1° le nom de l'animal; 2° l'époque de la fécondité pour chaque sexe; 3° la durée de la gestation; 4° le nombre des petits pour chaque portée; 5° le nombre annuel des portées; 6° l'époque où la fécondité cesse pour chaque sexe; 7° la durée de la vie de l'animal; 8° l'époque de l'année où il entre en chaleur et celle où il met bas; 9° le nombre et la position des mamelles; 10° le régime ou le genre de nourriture; 11° l'état de monogamie ou de polygamie; 12° la patrie; 13° l'habitation.

Comparée à celle de Buffon, cette table offre 188 espèces au lieu de 60 environ, et comprend sept élémens de plus, savoir : la durée de la vie totale, l'époque du rut et celle de la parturition, le nombre et la position des mamelles, la nourriture, l'état conjugal, la patrie et l'habitation. Or, pour la solution du double problème que s'était proposé M. Bellingeri, déterminer, d'une part, le degré; et, de l'autre, les causes de l'inégale fécondité dans les mammifères, il est évident que chacun de ces élémens devait être pris en considération, et qu'ils devaient tous être rapprochés, réunis sous un même point de vue.

Ainsi, connaître le nombre des petits par portée est une chose, comme nous avons vu, qui ne suffit pas, puisqu'un animal regagne parfois, par le nombre des portées, l'avantage qu'il perd par chaque portée prise à part. Il faut aussi connaître la gestation; car une longue gestation implique une seule portée par année, et une courte gestation plusieurs portées. Il faut connaître la durée de la vie de l'animal; car plus la vie totale est longue, plus à proportion la période de fécondité l'est aussi.

Le nombre des mamelles est une donnée qui ne doit pas être plus omise; car il y a presque toujours un certain rapport entre le nombre des petits et celui des mamelles. Il est évident qu'il faut connaître l'époque du rut si l'on veut juger de l'influence des saisons sur la fécondité; la nourriture, si l'on veut juger de l'influence du régime; l'état conjugal, si l'on veut juger de l'influence de la monogamie et de la polygamie; la patrie, si l'on veut juger de l'influence du climat; et l'habitation, si l'on veut juger de l'influence des circonstances locales.

Dans la préface de sa table, M. Bellingeri dit que le principal objet qu'il ait eu en vue, en la composant, est de la faire servir de base à la démonstration de cette proposition, savoir : que la fécondité est sous la dépendance d'une partie donnée de l'encéphale; mais il ne dit point quelle est cette partie. Nous n'avons par conséquent, dit le rapporteur, qu'à nous prononcer sur la table même, et nous nous plaisons à le dire, soit par la disposition méthodique de l'ensemble, soit par la savante exactitude des détails, ce travail est un des plus importans et des plus utiles en ce genre que l'on ait encore.

Nous passerons maintenant au mémoire sur les proportions des sexes dans les naissances des animaux vertébrés.

On a recueilli d'assez bonne heure que, dans l'espèce humaine, il naît plus de mâles que de femelles (le rapport est comme 17 à 16 pour l'ensemble de la France, ainsi que Buffon l'avait déjà reconnu pour certaines provinces). La même loi a-t-elle lieu pour les animaux? Buffon le pensait, comme il a été dit, en se fondant sur le résultat d'observations peut-être trop peu nombreuses. Dans ces derniers temps, M. Girou de Buzareingue a voulu remonter jusqu'à la cause qui fait prédominer un sexe sur l'autre, et cette cause, il a cru la trouver dans la vigueur relative des parens. Ainsi, des brebis très jeunes et très vieilles, unies à des béliers dans la force de l'âge, lui ont donné plus de mâles que de femelles, et dans le cas contraire, il a obtenu plus de femelles que de mâles. Cette dernière opinion n'est pas inconciliable avec l'autre; car, comme Buffon ne prend la chose qu'en général, il se pourrait bien aussi que, à tout prendre, la vigueur relative des mâles l'emportât sur la vigueur relative des femelles.

Pour M. Bellingeri, c'est une toute autre cause; c'est l'influence du régime ou du genre de la nourriture qui règle la proportion des sexes dans les naissances. Selon lui, le nombre des mâles l'emporte sur celui des femelles dans les animaux herbivores; et c'est au contraire le nombre des femelles qui l'emporte sur celui des mâles, dans les animaux carnivores.

Dans son mémoire, chacune des quatre classes des animaux vertébrés, mammifères, oiseaux, reptiles et poissons, se partage d'après le régime ou la nourriture, en quatre groupes : celui des animaux herbivores; celui des carnivores; celui des omnivores; et celui des piscivores. Ses observations se bornent à la classe des mammifères, et, dans cette classe, aux deux groupes principaux des herbivores et des carnivores. L'auteur a soumis à ses observations la brebis, la chèvre, la vache, le cerf, le cheval, le cochon d'Inde et le lapin; et, parmi les mammifères carnivores, il y a soumis l'espèce du chien et celle du chat. Voici à quels résultats il est parvenu :

Dans un troupeau de brebis de la *Mandria reale* de Chivas, il est né, du mois de novembre 1835 au mois de mars 1836, 544 agneaux, dont 309 mâles et 235 femelles.

Dans la province de Pignerolles, 318 chèvres ont produit, du 26 janvier 1837 au 22 avril de la même année, 215 mâles et 199 femelles.

De 15 vaches qui ont mis bas, on a obtenu 8 mâles et 7 femelles.

Pour l'espèce du cheval, sur 216 poulains nés à la vénerie royale du Piémont, on a eu 120 mâles et 96 femelles.

Enfin, l'espèce du cochon d'Inde a donné, sur 14 petits, 10 mâles et 4 femelles; et celle du lapin, sur 588 petits, 300 mâles et 288 femelles.

Toutes ces espèces, la brebis, la chèvre, la vache, le cheval, le cochon d'Inde, le lapin, donnent donc plus de mâles que de femelles. L'espèce du cerf donne un résultat inverse : sur 99 petits nés à la vénerie royale, on a eu 40 mâles et 59 femelles.

Le cochon, espèce à peu près omnivore, mais plus essentiellement herbivore, a donné, sur 17 petits, 14 mâles et 3 femelles.

Dans les animaux herbivores, si l'on excepte le cerf, il naît donc plus de mâles que de femelles. Le contraire a lieu dans les animaux carnivores; il y naît plus de femelles que de mâles. Et cependant, le premier exemple cité par M. Bellingeri, semble contredire cette assertion. Sur 103 petits, le chien a donné 66 mâles et 37 femelles. M. Bellingeri explique ce fait par la nourriture végétale à laquelle le chien est presque entièrement réduit dans l'état domestique. Le chat vit presque exclusivement de nourriture animale; aussi, sur 69 petits, a-t-il donné 32 mâles et 37 femelles.

Mais une autre cause vient s'ajouter à l'influence de la nourriture, et tour à tour la combattre ou la renforcer. A la vénerie du Piémont, on a obtenu pour l'espèce du cheval plus de mâles que de femelles. Les haras de Rodez, observés par M. Girou, ont produit au contraire plus de femelles que de mâles. M. Bellingeri explique la prédominance des mâles sur les femelles à la vénerie du Piémont, par l'état de polygamie très restreinte dans lequel les étalons y sont maintenus.

Le cerf est polygame et produit plus de femelles que de mâles. A côté du cerf est le chevreuil, qui est monogame, qui ne produit jamais que deux petits par portée, et qui produit toujours un mâle et une femelle, c'est-à-dire autant de mâles que de femelles.

La polyandrie a sur les femelles le même effet que la polygamie sur les mâles. Le chien est carnivore; il devrait donc donner plus de femelles que de mâles; mais, outre le régime végétal auquel le chien domestique est presque entièrement réduit, la femelle du chien vit à l'état de polyandrie, et elle donne plus de mâles que de femelles.

Cependant la polyginie, qui renverse l'ordre de production dans le cerf, en lui faisant donner plus de femelles que de mâles, n'a pas un effet aussi marqué sur tous les autres herbivores. Le bélier, le bouc, vivent à l'état de polyginie, et donnent, comme nous l'avons déjà dit, plus de mâles que de femelles.

La monogamie et la polygamie ne sont donc que deux causes accessoires et dont l'action est contraire. La monogamie renforce toujours la puissance effective du sexe qui est monogame, et la polygamie affaiblit toujours la puissance effective du sexe qui est polygame.

« La nourriture et l'état conjugal, dit en terminant le rapporteur, telles sont donc, dit M. Bellingeri, les deux causes régulatrices de la proportion des sexes, et de tous les faits sur lesquels il appuie cette opinion; nous avons tenu à ne citer ici que ceux qui lui sont propres. Sans doute ces faits sont encore trop peu nombreux; ils le sont trop peu pour la plupart des herbivores, le cochon, le cochon d'Inde, la vache, etc., trop peu surtout pour les carnivores où il n'y a que deux espèces observées, et dont l'une contredit l'autre, au moins en apparence. Mais par le soin avec lequel l'auteur a recueilli ces faits, par la bonne foi avec laquelle il les rapporte, par l'habileté rare avec laquelle il les emploie, son mémoire sur la proportion des sexes dans les naissances des animaux vertébrés forme un premier développement aussi curieux qu'important de sa table de la fécondité des mammifères, et les deux travaux méritent, sous tous les rapports, l'approbation de l'Académie. »

M. Arago, à l'occasion des remarques de Buffon sur la proportion des sexes dans les naissances, rappelle que des recherches postérieures ont fait reconnaître que la disproportion n'est pas la même pour les villes et pour les campagnes, pour les enfans légitimes et pour les enfans naturels. Cependant, pour ces deux classes d'enfans, pour les deux classes d'habitans, urbains et ruraux, les naissances féminines l'emportent encore, quoique à des degrés différens, sur les naissances masculines; mais si au lieu de prendre la France entière, on prend certaines localités, on peut trouver la proportion inverse. Buffon l'avait déjà remarqué pour une paroisse de Bourgogne où depuis nombre d'années se maintenait cette proportion anormale. On avait pensé qu'il en était de même dans les pays où la loi autorise la polygamie, et que c'était l'observation de ce fait qui avait probablement dans l'origine déterminé le législateur. Il n'était pas facile de vérifier la justesse de cette conjecture, puisque les pays où règne la polygamie ne sont guère de ceux où l'on fait des recensemens de la population. Mais depuis que les Anglais ont étendu leur domination sur quelques-uns des pays où la polygamie est en usage, de pareils recensemens ont eu lieu, et les résultats qu'ils ont donnés tendent à faire croire que la prédominance des naissances masculines est un fait général. Il faut dire toutefois que, d'après des renseignemens récens, mais qui ne portent pas jusqu'à présent un caractère suffisant d'authenticité, le contraire aurait lieu en Chine.

M. Geoffroy Saint-Hilaire croit se rappeler que la population de Naples offre aussi un excès de naissances féminines. J'ai également noté, ajoute-t-il, cette prédominance pour quelques parties de la France pendant la révolution, et je pensais que les circonstances extraordinaires dans lesquelles se trouve le pays pouvaient avoir déterminé cette interversion qui n'aurait été ainsi que passagère.

M. Isidore Geoffroy exprime le regret que l'auteur du mémoire sur la proportion des sexes dans les naissances n'ait pas fait la distinction entre les animaux à l'état de nature et ceux qui sont réduits en domesticité ou se trouvent à l'état de captivité. Pour les derniers, la prédominance des naissances mâles est incontestable, et c'est même ainsi que s'éteignent presque toujours les espèces qu'on tente de propager dans nos ménageries, parce que le nombre des mâles, augmentant progressivement dans les naissances, toujours bien moins nombreuses que dans l'état naturel, il finit par ne plus y avoir de femelles; mais pour les mêmes espèces à l'état libre, il paraît en être tout autrement; du moins, nous voyons le nombre des femelles prédominer beaucoup dans les *specimen* que nous envoient les voyageurs, et cependant les mâles, comme offrant d'une manière plus complète les caractères de l'espèce, sont ceux que recherchent de préférence les voyageurs naturalistes.

M. Flourens fait remarquer que M. Bellingeri n'a point négligé la distinc-

tion dont il vient d'être parlé, que cette distinction a été faite depuis trop longtemps pour avoir échappé à un homme aussi instruit que l'auteur du mémoire, et que s'il n'en est pas fait mention dans le rapport, c'est que les commissaires ont cru devoir, ainsi qu'ils l'ont dit formellement dans une des phrases qui précèdent les conclusions, s'attacher presque exclusivement aux choses neuves et aux résultats que M. Bellingeri a déduits des observations qui lui sont propres.

SUR LA COMPOSITION CHIMIQUE DE LA CANNE A SUCRE.

M. Péligot lit un mémoire sur ce sujet. Après avoir rappelé les recherches de Vauquelin sur un jus de canne ou *vesou*, qu'il avait fait venir en 1822 de la Martinique, et qui était arrivé trop altéré pour que l'examen auquel on le soumit dût avoir quelque importance pratique, contribuer à l'amélioration future des procédés de fabrication, M. Péligot indique les précautions qu'il a prises pour la conservation de celui qui a servi à ses recherches, et que lui a procuré M. Gradis, négociant à Bordeaux. Ce vesou, au dire de plusieurs colons à l'examen desquels il a été soumis, avait tous les caractères du vesou ordinaire. C'est un liquide trouble, d'une fluidité moyenne, contenant en suspension cette matière grisâtre globulaire qui existe dans les sucs exprimés de presque tous les végétaux, matière qui, comme on le sait, devient, en présence du sucre, un ferment, et peut transformer celui-ci en cette matière visqueuse signalée par Vauquelin. Mais dans le vesou chauffé à cent degrés, et renfermé aussitôt dans des vases bien clos, l'organisation de ce corps a été détruite, et il a perdu tout à fait leurs qualités de ferment.

La densité de ce jus a été trouvée de 108,8 (celle de l'eau étant 100), ce qui correspond à douze ou treize degrés de l'aréomètre de Beaumé. Il offre cette odeur balsamique particulière à la canne, et qui se trouve dans le sucre colonial brut; en le filtrant au moyen de papier non collé, on l'obtient limpide avec une teinte citrine très claire; il se conserve très longtemps à l'air sans altération. Evaporé à une douce chaleur après avoir été filtré, il donne un sirop qui, placé dans un air sec, fournit, au bout de quelques jours, une masse dure, cassante, incolore, et cette masse est du sucre cristallisé presque pur.

On arrive au même but, et d'une manière plus sûre encore, en évaporant ce même liquide à la température ordinaire, sous le récipient de la machine pneumatique; seulement, et c'est un fait digne d'attention, le sirop très épais qu'on obtient ne fournit plus de matière cristallisée, même au bout d'un temps assez long. L'addition d'une petite quantité d'alcool paraît nécessaire pour déterminer la cristallisation de ce sirop, laquelle alors devient complète en quelques heures. C'est à la coagulation de l'albumine végétale, qui se trouve d'ailleurs en très minime quantité dans le vesou, qu'on doit attribuer cet effet produit par la présence de l'alcool. Quant aux matières autres que le sucre existant dans le jus de canne, c'est un peu de sulfate de chaux, de potasse, de chlorures alcalins et autres sels minéraux qu'on rencontre toujours dans la sève des végétaux; ils s'élèvent à peine à 215 millièmes, tandis que le sucre y existe dans la proportion de 2 dixièmes. Il y a en outre 2 millièmes d'albumine végétale.

Le jus de la canne à sucre peut donc être considéré comme une solution à peu près pure de sucre dans quatre fois son poids d'eau. C'est là, dit M. Péligot, un résultat important; car, sans admettre, comme on le faisait autrefois, la préexistence de la mélasse ou du sucre incristallisable dans le jus de canne, on pouvait croire qu'il renfermait néanmoins, comme le jus de betterave, quelques-uns de ces corps qui, par leur présence, empêchent la cristallisation totale du sucre que la nature a déposé dans ces végétaux.

On sait que dans l'exploitation manufacturière de la canne on obtient toujours une quantité de mélasse considérable, qui s'élève au tiers ou au quart du poids du sucre brut qu'on récolte. Suivant M. Péligot, qui ne se dissimule point d'ailleurs les différences existant nécessairement entre les résultats de la pratique et ceux du laboratoire, la production de cette quantité de mélasse doit diminuer beaucoup, sinon cesser entièrement par l'usage d'appareils de ebauffage plus perfectionnés; il n'est pas douteux, en effet, que la chaleur ne soit la cause à peu près unique de cette altération du sucre, lorsque le vesou soumis au travail n'a pas d'ailleurs éprouvé un commencement de fermentation.

Un des grands écueils de la fabrication du sucre dans les colonies paraît résider dans la fermentation si rapide qu'éprouve le vesou lorsqu'il séjourne à l'air pendant quelque temps. Les expériences de M. Péligot semblent prouver que toute altération due à cette cause pourrait être prévenue si on portait rapidement à 100° le vesou.

L'emploi de la chaux pour la défécation du vesou ne peut pas, d'ailleurs, être considéré comme produisant un effet nuisible, surtout quand le vesou n'a pas fermenté. En déféquant à la manière ordinaire le vesou qu'il avait reçu, M. Péligot a obtenu aussi la totalité du sucre à l'état solide, sans la moindre quantité de mélasse; seulement le sucre est un peu plus brun que celui qu'on obtient par la simple évaporation du même liquide.

M. Péligot avait reçu, en même temps que le vesou, des cannes découpées et desséchées au four à 60°. M. Parand, pharmacien à la Martinique, qui s'était chargé de cette double préparation, avait obtenu de 24 kilog. de cannes fraîches 7 kil. 1/2 de cannes sèches. La dessiccation, d'ailleurs, n'avait pas été complète; car en les soumettant, dans une étuve, à une température de 110°, elles perdent encore 9 à 10 pour 100 d'eau. La canne à sucre fraîche contiendrait, d'après des déterminations, 28 pour 100 de matières solides sur 72 d'eau.

En traitant par l'eau chaude ou froide la canne bien desséchée, on sépare le sucre de la substance insoluble du ligneux; on trouve ainsi que la canne sèche renferme 35,3 pour 100 de ligneux et 64,7 de matières solubles dans l'eau, lesquelles, d'après ce qui a été dit plus haut, consistent presque uniquement en sucre cristallisable.

L'extraction de la partie soluble des cannes desséchées n'est point d'ailleurs sans difficultés; la quantité considérable de matière ligneuse que renferme cette plante, sa texture fibreuse et entrecroisée s'opposent à l'efficacité d'un simple lavage à l'eau; ce liquide pénètre bien, à la vérité, le tissu spongieux de la canne, mais sans pouvoir en sortir ensuite autrement que par des moyens mécaniques assez puissans. De plus, le sucre qui existe dans la canne desséchée paraît avoir été altéré par la dessiccation elle-même. Le sucre cristallise beaucoup plus difficilement que celui qui se trouve dans le vesou. Ainsi ceux qui ont parlé de faire venir des colonies, au lieu de sucre, des cannes sèches, lesquelles, étant lavées en France, fourniraient en même temps le sucre qu'elles renferment et leur charpente ligneuse pour combustible; ceux-là, dis-je, s'ils en viennent à réaliser cette spéculation, finiront vraisemblablement par la trouver ruineuse.

Des données que nous venons de présenter, on peut déduire facilement le rapport des trois produits principaux qui constituent la canne. On trouve qu'elle renferme :

Eau	72,1
Sucre	18,0
Ligneux	9,9
	100,0

La canne à sucre contient donc en théorie 90 pour 100 de vesou; mais son écrasement est tellement difficile, son tissu est tellement spongieux, qu'elle n'en fournit en moyenne à la Martinique que 50 pour 100. Il est évident, d'ailleurs, qu'avec des machines perfectionnées et le lavage des bagasses, on pourra arriver à un rendement bien supérieur.

M. Nestor Urbain lit un mémoire sur l'usage des tables de mortalité dans la pratique des assurances et sur la manière de les calculer.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 10 SEPTEMBRE.

CORRESPONDANCE.

La correspondance renferme : 1° Diverses lettres relatives aux vaccinations (renvoyées à la commission de vaccine ; 2° une lettre du ministre, qui demande un rapport sur l'utilité des eaux de Vichy pour la goutte; 3° une lettre de M. Guibert, qui annonce avoir trouvé une inflammation des nerfs bronchiques dans la coqueluche (commissaire, M. Roche); 4° une note de M. Bouchardat sur le quinquina gris, avec envoi d'un échantillon (commissaires, MM. Pelletier et Caventou); 5° l'observation d'un calcul biliaire volumineux, rendu chez une femme par l'anus (commissaire, M. Bouillaud.)

FIÈVRE JAUNE.

A l'occasion du procès-verbal, MM. Chervin et Gérardin reviennent sur la discussion entamée dans la dernière séance au sujet de la nature de la fièvre jaune.

M. CHERVIN justifie M. Thomas, membre correspondant de l'Académie, du reproche qui lui a été adressé d'avoir confondu des fièvres intermittentes et rémittentes avec la fièvre jaune; il reproduit et développe à ce sujet l'opinion qu'il exposait dans la précédente séance.

M. GERARDIN, à l'occasion du mémoire de M. Alpben, donne des détails observés par ce médecin à la Nouvelle-Orléans. C'étaient, suivant lui, des fièvres intermittentes graves auxquelles on eut affaire : aussi le sulfate de quinine réussit-il. M. Alphen en attribue le succès à la nature de la maladie. M. Gérardin est de cette opinion.

M. CHERVIN regarde les symptômes décrits par M. Alphen comme appartenant à la fièvre jaune. Le ralentissement du pouls a été observé par tous les auteurs; la stupeur, le froid de la peau peuvent se rencontrer. Je persiste, dit M. Chervin, dans ma première opinion, que j'appuie sur les faits.

LUXATION CONGÉNITALE DU FÉMUR.

M. GERDY fait un rapport 1° sur deux mémoires de M. Pravaz, relatifs à l'étiologie et au traitement de la luxation congénitale du fémur; 2° sur une note, de M. Bouvier à ce sujet; 3° sur une réclamation de M. Humbert sur le même sujet.

M. le rapporteur présente, dans des considérations préliminaires, l'état actuel de la science sur les luxations congénitales du fémur. Il passe en revue les points historiques qui se rattachent à cette importante question, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours; décrit ensuite les lésions anatomiques si nombreuses et si variées qui se rattachent à la lésion primitive, traite des causes de la marche de la maladie, et arrive à l'analyse du mémoire de M. Pravaz.

Le jeune enfant que M. Pravaz a présenté à l'Académie, et qui fut vu d'abord par plusieurs médecins de Lyon, M. Richard, ancien chirurgien en chef de la Charité, M. Nichet, chirurgien actuel, et M. Polinière, qui a fait à la société de médecine de Lyon un savant rapport sur ce fait, a été guéri après sept mois de traitement. La cuisse du côté malade est devenue plus longue qu'elle n'était, et les diverses explorations auxquelles M. le rapporteur s'est livré ne lui permettent pas de mettre en doute la rentrée de la tête dans sa cavité. Le peu de profondeur de celle-ci explique l'alongement du membre.

Partant peut-être d'opinions préconçues, dit M. le rapporteur, M. Bouvier a nié que la réduction fût complète; il a trouvé un raccourcissement au lieu de cet alongement que je viens de signaler. Je ne saurais partager son opinion.

Vu l'heure avancée (il est cinq heures et quart), la lecture de ce rapport sera achevée dans la prochaine séance.

ADDITION A LA SÉANCE DU 3 SEPTEMBRE.

A MONSIEUR LE PRÉSIDENT DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

Monsieur,

L'Académie n'apprendra pas sans intérêt ce qu'est devenu M. D., cet ancien officier dont je lui ai communiqué l'observation le 26 mars dernier.

M. D. était aliéné depuis le commencement de l'année 1824; il avait été placé successivement à Charenton, à Saint-Yon et à Bicêtre; sa maladie, qui s'était agravée d'année en année, sans avoir jamais présenté aucune rémission, le rendait un des hommes les plus bizarrement stupides qu'il y eût à Bicêtre et durait depuis près de quinze ans, lorsque j'ai entrepris de le soumettre à un traitement moral énergique, et suivi avec une persévérance opiniâtre.

L'observation que j'ai lue à l'Académie contient les détails les plus circonstanciés sur les moyens que j'ai employés pour le guérir; elle fait connaître le résultat auquel j'étais arrivé après huit mois de traitement. Aujourd'hui j'ai la satisfaction d'annoncer à l'Académie que M. D. jouit de toute l'intégrité de son esprit; qu'il a composé, sans recourir à aucun livre et presque sans faire de rature, une comédie en un acte et trois contes, opuscules dont la lecture n'est pas sans intérêt; qu'il occupe un emploi de commis dans une fabrique de toiles peintes où l'on n'a qu'à se louer de son activité et de son intelligence; et que cet emploi lui fournit de quoi subvenir à tous ses besoins.

Je désire que MM. les commissaires nommés pour examiner mon mémoire veuillent bien lire les compositions de M. D. et prendre dans la fabrique où il est employé tous les renseignemens dont ils croiront avoir besoin. C'est le moyen d'apprécier la valeur du traitement moral tel que je l'ai proposé et de juger s'il est ou non supérieur au traitement médical ordinairement usité en pareil cas.

Parmi les aliénés dont j'ai récemment publié l'observation, il s'en trouve plusieurs que je n'ai pu traiter d'une manière aussi complète que je l'aurais voulu, et dont, pour cette cause, la guérison n'a pas été entière. Quant à M. D., il n'en a pas été ainsi; lorsque le séjour de Bicêtre ne lui a plus été nécessaire, je l'en ai fait sortir, et depuis je n'ai pas été un instant sans le diriger. J'ai été son médecin et son instituteur; j'ai exercé sur lui l'autorité d'un père, et cette triple qualité m'a mis à même d'achever sa guérison.

La longueur et la difficulté du traitement employé à l'égard de M. D. ne s'opposeront-elles pas à ce que l'on y ait recours dans des cas analogues au sien, et le fait de sa guérison restera-t-il sans résultat pour la science? Non, assurément. Tous les aliénés ne sont ni aussi gravement atteints, ni aussi anciennement malades que l'était M. D., et ne résisteront par conséquent pas aussi longtemps que l'a fait cet officier à l'ascendant que le médecin voudra prendre sur eux.

Le médecin, chargé de traiter un aliéné, peut-il se permettre d'user de contrainte envers son malade, s'il est reconnu que ce moyen employé avec discernement soit le seul qui présente quelque chance de succès? A mon avis, le médecin qui, le cas échéant, craignant de recourir à la contrainte et même à la douleur, se bornerait à des conseils et à des paroles bienveillantes, ressemblerait au chirurgien qui, pour guérir un membre frappé de gangrène, au lieu de pratiquer une amputation devenue indispensable, se bornerait à des lotions émollientes et à des cataplasmes. Dans le choix des agens thérapeutiques, on ne se laisse pas guider par le dégoût qu'ils inspirent ou par la douleur qu'ils occasionnent, mais par leur mode d'action sur la maladie qu'il s'agit de combattre. Or, pour combattre la folie, quand il faut appeler à mon aide une douleur physique ou une douleur morale, je n'hésite pas à la provoquer, et c'est ce que j'ai fait à l'égard de M. D.

La folie attribuée à une lésion physique et *toujours visible* du cerveau, par un grand nombre de praticiens modernes, est généralement combattue par des moyens physiques. Les guérisons obtenues à l'aide d'un traitement purement moral sont de nature à renverser, sur ce point, les déductions tirées de l'anatomie pathologique et feront sentir la nécessité pour les médecins qui se livrent au traitement des maladies mentales, de s'occuper d'une manière plus attentive que la plupart d'entre eux ne l'ont fait jusqu'ici du moral de l'homme et des différens modes d'aberration de ses passions et de ses idées.

Mais je me propose de développer ailleurs ces considérations; ici, je dois seulement les indiquer; je termine donc, et je vous prie, M. le président, après avoir donné lecture de ma letre à l'Académie, de vouloir bien charger MM. les commissaires à l'examen desquels mon dernier mémoire a été renvoyé, de constater l'état actuel de M. D., de lire ses écrits et d'en rendre compte à l'Académie.

J'ai l'honneur, etc.

LEURET.

BIBLIOGRAPHIE.

HISTOIRE MÉDICALE GÉNÉRALE ET PARTICULIÈRE DES MALADIES ÉPIDÉMIQUES, CONTAGIEUSES ET ÉPIZOOTIQUES QUI ONT RÉGNÉ EN EUROPE DEPUIS LE TEMPS LE PLUS RECULÉ JUSQU'A NOS JOURS; par J.-A.-F. OZANAM, ex-doyen des médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Seconde édition revue, corrigée et considérablement augmentée; 4 vol. in-8. Paris, chez Béchet jeune, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

La science du médecin n'embrasse pas seulement les cas qui se présentent journellement dans la pratique, elle doit s'étendre à ces groupes de faits pathologiques désignés sous le nom d'épidémies, qui ne se rencontrent que rarement, dont plusieurs même ne se reproduiront probablement plus, et qui jusqu'à présent ne sont liés ni entre eux ni avec les faits d'une observation journalière par aucune idée systématique qui puisse en faciliter l'intelligence et le souvenir; nous retrouvons, il est vrai, dans les maladies épidémiques les mêmes élémens appréciables que dans les maladies sporadiques; ce sont les mêmes organes malades et à peu près les mêmes symptômes, mais disposés dans des combinaisons et soumis à des influences différentes, et qui supposent des différences complètes dans la nature des maladies qui en résultent; dans les causes qui les produisent et dans la médication qui leur convient. Le médecin qui confondrait la grippe avec le catarrhe pulmonaire aigu, parce qu'il y a dans les deux cas de la toux et du râle muqueux, ou qui considérerait une métro-péritonite survenue sous l'influence d'une épidémie de fièvre puerpérale très prononcée comme une phlegmasie simple, confondrait certainement des choses très différentes. De là la nécessité pour l'homme de l'art de faire une étude spéciale des maladies épidémiques, nécessité qui serait généralement sentie si nous pouvions attribuer seulement à la juste appréciation de ce besoin les nombreux écrits auxquels a donné lieu l'invasion du choléra en Europe.

Mais s'il est important d'étudier les maladies épidémiques comparativement avec les affections sporadiques et endémiques, il ne l'est pas moins de les étudier à part afin de chercher à reconnaître les lois auxquelles elles obéissent dans leur marche et leur développement, et de constater, autant que le permettent les documens imparfaits que les siècles précédens nous ont légués, les points d'analogie ou de différence qui existent entre elles. C'est ce qu'a fait M. Ozanam dans l'ouvrage que nous avons en ce moment sous les yeux, et dont nous allons chercher à faire connaître l'importance dans l'impossibilité où nous sommes d'en faire une analyse exacte.

L'histoire des maladies épidémiques est divisée en deux parties, dont la première contient les généralités qui concernent ces maladies; c'est la pathologie générale des épidémie; tandis que dans le seconde, nous trouvons la description de toutes les épidémies dont le souvenir a été conservé. Suivons d'abord l'auteur dans les considérations générales qu'il présente sur l'épidémie et la contagion.

L'étude des maladies épidémiques est l'une des parties des sciences médicales qui ont fait le moins de progrès de nos jours, et nous sommes encore dans une ignorance presque complète sur les causes qui leur donnent naissance et sur leur mode d'action et de propagation. Les épidémies observées depuis quelques années laissent, si on le veut, peu à désirer, dans l'état actuel de la science, sous le rapport de la symptomatologie et de l'anatomie pathologique; mais nous ne savons rien encore sur les circonstances qui constituent l'épidémie.

Ce n'est pas cependant qu'on ne se soit point occupé de ces recherches: de tout temps on a beaucoup disserté sur l'origine et les causes des épidémies; mais l'histoire de ces recherches ne serait presque qu'une série non interrompue d'erreurs. Si, aujourd'hui, nous ne confondons plus avec les anciens les maladies épidémiques et les malodies contagieuses, nous ne sommes pas, on le sait, toujours habiles à distinguer celles qui sont contagieuses de celles qui ne le sont pas. Sommes-nous beaucoup plus avancés qu'on ne l'était du temps d'Hippocrate sur l'influence qu'exerce le fluide atmosphérique sur les épidémies, malgré les progrès immenses que les sciences physico-chimiques ont faits depuis cette époque reculée? Combien n'y a-t-il pas, nous ne dirons pas de gens du monde, mais même de médecins, qui prétendent expliquer, par les variations du baromètre et du thermomètre, l'origine et les oscillations des maladies épidémiques! Cette erreur n'est pas nouvelle; elle remonte à l'origine de la médecine, et a trompé les hommes les plus habiles de tous les temps, Sydenham avoue

ingénuement qu'il s'est appliqué nombre d'années à noter avec grand soin la température des saisons et les variations de l'air pour parvenir à expliquer la cause de tant de maladies épidémiques, mais qu'il y a perdu son temps et son travail.

Van Swieten ne fut pas plus heureux; vainement nota-t-il deux ans de suite, trois fois par jour, la hauteur du baromètre et du thermomètre, la direction et la force des vents, la quantité d'eau tombée, les variations atmosphériques, les phénomènes physiques, les maladies dominantes, le nombre des malades et des morts : *Inde circa morborum epidemicorum originem doctior non evaserim*, dit-il à la fin de cette remarque.

Ramazzini et bien d'autres qui se sont livrés sérieusement aux mêmes recherches ont éprouvé le même désappointement. « Nous-même, dit M. Ozanam, avons noté avec l'attention la plus scrupuleuse et la plus suivie, pendant huit ans, les variations de la température, les hauteurs du baromètre et du thermomètre, le rapport des saisons entre elles, leurs influences réciproques, et nous confessons ingénuement que nous n'avons pu parvenir encore à fixer, d'une manière exacte, le pouvoir et les effets de cette influence; il existe tant d'anomalies dans l'état physique des saisons des différentes années, que toutes combinaisons, tous rapprochemens, toutes confrontations deviennent bien difficiles. » Qui ne sait combien de fois ont été trompés pendant les ravages du choléra parmi nous les médecins qui attendaient d'un changement dans la température ou l'état atmosphérique de l'air une diminution dans l'intensité de la maladie; une maladie qui, comme le choléra, a parcouru la plus grande partie du globe sans distinction de saisons ni de température, n'a pu être produite et ne peut être influencée d'une manière notable par les variations des températures de l'atmosphère. Tout en avançant que la cause de la plupart des maladies épidémiques ne peut être dans une modification des propriétés connues de l'air ou de quelqu'un de ses élémens communs, nous ne prétendons pas nier qu'elle ait quelque rapport avec l'air atmosphérique soit comme moyen de transport soit par quelque propriété inconnue, soit de toute autre manière.

Il n'est pas probable, au reste, que toutes les épidémies aient trouvé naissance dans le même ordre de causes; ainsi on ne doit pas confondre les constitutions épidémiques qui paraissent réellement dépendre des conditions atmosphériques, bien qu'on n'ait pu jusqu'ici préciser exactement ces conditions, avec ces grandes épidémies qui envahissent successivement le globe entier, ou au moins une grande partie du globe, ni même avec ces maladies épidémiques qui se répandent sur un moins vaste théâtre que les précédentes, mais qui diffèrent également des constitutions épidémiques, en ce que dans les vraies épidémies la maladie se montre toujours sous les mêmes formes, bien qu'à des degrés différens d'intensité, tandis que dans les constitutions épidémiques ce sont des maladies différentes qui offrent toutes une même nuance, un même cachet.

Quelques auteurs et M. Ozanam avec eux admettent que les constitutions épidémiques peuvent se prolonger beaucoup au-delà de la saison qui leur a donné naissance; c'est ainsi qu'il y a plusieurs années, si nous en croyons quelques médecins qui avaient observé la fin du siècle dernier, nous étions sous l'influence d'une constitution épidémique inflammatoire très prononcée, qui avait pris la place des constitutions bilieuse et muqueuse qui existaient auparavant; quoi qu'il en soit de cette explication qui n'était peut être qu'une manière assez habile de rejeter sur les constitutions épidémiques le blâme d'ignorance que la nouvelle école armée de toute la fantasmagorie des lésions anatomiques nouvellement étudiées déversait largement sur celle qui l'avait précédée. Ces constitutions épidémiques prolongées, si elles existent, ne peuvent pas plus que les constitutions saisonnières être confondues avec les véritables épidémies.

M. Ozanam présente sur cette question mystérieuse quelques considérations qui nous ont paru à la fois neuves et intéressantes; mais nous regrettons qu'il se soit borné à signaler le rapprochement suivant sans en indiquer les conséquences. Après avoir rappelé que tous les grands mouvemens des phénomènes physiques de l'univers, tels que celui de la lune et des autres constellations, le flux et le reflux de la mer, se font de l'Orient à l'Occident; que le genre humain, d'après toutes les traditions, prit naissance en Orient, d'où il se répandit graduellement et par des irruptions successives presque constamment dirigées de l'Orient à l'Occident, après avoir rappelé que toutes les religions ont suivi la même marche, la même direction, dit-il, s'observe à l'égard des épidémies; ainsi la petite rougeole, la variole, la lèpre, nous furent apportées de la Turquie et de la Syrie par les Maures et les Juifs chassés par les califes et les croisés. La peste noire du quatrième siècle prit naissance au Kataï en Chine, et vint terminer ses ravages et son existence sur les rivages de l'Océan. Les épidémies catarrhales de 1239, 1311, 1323, 1400, 1427, 1557, 1580 et plusieurs autres qu'on appela : *la russe*, *la moscovite*, *l'influenza*, *la dando*, *la coquette*, etc., sont toutes venues du nord-est de l'Europe et ont expiré sur les bords de l'Océan atlantique. Le *typhus* est venu de la Hongrie au seizième siècle, on l'appela fièvre hongroise; enfin le choléra nous est arrivé des extrémités orientales de la Chine et de l'Inde. Nous pourrions citer aussi de nombreuses épizooties et notamment celle de 1814, qui ont suivi la même marche. Pourquoi M. Ozanam s'est-il contenté de signaler le point de départ des maladies épidémiques les plus graves et de faire remarquer dans les mêmes lieux l'origine probable de l'espèce humaine et des nombreuses peuplades qui ont successivement envahi la plus grande partie de ce globe? Pourquoi n'a-t-il pas cherché à soulever le voile mystérieux qui cache la cause de cette fécondité prodigieuse de l'Orient? Aurait-il vu quelque rapprochement possible entre la force qui donne au dernier être vivant qu'elle a produit sur notre globe des qualités si supérieures et la cause de ces épidémies désastreuses qui, parties des mêmes régions, ont tant de fois porté la souffrance et la mort jusqu'aux populations les plus éloignées? Les anciens auraient vu dans ce rapprochement une nouvelle preuve de la lutte du génie du mal contre le génie du bien; pour nous, nous n'y trouvons qu'un mystère comme nous en trouvons à chaque page toutes les fois que nous cherchons à remonter à l'étude des causes.

Nous ne sommes pas beaucoup plus avancés dans la connaissance des maladies contagieuses; l'origine animale des contages et leur mode de développement, leur nature et leurs propriétés, enfin leur mode de communication fournissent à M. Ozanam autant de paragraphes où ces questions sont discutées avec tous les développemens désirables, mais où, ainsi le veut l'état actuel de la science, on trouve beaucoup plus de problèmes à résoudre que de questions définitivement arrêtées; nous regrettons de ne pouvoir analyser le paragraphe où l'auteur établit le parallèle entre l'épidémie et la contagion; discussion d'une haute importance, puisqu'elle se lie à l'intérêt pratique de la science et aux plus hautes questions d'économie commerciale et politique; mais nous sommes obligés de renvoyer à l'ouvrage pour ce paragraphe qui, au reste, est traité d'une manière tout à-fait aphorétique.

Nous en ferons autant pour la seconde partie tout entière. Comment en effet pourrions-nous espérer de suivre l'auteur dans l'historique des nombreuses épidémies dont la science a conservé le souvenir, dans la recherche de leurs causes, dans l'énumération de leurs symptômes, dans la description des nombreuses variétés que quelques-unes d'entre elles ont offertes, dans l'indication de leurs différentes apparitions, enfin dans toutes les parties du grand tableau des misères humaines que l'auteur déroule à nos yeux? L'ouvrage de M. Ozanam est du nombre de ceux qui ne doivent ni ne peuvent être analysés; c'est seulement en le parcourant et le lisant qu'on peut s'approprier les immenses richesses qu'il contient et à l'acquisition desquelles une vie longue et laborieuse semble avec peine avoir pu suffire.

A une époque où l'on attache quelque importance au vrai savoir, la seconde édition de l'histoire des maladies épidémiques est appelée à un succès assuré. Ce n'est pas cependant que nous n'ayons trouvé quelques points qui prêteraient à la critique; quelques répétitions, des omissions en général peu importantes, quelques incorrections de style; mais que sont dans un ouvrage d'une aussi longue élaboration ces taches légères que nous n'indiquons que pour satisfaire à tous les devoirs que nous impose notre rôle de critique. L'ouvrage de M. Ozanam n'en est pas moins une source féconde d'instruction et d'érudition, et mérite encore sous ce rapport de fixer l'attention non seulement des hommes désireux d'un savoir réel, mais aussi de ceux qui veulent acquérir de l'érudition sans peine et sans travail.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — CLINIQUE CHIRURGICALE PENDANT LES VACANCES.

M. Malgaigne, chargé, par intérim, du service de M. Gerdy, a commencé des leçons cliniques qu'il continuera pendant les vacances, les lundis, mercredis et vendredis, à 9 heures. Consultation les mardis, jeudis et samedis. M. Malgaigne a appliqué, dimanche dernier 8 septembre, à la Charité, sa double griffe d'acier, sur un sujet atteint d'une fracture de la rotule. Les fragmens ont été ramenés au contact parfait, et jusqu'à présent le malade se porte à merveille et mange la portion entière. Nous rendrons compte des suites de cette opération.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 38. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 21 SEPTEMBRE 1839.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, prés de l'Odéon, et dans les Départemens, chés tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier octobre. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE EXTERNE.

MÉMOIRE SUR LES FRACTURES DU FÉMUR ET DU COL DE L'HUMÉRUS, AVEC DES RECHERCHES SUR LES DÉPLACEMENS QUE PRODUISENT DANS CES FRACTURES LES MOUVEMENS DES ARTICULATIONS; par M. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 17 et 24 août et 14 septembre.)

DES FRACTURES DU COL DU FÉMUR.

En traitant des fractures du col du fémur, j'examinai les mêmes questions qu'en traitant des fractures du corps de cet os.

DÉPLACEMENS DANS LES FRACTURES DU COL DU FÉMUR.

Lorsque le col du fémur est fracturé, le fragment inférieur remonte vers l'os des îles, comme le prouve le raccourcissement du membre; il éprouve un mouvement de rotation en dehors, ce qui ne souffre que de très rares exceptions; enfin sa partie supérieure, entraînée sans doute par le poids de la cuisse, se porte en arrière. MM. Boyer et Vidal de Cassis

Feuilleton.

DE LA MORTALITÉ ET DE LA FOLIE DANS LE RÉGIME PÉNITENTIAIRE.

Si la civilisation est en grande partie le résultat des sciences d'application dont elle résume le progrès et l'efficacité sociale, elle réagit à son tour sur leur développement, et leur suscite des problèmes nouveaux. Plus elles travaillent au perfectionnement de la société, plus s'élargit la sphère de leurs méditations. La plupart des réformes qui pendent dans l'avenir sont autant de questions de science que d'économie politique, ou plutôt celle-ci attend, pour les rejeter ou pour les adopter, la solution péremptoire qui doit sortir de l'examen scientifique de leurs conditions. La philantropie, visitant les prisons, instituant de salutaires essais de réforme à travers bagnes et cachots, a donné naissance à l'hygiène pénitentiaire, et voilà que le mouvement qu'elle a provoqué reste subordonné à cette science à peine ébauchée; voilà que cette nouvelle spécialité de l'hygiène est mise en demeure de prononcer sur des questions importantes, de combattre le doute qui s'attaque aux résultats du système américain, de prêter aide et renfort d'argumens aux zélateurs de l'ancien et ou du nouvel ordre de choses pénitentiaires. MM. Coindet et Gosse, de Genève, ont les premiers usé des armes que leur prêtait la médecine pour attaquer le système de la séparation individuelle des prisonniers, et leurs recherches, fondées sans doute sur des données contestables, commencées peut-être et poursuivies sous l'influence d'une opinion préconçue, ont fourni néanmoins à l'hygiène des prisons ses premiers élémens. Aujourd'hui, l'un des partisans les plus intelligens du système de Philadelphie, M. Moreau-Christophe, s'adresse également à la médecine, et lui emprunte des moyens de réfutation contre les assertions des médecins genevois. Ceux-ci avaient reproché au nouveau régime pénitentiaire de contribuer à l'accroissement de la mortalité parmi les prisonniers, et de faciliter la production de la folie; ils se sont aidés de leurs propres observations faites dans les pénitenciers de Genève et de Lausanne, aussi bien que des documens statistiques publiés en Angleterre et en Amérique; M. Coindet, dans une brochure dont nous avons rendu compte, a fortement insisté sur la proportion croissante des cas d'aliénation en raison de la durée de l'isolement; il a signalé, avec l'autorité de l'analyse physiologique, les effets fâcheux du silence prolongé sur les organes de la respiration et de la digestion. M. Gosse, qui a fait porter ses investigations sur une plus grande échelle, a été frappé de la grande proportion d'aliénations mentales qui se développent à Cherry-Hill, et malgré le résultat contradictoire de l'enquête instituée par le sénat, il considère l'isolement comme une cause bien réelle de folie, le déclare propre à prolonger ou à aggraver cette affection. On comprend que si les faits annoncés par ces deux médecins avaient échappé à la controverse, ou avaient trouvé leur confirmation dans une statistique étendue et détaillée, ils auraient excité de légitimes préventions contre le nouveau mode de correction pénale, et compromis la réforme qui tend à s'opérer chez nous, poussée par des mains

ont signalé ce déplacement. Je me suis assuré sur le vivant que le grand trochanter dans les fractures du col est toujours plus en arrière que dans l'état normal, et que cette position n'est pas due seulement à la rotation du membre en dehors, mais au transport en arrière de la portion trochantérienne du fémur. Cette portion conserve en partie cette situation en arrière de la cuisse, après que l'on a fait cesser le mouvement de rotation.

Les pièces d'anatomie pathologique démontrent que le fragment supérieur prend une direction horizontale et qu'il repousse le grand trochanter en dehors; la saillie que cette éminence osseuse fait au côté externe du bassin, après que l'on a ramené la pointe du pied en devant, montre combien M. Guyot était dans l'erreur lorsqu'il proposait de rejeter le fragment inférieur plus en dehors de l'axe du tronc qu'il ne l'est après la fracture.

DES INDICATIONS A REMPLIR DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU COL DU FÉMUR.

Il résulte de la connaissance des déplacemens qui suivent les fractures du col, que pour les réduire il faut:

1° Faire cesser le chevauchement en tirant en bas le fragment inférieur;

2° Ramener la pointe du pied en avant;

3° Reporter vers la partie antérieure la portion trochantérienne du fémur qui s'est déjetée en arrière.

Les appareils qui sont destinés à maintenir cette réduction doivent continuer à produire les mêmes effets que les moyens qui ont remis les os dans leur position normale; de plus ils doivent assurer l'immobilité la plus parfaite entre les fragmens lors même que le bassin est soulevé.

Les appareils connus et destinés aux fractures du col du fémur ne remplissent pas toutes les conditions qu'exige le traitement rationnel de ces fractures.

Les appareils dans lesquels le membre est étendu, les seuls que j'examine (voyez la partie de ce mémoire consacrée à l'examen de la position demi-fléchie) se bornent en général comme ceux de Desault, Boyer, Hagedorn, à prévenir la rotation en dehors et à tirer le fragment inférieur en bas; ils ne repoussent point en avant la partie trochantérienne du fragment inférieur.

L'attelle postérieure peut, à l'aide d'un coussin placé entre elle et le membre, remplir cette dernière indication; onpeut même, en combinant les attelles latérales à l'attelle postérieure, prévenir la rotation en dehors, du bassin, à les fixer autour de celui-ci par un bandage de corps, on fait toujours mouvoir les fragmens. Lorsqu'on soulève le tronc pour permettre au malade d'aller à la selle, si l'on borne ce soulèvement à l'une des moitiés du corps, en l'inclinant d'un côté ou de l'autre, on voit toujours l'appareil pesant qui entoure le membre fracturé ne point s'incliner dans le même sens; ce qui suppose un mouvement dans la cavité cotyloïde du côté malade et sans doute aussi dans la fracture. Si le corps est soulevé directement et en totalité, il prend cette direction oblique, qui plus que tout autre favorise le déplacement par la tendance qu'a le bassin, et par suite le fragment qui est articulé avec lui, à descendre vers les pieds où l'entraîne son poids dans cette position oblique. On pourrait prévenir ces inconvéniens en employant le lit de Jean-Louis Petit, ou les lits à fond mobile qui permettent d'enlever le malade; mais comme ces combinaisons n'ont jamais été employées dans la pratique, il reste démontré que le traitement des fractures du col tel qu'il est mis généralement en usage ne réalise point l'immobilité, condition si importante cependant pour obtenir la guérison.

C'est pour suppléer à ces inconvéniens que j'ai fait construire l'appareil décrit plus haut et qui est spécialement destiné aux fractures du col du fémur.

Les fausses articulations qu'on observe souvent à la suite des fractures du col du fémur sont dues au vice des appareils que l'on met en usage.

Il est inutile de démontrer que de toutes les fractures, celles du col du fémur sont les plus exposées à ne point se consolider, et qu'un grand nombre de malades, entre ceux qui en sont atteints, ne peuvent reprendre l'exercice de leur membre.

Ces insuccès si déplorables sont dus, suivant moi, aux vices des appareils que l'on met en usage. On ne peut les attribuer, ni à l'âge des malades, ni aux conditions anatomiques de la fracture. Sans doute le grand âge des malades qui sont ordinairement affectés de fracture du col du fémur met obstacle à la rapidité de la consolidation; mais il ne suffit point pour l'empêcher, puisque les fractures de la jambe, de l'avant-bras, de tous les os en un mot dont on peut maintenir les fragmens dans un rapport constant à l'aide des appareils connus, se consolident parfaitement chez les vieillards, quoique avec plus de lenteur que chez les jeunes gens.

Quant à l'influence des dispositions anatomiques dans lesquelles se trouvent les fragmens, elle mérite une sérieuse attention. Si les fractures du col fémoral avaient lieu chez les vieillards, comme on le croit généralement en dedans de la capsule, dans le col de l'os, la disposition anatomique du fragment supérieur expliquerait facilement le défaut de consolidation; car ce fragment, dans le cas où le périoste est déchiré, recevant à peine des vaisseaux par le ligament rond, n'ayant avec l'inférieur aucune adhérence fibreuse, ne peut se réunir avec le fragment inférieur qu'avec une extrême difficulté; mais ce n'est point au col anatomique que se font ordinairement les fractures de la partie supérieure du fémur: l'immense majorité de ses divisions s'opèrent à la base du col, à son union avec le grand trochanter; là les deux fragmens sont unis entre eux par les inégalités du tissus celluleux des os dans l'épaisseur duquel s'est faite la division, par la grande quantité du tissu fibreux qui va d'un fragment à l'autre et qui résulte de l'insertion de la capsule articulaire et de celle des muscles de la région pelvi trochantérienne. Les deux fragmens sont du reste pourvus d'un grand nombre de vaisseaux, comme le prouve la multitude d'ouvertures vasculaires dont ils sont percés; de sorte que ces fractures, à l'angle du col et du corps de l'os, sont dans les conditions anatomiques les plus favorables à la consolidation.

Il me suffit donc de démontrer que ces fractures sont presque les seules qu'on observe, pour qu'il ne reste aucun doute sur ma proposition, savoir que la non consolidation des fractures du col fémoral ne tient pas aux conditions anatomiques dans lesquelles se trouvent ces fractures. Or pour démontrer que presque toutes les fractures du col fémoral existent à l'angle du col et du corps du fémur, je me fonde sur les faits suivans, empruntés à l'anatomie pathologique et à l'observation clinique, aux expériences sur le cadavre et aux inductions déduites de la structure du fé-

---

fervenles, et copiée peut-être avec un excès de fidélité sur ce qui existe dans les Etats-Unis. D'une part, le vice de l'organisation actuelle de nos prisons est universellement reconnu; elle ne remplit pas le but que la société se propose; elle ne punit ni n'améliore les détenus; elle nuit à leur santé et détruit en eux les derniers germes de vertu et de moralité; d'autre part, le système américain est accusé d'agir d'une manière funeste sur la raison comme sur la constitution physique des prisonniers : le litige est grave; de sa solution dépendent les plus sérieux intérêts de la société; il contient un appel à la sagesse médicale; à notre science appartient le souci de la décision; à elle d'évoquer les faits allégués pour et contre, de les peser avec maturité et d'investir le législateur des lumières de son contrôle. Quel plus vaste, quel plus utile sujet de discussion pouvait échoir à l'Académie de médecine? Comment n'a-t-elle pas compris que l'initiative de cette controverse était à la fois pour elle un devoir et une fortune? Mais non, pas un médecin n'a songé à s'exercer sur cette question d'hygiène publique; c'est un homme étranger à l'art qui la prend en main et qui soumet au creuset de sa critique les documens exhibés par les médecins de Genève; et quand le mémoire de cet écrivain, œuvre de bon sens et de sévère jugement, est livré à l'appréciation de l'Académie, qu'en sort-il? un rapport étriqué, dépourvu de recherches, enrichi de conclusions à peine motivées, et dont le plus grand mérite consiste dans un néologisme (séclusion) qui ne s'ajoutera même pas au fatras de notre luxuriante synonymie. L'Académie s'est-elle enfermée dans un cercle de discussion invariable, et devons-nous la voir revenir incessamment sur les thèmes usés de la fièvre typhoïde, de la vaccine, de la fièvre jaune, des quarantaines? A moins qu'elle ne veuille s'imposer une sorte de liturgie et psalmodier perpétuellement sur les mêmes airs, on s'étonnera à juste titre qu'elle ait congédié avec de si menus frais de logique et de science un des plus intéressans problèmes d'hygiène publique qui aient sollicité la sagacité de ses membres!

M. Christophe Moreau est un des champions les plus décidés du système adopté à Cherry Hill, à Philadelphie; néanmoins il n'entend pas l'appliquer à notre pays, tel qu'il subsiste en Amérique; il a exposé, dans une autre publication (lettre à M. Ramon de la Sagra, député aux cortès), les changemens qu'il croit nécessaire d'y introduire; mais sa conception, qu'il édite sous le nom de *système français*, repose, comme l'institution américaine, sur le principe de la séparation absolue des individus. Chargé par le ministre de l'intérieur d'une mission exploratrice des prisons étrangères, il a vu fonctionner tous les systèmes contraires en Angleterre, en Hollande, en Allemagne, etc. Et toutes les observations auxquelles il s'est livré à travers une grande partie de l'Europe n'ont fait qu'enfoncer dans sa conviction la nécessité de l'isolement individuel. Hors de là, corruption collective, quoi qu'on fasse; dans le système d'Auburn, la discipline du silence dans les réunions des détenus est une discipline impuissante, mensongère; les yeux parlent, les attitudes, les mouvemens, les contractions les plus fugitives des muscles du visage servent à l'échange des pensées criminelles; il suffit de mettre en présence tous ces hommes élevés dans le vice et liés entre eux par la parenté du crime et de l'infamie, pour que la contagion morale se développe et circule des plus dépravés aux moins corrompus; il n'est mesure ni châtiment qui puisse empêcher le commerce de toutes ces pensées mauvaises qui fermente sous l'apparente impassibilité du silence, et une sorte d'électricité maléficiante s'exhale de chaque poitrine et se mêle à l'air qu'ils respirent. Les liaisons qui se forment entre prisonniers, les simples connaissances

ment et du mode suivant lequel agissent les forces qui le fracturent à son col.

1° A L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

M. Jésiersky a rassemblé dans sa thèse tous les dessins déjà publiés sur les fractures du col du fémur, et tous ceux dont il a recueilli les pièces dans les autopsies à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Sur 7 cas qu'il a fait lithographier, 7 appartiennent aux fractures à la base du col, en dehors de la capsule, dans le tissu celluleux qui se trouve à l'union du col et du corps du fémur. Dans tous, la base du col est entourée par la partie trochantérienne du fémur, le grand trochanter est détaché, et, dans quelques-uns, le petit trochanter est fracturé lui-même.

Les pièces de cette nature, dont plusieurs sont à ma disposition, sont les seules que j'ai rencontrés. J'en ai trouvé deux nouvelles depuis la publication de la thèse de M. Jésiersky (THÈSES DE MONTPELLIER).

Je sais qu'on peut opposer à ces faits les pièces anatomiques dont on trouve la description dans un grand nombre d'auteurs, et en particulier dans le traité de M. A. Cooper, et que l'on considère comme se rapportant à des fractures du col anatomique; mais l'on doit remarquer que presque toutes ces pièces appartiennent à des fractures anciennes, que le col est absorbé, et que cette disparition du col pouvant survenir aussi bien après une fracture de l'angle du fémur, qu'après celle de son col anatomique, on ne peut déterminer, en les examinant, quel était le siége primitif de la fracture.

2° A L'OBSERVATION CLINIQUE.

Tous les auteurs indiquent comme les plus fréquentes parmi les fractures du col du fémur, celles qui surviennent chez les vieillards, à la suite d'une chute de la hauteur du malade, avec raccourcissement d'un pouce à un pouce et demi, rotation du pied en dehors, position du talon du côté malade au-dessus et derrière la malléole du côté sain, etc.

Or, dans 4 cas où j'ai vérifié par l'autopsie les altérations co-existantes avec les symptômes ci-dessus indiqués, j'ai trouvé des fractures en dehors de la capsule, à l'angle du col et du corps du fémur.

M. Astley Cooper, qui a émis une opinion toute différente et fait correspondre les symptômes que je viens de rappeler aux fractures intra-capsulaires, ne cite aucun fait pour justifier son opinion, et fournit même des observations à l'appui de celle que j'avance, puisqu'en décrivant les fractures extra-capsulaires, que l'on ne trouverait, suivant lui, que chez les jeunes gens, et à la suite des contusions les plus violentes, il ne cite parmi les malades dont on étudia ces fractures à l'autopsie, que des vieillards qui étaient tombés de leur hauteur, et n'avaient éprouvé que des contusions légères sur le grand trochanter.

3° A L'EXPÉRIMENTATION CADAVÉRIQUE.

Toutes les fois que j'ai cherché sur des cadavres à fracturer le col du fémur en frappant avec un corps volumineux sur le grand trochanter, et que je suis parvenu à produire une fracture de toute l'épaisseur de l'os, cette fracture occupait constamment la réunion du col et du corps du fémur.

Je possède les pièces de plusieurs fractures produites artificiellement; MM. Jésiersky et Paul Brun, tous deux internes de nos hôpitaux, et qui ont cherché à fracturer sur plus de 20 cadavres le col du fémur, par des percussions sur le grand trochanter, n'ont jamais réussi, lorsque toute l'épaisseur du fémur se divisait, qu'à le casser à son angle, et jamais à son col anatomique.

4° AUX INDUCTIONS DÉDUITES DE LA STRUCTURE DU FÉMUR ET DU MODE SUIVANT LEQUEL AGISSENT LES FORCES QUI LE FRACTURENT A SON COL.

Lorsqu'une contusion est portée sur le grand trochanter, elle tend à redresser le fémur, à ouvrir l'angle que fait son col avec son corps. C'est donc sur cet angle que porte spécialement l'effort et que doit s'opérer la fracture. Cette remarque est due à M. Pravas, qui vint fortifier de cette induction déduite de la mécanique, les considérations que je présentais naguère à la société de médecine de Lyon, dans le but de démontrer le siége le plus fréquent des fractures du col du fémur. Enfin, l'on doit remarquer que la partie la plus faible de l'extrémité supérieure de cet os n'est pas son col anatomique, qui offre une assez grande quantité de tissu compacte, mais bien la réunion du col avec le grand trochanter, où se trouve une grande quantité de tissu celluleux recouvert d'une couche très mince de tissu compacte.

L'ensemble de ces faits me semble ne laisser aucun doute sur la proposition que j'avance, savoir : que les fractures du col du fémur se produisent le plus souvent à l'angle formé par le col et par le corps de l'os. Or, comme dans cet angle les fragmens osseux sont très vasculaires, engrénés les uns dans les autres, unis par beaucoup de tissu fibreux, il reste démontré que le défaut si fréquent de consolidation, à la suite des fractures dites du col du fémur, ne tient pas aux conditions anatomiques de ces fractures, et comme ce défaut de consolidation ne dépend pas non plus de l'âge des malades, ainsi que je l'ai prouvé, sa cause doit être cherchée dans des conditions qui n'ont pas été jusqu'ici convenablement appréciées. Pour moi, je la trouve dans les mouvemens qu'exécutent les uns sur les autres les diverses parties du fémur divisé; ces mouvemens sont la conséquence nécessaire des changemens de position auxquels le malade est assujéti, et de la disposition vicieuse des appareils connus qui fixent solidement le membre inférieur et laissent toute liberté au fragment supérieur, aussi imparfaits que le seraient des appareils destinés aux fractures du milieu de la jambe, et dans lesquels les attelles n'auraient prise que sur le fragment inférieur, et fixeraient celui-ci avec solidité, tout en laissant le fragment supérieur libre de céder à toutes les impulsions qui lui seraient communiquées.

C'est pour obvier à ces défauts si graves, pour avoir prise sur le fragment supérieur, par l'intermédiaire du bassin, aussi bien que sur le fragment inférieur; c'est pour prévenir tout changement de rapports entre les surfaces fracturées, même dans le cas où le malade se soulève, que j'ai appliqué aux fractures du col du fémur l'appareil que j'ai décrit plus haut.

Les observations suivantes feront juger des résultats que l'on en peut attendre.

FRACTURE DU FÉMUR; EMPLOI DE NON APPAREIL; GUÉRISON COMPLÈTE.

OBS. II. — Mademoiselle M., marchant avec rapidité sur un parquet, tomba le 16 décembre 1838 sur le grand trochanter, du côté gauche; un médecin appelé auprès d'elle se contenta de toucher la hanche, devenue douloureuse, et d'administrer de l'arnica. Mademoiselle M. ignore si à cette époque son mem-

qu'ils contractent, sont, aux yeux de M. Moreau, la source de maux incalculables pour la société; c'est à les rendre impossibles qu'il s'est appliqué avant tout, et dans l'état actuel de la science expérimentale des prisons, le système suivi en Pensylvanie (Cherry-Hill) lui paraît être celui qui approche le plus de la solution du problème. Il est le seul « qui puisse, à la fois, donner satisfaction à la vindicte publique en faisant expier au coupable son crime; intimider par l'exemple les malhonnêtes gens qui seraient tentés de l'imiter; empêcher la contagion de s'étendre en obviant à son danger; enfin occasionner sinon assurer l'amendement pénitentiaire du coupable, en rendant son repentir possible, sinon certain, par la force même de la peine. » (P. 9.)

Qui peut arrêt r l'application immédiate, générale du seul système qui puisse anéantir, dans son germe, la fatale sociabilité des voleurs et des assassins? Les appréciations soulevées par le scrupule des deux médecins de Genève; il importe à présent de savoir jusqu'à quel point la raison et la santé des détenus sont engagées dans le problème d'intimidation pénitentiaire et de séquestration individuelle qu'il s'agit de résoudre.

Les écrits de MM. Coindet et Gosse tendent à démontrer 1° que l'emprisonnement individuel, de jour et de nuit, pratiqué dans le pénitencier de Philadelphie, altère la raison et la santé des détenus, dans une bien plus forte proportion que le système cellulaire, de nuit seulement, avec réunion silencieuse de jour, suivi dans le pénitencier d'Auburn; 2° qu'au for et à mesure que l'institution de Genève s'est éloignée du système d'Auburn, pour tenter l'essai, même limité, du système de Philadelphie, les cas de mort et ceux de folie se sont accrus proportionnellement; 3° qu'il en est de même dans le pénitencier de Lausanne, depuis que la règle de Philadelphie y est appliquée, quoique mitigée, à un certain nombre de condamnés; 4° qu'enfin le régime alimentaire de ces divers pénitenciers est tel que les prisonniers ne peuvent y être soumis sans que leur santé n'en souffre.

Non seulement M. Moreau n'adhère point à ces propositions, mais à l'aide de documens plus complets et qu'il a lui-même recueillis en majeure partie, il arrive à des résultats opposés et prouve que la mortalité est moindre dans les quatre pénitenciers cités que dans nos prisons actuelles, et quant à la fréquente production de la folie sous l'influence du silence et de l'isolement, c'est encore une assertion qu'il fait tomber par l'analyse sévère des chiffres mis en avant par les médecins genevois, comme par l'authenticité de ses informations personnelles.

Dans un travail publié en 1829, M. Villermé a établi la moyenne annuelle de la mortalité pour chaque prison de Paris, et de son tableau découle la moyenne générale suivante :

DE 1815 A 1818.	DE 1819 A 1825.
1 décès sur 12,01 détenus.	1 décès sur 15,30 détenus.

Dans les maisons centrales du royaume, il mourrait, en 1819, 1 homme sur 16, 1 femme sur 26. Cette proportion a peu varié depuis, ainsi que le prouve le tableau dressé par M. Christophe Moreau sur des documens officiels, et qui comprend toutes les maisons centrales, de 1832 à 1835; la moyenne générale de mortalité qui en ressort est de 1 sur 20,9.

Dans les bagnes, la mortalité des forçats, calculée sur une période de douze ans (de 1816 à 1827) se répartit de la manière suivante :

bre inférieur était raccourci, mais elle croit avoir remarqué que déjà la pointe du pied se tournait en dehors. Quoi qu'il en soit, son médecin, convaincu de la toute-puissance de l'arnica, lui ayant permis de se lever le 25 du même mois, neuf jours après son accident, elle essaya de faire quelques pas, appuyée sur deux personnes, et avec le soin de ne pas reposer le poids de son corps sur la jambe malade. Dans une de ces tentatives de marche, qui furent toujours douloureuses, mademoiselle M. fit une nouvelle chute, mais cette fois sur le côté droit.

Cependant, bien que la hanche gauche n'eût pas reçu de nouvelle contusion, à partir de cette seconde chute, la malade ressentit des douleurs très vives ; elle ne put même remuer dans son lit le membre correspondant qui se raccourcit d'un pouce et quelques lignes. Appelé le 16 janvier un mois après la première chute, je ne pus méconnaître une fracture du col du fémur.

Il était facile de s'assurer de l'intégrité du corps de la cuisse, en le parcourant avec les doigts dans toute son étendue. La consolidation n'était point opérée, puisqu'on pouvait rendre au membre sa longueur et sa direction naturelle. La hanche paraissait le siége d'une irritation assez vive, puisque la douleur, nulle il est vrai pendant le repos absolu, devenait très vive au moindre mouvement.

Mademoiselle M. m'offrait l'occasion d'appliquer pour la première fois les idées que je méditais depuis quelque temps sur le traitement des fractures du fémur : je fis construire pour elle un appareil analogue à celui que j'ai décrit, mais moins complet, puisque la gouttière destinée à recevoir le membre inférieur n'existait que du côté malade, et qu'une semelle terminant l'appareil, l'extension n'était faite que par les liens qui fixaient le pied à cette semelle. Il n'y avait aussi de gouttière que pour le membre malade, et une bascule au lieu d'un moufle enlevait l'appareil ; celui-ci fut appliqué le 30 janvier 1839 ; aussitôt que la malade y fut placée, toutes ses douleurs cessèrent ; une seule personne suffisait pour la servir. Après l'avoir soulevée à huit ou dix pouces au-dessus de son matelas, elle fixait le manche du levier au moyen d'une corde attachée au pied du lit, et passait ensuite le bassin sous la malade. Une large sangle fixée sur les côtés du lit, et dont le centre s'élevait à un pied au-dessus de celui-ci, était alors placée derrière la poitrine, en passant sous les aisselles. Cette sangle servait à soutenir la partie supérieure du tronc, et lorsque mademoiselle M. était ainsi suspendue, elle pouvait rester plus d'une heure ou deux, se balançant sur les cordes qui la soutenaient, sans qu'aucun mouvement se fît sentir dans la fracture.

Le 30 mars, deux mois après l'avoir placée dans l'appareil, j'enlevai celui-ci ; son pied n'avait alors aucune tendance à se renverser sur le côté externe, elle pouvait soulever la cuisse et le raccourcissement était à peine sensible. A partir de cette époque, mademoiselle M. a continué à se lever.

Le 4 avril, elle commença à marcher sur des béquilles, fit quelques pas avec hésitation d'abord, avec assez de facilité quinze jours plus tard, pour parcourir avec les béquilles l'espace de plus de 200 pas, et un mois et demi après être sortie de l'appareil, mademoiselle M. marchait sans peine, appuyée sur un bâton ; son pied ne se tournait point en dehors, et le raccourcissement était si peu sensible, que mademoiselle M. ne pouvait discerner si la gêne qu'elle éprouvait à marcher tenait à la raideur du genou, ou à un raccourcissement véritable.

Je dois ajouter que des douleurs assez vives se reproduisirent dans la hanche malade, dans les premiers jours que celle ci eut cessé d'être maintenue immobile par l'appareil ; mademoiselle M. calmait immédiatement ses douleurs en se replaçant dans cet appareil, et ce ne fut qu'avec peine qu'elle l'abandonna entièrement.

L'observation de mademoiselle M. fut la première qui démontra cliniquement que mon appareil peut remplir l'indication principale que je me suis proposée, dans sa construction, savoir : d'unir si étroitement le bassin et le membre inférieur que ceux-ci se meuvent toujours de concert, et que, grâce à cette condition, on peut obtenir en deux mois une consolidation d'une fracture du col du fémur.

J'ai la conviction qu'avec tout autre appareil on n'eût pas aussi bien réussi sous le rapport de la consolidation, et je suis certain que la malade n'aurait pas été aussi commodément, et que les douleurs vives qu'elle éprouvait ne seraient pas aussi complètement et aussi promptement calmées qu'elles l'ont été dans mon appareil. Mais enfin, mademoiselle M. était encore jeune, forte : à part le siége de la fracture, toutes les conditions de guérison étaient favorables. Il faut donc d'autres cas, et surtout des cas plus difficiles, pour démontrer cliniquement les avantages que j'ai cru pouvoir assigner aux moyens nouveaux que je propose. Ces conditions se retrouvent tout entières dans le fait suivant.

Obs. III. — Le nommé Jean Meyriat, âgé de 68 ans, maigre et profondément débilité, tomba, le 11 mars 1839, sur le grand trochanter du côté droit, pendant qu'il se promenait dans sa chambre. Il ne put se relever, et fut transporté immédiatement à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Au moment de son entrée, il présentait les symptômes suivans : raccourcissement d'un pouce et demi à peu près du membre inférieur du côté droit ; rotation de ce membre en dehors, le talon répondant à la partie interne du tendon d'Achille du côté sain, possibilité par des tractions convenables de donner au membre sa longueur et sa direction naturelle, douleurs vives dans la région de la hanche ; situation du grand trochanter en arrière ; ce déplacement persiste, quoiqu'à un moindre degré, après que la pointe du pied a été ramenée en devant. Le malade est dans l'impossibilité de fléchir le membre inférieur et de le soulever ; ces signes démontraient incontestablement une fracture du col du fémur.

Le membre inférieur fut placé provisoirement sur une gouttière en bois qui s'étendait depuis le pied jusqu'à la fesse ; les douleurs vives à la hanche qu'éprouvait le malade ne furent point calmées dans cet appareil.

Le troisième jour, l'état de malaise qui avait suivi la chute devint extrême, et des vomissemens de matières bilieuses se succédaient avec rapidité.

Le quatrième jour, 24 grains d'ipécacuanha : l'emploi de ce médicament fit cesser les vomissemens et disparaître la fièvre et la perte d'appétit qui les accompagnaient.

Le neuvième jour, un appareil en tout semblable à celui qui a été mis en usage chez mademoiselle M. fut appliqué. Les douleurs qui avaient continué dans la cuisse furent immédiatement soulagées ; mais comme cet appareil se bornait à maintenir le bassin et le membre inférieur dans les rapports constans, sans faire d'extension ni de contre-extension, j'en fis construire un autre, ayant toutes les conditions de celui que j'ai décrit avec détail. Cet appareil perfectionné fut placé le 11 avril, un mois après l'accident : il remplit parfaitement toutes les indications auxquelles il était destiné.

Cependant l'état de malaise, de faiblesse, qui avait suivi la chute ne tarda pas à reparaître ; les vomissemens de matières bilieuses accompagnés d'une constipation opiniâtre se reproduisirent au commencement de la sixième semaine. Le quarante-troisième jour une nouvelle dose d'ipécacuanha produisit le même effet que la première fois qu'elle avait été donnée ; mais elle ne fit point cesser la constipation. Ce ne fut que le cinquantième jour, qu'après l'emploi inutile de lavemens et de potion huileuse, douze pilules écossaises administrées dans une seule nuit firent cesser une constipation qui durait depuis douze jours. A la suite de la purgation produite par ces pilules il y eut une diarrhée qui s'affaiblit peu à peu ; les forces et l'appétit revinrent vers le soixantième jour et ne firent que se développer jusqu'à la fin du traitement.

Le soixante-dixième jour, j'enlevai l'appareil dont le malade désirait être débarrassé, non à cause des douleurs qui depuis longtemps avaient cessé, mais par l'impatience si naturelle d'être débarrassé d'une contrainte gênante.

L'appareil enlevé, nous remarquâmes que le pied avait peu de tendance à se tourner en dehors. Je crus toutefois qu'il était nécessaire de maintenir l'immobilité pendant quelque temps encore, et jusqu'au quatre-vingt-deuxième jour, je maintins la jambe du côté malade fixée à la jambe du côté sain.

Le quatre-vingt deuxième jour, ces liens ayant été enlevés, le malade put plier le genou sans s'aider de ses mains, il put même lever en totalité tout le membre inférieur.

Au commencement du quatrième mois, il commença à s'asseoir sur le bord

---

Dans le bagne de Rochefort.....	de 1 sur 11,51	
—	de Toulon.......	de 1 sur 20,35
—	De Brest........	de 1 sur 27,06

De tous ces chiffres il résulte que, dans les bagnes aussi bien que dans les prisons des départemens et dans les maisons centrales, la mortalité est de beaucoup supérieure à celle de la population totale ; car, d'après l'Annuaire du bureau des longitudes, on compte en France 1 décès sur 39,7 habitans. M. Ardit, chef de la section des prisons au ministère de l'intérieur, a constaté que, dans une période de dix ans, sur 1,166 condamnés entrés dans la maison de Melun, il en était mort 399 ; ce dernier nombre se décompose ainsi pour les années successives d'emprisonnement : première année, 146 morts ; deuxième année, 104 ; troisième année, 57 ; quatrième année, 44 ; cinquième année, 30 ; sixième année, 11 ; septième année, 4 ; huitième année, 2 ; neuvième et dixième année, 1. Même résultat a été constaté depuis dans d'autres maisons centrales ; ce qui mène à cette pitoyable conclusion que, dans le système actuel de nos maisons de force, tout individu condamné à dix ans de réclusion, est condamné à mourir avant le terme de sa peine.

Or, voici les conséquences, quant à la mortalité, des diverses formes du nouveau régime pénitentiaire, représentées par les institutions de Lausanne, Genève, Auburn et Cherry-Hall.

312 détenus qui sont sortis de ce dernier pénitencier, de 1829 à 1836, se répartissent de la manière suivante : santé améliorée, 78 ; santé égale, 164 ; plus faibles, sans être malades, 17 ; santé détériorée, 15 ; santé très détériorée, 4 ; morts, 33 ; suicide, 1. La mortalité moyenne de sept années serait donc de 3 pour 100 (Demetz). Dans la maison d'Auburn, la moyenne de mortalité est, suivant MM. de Beaumont et de Tocqueville, de 1 sur 55,96. — Dans les calculs de mortalité qu'ils ont dressés pour Genève, MM. Gosse et Coindet ont pris pour base la supputation des journées d'infirmerie résultant du relevé des registres et des notes du médecin. Il n'est pas difficile à M. Moreau de prouver que rien n'est plus faux, plus illusoire que cette base. D'après les documens officiels qu'il a obtenus, le pénitencier de Genève a perdu, de 1826 à 1837, 17 détenus sur 397, ce qui donne une proportion de 4,89 pour 100. Enfin, la mortalité, dans la prison de Lausanne est moins considérable que dans la ville ; car, d'après les calculs de M. Gosse, la moyenne annuelle de la mortalité dans la population libre de Lausanne aurait été, dans des circonstances analogues à celles du pénitencier, de 2,58 pour 100, tandis qu'elle n'a été parmi les détenus que de 2,50 sur 100.

Au reste, nous pensons, avec M. Moreau, que s'il était vrai que le principe d'isolement porte une fatale atteinte à la santé ou à la raison des prisonniers, il y aurait lieu d'écarter de nos plans de réforme, non le principe qui nous paraît aussi l'unique fondement d'une véritable réforme, mais la formule, car elle seule, par ses défectuosités, pourrait engendrer de si funestes conséquences. Nous allons même plus loin que l'auteur du mémoire qui nous occupe, et à tous ceux qui se sont épris de si belle philantropie en faveur des assassins et des voleurs, nous demandons si la société doit se montrer plus soigneuse de la longévité des criminels que de celle des classes honnêtes, mais pauvres ; si l'hygiène pénale doit suer préceptes et règles pour leur arranger une ample moyenne de vie, et leur assurer, dans la commode solitude de leur cellule, le bien-être qui manque, hors des prisons, à tant d'existences laborieuses et dis-

de son lit; et vers la fin de ce mois, il marchait sans peine à l'aide de deux béquilles. Sa santé était alors parfaitement rétablie : il était frais et avait pris un peu d'embonpoint; rien ne pouvait faire présumer dans l'état de ses forces les épreuves dangereuses auxquelles il avait été soumis. Le pied conservait une légère rotation en dehors, et le raccourcissement était d'un demi-pouce à peu près. Ces imperfections qui dépendaient en partie de ce que l'on avait été obligé de suspendre l'extension continue, par la crainte des ulcérations, ne l'ont pas empêché de reprendre peu à peu l'exercice de ses membres; et aujourd'hui, cinq mois après la fracture, il peut marcher appuyé seulement sur une béquille.

Les signes que présentait ce malade sont ceux que M. Astley Cooper a donnés comme caractéristiques de la fracture du col du fémur en dedans de la capsule; son âge était avancé, une simple chute de sa hauteur avait fracturé le col, le raccourcissement était d'un pouce et demi, le talon du côté malade était placé en dedans du tendon d'Achille du côté sain, etc. D'après ces symptômes il y aurait eu, suivant M. Astley Cooper, une fracture en dedans de la capsule, la guérison aurait été impossible, et le malade n'aurait jamais pu recouvrer l'usage de ses membres ; je ne puis que répéter ce que j'ai dit plus haut, savoir : que tous ces signes ne font qu'induire en erreur, et si je ne puis prouver, en m'appuyant sur l'autopsie, que la fracture était en dehors de la capsule, à la base du grand trochanter, j'en donne une preuve presque aussi sûre et bien plus satisfaisante en montrant la guérison du malade qui n'aurait point eu lieu sans doute si la fracture s'était faite dans le col anatomique, comme on serait porté à le penser d'après les données de M. Astley Cooper.

Les détails de l'observation ont démontré combien la guérison était difficile; le malade affaibli par l'âge et par d'autres causes qui avaient miné sa constitution; ent à deux reprises des vomissements opiniâtres, de la fièvre, un affaissement extrême; si dans cet état des escarres se fussent développées au sacrum, comme on le voit si souvent, une diarrhée opiniâtre n'eût pas tardé à en être la conséquence, et le malade eût infailliblement succombé. Heureusement la propreté que l'appareil mis en usage permit d'obtenir prévint la formation de ces escarres et les conséquences graves qui en eussent été la suite.

Si après la guérison il persistait toujours un peu de rotation du pied en dehors et un demi-pouce de raccourcissement, ce résultat n'étonnera pas ceux qui ont examiné les pièces anatomiques dans les fractures situées à l'union du corps et du col du fémur, où les fragmens sont entraînés de telle manière qu'il semble en les ayant sous les yeux qu'il soit impossible de les ramener à l'état normal; ils n'étonneront pas dans le cas que nous venons de citer, puisque la crainte des excoriations et des douleurs que les lacs produisaient ne permirent pas de prolonger l'extension continue pendant toute la durée du traitement. Obtenir une immobilité absolue, et par suite une consolidation, tel est le véritable but que l'on doit se proposer dans le traitement des fractures du col du fémur. L'extension continue n'est que secondaire et chez les vieillards surtout il faut se garder d'y insister avec trop d'obstination; on s'expose à produire des escarres dont les conséquences sont des plus dangereuses.

Bien que Jacques Meyriat par son âge, par sa faiblesse, par les maladies qui se développèrent dans le cours de son traitement fût placé dans les conditions les plus défavorables, et que dès lors son observation montre les avantages de mon appareil, je suis loin de prétendre que celui-ci puisse remédier à tous les accidens qui peuvent suivre des fractures du col du fémur chez des vieillards très âgés. Ainsi j'ai perdu, vers la fin de la cinquième semaine du traitement, un homme de 79 ans, qui, dans une chute d'un lieu très élevé, s'était cassé le fémur du côté droit dans deux parties : à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur, et au-dessous du grand trochanter; et qui indépendamment de cette double fracture à droite s'en était fait une autre à gauche, à l'union du corps et du col du fémur, c'est-à-dire dans le lieu que j'ai démontré être le siége le plus fréquent des fractures du col du fémur. Cependant, malgré toutes ces conditions défavorables, ce malade resta un mois assez bien portant n'éprouvant point de douleurs, se soulevant lui-même au moyen de son appareil et de son mouffle, et pouvant même sans l'aide de personne placer et retirer le vase. A l'autopsie, nous trouvâmes du pus entre les divers fragmens osseux; cette suppuration avait empêché la consolidation de se faire.

Ce fait démontre, comme il était au reste aisé de le présumer, que dans des conditions très favorables ma méthode peut rester impuissante, et je ne m'étonnerais point que si elle était appliquée indistictement à toutes les fractures du col du fémur qui peuvent se présenter dans un hôpital, l'on ne perdit pendant son emploi un certain nombre de vieillards, tant ceux-ci sont quelquefois affaiblis, disposés aux escarres et à la diarrhée colliquative; mais lorsque j'examine les causes de mort chez ces vieillards, je suis conduit à penser que les moyens que je propose les rendent moins graves et moins nombreuses; chez les personnes affaiblies, on voit ordinairement des escarres se développer sur le sacrum et dans les autres parties qui sont soumises à une pression douloureuse; à la suite de ces escarres qui s'agrandissent tous les jours, les malades prennent la diarrhée et ils meurent épuisés par les évacuations alvines, par la suppuration des ulcères et par les douleurs que ceux-ci leur font éprouver.

Dans cette succession de phénomènes, les escarres des parties comprimées et les ulcérations qui succèdent à leur chute sont l'origine de tous les accidens : prévenir ces escarres, c'est prévenir aussi la principale cause de mort. Or c'est là, sans aucun doute, l'effet que tend à produire mon appareil. On a vu que les trois malades dont j'ai cité l'histoire, bien que soumis pendant longtemps à une immobilité absolue, sont sortis de leurs appareils sans qu'aucune escarre se fût formée sur les parties comprimées. Ce résultat très digne d'attention dépend de la propreté parfaite dans laquelle on peut maintenir les malades, et de la pression uniforme qu'exerce la gouttière sur toute la partie postérieure du bassin. Ce qui contribue le plus à produire les escarres lorsque les malades reposent sur leur lit, c'est la difficulté de les maintenir dans une propreté parfaite, et la pression trop longtemps prolongée sur les parties saillantes, comme le sacrum, sur lequel repose presque tout le poids du bassin dans la supination du tronc.

Ces raisons me font penser que l'emploi de mon appareil diminuera ainsi les chances de mortalité chez les vieillards affectés de fractures du col du fémur, et cet avantage, joint à l'immobilité absolue qu'il permet seul d'obtenir entre les fragmens, aux chances de consolidation que cette immobilité assure, le feront sans doute entrer dans la pratique où il est appelé à rendre des services signalés.

RÉSUMÉ.

La première partie de ce mémoire a été consacrée à la démonstration de cette vérité toute nouvelle, savoir : que les mouvemens des articulations influent d'une manière puissante et dans une direction susceptible

tinguées, et utiles à la patrie! Déjà un pays voisin (l'Angleterre) nous donne le scandale d'une plus copieuse alimentation des mendians et des scélérats que des laboureurs et des artisans; le sens moral n'est-il pas heurté en nous à la vue de ce tableau qui nous montre la mesure relative de consommation dans différentes classes d'hommes? En Angleterre

Les laboureurs consomment par jour	122 onces.
Les artisans dont le salaire est le plus élevé.	140
Les pauvres..............................	150
Les soldats..............................	168
Les prévenus dans les maisons d'arrêt........	181
Les condamnés dans les maisons de correction.	217
Les convicts dans les pontons...............	239
Les déportés	330

L'engouement philantropique doit faire place à une sérieuse appréciation des suites du régime actuel des prisons; les 5 bagnes, les 19 maisons centrales, les 86 maisons de justice, les 362 maisons d'arrêt, les 2,800 prisons cantonales, jointes aux 2,238 chambres de sûreté des casernes de gendarmerie, sont autant d'associations hostiles qui couvrent la France; il y a 108,000 détenus en France qui coûtent annuellement 10,050,000 fr., somme énorme qu'ils prélèvent légalement sur nos impôts, dit M. Moreau, en attendant qu'ils recommencent à exercer d'autres prélèvemens sur nos personnes et sur nos biens! Chaque an, les prisons et les bagnes vomissent dans la société plus de 30,000 libérés qui vont se disséminant au travers nos populations en traçant dans la foule le sillon fangeux de leur dépravation! Certes il est temps de mettre un terme au progrès d'un si grand fléau; une fausse pitié ne doit point faire taire les intérêts de la société; les délicatesses insensées d'une hygiène protectrice du crime et patrone des scélérats ne doivent point se substituer aux salutaires sévices de l'expiation : la garde des prisons appartient à la justice austère, non à la charité mollissante; que la religion y pénètre avec ses persuasives douceurs; que le repentir en sorte tête relevée; qu'une prophylaxie raisonnable préserve d'un danger direct ces corps plus flétris par les habitudes du vice que par l'atmosphère des prisons; mais n'embellissez point ces demeures expiatoires, n'en réhabilitez point par anticipation les équivoques habitans; et pour Dieu! assainissez vos hôpitaux avant de convertir en un boudoir hygiénique la cellule de l'escroc ou du parricide!

Y.

— Le concours pour les prix des hôpitaux a été ouvert cette année deux mois avant l'époque ordinaire, afin de laisser aux juges le temps d'examiner attentivement les nombreux matériaux écrits présentés par les concurrens. Les membres du jury sont MM. Guersant père, Marjolin et Cazenave; les deux juges suppléans, MM. Clément et Ricord.

d'une détermination rigoureuse sur la disposition des fragmens d'un os brisé qui a des rapports médiats ou éloignés avec ces articulations; j'ai suivi, par des expériences, l'application de cette idée première à l'influence qu'exercent sur la position des diverses parties du fémur fracturé les mouvemens de l'articulation tibio-tarsienne du genou, du bassin et de la colonne vertébrale. J'ai tiré comme conséquence des phénomènes physiques que j'ai fait connaître la démonstration la plus rigoureuse des dangers de la position demi-fléchie dans le traitement des fractures de cuisse, et si l'expérience clinique avait déjà conduit beaucoup d'auteurs que j'ai pris soin de citer, à proscrire cette position, si dans ces derniers temps, elle a été soumise à une critique sévère dédnite de ces faits cliniques, il me restera d'avoir démontré la futilité des raisons d'anatomie et de physiologie pathologiques qui exercent encore aujourd'hui une si grande influence qu'elles sont regardées comme plaidant incontestablement en faveur de la position demi-fléchie par les auteurs même qui ont signalé les dangers cliniques de son application; en un mot, il me restera d'avoir fait concorder dans l'examen de cette position les enseignemens de la pratique et d'avoir détruit les dernières raisons qui militent encore en faveur de cette position funeste dont l'intérêt des malades demande une proscription absolue.

Dans la dernière partie de mon mémoire, je me suis appliqué à l'étude du traitement des fractures du tiers moyen du fémur et de celles de son col.

Une idée fondamentale domine tout ce que j'ai écrit à ce sujet, savoir : que ce traitement bien compris consiste dans une combinaison de moyens dont la connaissance se déduit des indications multipliées qu'il faut remplir. Après avoir montré quelles étaient ces indications, et avoir établi à quelles exigences devaient satisfaire les appareils destinés aux fractures du fémur, j'en ai fait connaître un qui, empruntant à ceux qui sont connus toutes les idées qu'ils présentent, éparses, permet d'exercer une action directe sur le fragment supérieur par l'intermédiaire du bassin et de maintenir les rapports entre les fragmens lors même que le tronc est soulevé.

Je crois avoir démontré rigoureusement que cet appareil offre seul, entre tous ceux qui sont connus, cette association, cette combinaison régulière de moyens que suppose le traitement rationnel des fractures du fémur; j'ai cité des faits trop concluans en faveur de son usage pour désespérer de le voir entrer dans la pratique; ce serait pour moi un grand regret s'il était destiné à ne point sortir de l'hôpital où il a pris naissance, et si les praticiens n'y avaient pas au moins recours dans les fractures du col du fémur et dans celles du corps de cet os, qui au quatrième ou au quième mois ne seraient point consolidées, et pour lesquelles l'on serait disposé à recourir aux opérations dangereuses et incertaines dans leurs résultats que possède la chirurgie contre les fausses articulations.

DES FRACTURES DU COL DE L'HUMÉRUS.

Dans les observations que je vais présenter sur les fractures du col de l'humérus, je me bornerai à examiner: 1° Quelle est l'influence des mouvemens des articulations sur la position des fragmens; 2° Quelle est la direction qu'on doit donner à l'humérus fracturé; 3° Quelles sont les indications que présente le traitement des fractures du col de cet os, et par quels moyens on peut satisfaire à toutes ces indications.

L'examen de ces questions me permettra de reproduire sur les fractures du membre supérieur des réflexions analogues à celles que j'ai faites sur les fractures du membre inférieur et de donner ainsi une idée de l'ensemble de mes recherches sur les solutions de continuité des os.

DE L'INFLUENCE QUE LES MOUVEMENS DES ARTICULATIONS EXERCENT SUR LA POSITION ET LE DÉPLACEMENT DES FRAGMENS DE L'HUMÉRUS.

Dans l'étude de cette question, nous devons rechercher : 1° Quelle est l'influence des mouvemens du coude et du poignet sur la position du fragment inférieur; 2° Quelle est l'influence des mouvemens du tronc sur celle du fragment supérieur.

DE L'INFLUENCE DES MOUVEMENS DU COUDE SUR LA SITUATION DU FRAGMENT INFÉRIEUR.

La position du coude dans laquelle l'avant-bras fait un angle droit avec le bras est celle où la réduction des fractures de l'humérus se fait avec le plus de facilité.

Lorsque l'avant-bras est étendu avec force sur le bras, le fragment inférieur est repoussé en haut, il éprouve un mouvement de rotation en dehors et prend une direction oblique, son extrémité articulaire se portant en arrière et sa pointe en devant; ce dernier déplacement est dû à ce que l'avant-bras étendu fait corps avec l'humérus et l'entraîne dans son mouvement en arrière; les deux autres déplacemens viennent de la pression qu'exerce l'olécrâne sur sa cavité de réception; lorsque le cubitus est étendu, la pression en haut repousse dans ce sens le fragment inférieur et la pression en arrière et en dedans le fait tourner en dehors.

Lorsqu'on fléchit avec force l'avant-bras sur le bras, le fragment inférieur est repoussé en haut; il se tourne en dedans et éprouve un tel changement dans sa direction que sa portion articulaire se dirige en devant et sa pointe en arrière; la nécessité où est le fragment inférieur de suivre le mouvement de l'avant-bras qui en entraîne la portion articulaire en avant et la pression qu'exerce l'apophyse coronoïde du cubitus expliquent ces déplacemens. Cette dernière pression qui s'exerce à la partie antérieure et interne de l'humérus produit un mouvement de rotation inverse à celle que détermine la pression de l'olécrâne qui appuie en dedans et en arrière.

Je crois inutile de citer les expériences qui démontrent l'existence de ces déplacemens à la suite de l'extension ou de la flexion forcée du coude. On voit trop bien que ces déplacemens sont la conséquence nécessaire de la disposition des surfaces articulaires. Je me borne à faire remarquer qu'en répétant les expériences qui les ont fait découvrir dans les conditions variées que j'ai choisies en expérimentant sur les fractures de cuisse, on reconnaît que si les déplacemens tendent toujours à se produire des causes physiques, telles que la conservation du périoste, l'engrenure des fragmens suffisent pour les empêcher ou les rendre obscurs; il n'en reste pas moins démontré que, dans toutes les fractures de l'humérus, l'avant-bras doit être tenu en position demi-fléchie sur le bras et que jamais on ne doit l'étendre ou le plier au point de faire presser les apophyses olécrâne ou coronoïde sur les cavités articulaires de l'humérus.

INFLUENCE DES MOUVEMENS DE LA MAIN SUR LA POSITION DU FRAGMENT INFÉRIEUR DANS LES FRACTURES DE L'HUMÉRUS.

Cette influence m'a paru assez peu marquée : je me suis borné à constater, toujours par des expériences sur le cadavre, que, lorsque l'humérus a été divisé, dans quelque sens que ce soit, lorsque le bras est placé sur le côté du tronc, l'avant-bras étant fléchi sur lui à angle droit, il suffit d'incliner fortement la main du côté du cubitus pour abaisser l'extrémité inférieure de l'avant-bras et, par suite, relever le coude et faire chevaucher le fragment inférieur.

Dans les mêmes conditions, l'inclinaison de la main sur le côté radial produit un effet inverse, par conséquent fait cesser le chevauchement, s'il existe.

INFLUENCE DES MOUVEMENS DU TRONC SUR LE FRAGMENT SUPÉRIEUR.

Cette influence est telle qu'il est aisé de la déterminer *à priori*. La pointe du fragment supérieur tend toujours à se porter du côté opposé à la partie supérieure de la colonne vertébrale; elle se dirige en dedans, si l'on renverse le cou en arrière, et va en arrière, si le cou se fléchit en devant; elle fait saillie en dehors si l'on penche le tronc du côté opposé à la fracture, et porte en dedans, si l'on penche la tête du côté malade.

Ces effets n'ont lieu que lorsque l'extension, la flexion du tronc, les mouvemens de la latéralité sont assez étendus. Dans le traitement d'une fracture de l'humérus, il n'est donc pas nécessaire d'empêcher tous ces mouvemens du tronc, il suffit d'en prévenir l'exagération.

DE LA POSITION A DONNER A L'HUMÉRUS DANS LES FRACTURES DE SON EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE.

On peut donner à l'humérus fracturé à sa partie supérieure trois directions principales. Dans la première, cet os est placé parallèlement au tronc, sur le côté de la poitrine; dans la seconde, il est dirigé obliquement, le coude appuyé contre le tronc, et la partie supérieure de l'os rejetée en dehors; dans la troisième, l'humérus est dirigé obliquement, le coude étant légèrement éloigné du tronc.

De ces trois positions, la première est la plus usitée; la seconde a été conseillée par Desault, qui crut devoir appliquer aux fractures du col de l'humérus la même position du bras qu'aux fractures de clavicules; la troisième est usitée dans le cas où le malade est obligé de rester au lit. Mais, à l'exception de M. Boucher, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, je ne sache pas qu'aucun chirurgien l'ait appliquée aux malades qui se lèvent.

Pour juger expérimentalement des avantages comparés de ces diverses

positions, j'ai fait sur un grand nombre de cadavres des sections de l'humérus dans la partie que recouvre le deltoïde. J'ai vu dans tous ces cas que, lorsque les deux fragmens étaient unis entre eux par des tissus fibreux et par des engrenures, ils conservaient leurs rapports, quelles que fussent les positions que l'on donnât à l'humérus.

Mais lorsque ces fragmens étaient indépendans l'un de l'autre, si l'on plaçait le fragment inférieur parallèlement au tronc et sur le côté de la poitrine, il se formait entre eux un angle obtus, dont le sinus regardait vers le creux de l'aisselle. Cet angle dépendait de ce que le fragment supérieur se dirigeait en bas et légèrement en dehors, tandis que l'inférieur avait une direction perpendiculaire. La coaptation n'était donc point exacte; mais la différence de direction que présentaient les deux fragmens était peu sensible; il n'en était pas de même lorsqu'on essayait la position conseillée par Desault.

Lorsque je fus conduit, dans l'étude des fractures, à faire un appel de l'autorité qui jusque-là m'avait servi de guide aux expériences qui dominent toutes les autorités, et que j'essayai sur des cadavres dont l'humérus avait été fracturé à sa partie supérieure, de rapprocher le coude du tronc, en repoussant en dehors la pointe du fragment inférieur, je ne pus comprendre comment cette position avait été conseillée par des hommes graves et s'était maintenue dans la pratique; je vis que, lorsqu'on la met en usage, les deux fragmens forment entre eux un angle obtus, ouvert en dedans, qui dépend de ce que le fragment supérieur se dirige en bas et en dehors, et l'inférieur en bas et en dedans. Si le premier de ces fragmens est placé au côté externe du second, la pointe de celui-ci, appuyant sur sa face interne, exagère sa direction en dehors, et si les rapports des deux fragmens sont inverses, c'est-à-dire si le fragment inférieur est au côté externe, en l'éloignant du creux de l'aisselle, on fait cesser son contact avec le fragment supérieur qu'il ne devrait point abandonner pour que la consolidation se fît sans obstacle.

Ces faits pouvaient être si aisément prévus par la réflexion, qu'il a fallu toute la préoccupation de l'école de Desault sur l'influence presque exclusive que les contractions musculaires exercent sur la position des fragmens pour qu'on les méconnût et que l'on adoptât une position qui ne peut qu'aggraver les déplacemens.

La position qui permet la coaptation la plus exacte, est celle où le coude est éloigné de la poitrine de cinq ou six travers de doigt. Dans cette position, les deux fragmens se dirigent en bas et en dehors, et si une traction légère est exercée sur le fragment inférieur, si le coude ne se porte ni en avant ni en arrière, les surfaces de la division s'adaptent avec une précision parfaite.

En plaçant ainsi le fragment inférieur dans une direction oblique en bas et en dehors, on fait l'application d'un principe qu'on ne devrait jamais perdre de vue dans le traitement des fractures qui avoisinent le tronc, savoir : que s'il est un des fragmens sur lequel on n'ait point de prise, il s'agit de rechercher quelle est sa direction, et de donner au fragment sur lequel on peut agir une position telle qu'il se prolonge dans l'axe de celui qui échappe à nos moyens contentifs. C'est faute d'avoir connu ces principes, et d'en avoir fait l'application que les deux premières positions que j'ai examinées ont pu s'introduire et se conserver dans la pratique.

DES INDICATIONS A REMPLIR DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES DE LA PARTIE SUPÉRIEURE DE L'HUMÉRUS.

Ces indications consistent à replacer et à maintenir les fragmens dans leurs rapports naturels. Pour replacer les fragmens dans leurs rapports naturels, il faut savoir dans quels sens et jusqu'à quel point ils se sont déplacés. Or, à la suite des fractures du corps de l'humérus, la pointe du fragment inférieur se porte ordinairement vers le creux de l'aisselle, ainsi que tous les auteurs l'ont indiqué; son axe se dirige dans un sens variable suivant les impulsions qu'il reçoit. Quant au fragment supérieur il se dirige en bas et en dehors, soit que la pression du fragment inférieur à sa partie interne l'éloigne du creux de l'aisselle, soit qu'il soit entraîné dans ce sens par les muscles sus et sous épineux, par l'élasticité de la partie externe de la capsule ou par la disposition des surfaces articulaires.

Lorsque les fragmens ont la situation que je viens d'indiquer, situation au moins ordinaire si elle n'est pas constante, on voit que pour les placer dans des rapports convenables, il faut tirer en bas le fragment inférieur, repousser en dehors sa partie supérieure et lui donner une telle direction que le coude soit légèrement éloigné du tronc.

Or, de tous les appareils connus, il n'en est point qui puissent remplir toutes ces indications, et cela par la raison très simple que ceux qu'on a mis jusqu'à présent en usage servent à maintenir le fragment inférieur parallèlement au tronc ou bien obliquement, sa partie supérieure étant éloignée de la poitrine, c'est-à-dire dans des positions que j'ai démontrées vicieuses.

DESCRIPTION D'UN APPAREIL NOUVEAU POUR TRAITER LES FRACTURES DU COL DE L'HUMÉRUS EN TENANT LE COUDE ÉCARTÉ DU TRONC, ET FORMANT UN TOUT SOLIDE DE LA POITRINE ET DU MEMBRE SUPÉRIEUR.

On se fera aisément une idée de cet appareil, en se représentant une demi cuirasse, de laquelle part une gouttière à concavité antérieure qui se dirige en bas et en dehors, reçoit le bras, et se continue avec une autre gouttière horizontale destinée à l'avant-bras et à la main. La charpente de cet appareil est en fil de fer, ce qui le rend, tout à la fois solide et assez léger pour être porté sans effort.

La gouttière destinée à embrasser la moitié de la poitrine correspondante à la fracture doit être différente, suivant qu'elle s'applique au côté droit ou au côté gauche; elle doit se mouler sur les formes du corps, ce qui oblige, en général, à faire construire un appareil à la mesure de chacun de ceux auxquels on les destine.

La gouttière dans laquelle le bras doit être reçu est à concavité antérieure, elle embrasse, au moins, la moitié postérieure du membre, elle est un peu plus longue que le bras, ce qui permet d'exercer une traction, en fixant le coude à l'appareil, et présente une direction oblique, telle que le coude soit éloigné de la poitrine de cinq à six travers de doigt.

La gouttière qui reçoit l'avant-bras et la main doit être aussi prolongée que ces deux parties réunies. Sa direction peut être horizontale, bien que l'avant bras qu'on y place fasse avec le bras un angle un peu moins ouvert que l'angle droit; mais ce degré léger de flexion n'a pas les inconvéniens que nous avons reconnus à la flexion forcée.

La charpente de l'appareil construite d'après ces principes, il serait convenable de la matelasser dans toutes les parties qui doivent embrasser la poitrine et le membre supérieur, et d'y attacher des courroies qui permissent de fixer l'appareil circulairement, au-dessus des épaules et autour du bras et de l'avant-bras. On peut remplacer le matelas régulièrement construit par du coton, et les courroies par des bandes; mais dans cet état le fil de fer peut blesser plus aisément la peau, et on ne peut visiter avec autant de facilité le lieu de la fracture.

Lorsque le malade est dans l'appareil, le tronc et le bras forment un tout solide qui ne permet aucune espèce de mouvement. Un prolongement de la demi cuirasse en arrière du moignon de l'épaule permet de fixer solidement le fragment supérieur, sur lequel il est si difficile d'avoir prise quand la fracture est élevée. L'éloignement du bras et de la poitrine permet d'éviter les excoriations qui suivent si souvent le contact prolongé de deux parties entre lesquelles la transpiration s'accumule; enfin l'on peut changer les bandes ou serrer les courroies sans que le membre éprouve aucune espèce de mouvemens.

Il est aisé de voir aussi que toutes les indications sont remplies non seulement sous le rapport de l'immobilité, mais sous le rapport de la direction que l'on donne au bras et de la traction qu'on peut exercer sur la partie inférieure de l'humérus.

J'ai appliqué cet appareil en le garnissant de coton et le maintenant simplement avec des bandes, sur deux malades affectés de fractures récentes du col de l'humérus; ils sont guéris; mais ces guérisons n'ayant rien de remarquable et des appareils bien moins parfaits ayant permis d'en obtenir de semblables, je crois inutile de les rapporter avec détail, et je me bornerai à relater l'histoire d'un jeune homme que j'ai guéri, à l'aide de cet appareil, d'une fausse articulation.

Obs. III. — François Rivoire, de Rive-de-Gier, âgé de 11 ans, eut le bras écrasé par un waggon qui lui passa sur l'humérus immédiatement au-dessous de l'insertion du grand pectoral.

L'os fut brisé en esquilles, les chairs furent violemment contuses, et le malade ne guérit qu'après quatre mois de traitement, pendant lesquels un grand nombre d'esquilles sortirent à travers des ouvertures fistuleuses; mais après la cicatrisation des parties molles, les os ne se consolidèrent point, bien qu'on eût essayé de les maintenir dans des rapports fixes, à l'aide de bandes et d'attelles flexibles, que l'on maintint en place pendant les cinq mois qui suivirent l'accident; ce temps écoulé, le malade vint à l'Hôtel-Dieu de Lyon. A son entrée, il n'existait au lieu de la fracture aucune consolidation osseuse, et le fragment inférieur pouvait exécuter sur le fragment supérieur les mouvemens les plus variés comme s'il lui eût été uni par du tissu fibreux.

A la vue d'un état aussi grave, je crus devoir employer le bandage amidonné avec des attelles flexibles que je prolongeai aussi haut que je le pus, afin d'avoir prise sur le fragment supérieur. Je réunis le bras au tronc, l'avant-bras étant plié à angle droit, au moyen d'une écharpe et d'un bandage de corps; cependant la pression de l'attelle interne et la transpiration retenue de l'aisselle déterminèrent en haut et en dedans du bras des excoriations superficielles; celles-ci devenues plus douloureuses m'obligèrent d'enlever l'appareil; un mois après son application, aucune consolidation ne s'était opérée; je replaçai toutefois le bandage amidonné, et lorsque quinze jours plus tard je fus obligé de l'enlever toujours à cause des excoriations qu'il produisait vers le creux de l'aisselle, je vis que rien n'était obtenu, et je désespérais de la gué-

rison. Le bras fut de nouveau mis en écharpe et entouré d'un bandage roulé avec des attelles flexibles. Heureusement, à cette époque, j'étais conduit par mes expériences cadavériques à réformer les idées reçues sur le traitement des fractures de la partie supérieure de l'humérus et à imaginer l'appareil que j'ai décrit plus haut. J'en voulus faire la première application à cette fausse articulation de l'humérus. M. Jance fit venir l'enfant dans son atelier où il lui moulut en quelque sorte le fil de fer sur la poitrine, chacune des dimensions de l'appareil étant déterminée par celle des parties qu'il devait embrasser.

Six mois et douze jours s'étaient écoulés depuis l'accident, la consolidation n'était pas plus avancée qu'avant l'emploi du bandage amidonné, et j'avoue que je conservais à peine l'espérance d'un résultat heureux.

L'appareil appliqué, l'enfant continua à courir, à jouer avec ses camarades, quelquefois même à se battre avec eux. Fatigué de son séjour à l'hôpital, il retourna dans son pays, emportant toujours son appareil auquel on n'avait pas touché. Pendant cinq semaines il alla à l'école des frères, continua à apprendre à lire et à écrire, et après s'être ainsi livré aux mêmes occupations que s'il n'eût point été malade, il revint me voir deux mois après la première application de l'appareil. Je détachai les bandes qui fixaient le bras sur la gouttière, et sans déranger celui-ci de sa position, je m'assurai de l'état où se trouvait la fracture; ce fut avec une vive satisfaction que je reconnus une consolidation déjà avancée; craignant toutefois de permettre des mouvemens qui pourraient démentir la guérison commencée, j'appliquai de nouveau des bandes autour du bras et fixai celui-ci avec solidité; dans cet état, je renvoyai l'enfant dans son pays, d'où il revint sur la fin du troisième mois, à partir de la première application de l'appareil. A cette époque, la consolidation me parut assez avancée pour que je n'hésitasse point à l'enlever. Toutefois pour m'assurer de la guérison, je gardai pendant dix jours l'enfant à l'hôpital. Au moment de sa sortie il pouvait exécuter sans peine des mouvemens du bras, et des efforts d'une certaine violence ne produisaient aucun déplacement au lieu de la fracture.

Les appareils ordinaires employés dans le traitement de cette fracture restèrent inutiles, d'une part, parce qu'ils ne permettaient point d'agir sur le fragment supérieur et de le tenir fixé; de l'autre, parce que les excoriations qui se formaient en dedans du bras, qu'on maintenait appliqué contre la poitrine, obligeaient d'écarter l'humérus du tronc, et par suite, de faire exécuter des mouvemens à la fracture. Dès que l'écartement du bras eut prévenu ces excoriations que produisait auparavant la transpiration retenue dans le creux de l'aisselle, les mouvemens ne furent plus nécessités par les pansemens; l'union intime que l'appareil établit entre le tronc et le membre supérieur, la prise qu'il eut sur le fragment supérieur, assurèrent une immobilité absolue, sans laquelle la consolidation n'aurait jamais pu se faire. La guérison fut complète, et prouva d'une manière rigoureuse la justesse des espérances que j'avais fondées sur mon appareil.

Je ne prétends point que celui-ci soit nécessaire dans les fractures simples et récentes, qui, sans aucun doute, peuvent guérir par des moyens ordinaires; mais il peut rendre les plus grands services dans les fractures suivies de fausses articulations. Ces fausses articulations sont proportionnellement très fréquentes à l'humérus, (sur dix-neuf cas cités par Samuel Cooper, dix appartiennent à cet os). Leur fréquence vient de ce que les fractures situées vers la partie supérieure du bras ne sont pas maintenues immobiles par les moyens connus, qui agissent à peine sur le fragment supérieur, et les résections qui sont la dernière ressource qu'on leur oppose peuvent entraîner la mort, et ne point être suivies de consolidation. Je ne saurais trop engager les praticiens qui avaient l'idée de recourir à ces opérations de faire usage, avant tout, des moyens nouveaux que je viens de faire connaître.

Les idées fondamentales des travaux exposés dans ce mémoire ont été la conséquence d'expériences cadavériques, dont j'avais eu depuis longtemps l'idée, mais dont les préjugés sur l'influence presqu'exclusive qu'exerce la contraction musculaire sur les déplacemens qui suivent les fractures, m'avait malheureusement éloigné. J'ai poursuivi, comme on le pense, cette étude expérimentale, en l'appliquant à tous les os du tronc et des membres. Plusieurs internes de notre hôpital ont fait l'application des mêmes méthodes de recherche, M. Boissière, aux fractures de la clavicule et de la jambe; MM. Tessier et Brun, à celles du corps et du col du fémur; M. Schians, à celles du bassin; ils ont éclairé les questions qu'ils abordaient par des expériences et des réflexions qui leur sont propres. Lorsque leurs travaux seront livrés à la publicité, je ne doute pas qu'ils ne soient accueillis favorablement par les hommes réfléchis, qui sentent la nécessité de soumettre à une critique plus sévère qu'on ne l'a fait jusqu'ici, les connaissances que nous possédons sur les fractures, et que l'on s'est plu, mais à tort, à regarder comme achevées.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS DES DÉPARTEMENS ET DE LA BELGIQUE.

I. JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Les cahiers de juin et juillet 1839 renferment 1° *Une notice sur les fièvres intermittentes qui ont régné épidémiquement dans l'arrondissement de Marmande* (Lot-et-Garonne), *pendant l'année* 1838; par M. Dubourg, D. M. P.; 2° *Une observation de torticolis ancien; section du muscle sterno-mastoïdien*; par M. Pouget (le malade, âgé de 14 ans, souffrait depuis quatre ans d'une rétraction du muscle sterno-cléido-mastoïdien droit; section du muscle de dehors en dedans sous la peau; cessation de la tension et de la douleur; appareil mécanique simple; l'enfant n'a pas été longtemps observé); 3° *Quelques considérations sur le traitement de la dysenterie*; par M. Bonnet; 4° *Observation et remarques sur le mérycisme*; par M. Gintrac; 5° *Localisation des divers modes de motricité*; par M. Lafargue (suite et fin); 6° *Suite des traumatismes observés pendant les cinq derniers mois de l'année* 1838 *à l'Hôtel-Dieu-St-André de Bordeaux*; par M. E. Bermond, chirurgien en chef interne. Ce travail renferme plusieurs observations fort intéressantes; mais rien qui ne soit parfaitement bien connu. On y trouve, entre autres, quatre faits relatifs à des contusions de la moelle épinière, suivies de paralysie; de la mort dans un cas, de guérison complète dans un autre où la paralysie fut incomplète; et dans une autre où le mouvement et la sensibilité étaient entièrement perdus pendant les premières heures qui suivirent l'accident. Enfin, dans un quatrième cas, malgré l'administration du seigle ergoté, les membres restèrent privés de mouvement.

OBSERVATION SUR LE MÉRYCISME; par M. GINTRAC, D. M. P.

Le mérycisme, qui paraît avoir échappé complètement à l'attention des anciens, et dont il est fait mention pour la première fois dans les ouvrages de Fabrice d'Aquapendente, n'a pas reçu non plus des modernes toute l'attention désirable, bien qu'un certain nombre de cas de cette fonction anormale soit déjà consigné dans les faits de la science, et que quelques-uns aient été recueillis par les hommes de l'art sur eux-mêmes.

Aux faits déjà connus, M. Gintrac en ajoute deux autres, et donne ensuite l'histoire générale du mérycisme, fondée sur ces faits. L'observation suivante nous semble surtout intéressante.

OBS. — M. P., âgé de 56 ans, ecclésiastique, réclame mes conseils en septembre 1822, pour une fièvre intermittente qui disparut sous l'influence du sulfate de quinine. M. P. me dit, au bout de quelques jours, que je l'avais débarrassé à la fois, et de la fièvre et d'une incommodité qui le fatiguait depuis longtemps; c'est-à-dire de l'obligation, après chaque repas, de soumettre ses alimens à une seconde mastication. Voici ce qu'il raconta sur cette rumination.

La mère de M. P. fut, pendant qu'elle le portait dans son sein, en proie à de vifs chagrins; cependant elle voulut l'allaiter; mais une personne qui donnait des soins à l'enfant, croyant que le lait maternel lui serait funeste, pressait chaque jour l'épigastre et le thorax, inclinait sa tête en bas, et provoquant le vomissement, remplaçait le liquide rendu par du lait de vache. On s'aperçut de cette manœuvre et on la fit cesser; mais l'estomac conserva une grande disposition au vomissement, et peut-être la rumination commença-t-elle alors; car M. P. ne put assigner une époque précise à son origine. Aujourd'hui il ne lui reste que onze dents, aussi la mastication est elle imparfaite, surtout à l'égard de la viande; mais il la reprend, dit-il, en sous-œuvre, le plus secrètement qu'il lui est possible lorsqu'il est en compagnie, et tout à son aise quand il est seul.

M. P. attribue au mérycisme la mauvaise haleine que ses amis ont reconnu pendant les deux ou trois heures qui suivent ses repas. Il peut, en raison de cette anomalie, prendre à la fois une quantité énorme d'alimens, et qui le soutiennent pendant vingt-quatre heures sans le fatiguer. La nourriture revient à la bouche presque sans bruit; ce retour peut être retardé pendant quelque temps, à peu près comme on peut quelquefois retenir l'expectoration. Le mérycisme n'empêche pas le sommeil, quoique M. P. se couche immédiatement après le repas; mais s'il se réveille et que la digestion ne soit pas achevée, les alimens reviennent dans la bouche. Cette indisposition n'a jamais eu chez M. P. qu'une interruption de quelques jours, dans un monastère suisse, où on lui fit prendre, pour l'en délivrer, une cuillerée d'une liqueur dont il ignore le nom.

La guérison qui résulta de l'emploi du sulfate de quinine se soutint pendant plusieurs mois que M. P. resta à Bordeaux; depuis il quitta cette ville et on n'a point eu de ses nouvelles.

L'habitude de la rumination a commencé à des époques très diverses de la vie, mais surtout dans la première enfance; sur 22 observations, 20 appartenaient au sexe masculin, et dans les classes les plus diverses de la société; les sujets ont paru en général faibles, lymphatiques, et l'hérédité

et l'imitation semblent n'avoir pas toujours été étrangères à la production du mérycisme. Voici les circonstances que M. Gintrac considère comme les causes véritables du mérycisme : la tendance à ingérer dans l'estomac une grande quantité d'alimens; une mastication rapide et imparfaite; l'usage d'alimens pen digestibles; des pressions répétées sur l'estomac immédiatement après le repas; l'influence de l'habitude; et, enfin, une modification spéciale de la vitalité de l'estomac.

Ce phénomène se manifeste ordinairement un quart-d'heure, nne demi-heure, une heure, nne heure et demie, et même deux heures après le repas, et dure une heure et demie, deux heures, quatre on cinq henres, et quelquefois davantage. Voici les phénomènes que présente cette fonction secondaire; le mérycol éprouve, à l'épigastre, un sentiment de plénitude et de gêne, avec contraction du diaphragme et des muscles abdominaux, qui se portent sur l'estomac, lequel réagit sur les substances qu'il renferme, et les repousse lentement vers le cardia. La saveur des alimens qui remontent dans la bouche ne paraît pas altérée; leur présence produit généralement une sensation agréable. Ils sont alors soumis à une seconde mastication qui souvent reste invisible pour les personnes qui entourent le méricol. Une préoccupation morale, l'exercice soutenu de la parole enrayent ce phénomène; il recommence ensuite.

Les nécropsies ont fourni peu de documens sur la cause et sur les effets du mérycisme. Quant aux moyens propres à combattre cette incommodité, ils doivent nécessairement varier suivant la cause qui l'a produite et une foule d'autres circonstances.

II. BULLETIN MÉDICAL DU MIDI.

Les trois derniers numéros renferment les articles originaux suivans : 1° *Des tumeurs cystiques des paupières*; par M. Puydebat (rien de neuf); 2° *Observations de myélite chronique par cause interne*; 3° *Mémoire sur la cautérisation et le pansement employé simultanément dans les ulcérations simples de la matrice*; par le docteur S. Peraire (l'auteur préfère le caustique solide (nitrate d'argent); il laisse en contact avec les surfaces cautérisées des plumasseaux de charpie recouverte de cérat de Galien ou de pommade de suie); 4° *De la fièvre typhoïde considérée sous ses divers types*; 5° *Des scarifications locales dans l'esquinancie*; 6° *Ablation totale d'une partie du corps, réunion immédiate, cicatrisation*; par M. Dubroca; 7° *Du panaris*; par M. Puydebat, chirurgien en chef adjoint de l'hôpital Saint-André de Bordeaux; 8° *Note sur certaines difficultés apportées au col, particulièrement dans les fractures du corps du fémur*; par M. Chaumet, chirurgien en chef; 9° *Observation d'attaques d'épilepsie dues à la présence d'un tœnia, et guérison après son expulsion.*

ABLATION TOTALE D'UNE PARTIE DU CORPS; RÉUNION IMMÉDIATE; CICATRISATION; par M. DUBROCA.

Obs. — Dupin, tonnelier, âgé de 20 ans, travaillait avec sa doloire, lorsque celle-ci, portant à faux, tomba sur le pouce de la main gauche et le divisa ainsi qu'il suit :

Toute la pulpe de la face palmaire du pouce est emportée; l'ongle est divisé de telle façon que l'incision, commençant à l'angle externe de la racine, va se terminer au milieu de son bord libre; la phalangette est restée intacte et la plaie présente une surface elliptique.

M. Dubroca, appelé sur le champ, allait commencer le pansement lorsque quelqu'un lui apporta la portion détachée qui avait été retrouvée sur place; elle était souillée de sang, de poussière, et formée 1° par une portion de l'ongle; 2° par toute la pulpe digitale; 3° par un épiderme épaissi noir et presque calleux.

Le lambeau fut lavé simplement dans le baquet d'eau sanglante où le malade avait plongé sa main, et la réunion fut immédiatement exécutée et maintenue par les bandelettes; le bras mis en écharpe.

L'accident était arrivé le 23 juillet, et le 11 août en enlevant l'appareil M. Dubroca retrouva à sa grande satisfaction le lambeau en place, cerné de toute part par une ligne en suppuration. Il le secoua légèrement avec une pince à disséquer sans l'ébranler. La main fut soigneusement lavée, et par excès de précaution de nouvelles bandelettes furent appliquées.

Le lendemain, la portion d'ongle restant sur le lambeau est exfoliée.

Les jours suivans, l'épiderme calleux qui recouvre le lambeau se détache peu à peu.

Le 28 août, le pouce est dépouillé de son épiderme; au centre du lambeau, il en reste encore une petite portion très dure et racornée; le périmètre du lambeau est marqué par un très léger sillon qui indique la trace de la solution de continuité; l'ongle, dont la racine n'avait pas été atteinte, a poussé de deux lignes environ sur le lambeau; il est adhérent à la pulpe sous-unguéale.

Neuf mois après l'accident, voici quel était l'état du pouce :

1° L'ongle a repris toute sa longueur et sa forme primitive, par conséquent il est impossible de voir la cicatrice de ce côté;

2° Le pouce, d'aigu qu'il était immédiatement après la blessure, a repris sa rotondité normale;

3° Le blessé exerçant une profession qui endurcit excessivement l'épiderme, la cicatrice est devenue totalement invisible sur la face palmaire du pouce.

4° Enfin, il est devenu impossible de distinguer laquelle des deux mains avait été blessée.

Les faits de cette nature sont loin d'être rares dans la science; depuis l'observation si connue de Garangeot jusqu'à nos jours, on en a publié un bon nombre; force est bien de les recevoir comme vraies, lorsqu'elles sont accompagnées de détails convenables, et entourées de toutes les garanties qu'on peut désirer. On pourrait citer, à l'heure qu'il est, au moins une douzaine de doigts ou de portions de doigts entièrement séparées, qui se sont agglutinées; 9 à 10 nez; un certain nombre d'oreilles. Cela est plus fréquent encore pour les dents. Force est donc de revenir de l'incrédulité qui avait accueilli l'observation de Garangeot, et de repousser le ridicule qui avait presque flétri la réputation de son auteur.

Les journaux italiens Annali universali di medicina (septembre 1838), et la Gazette Médicale (t. ii, p. 6), donnent l'histoire rapportée par le docteur Angelo della Cella, de ce notaire qui se coupa la troisième phalange de l'indicateur gauche, et qui guérit parfaitement, malgré la séparation complète du lambeau. On a même vu la cicatrisation survenir après une division presque complète du bras par un coup de sabre, témoin le fait cité par M. Stevenson. Le membre divisé au-dessous du bord externe du muscle deltoïde ne tenait plus que par un lambeau de peau à la partie interne... Le quarante-cinquième jour, la guérison était complète; cependant le mouvement et le sentiment n'étaient point encore revenus. (The Edinburgh medical and surgical journal (1er trimestre 1837), et Gazette Médicale (t. iv, p. 390).

OBSERVATION D'ATTAQUES D'ÉPILEPSIE DUES À LA PRÉSENCE D'UN TÉNIA, ET GUÉRIES APRÈS SON EXPULSION.

Obs. — Mademoiselle O., âgée de 27 ans, d'une forte constitution, avait joui, jusqu'au mois de septembre 1838, d'une bonne santé. Le 19, après avoir bien soupé, elle se coucha, accablée de sommeil, et s'endormit profondément. Vers onze heures, son père la trouva sans connaissance, la bouche déviée, écumeuse, faisant des efforts pour vomir; ses yeux étaient hagards, l'ensemble des traits de la face exprimant l'hébétitude; le teint était d'un rouge foncé. Le défaut de paralysie faisant supposer que c'était une première attaque d'épilepsie, avec congestion au cerveau, on se borna à promener des sinapismes sur les membres inférieurs, à provoquer les vomissemens, à une potion antispasmodique, et à un lavement avec l'assa fœtida. L'intelligence reste des plus obtuses pendant toute la nuit; le matin, mademoiselle O. était assez bien.

La malade ayant dit qu'elle rendait très souvent, depuis quatre ans, de petits vers qui, d'après sa description, semblèrent être des oxyures, on lui prescrit des injections d'eau salée dans le rectum, et quelques onces d'huile de ricin par la bouche.

Le 28 février 1839, même attaque que la précédente, mais à un degré plus intense.

Le lendemain, à dix heures du soir, nouvelle attaque, qui cesse un peu pour se reproduire à deux heures après minuit. Les convulsions sont plus fortes que jamais; la congestion cérébrale simule l'apoplexie, tant le roncus est bruyant. Même prescription que ci-dessus; tout rentre dans l'état normal. Mademoiselle O. ayant conservé quelques-uns des vers qu'elle rendait, on y reconnut des fragmens de tœnia, et on lui prescrivit deux onces d'écorce de racine de grenadier sauvage, sur une livre et demie d'eau, réduite d'un tiers, à prendre en trois fois. Dès la première verrée, la malade ressentit l'action du médicament par de fortes coliques, qui provoquèrent une selle et l'expulsion d'un tœnia de douze pieds et demi de longueur, y compris le col et la tête. Les autres doses n'amenèrent aucun fragment du même ver, et le surlendemain, 18 grains de calomel chassèrent deux énormes lombrics. Depuis lors, les accès épileptiformes ont cessé de se reproduire.

L'épilepsie, ou les maladies qui la simulent, est encore si peu connue; elle se rattache à tant d'affections différentes et souvent si obscures, et offre si rarement des indications positives qu'on ne peut signaler avec trop d'empressement les cas où la cause des accidens est évidente, bien que nous ne connaissions pas son mode d'action. Qu'on eût pris ces attaques épileptiformes pour un effet d'une lésion organique, les saignées, les sangsues, les vésicatoires, les moxas, auraient débilité la malade, les accès se seraient rapprochés on auraient augmenté de force, et le résultat n'eût pu être que désastreux.

III. JOURNAL DE LA SECTION DE MÉDECINE DE LA SOCIÉTÉ ACADÉMIQUE DE LA LOIRE-INFÉRIEURE.

Les soixante-quatre et soixante-cinquième livraisons renferment 1° *L'observation d'un cas d'empoisonnement par l'agaricus bulbosus* (oronge, petite ciguë blanche); par M. Pallois, D. M.; 2° *Un rapport sur le service médical du comité de secours mutuels institué par la société industrielle de Nantes*; par M. Boucher de la Ville-Jossy (mars, avril, mai, 1838); 3° *Rapport sur le même service pendant les mois de juin, juillet et août*; par M. Bonnamy; 4° *Une observation d'exomphale congénital volumineux, suivie d'un essai sur la théorie de ce

cas de tératologie; par M. Leray, D. M.; 5° *Observations chez l'homme des phénomènes dits hystériques;* par M. Mahot, D. M. P.

CAS D'EMPOISONNEMENT DE PLUSIEURS MEMBRES D'UNE FAMILLE RÉSIDANT A LA CAMPAGNE, POUR AVOIR MANGÉ DES CHAMPIGNONS DE L'ESPÈCE DÉSIGNÉE SOUS LES NOMS DE AGARICUS BULBOSUS, AMANITA VIRIDIS, ET VULGAIREMENT APPELÉE ORONGE, PETITE CIGUE BLANCHE; par le docteur PALLOIS.

L'histoire de cet empoisonnement, dont la plupart des journaux politiques parlèrent à l'époque où il eut lieu, nous semble assez intéressante sous plusieurs points de vue, pour que nous analysions ici le travail qu'a publié à ce sujet le docteur Pallois.

OBS. — M. O..., le chef de la famille, âgé de ..., ramassa lui-même le 1er octobre 1838, dans le verger attenant à une pièce d'eau près de sa maison, des champignons qu'il affirma être bons. Ils furent épluchés, coupés par morceaux et mis à tremper dans de l'eau; puis cuits dans de l'huile avec des fines herbes; ils formèrent un plat considérable qui fut servi au dîner à six heures.

M. O... père en mangea avant qu'ils fussent servis, et une seconde fois au dîner et d'une manière copieuse.

M. O... fils en mangea le plus après son père.

Madame O... mère, douée d'une complexion faible et qui vivait très sobrement, en mangea peu.

Le petit-fils de M. O..., âgé de six ans, en mangea assez pour son âge.

Mademoiselle Julie, la nièce de M. O..., en mangea peu, et la cuisinière, Rose, dit en avoir goûté en les faisant cuire.

Voici maintenant les accidens éprouvés par chacune de ces personnes :

M. O. père passa bien la nuit, et sortit, mieux portant que jamais, dès six heures du matin, pour se promener dans le parc; sur les huit heures, il se sent incommodé : anxiété, nausées, puis vomissemens de matières muqueuses et verdâtres avec quelques débris d'alimens mal digérés et selles abondantes, demi-liquides, et contenant des fragmens d'apparences spongieuses. Aux vomissemens succédèrent des vomiturition avec faiblesse générale, refroidissement des extrémités, pâleur de la face, soif ardente, sécheresse de la gorge et de la bouche. Pendant la nuit, il survint des crampes aux mollets et à la plante des pieds; la face était contractée, les membres froids et livides, l'urine était supprimée, et le pouls s'éteignait. Il y avait de temps en temps des intervalles d'affaissement, mais sans assoupissement ni délire; la connaissance était parfaite.

Le 3, les crampes et les vomissemens ont cessé, les selles liquides continuent, mais plus rares; les coliques étaient moindres; point de douleurs de tête, peu de tendance à l'assoupissement.

Vers le soir, pendant la nuit, et surtout le 4 au matin, les accidens, qui semblaient avoir diminué, reprirent une intensité effrayante : les déjections alvines, bien que moins fréquentes, étaient teintes d'un sang noir foncé.

Sur les six heures du soir, l'affaiblissement fit des progrès rapides, le malade conservait cependant encore la connaissance; il succomba après une agonie de 30 ou 40 minutes de durée, malgré l'emploi d'une médication stimulante active, M. Pallois n'ayant été appelé que le 2, après que les vomissemens et les évacuations alvines avaient probablement entraîné hors du tube digestif toutes les parties alimentaires qui pouvaient y être restées.

M. O... fils fut pris le 2, dès le point du jour, de vomissemens et d'évacuations alvines considérables avec peu de coliques; on prescrivit le repos et l'usage de boissons délayantes et de lavemens émolliens; sous l'influence de ce moyen, les accidens qui furent attribués dans les premiers instans à une simple indigestion perdirent de leur gravité; mais pendant cinq jours de suite, le malade éprouva, à des degrés insensiblement croissans, des vomituritions, des selles muqueuses de teintes verdâtres, sanguinolentes (le quatrième jour, il eut une selle de sang presque pur), des refroidissemens accidentels des membres, de la tendance à défaillir qui, cependant, n'a jamais été portée jusqu'à la lipothymie; une soif considérable avec sécheresse de la bouche; le pouls très faible, mais régulier; une diminution notable de la sécrétion urinaire, une agitation considérable avec subdélirium accidentel dans la nuit.

Le quatrième jour, il y eut une diminution remarquable des accidens, avec un peu de diaphorèse pendant la nuit.

Le 6 au soir seulement, le malade put être regardé comme hors de danger; cependant il conservait une grande faiblesse et avait encore des selles liquides dont la teinte s'améliorait sensiblement. Il n'est entré en convelescence que le 8.

Pendant la durée de la maladie, le symptôme qui l'a le plus fatigué était une insomnie contre laquelle de légers hypnotiques sont restés impuissans.

Madame O... mère, passa la nuit qui suivit l'empoisonnement sans éprouver d'incommodité, et ensuite elle fut gravement malade. Mais elle éprouva une réaction fort heureuse; les vomissemens et les selles ayant entièrement cessé le quatrième jour, elle fut prise de fièvre avec chaleur halitueuse, et une saignée du bras de 4 onces fit disparaître, le 6 octobre, une céphalalgie obtuse et fatigante.

Le petit garçon a eu, pendant trois jours de suite, des reprises de vomissemens pour les boissons qu'il prenait, et des selles aqueuses de teinte grisâtre, sans de grandes coliques; il est resté faible et pâle, et a commencé à prendre un peu d'alimens légers vers le cinquième jour de l'accident.

Mademoiselle Julie en a été quitte pour de fréquentes selles liquides grisâtres et fétides, avec quelques coliques, des nausées et la perte totale de l'appétit; elle a pâli et maigri.

La cuisinière Rose a eu plusieurs selles liquides sans fâcheuse conséquence. Les restes qu'elle avait jetés le soir en lavant la vaisselle ayant été mangés le lendemain par un jeune chien de chasse, il succomba, au bout de dix à douze heures, de vomissemens, d'angoisses et de convulsions; un chat domestique a eu le même sort.

M. Pallois ayant cueilli lui-même des champignons dans le même endroit que M. O. père, et s'étant assuré par le témoignage des personnes présentes, de leur identité, reconnut bientôt qu'ils appartenaient à l'espèce désignée sous les noms de *agaricus bulbosus*, de Bulliard; *amanita viridis*, de Persoon; *agaricus phalloïdes*, de la flore de Paris de Chevallier; et sous le nom vulgaire d'*oronge*, de petite ciguë blanche, et dont l'action vénéneuse est d'autant plus terrible que ses effets délétères ne se font sentir, au témoignage de Vaillant, que dix ou même quinze heures après l'ingestion; assertion qui a été complètement vérifiée par les faits précédens.

OBSERVATION D'UN EXOMPHALE CONGÉNIAL VOLUMINEUX, ET ESSAI SUR LA THÉORIE DE CE CAS DE TÉRATOLOGIE; par M. LERAY, D. M.

Il s'agit d'un enfant à terme, vivant, et de dimensions ordinaires, portant une omphalocèle capable de contenir le paquet intestinal presque en entier. Cette poche, de forme ovoïde, circonscrite à sa base par l'ouverture de l'anneau ombilical, avait quatre pouces environ dans sa plus grande dimension, et trois pouces dans sa partie moyenne. Elle était formée par un tissu membraneux assez transparent pour laisser apercevoir les anses du tube intestinal, et leur couleur rosée. Le cordon semblait faire partie de ce sac herniaire, mais il s'en distinguait fort bien par l'opacité et l'épaisseur plus grande de son tissu; au delà, il était libre, et, à quelques lignes plus loin, il portait une ligature. La circonférence de l'anneau était fort large et très irrégulière, ayant depuis 12 jusqu'à 18 lignes dans ses différens diamètres; ce qui porterait à croire qu'elle était due à l'arrêt imparfait et inégal de l'enveloppe cutanée de l'abdomen. En partant de l'ombilic, les vaisseaux du cordon s'écartaient un peu et formaient une sorte de lacet rubané; et, en approchant de l'autre extrémité du sac, ils finissaient par se réunir et par prendre la forme noueuse et arrondie qu'on leur connaît. Dans tout ce trajet, la gaîne du cordon était très reconnaissable et très facile à distinguer du sac herniaire, non seulement par la saillie de ses vaisseaux, mais encore en raison de la plus grande opacité de son tissu.

Il était donc évident : 1° Que le sac herniaire n'était point une dépendance du fœtus, devant appartenir à sa vie extra-utérine, puisque par la nature propre de son tissu il était appelé à se détacher de la peau, comme l'aurait fait le cordon; 2° Qu'il n'était pas non plus le fait d'un simple épanouissement ou élargissement de la gaîne du cordon dans laquelle aurait été retenue une portion du tube intestinal, puisque le tissu du cordon était partout aussi distinct de celui du sac que l'un et l'autre l'étaient eux-mêmes du tissu propre de la peau; bien que néanmoins ces trois parties, le cordon, le sac herniaire et la peau ne parussent constituer qu'un seul tissu à leur départ de l'ouverture de l'anneau ombilical où elles étaient intimement unies.

Chez cet enfant, on put réduire complètement la portion de tube intestinal placée en dehors de l'abdomen, et la maintenir solidement jusqu'au dernier terme de l'existence, qui n'a été que de quelques jours, et a eu lieu avant la chute présumable du cordon et du sac herniaire.

M. Leray pense qu'on ne saurait trouver dans le nom de la vie fœtale une explication suffisante de ce fait, tirée du changement d'une portion de la peau de l'abdomen en un sac membraneux capable de contenir la masse presque entière du tube intestinal, tandis qu'il est très naturel au premier aperçu même, de rapporter un semblable phénomène à la persistance de ce qui se voit dans les premières semaines de la conception chez l'homme, où le tube intestinal se montre pour la première fois appuyé sur l'ombilic, en dehors de l'abdomen, renfermé dans une poche membraneuse mince et transparente; sauf, il est vrai, une fois cette cause admise, à se rendre compte de la cause elle-même de ce dernier phénomène.

Dans les réflexions qui suivent, M. Leray, en s'appuyant sur la dissection d'un assez bon nombre d'embryons, s'attache à établir la vérité de la loi des arrêts de développement et à l'appliquer au cas spécial qu'il vient de rapporter.

OBSERVATION CHEZ L'HOMME DES PHÉNOMÈNES DITS HYSTÉRIQUES; par M. MAHOT, D. M. P.

Quelques auteurs soutiennent que l'hystérie appartient exclusivement à la femme, tandis que suivant d'autres on l'observerait aussi chez l'homme, mais moins fréquemment que chez la femme; l'auteur de cette communication avait adopté d'abord la première de ces deux opinions, que l'observation suivante l'a forcé d'abandonner.

OBS. — Macloire, maçon, âgé de 20 ans, marié, à Nantes depuis dix ans,

grand, fort, bien musclé, sobre, se porte habituellement bien; cependant il éprouve de temps en temps la sensation d'une boule qui de la région hypogastrique remonte à la gorge, en s'accompagnant d'un sentiment de contraction; il ressent aussi quelquefois des douleurs vives dans le ventre, sans diarrhée, avec de légers accès, qui durent ordinairement cinq minutes; le plus souvent ils ont lieu lorsque le sujet est au lit, et pendant leur durée on observe quelques tremblemens convulsifs avec perte de la parole, mais sans perte de connaissance. Il n'est pas sujet à la céphalalgie ni aux étourdissemens, si ce n'est depuis un mois qu'il se trouve la tête lourde et une grande tendance à l'assoupissement.

Le 15 avril, pendant un de ces étourdissemens, il fait une chute de quatre pieds de haut et tombe sur les reins et le dos, et perd connaissance pendant quelques minutes, puis se relève et retourne chez lui, marchant avec peine et courbé.

Après deux jours de malaise, il se sent, le 16 au matin, tout à coup une boule lui remonter avec force à la gorge; il perd la faculté de parler et d'avaler; douleurs très vives dans les muscles de la mâchoire et de la région sus-hyoïdienne du côté droit; pas de perte de connaissance ni de céphalalgie (saignée de douze onces, sinapismes aux pieds). Les symptômes s'améliorent un peu; mais vers une heure, nouvelle attaque avec perte de la parole et de la connaissance, et qui dure deux heures et revient encore à six heures avec les mêmes caractères.

Le 17, le malade paraît bien; la déglutition est toujours douloureuse; l'abdomen est partout douloureux; et il semble au malade, à la moindre pression, qu'on le pique avec des épingles (15 sangsues sur le ventre, 16 grains de sulfate de quinine).

Le soir, à six heures, nouvel accès qui dure pendant deux heures, et à la fin duquel le malade éprouve tout à coup une raideur spasmodique du tronc et des membres qui lui imprime une forte secousse; il éprouve la sensation d'un corps arrondi qui lui court dans le ventre et qui crève en faisant une sorte d'explosion. Il se figure que c'est la boule que, du reste, il n'a pas ressentie depuis (10 sangsues à la gorge, potion avec quinze gouttes de teinture de musc et de castoréum et un grain d'opium).

Les jours suivans, il survint, dans l'état du malade, de l'amélioration qui continua, et le 24, le malade, qui était encore un peu faible, paraissait entièrement rétabli.

L'auteur cherche à rapprocher de cette observation, dans laquelle nous trouvons en effet quelques-uns des caractères de l'hystérie, quelques faits qu'il a puisés dans la littérature médicale, et dont deux au moins offrent une ressemblance frappante avec l'hystérie chez la femme.

IV. ANNALES ET BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

Les livraisons de juin et de juillet renferment: 1° *Observation sur l'emploi du seigle ergoté*; par M. de Brabant (il s'agit de métrorrhagies traitées avantageusement par ce médicament); 2° *Note sur la staphyloraphie*; par M. Sotteau; 3° *Mémoire sur une restauration de la face, précédé d'un aperçu historique sur l'autoplastie depuis son origine jusqu'à nos jours*; par M. le professeur A. Burggraeve; 4° *Observation de fièvre intermittente pernicieuse, avec symptômes pleurétiques, suivie de réflexions sur les maladies inflammatoires qui règnent en même temps que les fièvres intermittentes, et doivent être combattues par les toniques*; par M. le docteur Guislain.

NOTE SUR LA STAPHYLORAPHIE; par M. le docteur SOTTEAU.

Les instrumens du chirurgien belge consistent en une pince en acier, qu'il a appelée *couturière*, des *ciseaux* et un *nodi-duc*. La pince longue de sept pouces environ est composée de branches recourbées vers leurs extrémités; une de ces branches, qu'on pourrait appeler mâle, présente à son extrémité un petit renflement dans lequel se trouve creusée transversalement une petite cavité arrondie, oblongue, destinée à recevoir et à fixer une petite aiguille en forme de dard; l'ouverture de cette cavité se trouve à la partie interne de la branche mâle. Lorsque l'aiguille est en position sur la pince, son talon répond au fond de la cavité, et sa pointe à la branche opposée (branche femelle). Cette dernière est percée à son extrémité d'une ouverture creusée en forme d'entonnoir, qui est susceptible de se dilater et de se rétrécir suivant les besoins. Cet effet dépend de ce que l'extrémité de cette branche et son ouverture sont longitudinalement divisées par une fissure, longue d'un pouce environ, que l'exact rapprochement des deux parties qu'elle forme rend à peine visible. Cette extrémité de l'instrument pourrait être comparée à une petite pince qui tend constamment à se resserrer par la force de ressort des deux parties qui la composent.

L'aiguille est droite, ronde, longue de trois lignes environ et épaisse d'une demi-ligne; elle présente du côté de son mors deux gouttières destinées à loger le fil dont elle est munie. La pointe est un petit cône, long d'une ligne à peu près, faisant corps avec la tige de l'aiguille; cette tige est un peu plus mince que la base du cône, de manière qu'à l'endroit de leur union il se trouve une arête.

Voici maintenant comment on manœuvre avec la pince couturière: l'aiguille étant posée dans la cavité qui se trouve à l'extrémité de la branche mâle, on presse les mors entre le pouce et le doigt indicateur, afin de les rapprocher; bientôt la pointe de l'aiguille s'engage dans l'ouverture de la branche femelle; celle-ci étant trop étroite pour livrer passage à la pointe de l'aiguille jusqu'à la base du cône se dilate. Lorsque la pointe a tout à fait franchi cette ouverture, la tige de l'aiguille devenant tout à coup plus mince, les deux parties dont l'ouverture est composée se resserrent derrière l'arête formée par la base du petit cône dont nous avons parlé et ne permettent plus un retour par l'endroit où elle est entrée.

L'aiguille n'étant que légèrement posée dans la branche mâle, l'abandonne aisément pour suivre la branche femelle, qui la retient solidement dès qu'on permet aux mors de reprendre leur écartement ordinaire.

Le fond de la cavité de la branche mâle est percé d'un trou dont le diamètre est moindre que celui de la cavité elle-même, et la partie supérieure de sa paroi est traversée longitudinalement par une fissure qui s'étend jusqu'à ce trou; l'un et l'autre servent à placer convenablement le fil dont l'aiguille est munie.

Le nodi-duc se compose d'une ligne métallique, de la longueur de la pince couturière environ. Une de ses extrémités est recourbée à angle aigu dans une étendue de deux lignes environ; cette partie du nodi-duc est aplatie et percée d'un petit trou; l'autre extrémité forme une espèce de crochet.

Le nœud proposé par M. Sotteau présente ceci d'avantageux, qu'il peut être serré sans le secours immédiat des doigts et d'une pince, après que la constriction des parties, que l'on se propose d'étreindre, est jugée suffisante.

M. Sotteau commence l'opération par l'avivement, qu'il exécute avec le bistouri seulement; il a renoncé à l'usage des ciseaux.

Si après l'opération de la staphyloraphie, il restait un pertuis dans les chairs, on pourrait le fermer, en en suivant les bords et en les réunissant au moyen d'un point de suture porté avec le staphyloraphe. Nous nous dispensons de faire aucun rapprochement entre l'instrument de M. Sotteau, et ceux plus récemment proposés par MM. Fauraytier, Bourgongnon et Despierris; tous ces instrumens ont quelque chose d'analogue, quant au perfectionnement principal, et de particulier, quant au mode d'exécution: c'est à la pratique à décider lequel de ces instrumens, dont chacun participe à un progrès réel, sera définitivement préféré.

MÉMOIRE SUR UNE RESTAURATION DE LA FACE, PRÉCÉDÉ D'UN APERÇU HISTORIQUE SUR L'AUTOPLASTIE DEPUIS SON ORIGINE JUSQU'A NOS JOURS; par M. le professeur A. BURGGRAEVE.

Après les considérations historiques qu'il est inutile de reproduire, l'auteur donne avec de longs détails l'observation intéressante d'une autoplastie étendue de la face, pratiquée dans le but de réparer les désordres produits par un éclat de mitraille. Voici le fait.

OBS. — Un soldat belge, nommé J.-B. Cornélis, reçut en 1831, dans une charge sur une batterie, un éclat de mitraille à la face. Le projectile, entré du côté gauche, avait brisé en éclats la mâchoire inférieure, coupé la langue, et dans le trajet oblique qu'il avait parcouru, emporté la lèvre supérieure, la joue droite, et fait éclater les os de la mâchoire supérieure.

Par suite de l'enlèvement des os maxillaires supérieurs et du vomer, la bouche et les fosses nasales étaient converties en une seule cavité; au devant de laquelle flottaient les débris de la lèvre supérieure. En arrière, les os palatins et le voile du palais avaient été respectés; de chaque côté, la bouche communiquait avec les fosses zygomatiques. A droite le plancher de l'orbite avait été défoncé et l'œil chassé de sa cavité. Cette plaie énorme ne fut accompagnée ni suivie d'aucune hémorrhagie. Revenu de son étourdissement, le blessé eut la force et la présence d'esprit de se traîner dans un fossé au bord de la route; c'est là qu'il fut relevé par les siens, trois heures après l'accident.

Ce ne fut que plus tard, en Hollande, que Cornélis put être pansé d'une manière régulière; mais le défaut primitif de soins et sans doute la nature de la lésion avaient eu des conséquences auxquelles il n'était plus possible de porter remède. La portion restante du nez refoulée vers l'arrière-bouche avait contracté des adhérences avec l'arcade palatine; les lambeaux de la lèvre supérieure et de la joue droite, roulés et contractés sur eux-mêmes, étaient perdus pour la réunion, et l'on fut obligé d'en faire l'excision. On agrandit notablement de cette manière l'ouverture de la plaie qui s'élargit encore par le dégorgement et le retrait de ces bords. Cette ouverture était limitée supérieurement par le nez renversé latéralement, par deux mamelons débris de la lèvre supérieure, et en bas par la lèvre inférieure. La mâchoire supérieure détruite avait déterminé une diminution notable dans la hauteur de la face, la mâchoire inférieure étant portée en avant et en haut, et la lèvre venant toucher le dos du nez. La langue qui avait été déchirée avait contracté en se cicatrisant des adhérences au plancher de la bouche; le malade n'émettait plus que des sons gutturaux qui venaient expirer aux bords de l'antre naso-buccal. Il est remarquable que la mastication, la déglutition, presque impossibles d'abord, revinrent peu à peu; insensiblement le jeu du voile du palais se rétablit, et le malheureux trouva le moyen de broyer ses alimens entre les molaires infé-

rieures et les cornets moyens des fosses nasales, dont la muqueuse s'épaissit au point de prendre les caractères de la gencive. La lèvre, en s'appliquant contre la portion rentrée du nez, empêchait les matières de s'échapper de la bouche, et la langue avait retrouvé assez de mobilité pour pousser le bol vers l'arrière-bouche.

M. Burggraeve se décida à tailler deux lambeaux de chaque côté de la face, à les disséquer, et à les amener en avant afin de les réunir comme un bec-de-lièvre simple; puis à disséquer et à rétablir immédiatement le nez, enfin à rajuster la lèvre inférieure.

En conséquence, le 18 mars 1839, le malade fut assis sur une chaise, la tête appuyée contre la poitrine d'un aide. Deux coups de ciseau détachèrent de chaque côté la lèvre inférieure; puis de chaque côté de la face, concentriquement au bord orbitaire, à un pouce au-dessous de ce bord à gauche, et à un demi-pouce à droite, on traça une incision à convexité inférieure, étendue de l'ouverture nasale au bord antérieur des os malaires, et deux autres incisions, coupant les premières à angle droit et se prolongeant le long des masséters jusqu'aux angles de la mâchoire inférieure.

On limita ainsi deux lambeaux qui furent détachés des parties sous-jacentes, en ayant soin de ménager les vaisseaux et les nerfs ainsi que le conduit de sténon. Les lambeaux tenaient aux tégumens du cou au moyen d'un pédicule d'un pouce de largeur. Ce moment de l'opération fut le plus douloureux pour le malade et le plus effrayant pour les assistans, car toute la face venait d'être disséquée, et le sang, qui était rejeté avec l'air de la bouche, donnait à cet aspect quelque chose d'horrible.

Dans le troisième temps de l'opération, on détacha profondément le nez de ses adhérences à la voute palatine; il fut isolé complètement de manière à pouvoir être assis sur la lèvre dans sa position naturelle.

Les lambeaux furent avivés au moyen de deux incisions semi-lunaires, de manière qu'en les rapprochant le mamelon de la lèvre se formât de lui même; on réunit la plaie au moyen de la suture entortillée.

Afin d'empêcher le bord libre de la lèvre nouvelle de se rouler sur lui-même, il fut garni d'un ourlet muqueux emprunté à la membrane interne de la bouche; à cet effet, M. Burggraeve disséqua cette dernière dans l'étendue de trois lignes, et la fixa au moyen de quelques points de suture. Procédé de Dieffenbach.

Le nez fut mis en place et toutes les incisions furent réunies au moyen de nombreux points de suture entrecoupée. On amena l'angle supérieur et interne du lambeau droit, vers le grand angle de l'œil de ce côté où on le fixa à l'aide de deux points de suture. On n'en plaça pas le long de la paupière inférieure de peur de la tirailler et de la renverser.

Ces six temps de l'opération, malgré toute la promptitude qu'on y mit, durèrent cinq quarts d'heure, et pendant tout ce temps le patient ne poussa aucun cri, il endura la douleur avec un courage et une résignation héroïques.

Aucun pansement ne fut appliqué; le malade porté dans son lit eut le visage couvert de compresses imbibées d'eau glacée et de petits morceaux de glace qu'on laissait se fondre sur la tête. (Mixture laudanisée par cuillerées d'heure en heure.)

Le visage était froid, les lambeaux décolorés et ne manifestant pas la moindre sensibilité. Grace à l'application continuelle de la glace, la réaction fut modérée, et la chaleur ne se rétablit que peu à peu dans les parties opérées.

Six heures après, les lambeaux commencèrent à s'engorger, mais sans tension; aucun des points de suture ne céda. On observa la diète la plus absolue.

Le troisième jour, une plaque en argent moulée sur les os de la mâchoire supérieure, surmontée d'un obturateur et d'une espèce de crêté figurant les cartilages du nez, et articulée d'une manière mobile avec l'os de la mâchoire inférieure, qui avait été placée pour soutenir les parties molles, se dérangea; on fut obligé de l'extraire.

Comme l'ouverture de la bouche fortement engorgée ne laissait qu'un passage étroit pour cette opération, de peur d'exercer sur les parties fraichement réunies des tractions dangereuses, M. Burggraeve se décida à ouvrir la suture médiane; en détachant les adhérences qui s'étaient déjà formées, il amena facilement l'appareil.

Les parties étant devenues assez consistantes, on pouvait s'en passer. Les aiguilles droites furent immédiatement replacées ainsi que les sutures.

Par suite de la destruction des os de la face, la mâchoire inférieure remontant jusque derrière la lèvre supérieure, l'introduction de l'air et des alimens se faisait d'une manière dificile. M. Burggraeve cherche à relever la commissure de la bouche par l'opération suivante : de chaque côté de la lèvre dans le sens du pli naso-labial, il fit deux incisions semi-elliptiques opposées par leur bord concave, de manière à circonscrire un intervalle de peau que j'enlevai; en réunissant ensuite, on força la lèvre à se relever, et l'ouverture de la bouche devint plus facile; M. Burggraeve extirpa de chaque côté de la joue le tissu inodulaire que la transplantation des lambeaux y avait déterminé.

Il restait une ouverture à l'angle interne de l'œil droit, et malgré tous les efforts elle ne put être fermée, la peau trop amincie ne pouvait soutenir les sutures. M. Burggraeve se proposa de laisser ouverte cette espèce d'auvent, qui laisse d'ailleurs plus de facilité pour la respiration; un obturateur métallique permettra de l'ouvrir ou de le boucher à volonté. D'ailleurs les voies lacrymales ayant été détruites avec les parois de l'orbite, les larmes y trouveront un cours artificiel pour s'écouler dans les fosses nasales. Cette ouverture n'a plus que deux lignes de diamètre, et par sa position se soustrait facilement au egard.

L'observation qu'on vient de lire est sans contredit une des plus intéressantes qu'on ait publiées jusqu'à ce jour sur l'histoire de l'autoplastie; elle mérite d'être lue et méditée par ceux qui veulent se tenir au courant des progrès de la chirurgie réparatrice. On ne sait où elle s'arrêtera maintenant, tant elle est hardie dans les tentatives auxquelles elle se livre, et sage et éclairée dans le traitement consécutif à l'opération; sous ce rapport, le fait rapporté par le chirurgien belge ne doit pas être perdu de vue.

OBSERVATION DE FIÈVRE INTERMITTENTE PERNICIEUSE, AVEC SYMPTÔMES PLEURÉTIQUES, SUIVIE DE RÉFLEXIONS SUR LES MALADIES INFLAMMATOIRES QUI RÈGNENT EN MÊME TEMPS QUE LES FIÈVRES INTERMITTENTES, ET DOIVENT ÊTRE COMBATTUES PAR LES TONIQUES; par le docteur GUISLAIN.

OBS.—Pierre de Will, âgé de 23 ans, cultivateur, fut atteint, à la fin de juin 1823, d'une fièvre intermittente tierce, qui menaçait de devenir continue, et céda à une forte saignée du bras et à l'emploi de la poudre de kina rouge, qui fut continuée pendant quatorze jours. La convalescence fut rapide, et au bout de dix jours, P. se livrait déjà aux rudes travaux des champs.

Le 1er avril, à quatre heures du matin, on le trouva dans l'état suivant : lèvres et pommettes bleuâtres; froid glacial de tout le corps; douleur tellement violente à la partie latérale moyenne gauche du thorax, qu'au moindre mouvement le malade tombait en syncope; impossibilité de se coucher sur le côté droit; respiration très gênée, petite, abdominale; pouls très fréquent, faible, filiforme; appétit nul; soif; langue sèche, pâle et couverte d'un enduit blanchâtre; abdomen souple; selles libres; urine pâle et aqueuse. (20 sangsues sur le côté douloureux; sinapismes aux pieds; boissons chaudes et émollientes.) A neuf heures du matin, chaleur de la peau augmentée; face renversée; céphalalgie; douleur du côté moindre; pouls mou, faible, mais conservant la même fréquence. A deux heures de l'après-midi, transpiration générale abondante; respiration libre; douleur du côté moindre; pouls mou et fréquent; urine sédimenteuse; les piqûres des sangsues saignent maintenant beaucoup. A sept heures du soir, apyrexie complète; grand accablement. Incertain sur l'heure du retour, on prescrit 12 gros de quinquina rouge à prendre d'heure en heure par dose de 2 gros.

Le 2, l'état du malade est satisfaisant; il a passé une bonne nuit; il est très faible; les symptômes de la veille n'ont pas reparu. (Une livre de décoction de kina rouge à prendre par dose d'une once toutes les deux heures.)

Le malade suivit un régime fortifiant, et prit pendant trois semaines 3 onces de décoction de kina rouge par jour, et n'éprouva pas de récidive.

M. Guislain, à la suite de cette communication, faite au nom de M. Bouchet, a appelé l'attention de la société sur un genre de maladie qui a plus d'un rapport avec l'observation précédente, et est encore peu connu et généralement confondu avec un genre de maladies tout-à-fait différentes. Il s'agit des maladies inflammatoires, qui demandent à être traitées par le sulfate de quinine. Ces maladies ne sont pas les fièvres masquées et pernicieuses décrites par les auteurs. Ce sont des inflammations dans la force de l'acception, accompagnées de symptômes formidables, dans lesquelles manquent même les caractères annonçant la condition morbide des fièvres pernicieuses représentées par l'intermittence fébrile, la rémittence, les sueurs visqueuses, l'urine hypnostatique, etc. Ces maladies exigent un traitement tout spécial; les saignées n'y sont réclamées que dans des cas tout spéciaux, et le quinquina est, dans la grande majorité des cas, le seul remède pour soustraire le malade à une mort certaine. Or, ces maladies règnent dans les endroits avoisinant les Polders; elles naissent sous l'influence d'un air chargé de miasmes. Depuis plusieurs années, M. Guislain les observe à Gand et dans ses environs, et elles semblent de préférence se déclarer dans le quartier de la porte de Sas et dans celui d'Akergbem, avoisinant les prairies, surtout lors des premières chaleurs. Il croit les avoir observées aussi à Rome, et pense qu'on les rencontre partout où il y a des terres submergées, comme dans les marais Pontins, les marais de Sienne, ce qui lui a été prouvé par des renseignemens pris sur les lieux. Les marécages d'Alger, plusieurs terrains paludeux en France, en Angleterre, en Norwège, en Hollande et en Amérique, offrent probablement le même sujet d'observation, et tout médecin capable d'observer, pratiquant dans ces pays, doit avoir constaté ces affections. Mais il insiste de nouveau sur ce point : ce ne sont pas là des fièvres intermittentes, des subintrantes, des continues rémittentes, des fièvres pernicieuses, telles qu'on les a décrites; ce sont des inflammations, des péritonites, des pleurésies, des pneumonies, des méningites, des rhumatismes, etc. Déjà, suivant M. Guislain, on a fait connaître l'influence des miasmes marécageux sur la production des fièvres typhoïdes et malignes; mais ce que l'on n'a pas encore fait ressortir, c'est l'influence de ces miasmes sur la production des maladies inflammatoires et la spécialité du traitement que ces maladies réclament.

Le point le plus important, après avoir signalé ces affections, c'est de donner les moyens de les reconnaître, car un manque d'appréciation peut conduire à de funestes résultats. Or, pour arriver à cette connaissance, il faut avoir égard à la condition morbide du sujet; il faut s'assurer de l'état des fluides en circulation. C'est dans l'altération qu'ont subie ces fluides qu'est l'essence de la maladie; l'inflammation n'est que le mode réactionnaire d'une altération plus profonde; c'est un effet de la maladie, qui disparait avec elle.

On trouve les signes qui annoncent cette altération dans un aspect particulier de la peau, là surtout où les capillaires sont à nu, ainsi que dans

les parties du système muqueux qui tapissent l'entrée des cavités nasales et buccales. L'état, le coloris de la conjonctive surtout est caractéristique; ainsi tonte la peau a un aspect terreux, sali; les jones offrent une couleur difficile à définir : elles sont rouges, mais ce rouge n'est point écarlate, comme dans les affections inflammatoires proprement dites; c'est un rouge faiblement prononcé, mais brun, couleur de bière, avec des nuances jaunes; on dirait que les fluides y circulent difficilement; c'est quelque chose qui se rapproche de l'ecchymose. Les lèvres, tantôt pâles, tantôt livides et la langue toujours large et gonflée, offre le plus souvent l'aspect ardoisé, le *color plumbeus* des anciens. Lors même que ces signes sont obscurs, la couleur de la conjonctive peut conduire seule le médecin. Le blanc des yeux offre une teinte invariablement bleue, qui, une fois qu'on a appris à la connaître, est, pour celui qui se livre à cette étude, un indice certain. Pour s'en faire une idée, on n'a qu'à se représenter les yeux d'un malade qui, depuis trois semaines, est atteint de fièvre tierce on quarte; et, à tont bien considérer, l'aspect général n'est pas très éloigné de cette cachexie *sui generis* que nous constatons dans les fièvres intermittentes de longue durée; les malades éprouvent, en outre, une forte prostration musculaire, et leur urine est souvent trouble. Après les premières doses de sulfate de quinine, la couleur des joues change, même au bout de quelques heures, et une couleur rosée remplace la couleur spéciale. Dans ces cas pareils, le fébrifuge fait des cures merveilleuses.

V. ENCYCLOGRAPHIE DES SCIENCES MÉDICALES.

Le cahier du mois d'août renferme : 1° *Plusieurs articles extraits des journaux allemands*; 2° *Un mémoire sur le traitement des plaies après les opérations chirurgicales*; par M. Ch. Phillips de Liége (auteur écrit en faveur de la réunion immédiate; il cite des faits qui prouvent l'utilité de l'eau froide en irrigation ou en bain; dans plusieurs amputations de cuisse ou de jambe, il pratiqua la torsion avec succès (rien de neuf); 3° *Du vagissement utérin considéré sous le rapport médico-légal*, mémoire lu à la société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, le 1er juillet 1839; par M. S. R. Marinus; 4° *Exostose du petit doigt, simulant des noyaux calcaires incrustés dans les tendons; amputation du doigt dans la contiguïté; par la méthode ovalaire; nécroscopie du doigt; guérison*; observation recueillie par M. Simonost, élève de l'hôpital St-Jean; 5° *Considérations générales sur la pathogénie et la thérapeutique des maladies épidémiques*; par M. Louis Petit, officier de santé à Watou.

DU VAGISSEMENT UTÉRIN CONSIDÉRÉ SOUS LE RAPPORT MÉDICO-LÉGAL; mémoire lu à la société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles; par M. S.-A. MARINUS.

L'auteur a rassemblé un bon nombre de faits relatifs au vagissement utérin proprement dit, au vagissement utéro-vaginal, enfin au vagissement utéro-extra-vaginal. Il tire de ces faits et de la discussion à laquelle il les a soumis cette conclusion, à savoir, que le vagissement utérin, quoique étant un phénomène rare, est possible dans les circonstances suivantes :

1° Lorsque, les membranes de l'œuf étant rompues et le col de l'utérus dilaté, la tête de l'enfant se trouve placée au détroit supérieur, ou plus ou moins engagée dans l'excavation du bassin, soit qu'elle présente la face, l'occiput, ou même la région temporale;

2° Lorsque la tête est parvenue dans le vagin, engagée à la vulve, ou entièrement en dehors, pendant que le reste du corps de l'enfant est encore contenu dans la cavité de la matrice;

3° Lorsque dans les positions des pieds, des genoux, des fesses, ou lorsqu'après avoir pelotonné l'enfant, la tête reste engagée dans les parties génitales de la mère, le restant du corps étant au-dehors.

Le phénomène du vagissement utérin étant admis, on est conduit nécessairement à admettre cette autre proposition. L'enfant peut respirer dans le sein de sa mère; en conséquence, la respiration peut précéder la naissance du fœtus, et celui-ci peut mourir ensuite, avant d'avoir été expulsé complètement.

Ce fait devient donc une objection puissante contre les expériences de docimasie pulmonaire, qui n'offrent plus dans les questions d'infanticide cette certitude qu'on leur avait attribuée précédemment. Et si, ce qu'il faut bien se garder de conclure, ces expériences ne doivent pas être négligées, au moins la possibilité du vagissement utérin doit-elle rendre le médecin légiste excessivement circonspect.

Il est bon toutefois de se rappeler que, chez l'enfant qui a respiré dans le sein de sa mère, et qui est ensuite mort avant de naître, on en naissant, on trouvera les traces d'une respiration imparfaite. Dans un cas cité par le docteur Lados (ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND, année 1837), l'autopsie démontra que le poumon droit et le lobe supérieur du poumon gauche étaient dilatés par l'air; le lobe inférieur du poumon gauche était resté inaccessible à ce fluide, ce que l'auteur est tenté d'attribuer à l'état chétif du fœtus, âgé de huit mois.

La preuve d'une respiration incomplète sera donc déjà une présomption en faveur de la respiration intra-utérine; cette opinion acquerra plus de poids encore lorsqu'il sera possible d'établir que la rupture des membranes a eu lien longtemps avant l'accouchement, et que des manœuvres ont été exercées par une main étrangère, dans la vue de le terminer. Toutefois il serait à désirer, pour faire cesser les incertitudes à cet égard, que les praticiens qui auront occasion d'observer le phénomène du vagissement utérin ne négligent point de faire la nécroscopie des poumons chez les enfans qui naîtraient morts après avoir respiré dans le sein de leur mère, et qu'ils publiassent ensuite le résultat de leurs recherches; car il faut plus d'un fait pour éclairer cette importante question.

VI. ANNALES D'OCULISTIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

ABCÈS DÉVELOPPÉ DANS LE TISSU UTÉRIN; observation communiquée par M. LADOS.

OBS. — Une fille, âgée de 21 ans, enceinte de six mois, fut chassée de la maison paternelle, à cause de son état de grossesse. Elle reçut, dans une dispute qu'elle eut à cette occasion, plusieurs coups de couteau, dont un on deux sur la paroi antérieure de l'abdomen, un peu au-dessous de l'ombilic. Dès cet instant, douleurs vives dans le ventre; un médecin, appelé le sixième jour, fit appliquer à plusieurs reprises des sangsues et des émolliens, qui amenèrent un soulagement notable; cependant, une douleur obtuse augmentant par la pression persista pendant toute la durée de la grossesse. L'accouchement eût lieu à terme et se termina après 48 heures de travail, sans présenter aucune autre particularité. Après la délivrance, l'accoucheur, appliquant la main sur la région utérine, rencontra la partie antérieure de l'abdomen dure et fortement développée, et annonça la présence d'un second enfant. On attendit en vain plusieurs heures.

Le lendemain, le ventre était plus douloureux, surtout à la région ombilicale.

Le troisième jour après l'accouchement, la malade se trouvait dans l'état suivant : face grippée, pâle; pommettes injectées; lèvres et langue sèches; pouls petit et accéléré; seins peu engorgés; lochies très peu abondantes; ventre tendu, surtout à la région hypogastrique. Le toucher abdominal révélait l'existence d'une tumeur de la grosseur d'une tête d'adulte; on toucha par le vagin sans pouvoir établir un diagnostic certain; seulement on acquit la certitude que l'accoucheur s'était trompé. Des petits coups secs donnés sur la tumeur se propageaient jusqu'au doigt, en contact avec le col utérin, et *vice versâ*.

D'après les circonstances commémoratives, on diagnostiqua une inflammation restée latente, que le travail de l'accouchement et le changement survenu dans le tissu utérin avaient fait passer à l'état aigu. (Sangsues plusieurs fois répétées; cataplasmes émolliens.) Ces moyens calmèrent la douleur sans diminuer le volume de la tumeur. L'écoulement lochial dura encore dix jours, et fut remplacé peu de temps après par un écoulement de toute autre nature, et ressemblant tantôt à du pus mêlé de sang, et tantôt formé seulement par du pus d'une odeur très fétide. La tumeur hypogastrique ne diminua pas, cependant; des douleurs pulsatives s'y manifestèrent après plusieurs semaines. Alors on y découvrit une fluctuation profonde; les mouvemens imprimés avec le doigt introduit dans le vagin ou le rectum se propagèrent jusqu'à la main, appliquée sur la tumeur.

Vers la fin du deuxième mois après l'accouchement, la malade se trouvant pour ainsi dire réduite à l'état de squelette, ayant les extrémités inférieures œdématiées, on se décida à plonger un bistouri à trois travers de doigt au-dessous du nombril. Il sortit par cette ouverture deux pintes d'une matière purulente tellement fétide, que tous les assistans furent obligés de quitter l'appartement. Une sonde en gomme élastique fut introduite par la plaie; les coups portés avec cet instrument se firent sentir au doigt introduit dans le vagin; mais l'inflammation des parties environnantes ou du sac dans lequel le pus s'était amassé ne permit pas d'obtenir de nouvelles données sur le siége du mal.

Peu de jours après l'écoulement du pus, qui avait eu lieu jusqu'alors par les parties génitales, cessa, et la malade, soumise à un régime analeptique, reprit insensiblement ses forces. La tumeur disparut graduellement, en s'enfonçant de plus en plus dans le bassin; plusieurs mois après, elle cessa d'être apparente. Au bout d'une année seulement, les menstrues reparurent; dès-lors la santé pouvait être considérée comme parfaite. Cette fille s'est mariée depuis, et n'est plus devenue enceinte.

On pourra tout naturellement, à la lecture de cette observation, se demander si réellement l'abcès dont il est question s'était bien développé dans le tissu même de la matrice. M. Lados ne doute pas que cela ne fût, quoique l'autopsie ne soit point venue confirmer le diagnostic. « Quelle supposition pourrait, dit-il, faire croire à une erreur? Peut-on soupçonner que l'abcès se soit formé dans les annexes de l'utérus, je ne le pense pas; surtout lorsque je me rappelle la partie de l'abdomen sur laquelle la cause première a agi, l'endroit de l'ouverture de l'abcès, l'écoulement purulent dans la cavité utérine. »

Bien que Portal, dans son anatomie médicale, ait fourni deux exemples

de métrite suppurée; que d'autres auteurs aient cité des cas analogues, il sera toujours permis de douter que l'abcès dont il s'agit fût réellement un abcès utérin. Ce pourrait être tout aussi bien une ovarite, un abcès de la trompe, ou du ligament large, qu'une collection de pus dans l'épaisseur de la matrice; rien n'empêche d'admettre que ce ne soit une phlegmasie du tissu cellulaire sous-péritonéal; mais qu'importe le siége précis dans des cas analogues, ce qu'il faut surtout constater, c'est 1° l'existence de la collection purulente; 2° sa position relativement aux parois abdominales, ou bien relativement au vagin, au rectum, etc.; 3° l'impossibilité de sa résorption; alors on se décidera à créer une route artificielle à ce liquide, et l'on choisira entre le bistouri et la potasse caustique, suivant les indications, suivant le plus ou moins de répugnance des malades pour l'instrument tranchant.

Ce cas n'en demeure pas moins fort intéressant, et ne doit pas être perdu pour l'histoire si importante des phlegmasies suppuratives de l'utérus et de ses annexes.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 17 SEPTEMBRE.

CORRESPONDANCE.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie que MM. Bischop, Vogen et Raynaud, membres correspondans, sont présens à la séance.

LUXATION CONGÉNITALE DU FÉMUR.

M. GERDY achève la lecture de son rapport; et, terminant ce qui est relatif au travail de M. Pravaz et aux objentions de M. Bouvier, il pense que l'enfant qui a été présenté par M. Pravaz à l'Académie de médecine n'est point atteint actuellement de luxation congénitale; quant aux autres sujets, il n'a pas les mêmes convictions, ces derniers n'ayant pas été soumis à l'examen de la commission.

Quant à la durée et à la solidité de la guérison, c'est au temps à décider cette opération: telle qu'elle est maintenant, et après le temps qui déjà s'est écoulé, cette réduction donne beaucoup à espérer. Aussi, dans des circonstances semblables serait-on pleinement autorisé à tenter d'obtenir les mêmes résultats.

La réclamation de M. Humbert est fondée en ce sens qu'il a eu réellement la première idée et exécuté les premières tentatives de réduction; mais jusqu'à ce qu'il ait produit des preuves authentiques de véritable réduction, le mérite de l'exécution appartient à M. Pravaz.

Le fait cité par M. Humbert d'une jeune fille atteinte d'une luxation congénitale, avec deux pouces cinq lignes de raccourcissement, qui fut réduite en 55 minutes, et chez laquelle, deux mois et demi plus tard les épines iliaques n'étaient pas au même niveau, n'est pas, suivant M. Gerdy, une véritable réduction. Au reste, l'argumentation de M. Humbert n'est pas suffisamment fondée: il se borne à des réflexions générales, qui ne constituent pas des argumens suffisans. Il est vrai que M. Humbert annoncerait encore un bon nombre de réductions spontanées obtenues à Paris, mais, avant de se prononcer sur la valeur de ces faits, il faut les avoir suffisamment examinés. Du reste, déjà viennent les exceptions sur la durée des efforts employés, puisque, dans un cas, il fallut quarante jours, et, dans un autre, quatre mois et demi d'extension.

De tous ces faits et des recherches anatomo-pathologiques auxquelles ils ont donné lieu, nous pouvons conclure, dit M. le rapporteur:

1° Que les luxations dites congénitales des fémurs présentent une conformation anatomique qui n'exclut pas la réduction;

2° Si l'état des parties molles semble y apporter un obstacle, il peut être vaincu par l'extension longtemps continuée.

3° Puisque la tête du fémur se creuse une cavité anormale sur l'os des îles par la prolongation de son contact dans les anciennes luxations, à plus forte raison pourra-t-elle creuser la cavité cotyloïde dans sa position normale, ou l'agrandir, si, ce qui arrive le plus souvent, elle existe; de manière à ce qu'elle puisse fournir la base d'une articulation solide.

4° L'enfant présenté par M. Pravaz est actuellement dans un bon état, et son articulation ilio fémorale remplit toutes ses fonctions.

5° La réduction des luxations congénitales du fémur offre donc des chances de succès.

En conséquence, Messieurs, la commission propose: 1° de voter des remercîmens à M. Pravaz pour cette importante communication; et 2° de la publier dans vos bulletins.

Une longue discussion s'engage sur les conclusions et la substance du rapport. MM. Bouvier, Bouillaud, Castel s'efforcent de démontrer, et pour le cas actuel, et pour la généralité des faits qui se sont présentés déjà, l'absence de réduction; MM. Gerdy, Blandin, Velpeau, soutiennent, pour le malade de M. Pravaz, que la réduction a été obtenue; toutes les mesures ont été prises; des hommes qui offrent toutes les garanties désirables ont constaté le fait. Tout récemment encore, M. Gerdy jeune vient d'examiner le malade, lors de son passage à Lyon, en se conformant aux instructions que je lui avais données, dit M. Gerdy; et les réponses aux questions que je lui avais adressées démontrent péremptoirement que la réduction a été obtenue.

M. DOUBLE prend la parole au sujet d'un fait allégué par M. Bouvier; l'Académie des sciences n'a pas décerné un prix à M. Humbert pour avoir obtenu la réduction des luxations congénitales; mais elle a constaté les améliorations obtenues, et a eu surtout en vue de récompenser l'auteur pour l'invention d'un instrument fort exact pour mesurer la longueur relative des membres, et d'autres machines pour opérer l'extension.

La discussion se prolonge d'une manière fort animée jusqu'à cinq heures et demie, mais sans éclairer en rien la question scientifique; enfin, les conclusions sont adoptées.

M. RENARD, d'Alfort, met sous les yeux de l'Académie les fosses nasales d'un élève qui vient de succomber avec tous les symptômes de la morve; il communiquera plus tard l'histoire de la maladie.

Un médecin de Montargis présente un anévrisme de la crosse de l'aorte, qui a déterminé consécutivement l'usure du sternum.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ PHILOSOPHIQUE DE MÉDECINE PRATIQUE; par A.-N. GENDRIN, D. M., médecin de l'hôpital de la Pitié. — A Paris, chez Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17. (Le premier volume et la moitié du deuxième ont paru.)

Depuis que la chute de la doctrine physiologique a jeté sur les systèmes en médecine un discrédit que nous croyons injuste, tous les ouvrages de quelque importance qui sont publiés ont, si non nous en rapportons à leurs auteurs, pour objet principal la pratique; nous ne recevons plus que des ouvrages de médecine pratique; aussi avons-nous été peu étonné en voyant M. Gendrin, dont les travaux sont empreints d'un esprit de dogmatisme si prononcé, introduire dans le titre de son ouvrage cette formule sans laquelle, malgré toute l'habileté et la réputation de l'auteur, il ne serait arrivé qu'aux mains d'un petit nombre d'hommes; car aujourd'hui on ne veut que de la médecine pratique, et les auteurs doivent nécessairement se conformer au goût du public sous peine de n'être pas lus. Au reste, le mot *philosophique*, qui dans le titre de l'ouvrage que nous annonçons, précède les mots « médecine pratique, » indique suffisamment que M. Gendrin n'a pas renoncé à l'esprit systématique dans sa manière de considérer la pathologie, et qu'il est loin d'avoir adopté l'opinion de quelques hommes de notre époque, pour lesquels la médecine pratique et la médecine systématique sont deux ordres de connaissances tout différens, qui tendent chaque jour à se réunir en une seule et vraie science, mais qui aujourd'hui sont d'accord sur un trop petit nombre de points pour qu'on puisse encore les confondre sans un véritable détriment pour les malades.

Le TRAITÉ PHILOSOPHIQUE DE MÉDECINE PRATIQUE paraît devoir former un ouvrage volumineux; il sera divisé en neuf parties, dont la première, la seule qui ait encore été publiée et qui comprend le premier volume, et la moitié du second occupe plus de 1,000 pages et contient les *hémorragies*. Les huit autres parties qui doivent être développées successivement sont: 2° les *diacrises* ou altérations de sécrétions; 3° les *phlegmasies*; 4° les *fièvres* ou les pirexies; 5° les *anomalo-trophies* ou les modifications dans la nutrition des organes; 6° les *hétérosarcoses* ou les formations de tissus accidentels; 7° les *cachexies*; 8° les *névroses*; 9° les *vésanies*. Il est facile de voir, d'après l'ordre adopté entre ces différentes classes de maladies, que l'auteur, commençant par les affections les plus simples, se propose d'arriver graduellement à celles qui se composent d'élémens de plus en plus complexes.

De tous les élémens pathologiques, celui auquel M. Gendrin attribue le plus d'importance, celui sur lequel il base, toutes les fois qu'il le croit possible, la définition de la maladie, c'est la lésion organique; mais il ne donne pas à l'expression lésion organique le sens que lui donnent la plupart des anatomo-pathologistes. « Les altérations des organes qui peuvent être constatées après la mort ne suffisent jamais pour caractériser seules la maladie; elles ne peuvent souvent pas se rapporter à toutes les périodes qu'elles ont parcourues; elles manquent dans certains cas; dans d'autres, elles s'effacent ou se modifient avec les progrès du mal, ou même par les seules altérations qui suivent la mort; elles représentent, enfin, souvent des effets plutôt que des causes des états morbides. Nous n'admettons donc pas que la maladie puisse être caractérisée par les lésions des organes, qui surviennent dans sa durée et qui se trouvent après sa terminaison fatale. Cependant nous donnons une grande importance à l'étude raisonnée de ces lésions. En analysant avec grand soin tous les désordres qu'elles représentent, on parvient presque toujours à détermi-

ner comment elles se sont formées, par quels degrés elles ont successivement passé, quels rapports ont existé entre les phénomènes morbides extérieurs et les altérations de texture, aux diverses périodes de la maladie. L'appréciation exacte et raisonnée de toutes ces circonstances accessibles à l'observation directe, nous conduit à tracer, par les phénomènes extérieurs, l'expression des altérations profondes, et à determiner ainsi la valeur des phénomènes appréciables comme moyens de diagnostic, de pronostic, et, par suite, comme sources d'indication thérapeutique.

» On ne peut arriver sans erreur à aucun de ces résultats si l'on s'en tient aux caractères physiques extérieurs des lésions anatomiques, comme l'on a fait jusqu'à présent. Cette direction des études nous semble la cause de l'inutilité, pour la médecine pratique, du plus grand nombre de travaux d'anatomie pathologique. Il n'en sera pas de même quand on prendra pour point de départ ce fait que toutes les altérations des organes sont complexes, et qu'il faut les considérer comme formées de lésions distinctes et cependant connexes des différens tissus élémentaires. On arrive ainsi, dans un grand nombre de cas, à déterminer comment les lésions élémentaires se sont successivement formées et se sont associées les unes aux autres, et quels rapports ont pu exister entre ces lésions élémentaires et les phénomènes morbides qui se sont successivement montrés. Ce n'est qu'en procédant ainsi que l'anatomie pathologique devient la source la plus féconde des progrès de la médecine, en servant de base à une doctrine véritablement rationnelle. Les désordres trouvés sur les cadavres, décomposés dans les lésions élémentaires qu'ils représentent, fournissent ainsi le moyen le plus sûr pour rendre raison des conditions morbides dont ils sont les dernières traces. »

« Le caractère principal, dit M. Gendrin en terminant cette profession de foi sur l'un des points les plus litigieux de la science, consiste toujours à introduire l'anatomie des parties saines et l'anatomie pathologique dans la pathologie comme la source la plus féconde des progrès de la science... Pour n'indiquer ici que quelques-uns des résultats auxquels nous sommes parvenus par cette méthode, c'est à elle que nous devons d'avoir été conduit à étudier les maladies de la peau dans les divers organes qui se trouvent rapprochés et annexés en si grand nombre dans la couche tégumentaire. C'est à l'aide de cette méthode que nous montrons que les phlegmasies ne diffèrent dans le derme, à part leur acuité et leur chronicité, que par la différence des organes élémentaires dermiques qu'elles affectent primitivement ; c'est elle qui nous a conduit à décomposer les maladies des membranes muqueuses, suivant qu'elles affectent primitivement la trame cellulo-vasculaire de ces membranes, ou les organes sécréteurs qu'elle contient. »

Si M. Gendrin était arrivé, ainsi qu'il semble l'annoncer ici, à déterminer les lésions élémentaires de la plupart des affections importantes, il aurait, nous le reconnaissons, fait faire d'immenses progrès à la science, bien que les résultats de ces découvertes fussent d'une importance beaucoup moindre que celle qu'il leur accorde ; mais comment croire que son scalpel ait acquis une si grande habileté quand tous les jours nous voyons parmi nous des hommes éclairés et de bonne foi avoir de la peine à distinguer si ces altérations grossières qu'on trouve sur les cadavres sont le produit de la maladie, ou un effet cadavérique, ou le résultat de l'action chimique des élémens organiques ? Au reste, nous devons avertir qu'on aurait tort de confondre M. Gendrin avec les médecins organiciens qui ne tiennent compte que des lésions organiques et qui voient là la science tout entière ; il reconnaît encore qu'il faut joindre à ces lésions l'étude des causes de toute nature qui ont pu concourir à la production de la maladie, et que toute la thérapeutique est subordonnée à ce fait capital, que toutes les maladies sont produites, se développent, marchent et se terminent sous l'empire de la vie. Les maladies sont, pour lui, des actes de l'organisme, qui s'accomplissent comme des fonctions insolites, et qui conservent toujours, dans leurs anomalies, une régularité qui s'accorde avec l'ordre primordial de coordination de toutes les fonctions et qui se régit par les mêmes lois physiologiques. De là la nécessité d'admettre toujours l'intervention des forces vitales dans tous les changemens qui surviennent ou qu'on veut déterminer dans la plupart des maladies. C'est l'habileté à prévoir et à apprécier les effets de cette intervention qui fait les grands médecins : c'est dans l'art de la provoquer d'une manière favorable pour le malade que consiste la thérapeutique.

Si M. Gendrin croit pouvoir reconnaître facilement les différentes lésions qui se succèdent et se produisent dans le cours des maladies ; s'il croit pouvoir suivre facilement les phénomènes morbides qui se rattachent à ces lésions, il retrouve la même facilité lorsqu'il s'agit de l'explication du mode d'action des agens thérapeutiques. « Parmi les moyens thérapeutiques assez peu nombreux sur l'action immédiate, et surtout curative, desquels nous ne connaissons que des résultats tout-à-fait inexplicables, la plupart ont des effets appréciables par des phénomènes qui éclairent sur les modifications qu'ils peuvent introduire dans l'organisme. Tous ces moyens ont, d'ailleurs, indépendamment de cet effet inexplicable qu'on désigne par l'épithète de spécifique, sur l'organisme une action immédiate très manifeste, sur laquelle il faut s'éclairer par l'appréciation des phénomènes qui s'y rattachent ; car c'est là une source directe et importante d'indication et de contr'indication pour l'emploi de ces remèdes. » Sans donner plus d'importance à l'empirisme en thérapeutique qu'il ne doit en avoir, nous pensons cependant que le rejeter entièrement, ce serait se priver d'un auxiliaire d'une grande utilité. L'empirisme est à la thérapeutique ce qu'est l'expérimentation dans la plupart des sciences. Si nous examinions quelle a été l'origine des médications les plus actives et les plus utiles, nous reconnaîtrions qu'elles sont toutes dues à l'empirisme, et que, parmi les traitemens proposés comme rationnels, et répondant aux indications rationnelles, il en est bien peu qui aient produit tout ce que la science avait promis. Repousser absolument l'empirisme, c'est clore la série de nos médicamens ; c'est dire que la thérapeutique n'a plus besoin de nouvelles conquêtes. Laissons donc à l'empirisme le droit de nous mettre sur la voie de nouveaux médicamens, et ne défendons pas la recherche de moyens nouveaux contre tant de maladies contre lesquelles la médecine est, dans l'état actuel de la science, tout à fait impuissante. Car s'il est du devoir de l'homme de la science de laisser de côté tous les faits inexplicables et tous les médicamens dont l'action échappe à ses théories, l'homme de l'art éprouve un besoin non moins impérieux d'employer tous les moyens propres à soulager ses malades, qu'ils lui soient fournis par l'empirisme ou qu'ils soient le résultat des doctrines admises.

Nous venons d'exposer la méthode que M. Gendrin se propose de suivre dans son travail, et qui mérite jusqu'à un certain point le nom de méthode *analytique* qu'il lui donne ; nous avons exprimé notre opinion que cette méthode n'est, dans l'état actuel de la science, applicable qu'à une très petite partie des nombreuses questions qu'elle renferme, et que nous croyons toutes les autres inaccessibles à l'analyse, telle que M. Gendrin l'entend, tout en reconnaissant ce que le plan qu'il propose aurait d'utile, s'il pouvait être suivi dans toutes ses parties, facilement et sans dénaturer les faits ; maintenant il nous resterait à examiner si, dans la première partie du TRAITÉ PHILOSOPHIQUE DE MÉDECINE PRATIQUE, ce plan a été appliqué avec succès. Nous avons déjà dit que cette première partie comprenait les hémorragies, qui sont les maladies généralement les plus élémentaires, celles dans lesquelles, suivant l'expression de M. Gendrin, les phénomènes sont le plus facilement appréciables, et s'éloignent le moins des conditions de l'état de santé ; l'analyse y est généralement d'une application facile. D'ailleurs, ces affections, n'ayant donné lieu à aucune discussion grave entre les médecins dans ces derniers temps, ne devaient offrir que peu d'occasions d'arriver à ces résultats nouveaux qu'annonce l'auteur dans son introduction. Nous attendrons, pour juger définitivement la méthode de M. Gendrin, qu'il l'ait appliquée à quelques-unes de ces grandes questions de pathologie, sur lesquelles l'opinion médicale est si fortement divisée, et nous nous bornerons ici à jeter un coup-d'œil sur cette première partie, laissant de côté pour le moment ce qui se rattache à la méthode générale adoptée par l'auteur.

Dans le premier livre, l'auteur présente quelques considérations générales sur les hémorragies, puis passe immédiatement à celles qui se manifestent sur les surfaces exhalantes et par les voies de sécrétion, ou aux hémorragies des membranes muqueuses et séreuses, et de la peau, qui forment le sujet du second livre. Dans le troisième, il étudie les hémorragies interstitielles, ou celles qui s'accomplissent dans l'intérieur des tissus, et consacre le quatrième à l'étude des hémorragies fonctionnelles et de leurs modifications.

Parmi les questions de quelque importance que renferme ce vaste cadre, nous citerons surtout l'apoplexie cérébrale, et ses variétés qui occupent un grand espace, et les hémorragies utérines, qui remplissent près de 400 pages. A l'article apoplexie cérébrale, M. Gendrin a fait preuve de vastes connaissances et d'une observation exacte ; il est cependant un bon nombre de points où il nous a paru ne pas se tenir renfermé dans les limites du vrai ; ainsi, on pourrait conclure de ce que dit l'auteur du *coup de sang*, qu'il attribue à cette maladie la plupart des morts subites qui ne sont expliquées par aucune lésion organique appréciable, et qu'il appuierait cet usage barbare, nous dirons même homicide, de pratiquer immédiatement, et sans prendre de renseignemens, des saignées chez tous les sujets qu'on trouve sans connaissance et dans un état de mort imminente. Nous pensons aussi que l'auteur a trop restreint l'emploi des purgatifs au début de l'apoplexie, sous le prétexte de « la facilité avec laquelle cette médication devient nuisible, en déterminant une irritation inflammatoire intestinale, qui brise les forces des malades et réagit sur le cerveau. » Cette crainte exagérée ne peut être sérieusement partagée par l'auteur,

et nous semblerait plutôt un souvenir d'une époque déjà loin de nous, que l'expression d'une opinion actuelle, et fondés sur l'observation.

Avant de s'occuper des modifications des hémorragies fonctionnelles, M. Gendrin consacre quelques pages à la *menstruation*, et émet sur cette fonction physiologique quelques idées neuves appuyées sur des faits, et dont l'intérêt ne permet pas que nous reprochions à l'auteur d'avoir traité une question purement physiologique au milieu d'un ouvrage de pathologie. Le passage suivant fera connaître sommairement les principaux résultats de ces recherches nouvelles : « Les observations que nous venons de présenter modifient profondément les opinions admises jusqu'ici sur la génération chez la femme. Elles établissent que, pendant tout le temps de la vie que dure l'aptitude à concevoir, il se développe dans l'ovaire, des vésicules et des ovules; chaque mois, une vésicule arrivée à la surface de l'ovaire, devient le siége d'un travail organique que partagent par synergie tous les organes génitaux; le résultat de ce travail est la rupture de la vésicule et la perte d'un œuf non fécondé, soit par destruction ovarienne, soit par expulsion utérine. Les observations récentes de Valentin confirmant ce que l'on n'avait pu déduire jusqu'alors que par des inductions si bien déduites qu'elles équivalaient presque à des preuves, ont démontré que les vésicules de Graaf renferment un ovule dans lequel se trouvent toutes les parties essentielles de l'œuf animal. Comme on trouve en même temps dans l'ovaire des vésicules à différens degrés de développement, l'on ne peut douter qu'elles n'y existent que pendant un certain temps, depuis leur origine jusqu'à leur rupture spontanée, qui survient quand leur accroissement et celui de l'ovule est achevé. Cette rupture s'établit régulièrement, à intervalles égaux, par un travail organique auquel est liée l'hémorragie mensuelle. »

Le développement de ces idées et des faits sur lesquels elles s'appuient est suivi d'une longue dissertation sur les métrorrhagies, sur les hémorragies utéro-placentaires. Cette dernière question, qui, appartenant à l'obstétrique, sort peut-être du domaine de la médecine pratique, et est traitée avec plus d'étendue que dans aucun ouvrage consacré spécialement à l'art des acconchemens, eût pu être facilement réduite à de moindres dimensions. Nous en dirons, au reste, autant de la plupart des autres sujets. Ce n'est pas cependant qu'on trouve ni répétitions, ni divagations, ni des excursions trop fréquentes sur le champ des autres parties des sciences médicales; les observations que rapporte quelquefois M. Gendrin sont peu nombreuses, de dimensions raisonnables, et généralement si bien choisies, qu'on les croirait faites de toutes pièces pour appuyer le point en discussion; ce n'est point là encore que se trouve la cause de l'ampleur que prennent ces questions sous la plume de M. Gendrin. La vraie cause, c'est l'exactitude, le soin minutieux avec lequel il remplit toutes les cases du cadre qu'il s'est tracé; ne laissant rien en arrière, même des choses les plus connues, et sur lesquelles il n'y a pas lieu à la moindre discussion.

Parmi les reproches que nous pourrions adresser à l'auteur (car la réflexion précédente ne peut être regardée comme un reproche), nous nous plaindrons qu'il ait cité un aussi petit nombre de contemporains. Nous le voyons assez souvent citer la TRADUCTION D'ABERCROMBIE et l'HISTOIRE DES INFLAMMATIONS, puis un petit nombre d'auteurs vivans; mais nous pensons que son ouvrage eût gagné à une plus grande largesse de citations parmi ces derniers. Ce petit reproche, il est vrai, pourrait être adressé à d'autres auteurs contemporains qui, trop souvent, semblent s'enfermer dans le cercle de leurs propres travaux, et oublier que d'autres, autour d'eux, travaillent aussi, et paient journellement leur tribut à la science.

Peut-être pourrait-on blâmer encore le néologisme dont on trouve des traces dans les deux volumes qui sont sous nos yeux; mais nous nous contentons d'indiquer cette tendance, qui nuit presque toujours aux ouvrages où elle est prononcée, et nous hâtons de signaler quelques-uns des avantages qui nous ont le plus frappé dans le TRAITÉ PHILOSOPHIQUE DE MÉDECINE PRATIQUE. En annonçant dès le commencement de cet article, que nous doutions que l'auteur pût appliquer avec fruit sa méthode aux questions de la pathologie les plus controversées, nous n'avons point mis en doute son habileté en anatomie pathologique; au contraire, de tous les anatomistes modernes, nous pensons qu'il en est peu qui suivent avec autant de justesse le développement graduel des altérations anatomiques et leurs transformations successives; on reconnaît, aux détails minutieux et véridiques dans lesquels il entre, qu'il a suivi la nature pas à pas, la saisissant à propos, et ne mettant pas le produit de son imagination à la place du travail réel de la nature. Quant au style, il est grave et sévère, comme il convient à un ouvrage de ce genre; les faits sont exposés clairement, et si les principes laissent quelquefois à désirer, les inductions sont le plus souvent inattaquables; sous tous ces points de vue, le TRAITÉ PHILOSOPHIQUE DE MÉDECINE PRATIQUE nous paraît digne de l'auteur du TRAITÉ DES INFLAMMATIONS; les volumes suivans nous apprendront seuls s'il a trop présumé de ses forces dans cette entreprise.

VARIÉTÉS.

— M. DUCLOS, directeur de l'école de médecine de Toulouse, et professeur d'accouchemens, est mort à l'âge de 84 ans, à la suite d'une courte mais cruelle maladie.

M. Ducarre a été nommé directeur provisoire de l'Ecole-de-Médecine; M. Dupau a été nommé secrétaire provisoire de l'Ecole, en remplacement de M. Ducarre.

— L'association médicale du département de Maine-et-Loire, qui s'est formée sous les auspices des médecins et des pharmaciens les plus distingués d'Angers, a accepté la mission de poursuivre le charlatanisme, et de dénoncer aux autorités compétentes les faits d'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie.

Une première poursuite a déjà eu lieu devant le tribunal de police correctionnelle. Le nommé Bigot, de Faye, qui avait été dénoncé au procureur du roi par les membres de la commission de l'association médicale, a été condamné.

Nous reviendrons sur ces faits, qui consacrent un précédent important à examiner dans ses rapports avec la dignité du corps médical, et les principes de la juridiction actuelle.

— DICTIONNAIRE HISTORIQUE DE LA MÉDECINE ANCIENNE ET MODERNE; par M. J.-E. DEZEIMERIS, docteur en médecine, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris, membre de la société médicale d'émulation de la même ville. Septième et dernière partie. — Prix : 5 fr. 50 c.

Paris, Bechet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole de médecine.

— TRAITÉ DE PHILOSOPHIE MÉDICALE, OU EXPOSITION DES VÉRITÉS GÉNÉRALES ET FONDAMENTALES DE LA MÉDECINE; par T.-C.-E. EDOUARD AUBER, docteur-médecin de la Faculté de Paris.

Un vol, in-8°. 1839. — Prix : 6 fr.

A Paris, chez Germer-Baillière, libraire éditeur, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

— TRAITÉ DU FROID, DE SON ACTION ET DE SON EMPLOI, INTUS ET EXTRA EN HYGIÈNE, EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE; par le docteur LACORBIÈRE, membre de la Légion-d'Honneur, etc.

Un vol. in-8°. — Prix 8 fr.

Paris, H. Cousin, libraire-éditeur, rue Jacob, 25.

La GAZETTE MÉDICALE en rendra compte.

— LEÇONS ORALES DE CLINIQUE CHIRURGICALE, faites à l'hôpital de la Charité, par M. VELPEAU, recueillies et publiées par M. le professeur P. PAVILLON. 1 vol. in-8 de 512 pages. Prix : 7 fr.

Ce volume contient les généralités de la chirurgie clinique, les ophthalmies, l'hydrocèle, les luxations de l'articulation scapulo-humérale, la cataracte, les varices et le varicocèle, l'introduction de l'air dans les veines, le traitement de la gonorrhée, la xérophthalmie, les anus contre nature.

— MÉDECINE LÉGALE, THÉORIQUE ET PRATIQUE; par ALPH. DEVERGIE, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, professeur de médecine légale et de chimie médicale, médecin des hôpitaux de Paris, etc., avec le texte et l'interprétation des lois relatives à la médecine légale; revus et annotés par J.-B.-F. DEHAUSSY DE RABECOURT, conseiller à la Cour de cassation. 3 vol. in-8. Prix : 21 fr.

Le tome premier est seulement en vente; les deux derniers volumes paraîtront à la fin de l'année 1839. En prenant le tome premier, on paie l'ouvrage complet.

— TRAITÉ PRATIQUE DES ACCOUCHEMENS; par F.-L. MOREAU, professeur d'accouchemens à la Faculté de médecine de Paris; 12e livraison in fol., contenant les sept premiers temps de la version dans la première position du sommet occipito-ilium gauche.

Prix de chaque livraison : fig. noires, 4 fr.; fig. coloriées, 8 fr.

L'ouvrage aura 15 livraisons in-fol., et tous les souscripteurs recevront *gratis* les deux volumes de texte.

— LEÇONS ORALES DE CLINIQUE CHIRURGICALE, faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, par le baron DUPUYTREN, chirurgien en chef; recueillies et publiées par MM. les docteurs BRIERRE DE BOISMONT et MARX. Deuxième édition entièrement refondue, tome troisième; 1 vol. in-8 de 688 pages.

Le tome quatrième s'imprime et paraîtra au mois de novembre prochain. Prix des 6 vol. in-8 : 36 fr.

Ces quatre ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, à Paris.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier octobre. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

ÉPIDÉMIES.

HISTOIRE DE L'ÉPIDÉMIE DE SUETTE MILIAIRE QUI A RÉGNÉ DANS PLUSIEURS COMMUNES DE L'ARRONDISSEMENT DE COULOMMIERS, PENDANT LES MOIS DE MAI ET JUIN 1839; par MM. Barthez, Guéneau de Mussy et Landouzy, docteurs en médecine, anciens internes des hôpitaux de Paris, etc., etc.

Dans le courant du mois de mai dernier, une épidémie se déclara dans le canton de Rebais, département de Seine-et-Marne, et sévit tout à coup avec une intensité effrayante sur les communes d'Orly, St-Ouen et St-Cyr.

Le médecin habituel de ces communes, épuisé de fatigue, fut lui-même atteint presque aussitôt par la maladie, et les médecins des environs se trouvant trop éloignés pour suffire aux besoins du moment, le découragement et l'effroi s'emparèrent bientôt de tous les esprits.

M. le sous-préfet qui, à la première nouvelle, était accouru sur le théâtre de la maladie, fit connaître immédiatement à l'autorité supérieure l'urgente nécessité d'envoyer le plus tôt possible des médecins pour porter des soins partout où il en serait besoin. Le ministre de l'intérieur transmit aussitôt cette demande à M. le doyen de la Faculté de médecine, en le priant de désigner trois internes des hôpitaux de Paris, avec ordre de partir sur-le-champ.

Nommés par M. Orfila pour remplir cette mission, et arrivés le lendemain 4 juin à Coulommiers, nous reçûmes de M. Bourgeois, médecin des épidémies, tous les renseignemens nécessaires sur la marche de l'épidémie, et M. le sous-préfet, qui montra en cette occasion autant de bienveillance envers les médecins que de dévoûment envers les malades, nous

Feuilleton.

ÉCOLE D'ALEXANDRIE.

ÉRASISTRATE ET HÉROPHILE.

Alexandre venait de mourir, et ses lieutenans se partagèrent l'immense contrée qu'il avait conquise. Le plus beau lot échut à Ptolémée-Soter, car il eut pour lui l'Egypte. Mais pour augmenter encore l'importance qu'avait déjà prise Alexandrie, du vivant de son fondateur, Ptolémée eut le bonheur d'y fixer Aristote. Et alors, tous les objets d'histoire naturelle, tous les animaux rares et curieux qu'Alexandre avait fait recueillir pendant ses belliqueuses excursions; tous ces merveilleux échantillons de la création amenés à grands frais des Indes, cette Amérique des dieux du temps, furent classés et conservés dans des monumens spéciaux; une immense quantité de manuscrits fut rassemblée par les soins de ce grand philosophe sous les portiques du temple de Sérapis; des savans arrivèrent de toutes parts pour répondre à l'appel de Ptolémée, et se grouper autour d'Aristote; et le souverain avait pour eux les spacieuses galeries d'un palais qui communiquait avec le sien. Ptolémée était donc à la fois le président de ces réunions, où toutes les branches des connaissances humaines avaient de nombreux représentans, et l'heureux témoin de ces joûtes quotidiennes, qui comptaient des populations d'élèves et de curieux pour spectateurs. L'affluence devint même d'autant plus considérable de jour en jour, que les maîtres de l'école d'Alexandrie s'étaient empressés de quitter les sentiers battus de la philosophie grecque, et que leurs enseignemens étaient entièrement nouveaux. Les doctrines d'Aristote avaient en effet produit une révolution dans la méthode; car au lieu de laisser un libre essor aux poétiques élans de l'esprit, comme l'avait fait Platon, le philosophe de Stagyre fixa l'intelligence sur les formes et la structure des êtres, sur les faits et les détails. « Les anciens philosophes, avait-il dit, veulent savoir comment les choses sont faites, avant de savoir comment elles sont. » Or, en acceptant toutes les exigences de ce précepte, l'école d'Alexandrie devint une école d'observation pour toutes les sciences en général, et d'analyse anatomique pour la médecine, en particulier; on peut même dire que l'anatomie n'a commencé à être étudiée que de ce temps là.

Une fois que cet élément essentiel à la connaissance des fonctions organiques et à l'appréciation des altérations que le corps peut subir, eut été introduit dans la médecine, l'art de guérir dériva de ses tendances. En effet, les successeurs d'Hippocrate et les médecins qui croyaient faire de la méthode médicale, en combinant les théories palingénésiques d'Empedocle et d'autres philosophes grecs avec les nombreuses et saines observations qui, des tables votives du temple d'Esculape, étaient passées dans la mémoire et les manuscrits des hommes de l'art, ces médecins, dirons nous, ou s'arrêtaient religieusement devant

partagea aussitôt le service médical et nous conduisit lui-même dans les trois localités qui avaient le plus besoin de secours.

Le soir même de notre arrivée et pendant la nuit, nous visitâmes les malades de St-Ouen, d'Orly, de l'Hermitière, du Chemin, etc.; et le lendemain ceux de Biercy, Doue, Busseroles, et des hameaux environnans.

Quelques autres villages de l'arrondissement de Coulommiers, et même de l'arrondissement de Meaux ont été aussi envahis par la suette; mais les besoins des malades nous forcèrent à ne pas nous écarter du canton de Rebais, et quoique, d'après les renseignemens qui nous ont été transmis, la maladie ait revêtu partout à peu près le même caractère, cependant c'est seulement d'après les faits observés par nous-mêmes dans ce canton, que nous tracerons l'histoire de l'épidémie.

Ce travail sera divisé en deux parties: la première contiendra quelques données indispensables sur l'hygiène et la santé antérieure des habitans, et un choix d'observations sur les principales variétés de la suette miliaire; la seconde, la description pathologique et le traitement.

Quoiqu'il nous semble bien difficile, dans l'état actuel de la science, de rattacher d'une manière catégorique les données fournies par l'observation des phénomènes morbides à des considérations d'hygiène générale ou de topographie, cependant ces documens pouvant jeter quelque lumière sur la marche et l'intensité relative de la maladie, nous avons cru devoir, comme tous les auteurs, joindre à ce mémoire une note abrégée sur le département, théâtre de l'épidémie, moins, nous le répétons, dans l'espoir d'expliquer par ces renseignemens topographiques l'étiologie de l'épidémie en général, que dans celui d'expliquer certaines influences sur quelques localités en particulier.

Le département de Seine-et-Marne est situé dans la partie centrale du nord de la France. Il est compris entre les 48° 7' et 49° 7' de latitude. Sa longitude est entre 0° 6' ½ et 1° 13" à l'est du méridien de Paris.

Il est borné au nord par le département de l'Oise, au nord-est par celui de l'Aisne, à l'est par ceux de la Marne et de l'Aube, au sud-est par celui de l'Yonne, au sud et au sud-ouest par celui du Loiret, et enfin à l'ouest par celui de Seine-et-Oise. Sa forme est celle d'un tétragone échancré au nord-est et au sud-ouest; son étendue de 5,700 kilomètres carrés.

Il est traversé par la Seine dans sa partie méridionale, par la Marne dans sa partie septentrionale, par leurs affluens, la Voulzie, l'Yonne, le Lunain, le Fusin, l'Hierres, le Petit-Morin, le Grand-Morin, et en outre par les canaux du Loing, de Briare et de l'Ourcq.

Le sol de ce département dont la pente est inclinée de l'est à l'ouest est généralement plat; ses points culminans (Doue et Tarterel dans les cantons de Rebais et de la Ferté-sous-Jonarre) ne s'élèvent que de 194 mètres environ au-dessus du niveau de la mer. Les bassins des divers cours d'eau qui l'arrosent ne présentent que des collines peu élevées. De vastes plaines exploitées par la grande culture, des vignes, des forêts, et de nombreux étangs occupent toute sa surface. Presque partout la végétation est riche, puissante et variée.

Sous le rapport de la constitution géologique, le département de Seine-et-Marne est compris presque tout entier dans ce que les géologues ont appelé le bassin de Paris, c'est-à-dire que les terrains qui le composent appartiennent à la classe des terrains tertiaires, et reposent comme ceux des environs de Paris sur un vaste dépôt de craie surmontée d'une couche épaisse d'argile plastique.

Le climat offre aussi une grande analogie avec celui de Paris. Il est placé sous la même latitude. On peut en général le considérer comme humide, ce qui, au nord et à l'est, doit être attribué surtout au grand nombre de rivières, de ruisseaux, d'étangs et de forêts. Au sud, le climat acquiert d'une manière notable un caractère de sécheresse qu'il n'a pas ailleurs. Les vents qui soufflent le plus souvent dans le cours de l'année sont les vents d'ouest, du sud et du sud-ouest.

La constitution physique des habitans n'offre rien de particulier; le régime alimentaire est sain et substantiel.

Il n'existe dans ce département aucune maladie endémique. Les épidémies y sont fort rares; les plus fréquentes sont des dysenteries qui sont en général peu graves. Le choléra y exerça de nombreux ravages. On compta 22,739 malades, 7,386 morts sur une population de 323,000 habitans.

L'histoire des épidémies nous apprend que déjà plusieurs fois (en 1770, 1771, 1781 et 1783) la suette miliaire régna dans plusieurs villages du département, mais jamais que nous sachions dans les localités qu'elle a envahies cette année.

Les communes de Saint-Cyr, Saint-Ouen, Orly, etc., dans lesquelles la maladie a sévi avec le plus d'intensité, occupent le fond d'une vallée étroite, arrosée par deux petites rivières (le grand et le petit Morin) qui coulent de l'est à l'ouest, et qui durant l'hiver et dans les fortes pluies inondent toutes les plaines environnantes.

La nature du sol qui, dans ces communes comme dans tout le reste de la Brie, contient beaucoup d'argile fait que les eaux de pluie y sont difficilement absorbées par la terre et qu'elles restent longtemps stagnantes à la surface.

Les chaumières des paysans sont assez propres, mais mal aérées, et entourées de tout côté par des mares d'eau croupissante et des monceaux de fumier. La chambre principale, presque toujours au-dessous du niveau du sol, est sombre, humide, et reçoit l'air et le jour seulement de la porte et d'une petite fenêtre le plus souvent condamnée.

Dans cette chambre et au fond d'une alcove obscure se trouve le lit composé ordinairement de paille et de matelas en plume, et entouré de rideaux très épais et exactement fermés. Du reste les habitans sont d'une constitution moyenne, très sobre, travaillant sans relâche, et se privant du nécessaire pour augmenter leur champ; presque tous se livrent à la culture de la terre.

Des renseignemens pris par nous à la sous-préfecture, il résulte qu'à la fin de l'année dernière et au commencement de 1839, il existait dans le canton une épizootie sur les vaches et sur les moutons. La maladie consistait dans un mal aux pieds, que les paysans appellent *chancre*. Il est à remarquer que cette épizootie, qui, sans être meurtrière, a cependant atteint la plus grande partie des bestiaux, a sévi surtout dans les communes placées sur les hauteurs, tandis que les épidémies, si nous en jugeons par la suette miliaire et par le choléra, paraissent envahir de préférence la vallée.

Les maladies prédominantes dans l'hiver ont été des rougeoles, des scarlatines, et des affections catarrhales. Le printemps n'avait été marqué par aucune affection prédominante, lorsque, les premiers jours de mai, les premiers cas de suette épidémique parurent à Orly. Déjà, dans le

---

les faits qui leur avaient été transmis, ou s'égaraient sans guide et sans frein au milieu des nébulosités des théories contemporaines. Mais avec de telles conditions le progrès médical était impossible; il dépend directement de la possibilité de procéder par induction; et ici l'induction n'avait pas de point d'appui suffisant, si l'on peut ainsi dire, puisque la forme humaine était un mur au-delà duquel le médecin ne voyait quelque chose qu'à l'aide des probabilités hypothétiques dont son imagination suivait les erremens. Il est vrai qu'on connaissait même avant Hippocrate la disposition générale du squelette humain; mais ce n'était pas en disséquant des cadavres qu'on était parvenu à ce résultat: la consomption des tombeaux et le hasard avaient seuls révélé ce qu'on connaissait de cette structure. Ainsi donc l'anatomie introduite dans la science, on purifia les observations de certaines erreurs grossières; en expliquant la mécanique des organes, on les rendit plus complètes en découvrant de nouveaux signes de maladies, ou en établissant d'une manière plus logique la portée de ceux qui étaient déjà connus; et cet amour pour le détail qui constituait l'esprit de l'école d'Alexandrie imposa silence pour quelque temps à la voix beaucoup trop haute des hypothèses: le positivisme avait son tour!

Comme nous l'avons déjà dit, c'est à Aristote que doit être rapportée cette impulsion à laquelle s'empressa d'obéir l'école d'Alexandrie. Ses dissections publiques sur les animaux tenaient la curiosité constamment en éveil; et l'ardeur avec laquelle on suivit bientôt ce genre de recherches fit regarder comme insuffisantes les demi-révélations fournies par la vieille pratique des embaumemens, par les traditions et les comparaisons inductives tirées de l'organisation animale. Mais pour étudier directement la structure organique de l'homme, il y avait de grands obtacles à renverser. Kurt Sprengel rapporte (Hist. de la Méd.) qu'à la cérémonie des embaumemens, le *parachiste* à qui était confiée la fonction de porter l'instrument tranchant sur le cadavre, s'enfuyait aussitôt après avoir rempli cette tâche, parce que les assistans l'assaillaient de coups par horreur pour son office. Il est vrai que ce préjugé avait perdu de son énergie pendant le règne des Ptolémées; mais il se réveilla dans toute sa force lorsque l'amour de la science ou la curiosité scientifique des princes de cette dynastie protégea les investigations anatomiques des naturalistes et des médecins. En effet lorsqu'Erasistrate et Hérophile commencèrent à faire de l'anatomie humaine, le peuple et même les savans de l'époque se révoltèrent contre cette profanation. On alla même jusqu'à les accuser, parce que le prince leur avait livré des condamnés au dernier supplice pour faire sur eux des essais opératoires, de s'emparer des vivans, et de suivre sur eux, sans s'inquiéter de leurs cris et de leurs tortures, les traces d'une fibre ou la recherche d'une altération. C'est à cette époque que Tertullien écrivait: « Qu'Hérophile s'était fait l'ennemi de l'homme pour le mieux connaître. » Tout cela pouvait attiédir sans doute le zèle de ceux qui craignaient de heurter l'opinion, ou qui ne vivaient pas entièrement en dehors d'elle. Mais la volonté du souverain, les exigences de la science ou pour mieux dire le caractère philosophique du moment triomphèrent de ce mouvement de réaction: le temps était venu de chercher à pénétrer les ressorts de la mécanique humaine.

C'est à Erasistrate et à Hérophile qu'on doit rapporter l'honneur d'avoir donné l'exemple. Ils suivirent sur l'homme celui qu'Aristote avait donné en disséquant les animaux; et si ce chef de l'école d'Alexandrie est le premier anneau de la longue chaîne des naturalistes, ces deux illustrations médicales ouvrent la série des hommes qui ont contribué successivement aux progrès de

mois précédent, plusieurs cas s'étaient déclarés, mais isolément et sans exciter l'attention. De là l'épidémie gagna, vers le 10 mai, la commune de St-Ouen, puis St-Cyr, et marcha dans ces trois villages avec une égale intensité. La commune de Doue fut envahie huit jours plus tard environ, et la maladie y fut sans comparaison beaucoup moins grave que dans les trois autres communes. A l'exception de deux malades, dont l'un, si nous en croyons les renseignemens qui nous ont été donnés, mourut étouffé sous d'épaisses couvertures, et l'autre après un refroidissement subit; tous les autres guérirent parfaitement et sans être soumis à une longue convalescence. Cette différence notable dans l'intensité d'une épidémie entre des communes situées à une lieue de distance l'une de l'autre trouve son explication peut-être dans leur position topographique, Doue étant situé à 194 mètres au dessus du niveau de la mer, sur le point le plus élevé du département, tandis que St-Cyr, St-Ouen et Orly occupent le penchant d'une vallée.

Voici, du reste, avant de passer aux observations particulières, le tableau exact des malades et des morts dans ces quatre communes:

Communes.	Population.	Nombre des malades.	Hommes.	Femmes.	Nombre des morts.	Hommes.	Femmes.
St-Cyr...	1107	147	61	86	27	15	12
St Ouen..	195	29	11	18	2	»	2
Orly....	402	58	25	33	4	1	3
Doue....	803	53	17	36	2	»	2

SUETTE MILIAIRE SIMPLE; SUEURS TRÈS FÉTIDES ET TRÈS ABONDANTES.

OBS. I. — Baptiste Candar, âgé de 45 ans, d'une constitution grêle, mais jouissant habituellement d'une bonne santé, dans la nuit du 3 au 4, est pris de douleurs vives dans la région épigastrique, accompagnées d'une sensation de serrement ou de pression; ce symptôme, après avoir persisté une partie de la journée, se dissipa dans la soirée du 4 juin; le même jour, il eut quelques coliques et prit deux lavemens.

La nuit suivante (4 au 5), cet homme se réveille le corps baigné dans la sueur; du reste, il n'éprouve aucune douleur, aucuns troubles notables dans les fonctions, l'appétit même persiste à un certain degré; depuis lors, le malade reste couché.

Je ne fus appelé auprès de lui que le 6 au matin, troisième jour de la maladie; je constate les symptômes suivans.

Sueurs très abondantes; picotemens plus prononcés dans les reins que dans toute autre région du corps, la région lombaire et la région latérale et antérieure du thorax sont couvertes de petites vésicules miliaires minces, comme des têtes de camion, entourées à leur base d'un cercle rouge. Le pouls bat 70 fois par minute; la soif est vive; les urines rares; pas de selles.

7 au matin. Depuis trois heures du soir jusqu'à ce matin, il a ressenti des picotemens violens, plus intenses dans les régions des lombes et du cou.

La poitrine et le cou sont le siége d'une éruption extrêmement abondante de vésicules, dont la plupart sont entourées d'un cercle rouge à leur base. Quelques-unes n'en ont pas; des vésicules miliaires en petit nombre existent sur les bras, plus nombreuses sur la face palmaire du membre; le malade a sué toute la nuit; son lit exhale une odeur fétide; les sueurs ont cessé depuis une heure, le pouls bat 98; la soif est peu vive; les urines sont limpides, mais sans réaction acide bien prononcée; la salive est acide. Dans la matinée, il eut une selle; le soir, la fièvre a diminué; la sueur est abondante; il ressent des picotemens vifs sur le bas-ventre et une démangeaison générale.

La nuit suivante, le malade a dormi.

Le 8, la fièvre a cessé (cinquième jour); l'éruption est encore plus nombreuse; tout le thorax est couvert de taches rouges vésiculaires à leur centre; les sueurs sont encore plus abondantes, d'une odeur repoussante et nauséabonde; celle de la face, examinée au papier de tournesol, ne donne pas de réaction acide; la salive est acide.

Le 9, pas de fièvre; sueurs très abondantes et d'une horrible fétidité. la femme de ce malade hésite à approcher de lui pour lui donner à boire. Les vésicules sont toujours très nombreuses; la langue se nettoie, pas de selles, urines faciles. (Eau de veau.)

Le 10, sommeil bon la nuit précédente; pas de fièvre, il demande à manger. Les sueurs ayant beaucoup diminué, je prescris qu'on lui changeât sa chemise, ce qu'on n'avait pu faire jusque là; l'éruption est toujours très abondante; elle se présente sous l'aspect de petites saillies rosées, ayant une très petite vésicule au sommet, plusieurs de ces vésicules paraissent affaissées; quelques-unes, plus grosses, sont blanches, opalines, et renferment un liquide puriforme, qui ne donne pas au tournesol de réaction acide sensible; quelques vésicules qui paraissent plus récentes, et sont transparentes, rougissent le papier de tournesol.

Sur les bras, on en voit qui ne sont pas entourées d'auréole à leur base.

Sur le menton et sur une des cuisses existent des furoncles.

Le 11, le malade va tout à fait bien; il ne sue pas, l'éruption a beaucoup diminué. Sur la poitrine, on aperçoit des petites taches rouges sans vésicules. Ailleurs, l'épiderme est ridé verticalement dans le lieu qui était occupé par les vésicules; dans d'autres points, la peau commence à fariner; sur les bras, il existe encore des vésicules transparentes qui rougissent le papier de tournesol et d'autres opalines, qui ne le rougissent pas. (Le malade sera changé de lit et prendra du bouillon.)

Le 13, pas d'esquammation sensible; le malade se lève.

SUETTE MILIAIRE BÉNIGNE; ÉPISTAXIS RÉPÉTÉS; GUÉRISON.

OBS. II. — Auvigny, âgé de 18 ans, travaillant à la terre, d'une constitution assez grêle, frère d'une jeune fille qui a été atteinte avant lui de l'épidémie régnante, pauvre, et se nourrissant d'alimens grossiers, habitant une maison assez propre, située dans le haut du village de l'Hémitière.

Le 4 juin, à cinq heures du matin, il se réveille en sueur; il avait un peu de céphalalgie sus-orbitaire; pas d'envie de vomir; pas de trouble des organes digestifs, l'appétit persiste.

5 juin. Je suis appelé auprès du malade; il est en sueur, et, depuis hier, les sueurs ont été très abondantes; il n'a ni étourdissement, ni céphalalgie, ni mal de gorge; il a eu quelques légères envies de vomir, qu'il attribue à la répugnance que lui inspire la tisane édulcorée avec du miel; sa langue est blanche; les narines sont humides; le pouls est plein, résistant, et donne 90 pulsations par minute; les urines sont rares et rougeâtres; il affirme sentir de l'appétit. (Orge; chiendent; diète.)

6 juin. Le malade a dormi cette nuit; il n'a ressenti aucune douleur; depuis qu'on a changé la tisane, les nausées ont cessé; le pouls donne 60 pulsations; il n'a pas eu de selles; on aperçoit sur la poitrine des petites saillies rougeâtres, surmontées par une très petite vésicule; on en observe quelques-unes autour du poignet, principalement sur la face palmaire; l'urine est très épaisse et renferme un dépôt rouge très abondant; on remarque à sa surface une couche d'apparence oléagineuse; elle donne au papier de tournesol une réaction acide; les sueurs de la face ne sont pas acides. (Eau de veau.)

Le 7 juin. Hier soir le malade a ressenti de forts picotemens dans la région lombaire et dans les membres. Il a eu sur les quatre heures du soir un léger frisson, suivi d'un redoublement de sueurs; dans la soirée, il a eu un épistaxis abondant, qui s'est répété deux fois depuis. Le sang coagulé a laissé surnager une très petite quantité de sérum; on en peut évaluer la quantité à 6 onces environ.

Ce matin, les picotemens sont encore plus intenses que la veille; le pouls bat 60. Il a peu de soif; la langue se nettoie; sur les gencives, on observe une couche mince pseudo-membraneuse. Des vésicules se remarquent sur la voûte palatine. Sur les membres et sur la poitrine existe une éruption presque confluente, des petites vésicules entourées à leur base d'un cercle rougeâtre; la plupart sont transparentes; quelques unes, plus volumineuses, offrent une teinte opaline; les urines renferment, comme la veille, un dépôt abondant; elles sont acides; la salive est également acide. (Prescription comme hier.)

---

l'anatomie. Erasistrate précéda Hérophile de quelques années; mais l'histoire serait-elle muette sur cette question de chronologie, que le caractère des travaux de l'un et de l'autre l'établirait d'une manière positive. Ainsi les investigations anatomiques d'Erasistrate ont une certaine indécision qui disparait dans les travaux plus complets d'Hérophile; celui-ci semble avoir suivi dans ses explorations et dans ses découvertes la trace ou l'inspiration de celui-là; en un mot, il y a dans l'un le premier jet et l'imperfection de l'ébauche, et dans l'autre une certaine sûreté qui implique l'habitude du travail et peut-être l'intervention d'un maître. Il est malheureux que les livres que ces deux médecins ont écrits soient perdus pour la science, et qu'il ne reste plus pour les juger que les citations de Galien et les témoignages de Rufus d'Ephèse. Mais ces témoignages et ces citations qui s'exercent à la fois sur l'anatomie, sur la physiologie et la médecine d'Hérophile et d'Erasistrate donnent assez de détails pour justifier notre parallèle; le lecteur prononcera.

Et d'abord, le prédécesseur d'Hérophile explique avec quelque justesse les fonctions du cerveau et des nerfs. Il décrit très bien les formes de l'encéphale, et, en parlant de ses circonvolutions, qu'il compare à celles du boyau *jejunum*, il ajoute que la grande multiplicité des replis du cerveau a été faite pour augmenter la mesure de l'entendement humain; car cet organe, dit-il est le principe de tout ce qui se fait dans le corps, ce qui est prouvé encore par la communication des nerfs, ces apophyses du cerveau, avec les narines pour l'odorat, les oreilles pour l'audition, etc. Il est difficile de mieux sentir les fonctions du cerveau et de mieux laisser voir cette tendance à généraliser, qui forme l'une des forces du caractère scientifique d'Erasistrate. Hérophile est entré plus avant dans les détails de cette grande question de physiologie; mais, en mettant, autant que possible, de côté son point de vue philosophique. Ainsi, après avoir décrit les tuniques du cerveau, la cavité du quatrième ventricule, après les avoir baptisées d'un nom qui leur reste encore dans le glossaire anatomique, voici comment il exprime son opinion sur les nerfs et leurs fonctions : « Il y a trois sortes de nerfs, dit-il, (nous suivons le texte de Rufus d'Ephèse); les premiers, qui servent au sentiment, et qui sont aussi les ministres de la volonté, par rapport au mouvement, tirent leur origine partie du cerveau, dont ils sont comme les germes, et partie de la moelle de l'épine du dos; les seconds viennent des os et vont se terminer à d'autres os; les troisièmes sortent des muscles et vont se terminer à d'autres muscles. » La science n'admet plus, depuis longtemps, dans la famille des nerfs les ligamens et les tendons; mais elle discute encore pour savoir à quoi s'en tenir sur la réunion ou l'isolement des deux facteurs de la fonction nerveuse. Hérophile avait donc tiré d'assez belles conclusions de ses recherches anatomiques, si consciencieusement faites pour ce temps-là. Cet anatomiste a encore assez bien compris le cœur et l'office des vaisseaux qui s'y rendent. Mais les travaux d'Erasistrate lui avaient servi de guide, puisqu'ils font connaître l'existence des valvules veineuses, et de celles qui forment saillie à l'insertion de l'aorte à l'oreillette du cœur. Dans une autre question, la découverte des vaisseaux blancs du mésentère, Erasistrate reconnait et constate l'origine et les quantités du liquide contenu dans leurs parois, tandis qu'Hérophile enseigne que les vaisseaux se rendent à des organes particuliers, à des glandes. Evidemment, le second s'inspirait du premier : celui-ci avait tracé le sentier, celui-là l'élargissait pour en faire une route.

Hérophile a fait, en outre des recherches anatomiques sur les organes de

Le 8, moins de sueurs; sommeil bon; la peau est couverte de petites saillies rouges, vésiculeuses au sommet; le liquide qu'elles renferment a peu d'action sur le papier de tournesol; les vésicules, devenues opaques, ont une réaction acide bien prononcée.

Le 9, nouvel épistaxis abondant, à trois reprises différentes; il a eu un peu de sueurs hier; il ne sue pas ce matin; les picotemens ont cessé; la langue est un peu blanchâtre; pouls toujours 60.

Les vésicules des bras sont opaques aujourd'hui et peu acides. (Bouillon.)

Le 10, à peine un peu de moiteur; il existe encore des vésicules blanches opalines, et d'autres transparentes; mais leur nombre a beaucoup diminué, et le liquide d'aucune d'elles ne rougit le tournesol; il a eu deux selles depuis hier; la salive est beaucoup moins acide. Il a encore eu ce matin un épistaxis peu abondant; il se plaint de la faim. (Bouillon.)

Le 11, tout à fait bien; on a fait son lit; on l'a changé; il dort bien; et toutes les fonctions s'exécutent régulièrement; il demande à manger.

Les boutons ont en grande partie disparu; il reste encore à la place, dans quelques points, une petite tache rosée, au niveau de laquelle l'épiderme est ridé; ailleurs, la coloration de la peau ne diffère pas de celle des parties voisines; le froncement de l'épiderme indique seul le lieu occupé par les vésicules; ailleurs, enfin, l'épiderme se détache par petites parcelles très minces du centre à la circonférence de la vésicule, ou sous forme de farine. (Bouillon; une petite soupe; limonade.)

SUETTE MILIAIRE CHEZ UN SUJET AFFECTÉ DE BRONCHITE; LA TOUX REVIENT PAR ACCÈS; DYSURIE; LE TROISIÈME JOUR, ÉRUPTION TRÈS CONFLUENTE; GUÉRISON.

Obs. III.—Belloy, âgé de 50 ans, est enrhumé depuis huit jours; le 5 juin, il éprouve de la courbature, du malaise; l'appétit persiste; il n'a ni céphalalgie, ni nausées, ni douleur épigastrique; dans la journée, il eut une selle; il dort bien pendant la nuit du 5 au 6; mais, le 6 matin, il se réveille en sueurs.

Appelé près de lui, je lui trouve la peau chaude et humide; le pouls plein bat 88 pulsations; pas de douleurs dans aucune partie du corps; la langue est blanche et chargée; les urines sont rendues facilement. (Prescription : orge; chiendent édulcoré avec du miel; repos; diète.)

7 juin. Le malade a un peu reposé la nuit dernière; les sueurs, qui s'étaient arrêtées, ont reparu depuis le matin quatre heures, sans être précédées de frisson, ni de céphalalgie; maintenant elles sont très abondantes; le pouls donne 78 pulsations; il est large, plein, développé; la langue est blanchâtre et humide; la salive est acide; les gencives sont recouvertes d'une induration couenneuse; il éprouve une légère douleur dans les reins, mais il me dit y être sujet; la soif est modérée; les urines sont faciles; il ne va pas à la selle; il se plaint de toux, beaucoup plus intense et plus fréquente pendant la nuit que pendant le jour. (Prescription *ut suprà*.)

8 juin. Le malade a eu cette nuit de la dysurie; l'émission des urines, très laborieuse, a été accompagnée de douleurs dans le canal de l'urètre; les urines, examinées quatre heures après qu'elles ont été rendues, offrent un dépôt rougeâtre très abondant; elles rougissent le papier de tournesol; la peau de la région antérieure du thorax est couverte de vésicules extrêmement nombreuses, fines comme des têtes de camion, à peine rosées à leur base.

Hier, dans la journée, le malade a senti de légers picotemens; les sueurs ont été plus abondantes sur le soir.

9. Ce matin les picotemens sont plus intenses, surtout dans les membres inférieurs; le pouls bat 76; le malade se plaint d'avoir été vivement tourmenté cette nuit par la toux et par la difficulté de l'expectoration. La dysurie ne s'est pas montrée de nouveau. (Julep avec 10 gouttes de laudanum.)

10. Cette nuit les sueurs ont été très abondantes; les picotemens tellement violens dans les reins surtout, que le malade sautait dans son lit et était dans une agitation extrême; il a beaucoup toussé et n'a pas fermé l'œil; ce matin il est encore en sueurs.

Les tégumens de la poitrine sont couverts de l'éruption la plus abondante que j'aie encore vue, elle se présente sous la forme d'une multitude de petits boutons d'un rouge vif, vésiculeux au sommet.

Sur les bras existent des vésicules blanches transparentes, dont la plupart sont entourées d'un cercle rosé, tandis que d'autres en sont dépourvues.

11. Il a encore beaucoup toussé cette nuit et n'a pas dormi; les sueurs ont été modérées cette nuit, et ce matin il ne sue pas.

Le cinquième jour, les boutons sont moins nombreux et moins rouges qu'hier; sur les bras existent des saillies rougeâtres, ayant une vésicule à leur centre; le pouls bat 72 pulsations. (Julep comme hier et eau de veau.)

12 soir. Le malade a sué abondamment la nuit dernière; aujourd'hui, il a eu dans la journée un nouvel accès de sueurs accompagné de picotemens; il porte sur les bras et la poitrine une éruption presque confluente de petits boutons rouges; ceux de la poitrine présentent à leur sommet une petite vésicule purulente; dans ceux des bras, la vésicule centrale est affaissée; on remarque çà et là quelques sudamina dont le liquide est acide; la langue se nettoie; il n'a pas de fièvre et ne tousse plus. (Convalescence.)

SUETTE MILIAIRE SURVENUE A L'ÉPOQUE DES RÈGLES; QUELQUES SYMPTÔMES NERVEUX AU DÉBUT; LA MALADE EST PRESQUE GUÉRIE LE HUITIÈME JOUR; ÉMOTION MORALE VIOLENTE; NOUVEAUX ACCIDENS; NOUVELLE ÉRUPTION; GUÉRISON.

Obs. IV.—La femme Bidaut, âgée de 43 ans, d'une bonne constitution, éprouvait depuis quelques jours du malaise et était en butte à des tourmens d'esprit.

Le 31 août, elle est prise de céphalalgie et éprouve un sentiment de pression épigastrique, accompagné de battemens dans la région de l'estomac, et de douleurs qui semblent partir de cet organe pour remonter dans le dos et les épaules; en même temps, elle ressent des douleurs dans les reins, qui paraissent devoir être attribuées à une autre cause; elle est à son époque menstruelle, et l'éruption des règles est, chez elle, précédée habituellement de ce symptôme; les règles parurent et suivirent leur cours ordinaire.

Le 1er juin, elle essaya encore de se lever, mais fut bientôt obligée de se recoucher; elle avait perdu l'appétit; les sueurs devinrent plus abondantes; bientôt elle ressentit sur tout le corps des picotemens suivis d'une éruption abondante des petites vésicules transparentes entourées d'un cercle rosé.

Ce fut dans la région des reins que les picotemens furent des plus intenses; les étouffemens ne reparurent plus; cependant elle ne pouvait se coucher sur le côté gauche sans se trouver mal à l'aise; les urines étaient rares et de couleur foncée; les sueurs persistaient abondantes; pas de selle depuis le début de la maladie; la malade ne dort pas.

Le 7 juin, elle allait bien; les sueurs avaient presque cessé, et il n'y avait pas de fièvre, lorsque la mort de son mari, dont elle fut témoin, lui causa des attaques de nerf, suivies d'un accès de fièvre, avec sueurs.

Le 8, sur le soir, elle ressent des battemens dans la région épigastrique, accompagnés d'une sensation de brûlure dans le dos; elle a encore transpiré et senti des picotemens et des engourdissemens dans les bras. Dans la journée, elle va à la selle. (Pot. éthérée.)

Le 9, presque plus de sueurs; les bras sont couverts de vésicules transparentes, sans réaction acide. (Nouvelle potion éthérée.)

Le soir, douleur épigastrique, avec sensibilité au toucher. (Cataplasmes émolliens.)

Le 10, la malade va bien; elle a dormi; la douleur épigastrique a cessé; elle n'a pas de fièvre; la langue se nettoie; les vésicules sont moins nombreuses que la veille; elle a été à la selle. Je lui permets de changer de lit. (2 bouillons.)

Le 11, la malade est parfaitement bien. (4 bouillons.)

Le 12, elle se lève.

SUETTE MILIAIRE BÉNIGNE CHEZ UNE JEUNE FILLE DE QUATORZE ANS; SUEURS EXTRÊMEMENT ABONDANTES SANS SYMPTÔMES DE CONSTRICTION ÉPIGASTRIQUE.

Obs. V. — Julie X, orpheline, âgée de 14 ans, non réglée, d'une bonne constitution, d'une santé habituellement bonne, fut prise tout à coup dans la journée du 29 mai, d'un malaise général qui l'obligea à se coucher.

Quoique le jour même de l'invasion, elle eût déjeuné d'aussi bon appétit

---

la génération; il a donné le nom de *parastates* (prostates) aux glandes qui sont connues sous cette dernière dénomination; mais il s'est gravement trompé sur leurs usages, sans doute parce qu'il n'a pu pousser ses travaux sur cette partie du corps aussi loin que sur les parties dont Erasistrate avait déjà fait la dissection. Dans ce cas, Hérophile n'avait pas d'éclaireur devant lui, il avait dû se frayer la route lui-même.

Nous aurions matière à poursuivre notre parallèle entre les travaux anatomiques d'Hérophile et ceux d'Erasistrate, si nous voulions faire connaître tout ce que rapportent à ce sujet les deux auteurs qui nous servent de guide, Galien et Rufus d'Ephèse. Mais ce que nous avons à dire sur la manière dont les deux chefs de l'école médicale d'Alexandrie ont enseigné la physiologie et compris la médecine, continuera avec plus de fruit pour nos lecteurs la démonstration de notre pensée.

Ainsi, l'intelligence élevée d'Erasistrate dominera dans les questions de physiologie l'esprit presque spécialement analytique d'Hérophile. Sans parler de la manière si remarquable dont le premier a décrit le caractère des fonctions du cerveau, car nous nous répéterions en revenant là-dessus, rien de plus ingénieux que la théorie qu'il mit à la place de la circulation du sang. Ce fluide ne circule pour lui que dans les veines, et il ne conçoit pas qu'il puisse parcourir les vaisseaux artériels; il s'appuie, pour nier l'existence du sang dans les artères, sur la différence de texture et d'organisation qui existe entre elles et les vaisseaux veineux; « et comment serait-il possible, dit-il, que des vaisseaux si différens eussent des fonctions identiques ? » Certes, il y a de la logique au fond de cet argument, puisque le sang veineux est privé des qualités vitales qui caractérisent spécialement le sang artériel, et que les deux ordres de canaux sont bien loin d'être les mêmes. Mais Erasistrate ne pouvait plaider la cause du vide dans les canaux artériels; car c'eût été heurter de front l'ancienne physique, et puis il croyait que la vie dépendait beaucoup de l'action qui se transmettait par ses irradiations cylindriques du cœur; voici donc ce qu'il enseignait. — L'air est attiré dans le poumon par la dilatation du thorax, et il entre dans cet organe en parcourant l'âpre artère; ensuite il parcourt les artères unies du poumon, et entre dans la cavité du cœur où il est attiré par son mouvement de dilatation; et c'est du cœur que cet air, qu'il appelle aussi esprit, est chassé dans la grande artère, qui le distribue à son tour dans toutes les petites artères du corps. — Or, cette hypothèse n'est-elle pas si voisine de la vérité, qu'il vous semble presque la voir à travers d'un voile; quelque gratuite qu'elle soit ne ressemble-t-elle pas à une belle allégorie? En effet, il n'y avait qu'un pas pour arriver de là à la transformation du sang dans le poumon, à la vivification par l'esprit de l'air, pour atteindre à la solution de l'un des problèmes fondamentaux de l'organisation. Mais Erasistrate ne voulut jamais croire à l'existence du sang dans les artères; et c'est même sur l'hypothèse physiologique dont nous venons de parler qu'il construisit tout l'édifice de la pathologie. « Le sang, disait-il, reflue des veines dans les artères, lorsque l'esprit qui y réside se dissipe, s'évapore; et alors l'accumulation de ce sang en un lieu où il ne devrait pas être produit des embarras, des inflammations et tout ce qui se rapporte à l'échauffement des parties et à la formation des plaies. » Quelle grande échappée de vue Erasistrate n'a-t-il pas ouverte à la physiologie en faisant cette judicieuse remarque? Les veines se divisent dans le foyer pour la séparation de la bile (d'après Galien, *de usu partium*). Du reste, la science n'a pas manqué jusqu'ici de s'atteler fidèlement à la suite

que de coutume, cependant la veille déjà elle avait éprouvé une céphalalgie légère et une lassitude inaccoutumée.

A peine au lit que la céphalalgie augmenta, les sueurs se déclarèrent, et en telle abondance qu'on fut, nous ont dit ses parens, obligé de la changer de linge à chaque moment : la sueur coulait à grosses gouttes de tout son corps, et les cheveux étaient tellement mouillés qu'on eût dit qu'elle venait d'être retirée de l'eau. Une éruption abondante de vésicules très petites survint le 31; l'enfant éprouva seulement de la fièvre, de la céphalalgie, de l'anorexie et de la constipation, sans symptômes de constriction épigastrique. On lui fit prendre des tisanes légèrement laxatives.

Le 5 juin, c'est-à-dire sept jours après le début, l'enfant entrait en convalescence et restait levée trois heures dans la journée.

SUETTE MILIAIRE; SYMPTÔMES ATAXIQUES; SERREMENT ÉPIGASTRIQUE; SUFFOCATION; SYNCOPES; MORT AU BOUT DE TROIS JOURS.

Obs. VI. — François Bidaut, âgé de 30 ans, vigneron, occupe une maisonnette assez propre, presque contiguë à la rivière du Petit-Morin. Sa femme était atteinte par l'épidémie depuis cinq jours lorsqu'il tomba malade.

Depuis quelques jours, il éprouvait un sentiment de malaise mal défini, lorsque le 4 juin il ressentit tout à coup un serrement à l'épigastre qu'il compare à celui qui résulterait d'une violente pression; cette sensation remontait entre les épaules jusqu'au cou et aux parties latérales de la tête, où elle produisait une sorte d'engourdissement; quinze sangsues lui furent appliquées le jour même sur la région épigastrique; elles ont donné lieu à une évacuation de sang abondante.

Dans la nuit du 4 au 5, il dort bien; la journée se passe sans accidens, pas de vomissemens, ni d'anorexie, pas de garderobe; il commence à suer.

Dans la nuit du 5 au 6, nouvel accès de serrement épigastrique avec sensation de suffocation; le malade pâlit, perd connaissance, et reste dans cet état pendant deux minutes environ; ce fut alors qu'on vint me chercher; il était deux heures du matin; je trouvai le malade assez bien remis de la secousse qu'il venait d'éprouver, il était encore un peu pâle. Je lui prescrivis une potion antispasmodique et des cataplasmes sinapisés. Pendant le reste de la nuit, il eut des sueurs abondantes; une nouvelle menace de syncope fut conjurée par une application de sinapismes.

Quand je le vis dans la journée, il était en sueurs, le pouls battait 104 pulsations; la langue était blanche, épaisse; on remarquait sur la poitrine des vésicules blanches sans auréole.

Le soir, vers sept heures, serrement épigastrique, étouffement, anhélation, douleurs dans les épaules et chaleur brûlante dans le dos; les sueurs cessent; le malade parle haut et délire un peu. On fait venir un médecin du voisinage qui lui fait appliquer de nouvelles sangsues sur la région épigastrique; le pouls à ce qu'il paraît était plein et développé, la fièvre très intense.

Le 7, matin, pouls large, développé, 100 pulsations; langue blanche au milieu, éruption confluente sur la poitrine, des vésicules entourées d'un cercle rouge; l'intelligence est parfaitement saine.

Quelques heures après, le malade est pris de délire, la transpiration cesse, la peau est le siége d'une chaleur brûlante; le malade se plaint d'étouffemens, les tégumens pâlissent. Vers les deux heures et demie, une femme lui fait prendre un verre d'anisette; il vomit abondamment des matières bilieuses; bientôt le râle survient; on m'appelle; le pouls était insensible, la peau était pâle, et la main pouvait à peine en supporter la chaleur; la respiration râlante ne se faisait plus qu'à de rares intervalles; il expira au bout de quelques minutes.

L'autopsie ne put en être faite.

SUETTE MILIAIRE; SUEURS ABONDANTES; MORT EN TROIS JOURS.

Obs. VII. — Garmini, âgée de 37 ans, d'une forte constitution, d'une bonne santé habituelle, mère de cinq enfans, revint le 17 mai fatiguée d'une fête de village. Depuis trois jours elle éprouvait des épistaxis considérables.

Le 21, elle se plaignit d'un grand affaissement, d'une céphalalgie opiniâtre. Elle prit un bain de pied, resta assise presque toute la journée, passa la nuit presque entière sans dormir, et le lendemain 22, dans la journée, elle fut forcée de se mettre au lit. Les maux de tête augmentèrent; elle eut un nouvel épistaxis, des nausées, des vomissemens, et bientôt les sueurs furent exhalées avec une abondance qui effraya la malade et les personnes qui l'entouraient. Pendant la nuit les règles survinrent et coulèrent comme de coutume; on prescrivit de la tisane d'orge et de chiendent.

Les jours suivans, ces symptômes augmentèrent, et il s'y joignit une oppression des plus violentes à l'épigastre. La malade était en proie à une agitation très grande, sans délire, portant continuellement la tête d'un côté à l'autre, se plaignant toujours de l'étouffement qu'elle éprouvait à l'estomac et de l'odeur fétide qu'exhalaient ses sueurs.

La malade mourut le 25 mai à minuit.

SUETTE MILIAIRE; DÉBUT PAR UN FRISSON; SUEURS MODÉRÉES; CRAMPES; CÉPHALALGIE INTENSE ET PERSISTANTE; OPPRESSION ÉPIGASTRIQUE CONSIDÉRABLE; GUÉRISON.

Obs. VIII. — Brésillon, âgée de 66 ans, d'une constitution moyenne, d'une santé habituellement mauvaise, n'avait éprouvé aucun malaise depuis le début de l'épidémie, lorsque, le 31 mai, elle fut prise, pendant la nuit, d'un frisson assez intense. Elle se leva cependant comme de coutume pour vaquer à ses travaux; mais, éprouvant un sentiment de faiblesse et de lassitude, elle fut forcée de se coucher aussitôt. A peine au lit, sueurs abondantes, chaleur mordicante à la peau, céphalalgie très vive, surtout à la partie antérieure, soif continuelle le lendemain et les jours suivans, exaspération des mêmes symptômes, auxquels se joignent des nausées fréquentes, des crampes dans les jambes et dans les pieds, un sentiment de plénitude et d'embarras à la région épigastrique, et qui dégénère bientôt en une constriction des plus vives, sentiment que la malade exprime par les mots d'étouffement violent à l'estomac, et qu'elle circonscrit avec la main depuis l'extrémité de l'appendice xyphoïde jusqu'au milieu et dans toute la largeur du sternum.

Le 5 juin, au matin (à notre deuxième visite), la malade est dans l'état suivant : tête très élevée sur les oreillers, face vultueuse, paupières demi fermées, yeux ternes, céphalalgie opiniâtre, lèvres non fuligineuses, langue blanche, couverte d'un enduit épais et humide sur toute sa surface, bouche mauvaise, sans envies de vomir, soif vive, mal à la gorge, constipation complète depuis le début de la maladie; chaleur considérable à la peau, sueurs abondantes, éruption très forte des vésicules rouges à la circonférence, blanchâtres au sommet, répandues sur tout le corps, et nombreuses, surtout au front, aux épaules, aux bras et sur le dos, aux fesses et aux cuisses; absence totale d'éruption à la paume des mains et à la plante des pieds.

Démangeaisons très vives, qui forcent la malade à agiter continuellement les bras et les jambes et à changer la tête de place; sentiment d'étouffement intermittent à la région épigastrique, sans douleur à la pression. La malade dit que l'air lui manque; elle oblige les personnes qui l'entourent à s'écarter et demande de l'air. Ces étouffemens reviennent fréquemment sous forme d'accès, qui durent de 5 à 10 minutes, laissant entre eux à peu près le même intervalle et suivis d'un abattement considérable. Rien d'anormal du côté du cœur et des poumons.

Pouls 124, assez plein, régulier et résistant; sens et intelligence intacts. (Tisanne de bourrache et de mauve, sinapismes aux pieds, cataplasmes de farine de lin et de têtes de pavot à la région épigastrique, lavement de lait coupé avec addition d'une cuillerée à bouche de chlorure de sodium. Le lavement a été rendu une demi heure après et a provoqué une selle abondante.)

Le même jour, au soir, même état. Les étouffemens, qui ont diminué dans le courant du jour, deviennent plus fréquens et plus intenses. La céphalalgie sous orbitaire est plus violente. (Potion calmante, avec vingt-cinq gouttes de laudanum et vingt gouttes d'éther; nouveaux sinapismes, cataplasmes.)

Le 6, nuit assez calme; les étouffemens ont été fréquens et les sueurs beaucoup moins abondantes; la céphalalgie est toujours très intense, les yeux sont fatigués et les paupières se ferment, malgré les efforts de la malade; la langue est toujours très chargée; pas de nausées; l'éruption n'a pas été modifiée, elle est confluente sur le front et sous forme de plaques rouges très larges,

de cet aphorisme anatomique; et si les observations anciennes ou modernes n'en ont pas confirmé la lettre, elles en ont au moins confirmé l'esprit, en démontrant que les sécrétions sont toutes formées dans le sang, et ne font que se séparer, que se filtrer dans la trame des parenchymes. Hérophile profita, pour sa physiologie, des travaux de son devancier. Mais il ne se servit de la pensée générale de l'esprit de synthèse que pour se livrer avec plus de sûreté à l'étude du détail. Ainsi, sans discuter longtemps sur la théorie de la circolation aérienne dans les artères, il étudie le pouls dans ses modifications les plus imperceptibles et le compare à un rythme musical, dont les accidens variés peuvent faire reconnaître les maladies qui troublent le mécanisme harmonieux des fonctions du corps. En souvenir de ce travail d'Hérophile, qui formait un gros volume, au dire de ses commentateurs, la science a conservé le mot *rythme* pour désigner l'ordre normal des mouvemens du pouls. Mais l'un des beaux résultats du zèle observateur de cet anatomiste, c'est cette pensée que, puisque les recherches cadavériques dévoilaient une grande différence dans les caractères physiques des organes et des tissus, il devait y avoir entre eux une sorte d'indépendance d'action, et que les agens qui modifieraient les uns pourraient ne pas modifier les autres. Et si l'on joint à cela qu'Hérophile disait : « que chaque plante portait avec elle son utilité, et que parmi celles qu'on foulait aux pieds tous les jours, il s'en trouvait qui étaient de vrais trésors pour les corps malades », on peut lui attribuer le mérite d'être arrivé, par la théorie, à justifier l'importante pratique des spécifiques.

En partant de telles prémisses, il est facile de juger d'avance comment le rival d'Erasistrate exerçait l'art de guérir. L'étude du détail lui avait fait placer les maladies sur une vaste échelle; car il avait appris à apercevoir des différences où d'autres n'eussent reconnu peut-être que des identités. La médecine du spécifique est d'ailleurs une conséquence immédiate de cette direction. Cette phrase d'Hérophile : « Les médicamens ne sont rien ou sont les mains des dieux lorsqu'on sait les employer », prouve assez, sans avoir besoin de commentaires, combien cette illustration médicale avait dû observer de maladies et expérimenter de remèdes. Mais les livres qui étaient destinés à transmettre ces travaux à la postérité se sont perdus; c'est par la tradition seule que nous connaissons la haute valeur pratique de celui que Galien appelle un homme consommé dans tout ce qui regarde la médecine. Comme exercice de l'art, Erasistrate n'a pas la valeur d'Hérophile. Avec des vues larges et neuves, avec l'instinct du vrai dans ce qui se rapportait à l'organisation du corps, il avait un penchant trop marqué à généraliser le détail, à le fixer pour ainsi dire à la hauteur de l'ensemble, pour faire patiemment de la pathologie minutieuse. Ainsi, partant toujours de la pensée de cette lutte entre l'esprit parcourant les artères, et le sang circulant dans les veines, dans la production de la plupart des maladies, il établissait que calmer cette guerre des fluides, c'était guérir. Erasistrate ne prescrit pas cependant la saignée; il se fait au contraire son ennemi. Mais il prêche l'emploi des adoucissans, des féculens, des tisanes; enfin, de toute cette thérapeutique qui convient plutôt à un traitement hygiénique qu'à un traitement curatif. Cette doctrine pourrait donner à penser qu'Erasistrate avait vu peu de malades; il avait l'habitude, en effet, de se recueillir silencieusement dans sa maison, pour travailler loin du tumulte de l'école et des préoccupations de la clientelle. Cette retraite avait son mauvais côté, puisque, ne pouvant corriger par l'expérience des malades, ses opinions sur le traitement des maladies, il devait souvent donner de fu-

irrégulières, dans lesquelles on distingue facilement, en y faisant attention, les vésicules miliaires. 84 pulsations. (Bouillon de veau.)

Le 7, un peu de sommeil au commencement de la nuit, fièvre intense ensuite; plus de sueurs depuis deux jours; les démangeaisons diminuent. La malade n'a pas encore été changée de lit et se plaint de la mauvaise odeur exhalée par les sueurs. (Même prescription.)

Le 8, diminution notable, à la vue et au toucher, dans la saillie des vésicules; persistance de la céphalalgie, mais à un degré moindre (Lavement, bouillon de veau, orangeade.)

Le 9, la malade a été très agitée la veille, pendant la journée et durant toute la nuit, pendant lesquels l'atmosphère a été continuellement orageuse. Le matin, agitation extrême, fatigue très grande, céphalalgie, étouffemens, constriction à l'épigastre presqu'aussi intense qu'au début. Ces symptômes s'amendent dans la journée. On profite d'un moment de calme et d'apyrexie pour changer la malade de lit et de linge, et le soir elle se trouve très bien.

Le 11, toujours insomnie et agitation pendant la nuit, apyrexie le matin, (Lavement, un bouillon, potion calmante pour la nuit.)

12, sommeil assez calme. Il y a encore dans la nuit, pendant les momens d'agitation, quelques accès de constriction épigastrique, mais beaucoup moins violens. La malade a mangé un potage avec appétit et a eu une selle régulière. Desquammation farineuse aux mains, au front et à la poitrine.

14. Les symptômes de constriction épigastrique ont entièrement disparu, les nuits sont assez bonnes, le sommeil est calme; la céphalalgie seule persiste, une selle irrégulière a eu lieu. La malade se lève.

Le 15, convalescence.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

QUELQUES RÉFLEXIONS AU SUJET DU MÉMOIRE DE M. BONNET SUR LES FRACTURES; par M. Mathias Mayor.

La Gazette Médicale a publié, dans ses numéros des 17 et 24 août, un long travail de M. Bonnet *sur les fractures du fémur et du col de l'humérus*. Ce mémoire a dû fixer l'attention des praticiens, tant par la nouveauté des moyens investigateurs que par la manière dont il est traité et par la réputation justement méritée de son auteur. Quel est, du reste, l'homme de l'art qui, en réfléchissant à l'état actuel et aux lacunes de la thérapeutique des lésions traumatiques du système osseux, n'éprouve le besoin qu'on revise cette dernière, qu'on s'appuie enfin sur des *principes*, et qui n'applaudisse aux efforts de l'habile chirurgien de Lyon, pour soumettre, au creuset de l'expérimentation, les préceptes qui doivent régler tout bon traitement des fractures? Ce n'est, en effet, qu'en procédant de cette manière, en se défiant constamment surtout des idées les mieux établies et les plus généralement reçues, qu'on parviendra à s'entendre et à établir des *bases scientifiques*.

Je ne crains pas de le dire: elles manquent ici et sont encore à créer; et si l'on peut en dire autant de plus d'une autre partie de la chirurgie, c'est qu'on ne s'occupe guère de remonter *aux principes*, et qu'on se laisse trop aller aux impulsions de l'indolente et immuable ROUTINE (1).

Honneur donc à M. Bonnet d'avoir eu le courage de secouer un joug aussi honteux! Mais s'est-il placé sur un bon terrain pour dominer son sujet, l'éclaircir le mieux possible, et porter la conviction dans l'esprit de ses lecteurs? C'est ce que je me propose d'examiner.

Je me condamnerais hautement moi-même si je faisais à M. Bonnet le reproche de nous mettre, par ses expériences, en face du cadavre, plutôt que de nous placer près d'un individu vivant, puisque c'est ainsi précisément que j'ai procédé pour ce qui concerne le traitement des fractures de la clavicule et du col fémoral, et que cette marche est parfaitement convenable pour apprécier très exactement l'effet des agens mécaniques de réduction et de contention, et, par conséquent, pour porter la plus vive lumière sur le point culminant, sur le meilleur mode curatif à adopter. Mais aussi je ne puis m'empêcher de demander à notre auteur: pourquoi, dans ses expériences, il a fait abstraction complète de ces mêmes moyens réductifs et contentifs; et comment il est possible de porter un jugement solide sur un débat quelconque, si l'on met de côté les pièces sur lesquelles repose le point essentiel à connaître. Or celui-ci consiste évidemment, pour la thérapeutique tout entière des fractures, dans la juste appréciation des appareils ainsi que de leurs rapports avec l'état pathologique actuel de l'os et des parties molles qui l'environnent, comme aussi avec la susceptibilité du blessé, ou telle autre circonstance accessoire qui peut se présenter.

Vous pouvez examiner, sans nul doute et tout à fait à part, l'état particulier des os fracturés et celui des appareils qui conviennent aux lésions traumatiques de ceux-ci, toutefois et seulement dans le but de les décrire séparément et dans ce qu'ils ont de spécial; mais aussitôt que vous voulez faire, de l'un ou de l'autre, un objet d'*application clinique*, il ne vous sera plus permis de les scinder et de les isoler, et force vous sera de les envisager comme un seul et même tout, désormais inséparable, et comme un ensemble dont les rapports mutuels doivent être appréciés pour le plus grand bien du blessé. C'est si bien cela que toute espèce d'investigation, au sujet du *meilleur traitement des fractures*, devra être frappée de nullité, si, tout premièrement, on n'a pour but et pour principe d'étudier l'action même des appareils à fractures et de régler leurs différens rapports avec les divers états que je viens d'énumérer.

Dans telle ou telle situation d'un membre cassé, les extrémités des fragmens, dites-vous, chevauchent ou se portent dans de mauvaises directions, *lorsqu'ils sont abandonnés à eux-mêmes*. C'est fort bien? Mais quel est le chirurgien assez mal avisé pour les laisser tels? car s'il est bien reconnu qu'il convient d'avoir recours à cette même situation, comme étant la plus favorable pour assurer le traitement, n'y a-t-il donc rien à faire pour obvier aux inconvéniens de ces déviations spontanées et plus ou moins passives que vous signalez? Devons-nous les subir absolument, et n'avons-nous à notre disposition aucun moyen quelconque à leur opposer? Ne sommes-nous pas à chaque instant appelés à une lutte semblable, dans une foule de circonstances, que pourtant nous faisons tourner par

(1) Il est assez plaisant que, quoique la plupart des objets qui relèvent de la chirurgie puissent être ramenés à des principes fixes et incontestables, puisqu'ils sont en général du ressort de la mécanique et des sciences exactes, les praticiens soient cependant si souvent encore sous l'influence de l'empirisme pur, et fassent si peu d'efforts pour devenir rationels, tandis que les médecins, dont le rôle semble réduit forcément à celui d'empiriques éclairés, s'empressent, à l'envi, de chercher et de proclamer des bases scientifiques et de rattacher leurs modes de faire à des formules rigoureuses. Les premiers négligeraient ils peut-être de s'occuper des lois de la mécanique et de leurs nombreuses applications?

nestes conseils à ses disciples. Nous ne citerons que cet exemple: il prescrivait l'ouverture de l'hypochondre dans les maladies du foie, pour appliquer des topiques sur la portion altérée de l'organe. Mais, en compensation, ce grand médecin était parvenu à éclairer des vives lumières de sa grande intelligence l'anatomie en général, l'organisme humain dans son mécanisme intérieur et dans ses manifestations extérieures, l'hygiène, cette loi du balancement des organes entre eux, et qu'il considérait comme le caducée pacificateur des querelles de l'esprit artériel et du sang veineux. Or, une telle direction devait lui donner plutôt cette philosophie qui pénètre l'homme dans la sphère de toutes les modifications dont il peut subir les effets, que cette habileté spéciale qui livre seulement au médecin la clé des altérations morbides. Enfin, Erasistrate était plutôt un sage qu'un praticien, et il n'y a pas de meilleur argument en faveur de cette opinion, que sa curieuse histoire de la maladie d'Antiochus, où le prédécesseur d'Hérophile joua le rôle d'un médecin philosophe qui, au lieu de lier l'affection à une altération matérielle, en reconnait la source dans les passions du cœur, et sait arriver habilement à user de l'unique moyen auquel était attachée la guérison. Leclerc rapporte cette anecdote tout au long dans son excellente histoire de la médecine; et ceux qui ne la connaissent pas trouveront un vrai plaisir à la lire, dans le style si naïvement simple et pourtant si nourri de cet auteur.

Hérophile, qui avait étudié l'homme, moins dans ses passions que dans ses altérations, et dont toute la philosophie se réalisait dans l'analyse, n'eût pas obtenu certainement le succès si connu d'Erasistrate. Il montra d'ailleurs pendant toute sa vie une antipathie puissante pour les connaissances qui n'avaient pas un point de départ fixe, ou qui semblaient appartenir au genre paradoxal de la philosophie grecque. Ainsi, il méprisait toutes ces disputes de dialectique, où l'étalage sonore des mots dérobait le vide des choses; et il se servait souvent de l'arme de la plaisanterie pour désarçonner ces sophistes qui prenaient à tâche de donner à l'erreur la forme de la vérité. Sextus Empiricus raconte à ce sujet une anecdote qui mérite d'être rapportée. Le philosophe Diodore soutenait qu'il n'y avait pas de mouvement, et croyait le prouver par ce sophisme: « Si quelque corps se meut, disait-il, ou il se meut dans le lieu où il est, ou dans le lieu où il n'est pas. Or, il ne se meut point dans le lieu où il est, car ce qui est dans un lieu y demeure, et par conséquent on ne peut pas dire qu'il se meut. Il ne se meut point dans un lieu où il n'est pas; car un corps ne peut agir ni pâtir dans un lieu où il n'est pas. Donc rien ne se meut.» Mais ce partisan de l'immobilité s'étant un jour disloqué le bras, il se hâta d'avoir recours à Hérophile, pour qu'il le lui remît; et alors, celui-ci, au lieu de se mettre à l'œuvre, lui opposa cet argument: « Ou l'os de votre bras s'est remué dans le lieu où il était, ou dans le lieu où il n'était pas. Or, il ne peut s'être remué, selon vos principes, ni dans l'un ni dans l'autre lieu. Donc, il ne s'est point remué. » Le malheureux Diodore fut obligé d'accepter humblement la leçon, pour décider Hérophile à prouver le mouvement en rendant à l'os déplacé sa première situation.

Cette histoire sur Hérophile, et celle dont nous avons fait mention sur le compte d'Erasistrate, n'ont sans doute qu'une valeur d'anecdote; mais il nous semble pourtant qu'elles portent assez l'empreinte de la portée d'esprit de tous deux, et qu'on peut y reconnaître, jusqu'à un certain point, le caractère de la mission intellectuelle qu'ils eurent chacun à remplir au sein de l'école d'Alexandrie. L'un, Erasistrate, poursuivant dans l'homme ce qu'il y a de plus géné-

des efforts à notre plus grand avantage. Le pilote qui, voyant une barque, lancée sans aucun guide, au milieu des flots et se briser contre le rivage, en prend-il acte, par hasard, pour ne pas s'*aventurer* à gouverner la sienne dans un heureux courant, ou à l'aide d'un vent favorable? Et que penserait-on d'un chirurgien qui proscrirait l'amputation de la cuisse et du bras parce qu'il verrait périr d'hémorragie quelques individus à la suite de la lésion des artères crurale et humérale? Qui ne sait, d'ailleurs, que les choses qui paraissent au premier coup d'œil hérissées d'inconvéniens et de dangers, sont précisément celles qui, bien surveillées et employées, rendent les plus grands services à l'homme? La poudre à canon, la vapeur, le feu, par exemple, ne sont-ils pas dans ce cas? Et en médecine, le feu encore, l'émétique, l'opium, etc., etc., ne témoignent-ils pas, hautement aussi, dans ce même sens? Tout cela revient donc à dire: qu'un objet quelconque de clinique chirurgicale ne saurait être envisagé isolément et en dehors de la médication qui le concerne, et qu'il ne doit jamais être présenté que dans les rapports qu'il peut avoir avec les moyens thérapeutiques qui lui sont applicables. Il est impossible, en effet, de scinder d'un mode de traitement, quel qu'il soit, l'état pathologique contre lequel il est particulièrement indiqué, et *vice versa*, car ils doivent en quelque sorte s'appeler et se modifier réciproquement, comme si l'un ne pouvait subsister raisonnablement sans l'autre.

Mais voyons si, dans les deux flexions, dont chacune, considérée *séparément*, par M. Bonnet, est cause de tant et de si grands graves désordres osseux, examinons, dis-je, s'il serait bien difficile pour le praticien, et fort pénible pour le blessé, de prévenir, d'atténuer, ou de corriger tout-à-fait ces derniers, en leur associant l'autre élément *obligé* de toute bonne thérapeutique. N'avons nous pas, dans ce but et à la suite d'une coaptation plus ou moins exacte, *tous* les moyens mécaniques imaginables et innocens d'emboiter, comprimer et fixer solidement le membre dans tous les sens, de presser sur telle ou telle partie trop convexe; de relever telle région dont la concavité serait anormale, de tirer et même d'une manière permanente sur le fragment inférieur, pour le mettre et maintenir au niveau et en rapport exact avec le supérieur, de suspendre et mobiliser les parties qui sont le siége du mal, de lutter, enfin, et de la manière la plus avantageuse, contre la cause la plus active des déplacemens, contre les *contractions musculaires*?

M. Bonnet a l'air de ne pas faire assez de cas de ces dernières, quoiqu'il sache fort bien qu'on ne peut guère les braver impunément, et que le chirurgien le plus heureux, dans l'application de ses moyens de réduction et de contention, *est et sera* toujours celui qui s'entendra le mieux, sinon à maîtriser complètement, du moins à atténuer et diriger l'action parfois formidable des muscles.

Et comment parvient-on, le plus souvent et le plus facilement, à ce résultat? N'est-ce pas en rappelant à sa mémoire ce que l'anatomie et la physiologie nous enseignent, au sujet de la position, direction et énergie de chaque muscle en particulier? N'est-ce pas en se souvenant de ce principe clinique incontestable et de cette règle tout aussi infaillible: « qu'on relâche d'autant plus un muscle quelconque, c'est-à-dire qu'on le place d'autant mieux dans l'impossibilité d'agir vigoureusement et de nuire, qu'on met plus de soin à rapprocher ses deux points d'insertion, ses deux extrémités? » Or, l'anatomie, le gros bon sens et l'expérience sont précisément d'accord en ceci, et, par conséquent, en opposition directe avec les conclusions de M. Bonnet: « qu'on parvient, le mieux possible, à cet heureux relâchement *par de judicieuses flexions articulaires*, et qu'on doit choisir, en conséquence, celles de ces dernières qui déploieront le plus d'effet sur les muscles dont la résistance est le plus à redouter. »

Si donc il est notoire, par exemple, que les muscles de la partie postérieure de la cuisse sont les plus vigoureux, et qu'on peut cependant les relâcher, c'est-à-dire les *affaiblir* à un très haut degré, en *fléchissant* la jambe sur la cuisse, certes on aurait tort de ne pas suivre cette précieuse indication aussi souvent qu'elle se présentra; et, s'il importe au praticien de neutraliser également l'action des extenseurs de la jambe et de la cuisse, qui se trouvent au-devant de cette dernière, il aura soin de *fléchir* le bassin sur la cuisse, ou, ce qui revient au même, la cuisse sur le bassin. Au moyen de ces simples et doubles flexions, on rapproche considérablement, en effet, les attaches de chaque muscle fléchisseur et extenseur de la jambe, et on paralyse, en quelque sorte, leur action. Or, c'est là le point important à saisir, lorsqu'il s'agit de réduire une luxation ou une fracture, et de maintenir cette dernière dans une condition avantageuse; et c'est ce qui ne peut avoir lieu si l'on se laisse dominer par les résultats opposés des expériences de M. Bonnet.

On dira, sans doute, que, dans une fracture du fémur, si les doubles flexions relâchent les muscles de la partie postérieure de la cuisse, elles tendent, au contraire, ceux de la partie antérieure, et que le bon effet de l'une de ces flexions est détruit ou compensé par le mauvais résultat de l'autre. Mais, outre que les masses musculaires les plus volumineuses se trouvent dans la catégorie des fléchisseurs, et que les adducteurs le pectiné et le couturier, participent également au relâchement produit par la flexion de la cuisse sur le bassin, il est évident encore que le psoas et l'iliaque sont également sous la même heureuse influence.

Reste le triceps, qui se trouve presque seul dans des conditions fâcheuses; mais faudrait-il donc, pour ce frêle motif, renoncer à un procédé rationnel et sûr, et se priver, de gaîté de cœur, des avantages immenses qui résultent de l'admission, dans le traitement des fractures, des diverses inclinaisons articulaires du membre qui est le siége des lésions? On peut répondre hardiment non, *à priori*, et l'observateur le plus scrupuleux, en consultant l'expérience clinique, ne tardera pas à confirmer pleinement cette négative péremptoire et absolue.

L'observation suivante contribuera peut-être à mettre ce point de doctrine mieux en évidence, et à faire ressortir ce que les doubles flexions articulaires du membre inférieur ont d'avantageux dans le sujet qui nous occupe:

Obs. (recueillie par M. le docteur Secrétan, interne à l'hospice de Lausanne.) — Jean. Morier, à Château-d'Oex, âgé de 56 ans, cultivateur, très vigoureux, est entré à l'hôpital cantonal le 7 août 1839. Le pied gauche était tourné en dedans, la jambe un peu fléchie sur la cuisse; le membre avait deux pouces environ de moins que l'autre, et les tractions que j'essayais de faire ne le ramenaient nullement à sa longueur normale.

Les mouvemens d'abduction et de rotation en dehors étaient impossibles, et le malade accusait de vives douleurs, lorsque je cherchai à les effectuer; tandis que la position du membre en dedans pouvait être exagérée sans difficulté et sans augmentation de souffrances. Le grand trochanter était ici plus rapproché de la crête iliaque, mais plus éloigné de la ligne médiane que du côté opposé, ce qui rendait la fesse gauche plus arrondie; enfin, le pli de la fesse de ce même côté était de deux pouces plus élevé que du côté opposé.

La réunion de ces signes me fit diagnostiquer une luxation, en dehors et en haut, de la tête du fémur, et j'appris alors les particularités suivantes de cet accident: chute d'un cerisier assez élevé; transport à la maison du blessé sur

---

ral, de plus élevé; l'autre, Hérophile, se posant l'antagoniste de toute abstraction, afin de courber la connaissance de l'homme sous le joug de l'expérience; le premier, ne passant par le détail que dans la prévision de l'ensemble; le second, ne se servant de l'ensemble que pour arriver plus sûrement et plus vite à la pénétration du détail: tels sont, en effet, le jugement que nous avons porté sur les deux aigles de l'école égyptienne, après Aristote, et la conséquence qui se détache en quelque sorte d'elle-même de la nature de leurs travaux, et de celle des faits particuliers légués à l'histoire par leurs biographes. Et cette différence, et peut-être même cette opposition entre la fonction scientifique d'Hérophile et celle d'Erasistrate, explique pourquoi Galien, Fallope, et tant d'autres avec eux, mettent sur le pavois la science du premier, et pourquoi la haute intelligence du second, et les services qu'il a rendus à l'art sont presque passés sous silence. La voici, d'ailleurs, cette explication: ce ne sont pas les pensées d'une haute portée, les conceptions profondes, qui s'apprennent facilement, et se répandent le plus; ce sont les enseignemens qui font corps avec la forme, qui se frayent le chemin de l'intelligence en passant par celui des yeux. Or, si Erasistrate a commencé l'application de la doctrine d'Aristote à la médecine; si Erasistrate a esquissé les fonctions physiologiques les plus importantes de l'organisme humain; si Erasistrate a fixé les fils conducteurs qui ont guidé Hérophile au milieu de l'obscure labyrinthe de l'anatomie; celui-ci a eu l'habileté de traduire, de développer, de populariser, par les faits de détail, les enseignemens de celui-là, et d'en tirer des conséquences qui ont trouvé leur justification dans les bons résultats de sa pratique. Ainsi donc, il est tout naturel que, pour ceux qui jugent un homme, abstraction faite du milieu dans lequel il vit, et du caractère scientifique de son siècle, Erasistrate soit oublié en présence d'Hérophile; il est même naturel de penser qu'Hérophile, qui fut comme le vulgarisateur et le commentateur d'Erasistrate, dût avoir plus d'influence que celui-ci sur l'école égyptienne, et rallier autour de lui plus d'élèves et plus de convictions. C'est ce qu'enseigne encore l'histoire.

Après Hérophile, en effet, le mouvement d'analyse et de détail qui s'était identifié à l'esprit de l'école d'Alexandrie, fit comprendre la nécessité de la division du travail, l'utilité pour chacun et pour la science elle-même de s'enfermer dans un cercle borné, afin de mieux connaître ce que ce cercle circonscrivait. Les spécialités se formèrent donc dans toutes les branches des connaissances qui étaient cultivées à Alexandrie; la philosophie et l'art se firent indépendans l'un de l'autre; et la médecine commença à grouper ses adeptes en cathégories de professions. Ainsi au lieu d'architectes et de manœuvres, c'est-à-dire de médecins maîtres et de médecins valets, division que les Grecs avaient faite pour distinguer les hommes de l'art qui ordonnaient, de ceux qui exécutaient les ordonnances; on établit la classification qui existe encore aujourd'hui; on admit trois cathégories dans la profession médicale: les médecins, les chirurgiens et les apothicaires (l'histoire ne parle pas des officiers de santé; ce moyen terme entre l'instruction probable et l'ignorance certaine). Mais ce n'était pas assez spécialiser que s'arrêter à ces divisions; aussi en fiton bien d'autres. Il y eut en effet des cathégories de médecins pour traiter spécialement certaines classes de maladies; et parmi les chirurgiens, il y eut même des lithotomistes, à la tête desquels on doit placer Ammonius, puisqu'au dire de Celse, il trouva un instrument propre à briser dans la vessie les calculs d'un trop gros volume. Certes, une telle direction devait féconder toutes les parties de l'art de guérir; elle devait produire et elle produisit réellement

une échelle, en guise de brancard; visite immédiate de M. Vautier, chirurgien de l'endroit; saignée sans résultat, à cause de l'état d'affaissement et de froid glacial du blessé; le lendemain, tentatives inutiles de réduction, en opérant des tractions pendant que le membre était maintenu dans l'extension; saignée le jour suivant; renouvellement ensuite et encore en vain des efforts de réduction; répétition de ces essais le quatrième jour, et avec l'assistance du chirurgien d'un bourg voisin de Gessenay; enfin, départ pour Lausanne, distant de 13 à 14 lieues, le 7 août, sixième jour après l'accident.

MM. les docteurs Mayor fils et Recordon voulurent essayer sur-le-champ la réduction, de la manière suivante : un drap plié en cravate, le plein appliqué au périnée, et les chefs ramenés du côté malade, et attachés par une corde à un point fixe, fut destiné à assujétir le malade, et un sac placé au-dessous des malléoles communiquait avec des poulies mouflées, destinées à opérer les tractions. Mais une des cordes cassa, et en renonçant pour le moment à toute tentative ultérieure de réduction, on mit le malade dans un bain tiède.

Le lendemain, dès les cinq heures du matin, le malade fut placé de nouveau dans un bain; on fit une saignée et on prescrivit du tartre stibié. A neuf heures, on recommença les efforts de réduction, en procédant de la même manière que précédemment; mais les tractions, quoique faites avec beaucoup de force, au moyen des poulies mouflées, furent encore inutiles.

On remit donc le malade dans le bain, et on fit une nouvelle saignée.

M. Mayor père, de retour de Berne, où il avait assisté à la réunion de la Société helvétique des sciences naturelles, procéda, comme suit, à la réduction.

Le malade est couché sur un lit, la tête et les épaules assez élevées, afin de fléchir le bassin sur les cuisses; un drap, plié en cravate, est placé sous le périnée et croise le pli de l'aine du côté malade; le dessus du genou de ce même côté est entouré d'un lacs formé d'un autre drap, et dont les deux chefs sont fixés aux poulies mouflées; et au-dessous de ce lacs est étendue une épaisse couche de coton cardé.

Avant de faire agir les tractions, M. Mayor fit fléchir fortement la jambe sous la cuisse, pour relâcher tous les fléchisseurs et presser violemment vers le pied de l'aine, afin d'empêcher que les efforts des poulies mouflées ne puissent ramener le bassin sur la même ligne que la cuisse; et que l'angle rentrant de l'articulation iléo fémorale ne pût s'effacer.

C'est dans ces dispositions préliminaires qu'on commença à faire agir le moufle; mais M. Mayor monta alors sur le lit sur lequel était couché le malade, passa ses deux mains sous le jarret, et, soulevant ou fléchissant celui-ci avec force, tout en cherchant à ramener la cuisse dans l'abduction, on entendit, au même instant, un *bruit de clocq*, comme dit Ambroise Paré, et qui annonça à tous les assistans la rentrée brusque de la tête fémorale dans sa cavité.

Voici les réflexions dont M. Mayor a fait suivre cette prompte et facile réduction :

« L'essentiel, dans la réduction des fractures, et en particulier, des luxations, c'est de mettre, *préalablement*, le membre dans de judicieuses flexions, telles que l'anatomie les indique, et qui doivent avoir pour résultat de rapprocher les points d'insertion des muscles les plus vigoureux, et dont la résistance est le plus à redouter dans l'acte de la réposition. Cette résistance musculaire et *vitale* est, en effet, l'obstacle important aux efforts mécanique de traction, puisque, si elle n'existait pas, les os pourraient être dirigés dans tous les sens et avec la plus grande facilité. Or, rien ne diminue mieux l'énergie des muscles que de les mettre, par des flexions articulaires, dans cet état de relâchement ou de raccourcissement qu'on obtient toujours par le rapprochement *mécanique* de leurs attaches ou de leurs deux extrémités, et en les plaçant à peu près dans la situation qu'ils affectent lors de leur plus forte contraction (1).

Ainsi donc, on relâche, évidemment, la plus grande partie des muscles du plan antérieur de la cuisse, en fléchissant celle-ci sur le bassin, et on parvient au même but, pour le plan postérieur, en fléchissant la jambe sur la cuisse. Ce relâchement préalable, a ajouté M. Mayor, était d'autant plus nécessaire, dans le cas actuel, que nous avions à faire à un de ces hommes robustes, accoutumés, dès leur bas âge, à gravir de hautes montagnes, avec de lourds fardeaux sur leurs épaules. Cette circonstance est propre, en effet, à répandre une grande somme de vigueur sur l'appareil musculaire des membres abdominaux, et elle a contribué très probablement à rendre la réduction plus difficile *par les procédés ordinaires*.

» Ces principes sont, du reste, connus de tout le monde, et si je m'y arrête un instant, c'est pour signaler leur oubli de la part des meilleurs auteurs et des praticiens les plus distingués, précisément dans les cas les plus intéressans, et où leur application clinique est particulièrement indiquée. Qu'enseignent, en effet, les uns, et que font constamment les autres dans la réduction des fractures et des luxations? C'est, *tout premièrement*, de faire.... *l'extension* du membre ! Ne dirait-on pas, vraiment, qu'ils n'ont aucune idée, ni de la situation de l'usage et de l'action anormale des muscles, ni des avantages ou des inconvéniens qui doivent nécessairement résulter de telle ou telle position de ce même membre, lorsqu'il s'agit de venir à son secours, dans les lésions traumatiques de ses os? Ils possèdent cependant les connaissances anatomiques et physiologiques les plus approfondies, et nul ne pense à leur contester l'érudition et l'habileté des mains!

» D'où vient donc leur inconséquence au sujet de la réduction des fractures et des luxations? D'un simple *quiproquo* et de la confusion qu'on a toujours faite jusqu'ici, et qu'on s'obstine à faire encore, entre les efforts destinés à *tirer* sur le membre en question, et ceux chargés de *l'étendre*. Le sens du mot *traction* est, sinon inconnu, du moins inusité et passablement hétérodoxe dans la thérapeutique des fractures et des luxations; et, chose assez bizarre, on lui a substitué dans *toutes les langues* et contre toutes les règles du sens commun, ceux de *faire l'extension*.

» Cet *imbroglio* scientifique a dû nécessairement porter ses fruits, et, puisqu'il fallait, de toute force, faire de *l'extension* pour réduire les os d'un membre, on était trop logique, assurément, pour commettre *la grossière erreur* de déroger à ce dogme fondamental, par la *flexion* simultanée de ce même membre. Comment, en effet, aurait-il pu venir à l'esprit, même du plus habile, d'associer cette flexion à l'extension? N'était-ce pas, en effet, mettre en présence et en même temps, deux états évidemment antipathiques, et faire agir, simultanément, deux forces qui tendent à se détruire l'une l'autre? Dans le cas d'aujourd'hui, par exemple, si nous avions adopté ces mêmes erremens, nous n'aurions pas manqué d'invoquer l'extension à notre secours, et nous aurions appliqué bravement un lacs au pied, pour l'obtenir plus parfaitement. Mais, au

(1) Le moyen par excellence de produire un prompt et entier relâchement de la puissance musculaire, c'est, sans contredit, la *section de certains tendons*. On pourra ou *devra* donc recourir à cette opération de l'orthopédie moderne, dans certains cas graves et opiniâtres; et on sera heureux alors que M. Jules Guérin ait prouvé, par ses recherches sur les *plaies sous cutanées*, et par ses procédés nouveaux et hardis, ce qu'on a droit d'attendre d'un pareil accessoire aux réductions. Ce mode serait, à coup sûr, plus expéditif et moins douloureux que la plupart des moyens d'*extension* et de *contre-extension*, auxquels on a encore généralement recours.

(NOTE DE M. MAYOR.)

---

d'excellens résultats. Mais quand on creuse par trop dans le terrain de l'analyse, on finit par borner sa vue, par oublier, parce qu'on ne le voit plus, le plan sur lequel on se dirige; et alors la science s'égare par l'exagération d'un des moyens qui la poussent au progrès. C'est précisément la cause qui détermina la décadence de l'école d'Alexandrie; une fois que la manie analytique eût fait oublier la synthèse d'Erasistrate, on ne s'occupa plus qu'à disserter sur des faits si peu importans, qu'ils n'avaient pas même intime valeur de ces futilités grecques contre lesquelles Aristote avait réagi. Mais le savoir égyptien ne se perdit pas entièrement au milieu de ce désordre; car si les médecins qui ridiculisaient Hippocrate et sa doctrine, en poursuivant de moqueries les nouveaux débarqués de Cos, s'étaient fait une espèce de science en cultivant le plus déraisonnable empirisme, quelques bons logiciens recueillirent et transmirent précieusement le feu sacré. Ces héritiers de l'école d'Alexandrie qui conservèrent, en les perfectionnant, les doctrines d'Erasistrate et d'Hérophile, ce sont les méthodistes.

E. C.

— M. LEURET a commencé, samedi dernier, 27 septembre, à Bicêtre, des conférences cliniques sur l'aliénation mentale ; il les continuera les mercredis et les samedis suivans. Ces conférences auront lieu à trois heures de l'après-midi.

M. Leuret a montré deux malades soumis au traitement moral ; ce sont deux hallucinés, dont l'un entendait sans cesse la voix de plusieurs individus enfermés dans des souterrains, et auxquels il donnait des ordres pour veiller à la sûreté du roi : il a été guéri en un jour ; l'autre, halluciné depuis quatre ans, avait des esprits dans la tête, avait vu plusieurs fois des âmes, et, par l'ordre des esprits, il était resté douze jours sans manger : il a été guéri en un quart-d'heure.

Dans une des séances prochaines, M. Leuret traitera de la phrénologie.

— ESSAI SUR LA GRAVELLE ET LA PIERRE, CONSIDÉRÉES SOUS LE RAPPORT DE LEURS CAUSES, DE LEURS EFFETS ET DE LEURS DIVERS MODES DE TRAITEMENT ; par P.-S. SÉGALAS, docteur et professeur, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie royale de médecine, etc. — Seconde édition, avec un atlas de 8 planches in-f°, gravées et coloriées. 1839. Prix : 15 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

A Londres, H. Baillière, Regent-Street.

— DE L'OCCASION OU DE L'OPPORTUNITÉ EN MATIÈRE THÉRAPEUTIQUE ; par H. GOLFIN, professeur de thérapeutique et de matière médicale. 1839. In-8°.

Montpellier, chez Martel aîné, imprimeur de la Faculté de médecine.

— DES PRÉPARATIONS D'ARGENT ET DE LEUR UTILITÉ DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES VÉNÉRIENNES ; par ADRIEN SICARD, docteur en médecine. 1839. In-8°. Prix : 2 fr. 50.

Montpellier, chez Louis Castel, libraire éditeur, Grand'rue, 32.

Paris, J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13 *bis*.

lieu de procéder si grotesquement, nous avons visé, *tout simplement*, à faire *des tractions* sur le membre raccourci; et, afin de combattre avec plus d'avantage, par ce moyen si simple, la résistance des principaux muscles, nous avons commencé, tout d'abord, par *paralyser*, en quelque sorte, l'action de ces derniers, en les mettant dans le plus grand relâchement; puis c'est dans cette position avantageuse et si favorable que nous avons fait agir les tractions proprement dites.

» Vous avez donc vu que j'ai fait placer le malade sur le dos, la tête assez relevée, afin de disposer le bassin à s'incliner sur la cuisse; vous avez remarqué ensuite que j'ai fait *fléchir* la jambe à *angle droit*, et que c'est dans cette position préalable et rationnelle, qu'ont eu lieu les tractions. Mais, pour que celles-ci ne pussent pas ramener la cuisse sur le même plan horizontal que le bassin, j'ai fait presser très fortement, vers le pli de l'aîne, tandis que, moi-même, monté sur le lit et embrassant le jarret entre mes deux mains, j'élevais, avec force, le genou, dans l'unique intention de fléchir davantage encore la cuisse sur le bassin, et, par là, de relâcher complètement les muscles récalcitrans. Vous connaissez le reste, et avec quelle rapidité et facilité l'os est rentré dans sa position normale.

» Ainsi donc, nous pouvons dire, en décrivant notre procédé opératoire, que nous avons débuté par fléchir la cuisse sur le bassin et la jambe sur la cuisse, à peu près à angle droit, et que, dans cette situation, on a *tiré* sur le membre, afin de dompter quelques résistances musculaires et de ramener la tête du fémur au niveau de la cavité cotyloïde. Ce langage simple, clair et vrai, se conçoit aisément, car il est exactement conforme aux faits; mais voyons, ne fût-ce que par un mouvement de simple curiosité, comment il faudrait s'exprimer, dans l'idiome vulgaire, pour rendre bien ces mêmes faits. Il faudrait, de toute nécessité, dire : « Avant de faire agir l'*extension*, on a commencé par faire la *flexion* de la jambe sur la cuisse, et de celle-ci sur le bassin; mais afin que l'extension ne changeât pas ces mêmes doubles flexions, on a fait presser vers l'aîne; et dans le moment où l'on s'évertuait à exercer la plus forte *extension*, l'opérateur faisait de son côté les plus grands efforts pour maintenir et augmenter même la *flexion* de la cuisse sur le bassin!... *Risum teneatis!* » (1)

» Je n'ai, du reste, pas la prétention d'être le premier qui ait réduit une luxation iléo-fémorale, en fléchissant fortement jambe et cuisse, car vous trouverez, dans la GAZETTE MÉDICALE de Prusse, 1837, p. 237, l'observation du docteur Sick (12 janvier même année), lequel, pour une semblable opération, commença par placer sur son épaule le jarret du blessé, en faisant appuyer avec force contre son dos la jambe qui pendait le long de cette région, et qui, en s'élevant, chercha à fléchir la cuisse sur le bassin, tandis qu'il faisait presser vers le pli de l'aîne (2).

» M. Dupertuis a communiqué également à la société de médecine pratique de Paris, le 7 décembre 1837, une opération assez analogue. Il fit mettre son malade au bord du lit, les cuisses fortement fléchies sur le bassin, et, après avoir placé le jarret du membre affecté sur son épaule, il porta la cuisse dans l'abduction, tout en pressant vers l'aîne avec les mains et en dirigeant la tête du fémur vers la cavité cotyloïde.

» Ces procédés sont, sans contredit, excellens; mais présentés isolément, ils ne font que grossir la masse déjà trop considérable des faits et des moyens empiriques, et ne feront faire de progrès réels qu'autant qu'on voudra bien les rattacher rationnellement et scientifiquement aux principes clairs et aux bases solides dont ils émanent; c'est aussi le but principal de nos recherches actuelles sur les organes de la locomotion. »

Après cette digression, dont je prie le lecteur de vouloir bien me pardonner la longueur, je reviens à M. Bonnet. Cet écrivain distingué a bien voulu me citer dans son dernier article, mais il n'a fait mention que vaguement de la double position mi-fléchie que je mets constamment en usage, et il a oublié de dire avec quel *appareil* je l'obtiens et la maintiens. Or ce point est capital; car si je m'avisais de ne l'accompagner que de deux oreillers, fixés sur la place même qu'ils occupent, faciles cependant à se déranger, et ne permettant aucun moyen assuré *de traction*, ah! certes, M. Bonnet aurait raison dans ses allégués, et je serais probablement de son avis. Mais encore une fois, ce n'est pas le procédé de Dupuytren auquel j'ai recours; je le blâme tout autant que le chirurgien en chef de Lyon. Je fais usage de l'*hyponarthécie mobilisée*, avec laquelle tous les mouvemens de rétraction du fragment inférieur sont soigneusement empêchés, et qui assure, très exactement, au membre, la position qu'on vient de lui donner. Il prend celle-ci pour ainsi dire *spontanément*, surtout depuis que j'ai eu l'heureuse idée d'associer l'une et l'autre cuisses au traitement, et de les placer parallèlement et l'une à côté de l'autre, sur le même agent de contention, de suspension libre, et par conséquent de mobilisation. Le malade se trouve donc comme assis dans son lit, et je suis si peu en peine qu'il s'opère le moindre dérangement vers le lien de contact des fragmens, que je n'hésite *jamais*, lorsque quelque confrère vient me visiter, de lui faire voir avec quelle aisance et impunité ces malades se soulèvent *seuls* et se portent à droite, à gauche, en haut et en bas de leurs lits.

J'ai, dans ce moment même, dans mon service, trois adultes atteints de fracture de cuisse, dont l'un de celle du col, et qui, *dès les premiers jours*, ont pu se livrer à ces divers exercices, sans que le membre ait subi la plus légère déviation.

Ces mouvemens du rachis, que M. Bonnet redoute tant, ne peuvent avoir ici aucun retentissement sur les bouts de l'os fracturé, attendu que le bassin ne peut plus changer ses rapports avec les cuisses, et que la mobilité de la colonne épinière s'arrête vers les dernières vertèbres lombaires.

Ce point important de clinique est facile à constater, en liant ensemble les deux cuisses d'un cadavre ou d'un individu plein de vie; et l'on peut, en quelque sorte, l'entrevoir assez clairement, en attachant, à côté l'un de l'autre, l'index et le médius d'une main; car, dans cette position, leurs articulations métatarsiennes sont rendues presque immobiles, et c'est plus particulièrement vers celle du poignet que se passe le plus de mouvemens latéraux.

Je viens d'avancer que lorsqu'un malade atteint d'une fracture du fémur est placé sur mon appareil hyponarthécique, et à peu près comme s'il était *assis*, le membre affecté reprend, presque spontanément, sa forme, sa direction et sa longueur naturelles; j'ajouterai maintenant que cette circonstance est si heureuse qu'un simple infirmier, un jeune et novice interne peuvent *seuls* parfaitement réduire et panser toute espèce de fractures en mon absence et au moment même où les blessés sont apportés à l'établissement; et qu'il est rare que je sois obligé de retoucher à ce premier pansement. Il y a mieux; c'est qu'il est plus rare encore qu'on soit dans le cas de changer *quoi que ce soit* à ce premier appareil, *jusqu'à parfaite consolidation*. Il est donc tout à la fois *inamovible* et *très mobile*.

Ces faits de tous les jours, un interne de M. Bonnet lui-même, qui vient de passer quelques mois à Lausanne, M. Vuitel, dis-je, a pu et pourra les confirmer, les modifier ou les démentir : ils sont d'ailleurs de notoriété publique.

M. Bonnet avait indiqué, en tête de son mémoire, qu'il traiterait aussi des *fractures du col du fémur*. Le temps ne lui a probablement pas permis de s'en occuper dans ce moment, et il nous réserve, sans doute, ses expériences, ses opinions et ses appareils pour une autre époque, pour une nouvelle dissertation (1). J'y compte beaucoup, pour ma part; car tout ce qui sort de la plume de ce savant confrère a un cachet d'originalité qui ne peut que favoriser la tendance vers le progrès. Même lorsqu'il se fourvoie, il donne lieu à des méditations, à des recherches, à des essais, à des expériences d'un autre ordre, qui, tous, sont en faveur de la science et de l'art. Un homme de génie obtient, dans ces ens en chirurgie, exactement ce que produit l'opposition consciencieuse, dans les hautes régions de la politique : *la lumière jaillit*. Si les courtes réflexions qui vont suivre, au sujet des fractures de l'humérus et de son col, en particulier, peuvent engager notre auteur à modifier son travail, à l'étendre et à l'éclairer, par de nouvelles expériences sur le cadavre, je me féliciterai de cette impulsion, et d'avoir fourni aux chirurgiens l'occasion de mieux s'entendre sur un point important, et de donner, ici, du pied à la routine.

Le col de l'humérus est loin de pouvoir être comparé à celui du fémur, et c'est, cliniquement parlant, la clavicule qui revendique ce privilége. Il existe, en effet, entre ce dernier os et le col fémoral, plusieurs points

(1) M. Bonnet a trop de jugement pour commettre cette faute grave, de confondre l'extension d'un membre avec l'action de tirer dessus dans le but de l'allonger, car il s'exprime toujours très correctement à cet égard. Mais lisez les ouvrages les plus modernes, les observations les plus récentes et les mieux rédigées d'ailleurs, et vous serez surpris à chaque ligne de l'étrange abus qu'on ne cesse de faire encore des formules les plus routinières.

(N. DE M. MAYOR.)

(2) Cette méthode avait déjà réussi dans deux cas de ce genre à Annibale Parea (voy. le GIOR. MED. CHIR. DI MILANO, t. XII); B. Bell en avait fait sentir les avantages; Rossi et Vermandois lui firent subir de légères modifications; mais sans parler de Pouteau, et de ce chirurgien militaire, nommé Maisonneuve, qu'il cite sans rappeler qu'Anderson et Kirkland avaient adopté cette méthode de tirer sur la cuisse mise dans la flexion, qu'après eux Boucher, et Peletta y avaient eu recours avec succès, il faut pour être juste la faire remonter à Hippocrate et à Paul d'Égine, qui le premier l'indiqua clairement. Consultez à ce sujet les ISTITUZIONI CHIRURGICHE DI G. B. MONTEGGIA, 2e éd., t. V, page 150.

(N. DU R.)

(1) La dernière partie du travail de M. Bonnet a été publiée depuis la rédaction de M. Mayor. (Voy. GAZ. MÉD., 14 septembre 1839.)

(N. DU RÉDACT.)

d'analogie que j'ai consignés ailleurs, et que je reproduirai brièvement ici :

1° La clavicule a une direction transversale comme le col fémoral;

2° Il n'est pas donné au chirurgien d'agir directement sur ces deux parties, quand elles sont fracturées;

3° Il est obligé, pour l'une comme pour l'autre fracture, de recourir à la simple position;

4° Elles sont parfois méconnues, et ne guérissent pas moins sans l'intervention d'un appareil particulier, et, même assez souvent, sans trop de difformité;

5° L'une et l'autre ont excité le génie inventif des meilleurs chirurgiens de toutes les époques, afin de trouver un appareil spécial et convenable pour leur coutention; et les efforts réunis des plus grands maîtres ont échoué à l'œuvre jusqu'à ces derniers temps;

6° Le fragment interne est immobile chez toutes deux, et si, pour le fragment externe de l'une, c'est le *coude*, pour le fragment externe de l'autre, c'est le *pied*, qui règlent la condoite du praticien, lui servent de guide et lui prêtent un point d'appui ou de mire.

Quoi qu'il en soit, et sans attacher trop d'importance à ces rapprochemens, il est vrai de dire que les idées de M. Bonnet sur les avantages de l'extension, dans les fractures du membre thoracique, sont non seulement exagérées, mais diamétralement opposées à ce que prescrivent formellement l'anatomie, l'expérience et la raison. Je dirai plus; c'est que, si les lésions osseuses de ce même membre sont, en général, plus faciles à guérir, il faut l'attribuer au relâchement, presque général, des puissances musculaires qu'amène nécessairement la commode double flexion du bras sur le côté du tronc et de l'avant-bras sur le bras. Quel est l'homme de l'art qui voudrait renoncer à ce précieux relâchement, pour placer le bras et l'avant-bras, non seulement dans l'extension forcée, comme l'entend M. Bonnet, mais encore, que sais-je? dans une direction peut-être perpendiculaire aux côtes? et si vous donnez à l'humérus une position déclive le long du corps, vous faussez votre principe; car vous mettez le bras dans la plus grande flexion possible; et si vous y ajoutez encore une écharpe, alors vous rendez pleinement hommage aux doubles flexions, et à votre insu ou malgré vous, vous cessez d'être injuste à leur égard.

NOTE SUR LES SOURCES SALINES IODURÉES D'IWONICZ, EN GALLICIE; communiquée par M. le docteur MATUSZYNSKI.

Il existe en Pologne plusieurs sources d'eaux minérales, qui, pour ne pas être aussi renommées que celles de l'Allemagne méridionale ou des Pyrénées, n'en sont pas moins efficaces dans beaucoup de maladies, et méritent d'être plus généralement connues. Parmi plusieurs autres, les eaux d'Iwonicz, en Gallicie, ont depuis longtemps attiré l'attention des médecins et du public, qui les visite annuellement pour en ressentir les effets salutaires. C'est sur ces eaux que nous allons donner une courte notice. L'usage de l'eau minérale d'Iwonicz, s'étant, en général, montré utile dans les affections scrofuleuses réputées même incurables, le goître, les divers engorgemens des viscères, on pouvait naturellement penser qu'elle devait ses propriétés à la présence de l'iode, dont l'efficacité dans les maladies de cette nature est mise hors de doute. Et, en effet, ce que le raisonnement avait fait supposer, l'analyse chimique vient de le démontrer d'une manière positive.

M. le docteur Torosieurz a soumis à un examen attentif l'eau puisée à la source même; il y a découvert l'iode et le brôme, en combinaison avec la sonde à l'état d'iodure et de bromure de sodium. Il a publié, peu de temps après, les résultats de ses recherches, et c'est à son intéressante description que nous empruntons la plupart des détails relatifs aux sources d'Iwonicz.

Les eaux minérales, renfermant l'iode et le brôme à l'état de pureté, offrent d'autant plus d'intérêt qu'elles sont assez rares. Les principales connues aujourd'hui sont celles de Castelnovo d'Asti, en Piémont, examinées principalement par M. Cantù, très riches en iode; celles d'Aix, en Savoie; de Saint-Genis, très employées à Turin, de Voghera. L'Allemagne possède deux sources célèbres de ce genre, celle de Creuznach, en Prusse, et de Heilbrunn, en Bavière. Cette dernière jouit d'une grande renommée.

Iwonicz, joli village en Gallicie, situé dans le 49° 41 de latitude et 39° 21 de longitude géographique, appartient à M. le comte Ch. Zaluski. Sa position est pittoresque; bâti sur la pente d'une colline couverte de pins, d'où l'œil aperçoit d'immenses prairies fécondées par de nombreux ruisseaux, animées par des villages çà et là dispersés, il est un des plus beaux sites du pays. Deux petites villes se trouvent dans le voisinage, Rymanow et Krosno, remarquable par les vastes dimensions de son antique château, dont on ne voit aujourd'hui que les ruines. Tout près du village, en poursuivant la route vers les sommités de la montagne, embellie d'une magnifique forêt, on rencontre une cascade dont le bruit se fait entendre au loin. Les sources minérales prennent naissance sur le terrain élevé du village même; elles sont au nombre de trois, dont deux contiennent de l'iode, tandis que la troisième ne renferme que de l'eau ferrugineuse. Il s'exhale, en même temps, des deux premières un gaz, qui brûle lorsqu'on en approche une bougie enflammée, et qui n'est autre que le gaz hydrogène carboné, provenant des couches abondantes de charbon de terre que renferme ce pays, et dont, à défaut de moyens d'exploitation, on n'a su encore profiter. L'atmosphère environnante est imprégnée de ce gaz et d'une odeur forte de naphte: respirée pendant un certain temps, elle cause un soulagement notable chez les personnes atteintes de dyspnées chroniques, des affections bronchiques, des catarrhes invétérés. D'après le témoignage du médecin déjà cité, plusieurs affections rebelles des poumons auraient été entièrement guéries, grâce à l'influence salutaire qu'exerce l'air des sources d'Iwonicz sur les organes respiratoires.

Iwonicz n'est distant de Luwow, la capitale du pays, que de 25 lieues. Une route des plus belles, à travers des côteaux, des vallées riantes et des sites pittoresques, conduit le voyageur, qui suit d'un œil émerveillé les coutours gracieux du fleuve San, ses eaux limpides et le ciel d'azur qu'elles reflètent. Le bruit des ondes, la verdure des prairies, comblées de toutes les richesses de la nature, les formes variées des montagnes, leurs forêts, tout, enfin, dispose l'esprit à la gaîté et remplit l'âme de bonheur.

Les eaux minérales d'Iwonicz ont été déjà depuis longtemps connues et employées dans une foule d'états morbides; c'est ce que constatent les chroniques du district, et notamment celles de l'église du lieu; entre autres, on trouve le passage suivant, écrit par Lembek, vicaire, et daté du 3 juin 1639 :

« Ce diocèse a reçu, entre autres, une marque éclatante de la munificence de l'Éternel, puisqu'il a bien voulu le doter des sources minérales, célèbres par leur efficacité dans beaucoup de maladies: l'eau de ces sources, semblable à celle de la pluie, est jaunâtre, froide; elle a une odeur d'ambre brûlé ou de naphte, prend feu à l'approche de la poudre ou d'un morceau de papier enflammé, et on ne peut éteindre cette flamme qu'en mêlant et frappant l'eau avec des branches de sapin. D'après le témoignage des médecins, cette eau facilite la digestion, guérit la goutte, fortifie l'estomac et donne un bon appétit. Ces sources sont annuellement fréquentées par une foule de personnes, venant de presque tous les points de la Pologne, de l'étranger et notamment de la Hongrie. Tous s'y rendent comme au lac de Siloe (1), qui guérit tous les maux. Ne nous lassons donc pas de célébrer la miséricorde divine pour tant de bienfaits. »

Chose digne de remarque, malgré ce témoignage écrit il y a deux siècles; malgré la renommée dont jouissaient alors dans le pays les sources d'Iwonicz, elles furent par la suite totalement oubliées. Les secousses politiques auxquelles était en butte la malheureuse Pologne, les guerres qui la ravageaient presque continuellement, ne permirent point qu'on s'occupât d'un objet aussi précieux. Elles furent bientôt entièrement abandonnées et ne servirent qu'aux habitans de la contrée, qui seuls en savaient apprécier la bienfaisante influence.

Le propriétaire actuel d'Iwonicz, homme éclairé et véritable philantrope, s'est imposé la tâche de relever les sources de l'oubli dans lequel elles étaient tombées; il y est parvenu par de nombreux efforts, ne ménageant aucun moyen dont il pouvait disposer. Grâce à tous ces soins, le bassin des sources est entouré aujourd'hui d'une enceinte convenable; un établissement de bains construit à côté peut recevoir de nombreux baigneurs; le pays s'est embelli, sa population a augmenté depuis quelques années, ce qui dénote une prospérité croissante. On a pratiqué partout des routes commodes; il y en a qui traversent la forêt dans plusieurs sens, et aboutissent à des clairières isolées. On arrive aux bains par de belles avenues, par des ponts jetés sur des ruisseaux; enfin, tout fait espérer que si les sources continuent à attirer les malades, comme elles l'ont fait dans ces dernières années, elles ne tarderont pas à se mettre de niveau avec les eaux minérales analogues très réputées de l'étranger. Leurs propriétés rares, jointes à la beauté du pays, à la pureté du ciel, justifient cet espoir; elles ne peuvent qu'exercer une influence des plus heureuses sur la santé des malades.

Nous allons maintenant reproduire l'analyse chimique des eaux, faite par M. Torosieurz, dans laquelle ce médecin a eu surtout en vue les points d'analogie qu'elles offrent dans leurs principes constituans avec l'eau minérale si renommée de Heilbrunn, en Bavière, dont l'analyse fut faite et publiée à Paris en 1835, par M. Barruel.

PROPRIÉTÉS PHYSIQUES; TRANSPARENCE. La limpidité de l'eau puisée

(1) Siloe, source et lac près de Jérusalem, où Jésus envoya un aveugle.

dans les deux sources salines est de 742°, en fixant celle de l'eau distillée à 1000°.

COULEUR. Vue de loin, l'eau minérale paraît jaunâtre; mais, mise dans un verre, elle n'a aucune couleur.

ODEUR. Elle exhale une forte odeur de naphte. Renfermée dans des bouteilles bien bouchées, elle conserve longtemps cette odeur; mais, dans le cas contraire, elle la perd et présente alors l'odeur prononcée d'éponge; ce qui dépend de la présence du brôme et de l'iode. Elle n'est point alors décomposée, comme on pourrait le croire, et peut parfaitement remplir certaines indications thérapeutiques.

SAVEUR. Elle a une saveur salée très prononcée.

TEMPÉRATURE. Sa température varie depuis 7° jusqu'à 9° de Réaumur.

POIDS SPÉCIFIQUE. Son poids spécifique est de 1,01178.

Les deux sources fournissent, dans l'espace d'une heure, 1,240 litres, ce qui fait 29,760 litres en vingt-quatre heures. Cette abondance permet d'assurer un service très actif, et suffit à tous les besoins de la consommation.

PROPRIÉTÉS CHIMIQUES. On trouve dans 100 pouces cubes d'eau minérale :

Gaz hydrogène carboné	2,777 pouces cub.
— acide carbonique	30,416
— azote	0,704
Total	33,897 p. c.

Dans une livre d'eau, on trouve :

	Grains.
Bromure de sodium	0,218
Iodure de sodium	0,127
Chlorure de sodium	45,343
Carbonate de soude	9,778
Carbonate de chaux	1,271
Carbonate de magnésie	0,499
Carbonate de fer	0,029
Carbonate de manganèse	0,014
Silice	0,074
Résine	0,039
Sulfate de soude (la quantité n'a pas été déterminée)	
Naphte (Idem).	
Total	57,470

Les maladies qui ont été entièrement guéries ou sensiblement amendées par l'emploi de cette eau sont nombreuses; ne voulant rapporter ici que les cas où les résultats étaient le moins douteux, nous dirons qu'en général elle s'est montrée efficace :

1° Dans les affections du système lymphatique, les goîtres plus ou moins anciens, les scrofules, les engorgemens des glandes, les ulcères, les caries, les ophthalmies scrofuleuses.

2° Dans les maladies chroniques des organes urinaires, les catarrhes de la vessie, la gravelle, la pierre.

3° Dans quelques affections cutanées, que malheureusement on ne spécifie pas.

4° Dans le rachitisme.

5° Les embarras des voies digestives, l'inappétence, les acides, l'indigestion.

6° Dans les engorgemens des viscères de l'abdomen et les vices de la circulation veineuse abdominale.

7° Dans l'embonpoint démesuré.

Enfin, s'il faut en croire quelques praticiens du pays, l'eau minérale d'Iwonicz aurait plusieurs fois fait disparaître des indurations des ovaires, et devrait en général être considérée comme un bon moyen dans les diverses affections des organes génitaux.

Le malade commence ordinairement par ne boire qu'un ou deux verres d'eau, puisée le matin à la source; peu à peu cette dose est augmentée jusqu'à un litre par jour. Tous les malades ne peuvent pourtant supporter cette quantité, et il est toujours bon de s'en rapporter au médecin, puisque l'usage de cette eau ne peut pas être aussi indifféremment augmenté ni prolongé, comme cela arrive avec les sources minérales d'une autre nature. Comme elle contient beaucoup de gaz acide carbonique, il est toujours nécessaire de la prendre en se promenant. Quelques personnes la supportent mieux en la faisant légèrement chauffer dans un vase ouvert, pour lui faire perdre le gaz hydrogène carboné qui provoque chez les sujets délicats des vertiges et des dérangemens dans la digestion; d'autres la prennent avec avantage coupée avec une certaine quantité de lait chaud. C'est surtout chez les enfans qu'il convient de l'administrer sous cette forme, et chez lesquels la quantité d'eau ne doit pas dépasser trois verres par jour.

Depuis plusieurs années, on envoie à l'étranger une grande quantité de bouteilles contenant l'eau minérale d'Iwonicz, dans lesquelles elle se conserve fort longtemps sans rien perdre de ses propriétés médicinales. Si, comme nous le pensons, elle parvient à être plus généralement connue et employée, la science et l'humanité ne pourront qu'y gagner; elle deviendra d'autant plus précieuse, que les affections qu'elle guérit sont les plus fréquentes et que les sources contenant de l'iode sont les plus rares.

OBSERVATION RELATIVE A UN CALCUL SALIVAIRE DÉVELOPPÉ DANS LE CANAL DE WARTHON; communiquée par M. MAISONNEUVE, docteur en chirurgie.

Les concrétions pierreuses développées dans les conduits salivaires ne sont pas chose fréquente. Plusieurs chirurgiens fort répandus n'ont jamais eu l'occasion d'en rencontrer, et les collections de journaux n'en contiennent que de rares observations. Le JOURNAL DE VANDERMONDE, dans une période de quarante années, n'en rapporte que trois cas; le JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES, qui contient un mémoire intéressant de M. Dourlens, à ce sujet, n'en fournit pas davantage. On n'en trouve pas un seul dans les ARCHIVES DE MÉDECINE, non plus que dans la GAZETTE MÉDICALE, et les ouvrages classiques n'en contiennent que deux, appartenant, l'un à Sabatier, l'autre à Boyer; enfin, l'on peut, sans exagération, réduire à une douzaine de faits les richesses de la science sur ce point. Cette pénurie doit donc engager les observateurs à ne laisser passer inaperçus aucuns faits de ce genre.

OBS.—M. le docteur Dobiguy s'aperçut, vers le milieu du mois de juin 1839, d'une légère tuméfaction, accompagnée de tension douloureuse, dans la région de la glande sous-maxillaire du côté droit. Les accidens disparurent au bout d'une heure environ, pour reparaître le lendemain et disparaître encore. Cette intermittence fixa l'attention du malade, qui ne tarda pas à remarquer une liaison intime entre le retour des accidens et l'heure de ses repas, ce qui lui fit penser que leur point de départ était probablement dans la glande maxillaire, dont la sécrétion, activée pendant la mastication, ne trouvait pas une issue facile par ses voies normales.

Dans le courant de juillet 1839, une petite tumeur apparut sous la langue, au côté droit du facies de cet organe. Elle ne fit aucun progrès sensible jusqu'au mois de septembre. Mais les accidens de rétention de la salive s'étaient singulièrement exaspérés. Après chaque repas, la glande se tuméfiait et faisait relief à travers les tégumens. La pression la plus légère était douloureuse; une compression plus forte déterminait la sortie d'une grande quantité de salive épaisse, mêlée de flocons blanchâtres et d'une saveur salée.

C'est dans ces circonstances que M. le docteur Dobiguy vint me consulter.

Le 8 septembre 1839, après déjeûner, les accidens s'étaient manifestés plus intenses que jamais. Une forte compression exercée sur la glande par le malade lui-même, avait procuré, non sans une vive douleur, l'évacuation de 16 grammes à peu près de salive. Cette évacuation n'avait pas fait disparaître tous les accidens. La glande, encore tuméfiée, était douloureuse à la pression; sous la langue, au côté droit du frein de cet organe, on apercoit une petite tumeur oblongue, du volume d'une amande dépouillée de la coque.

Je crus devoir explorer d'abord l'orifice du canal de Warthon. J'y pénétrai facilement avec une épingle émoussée, et donnai issue à 4 ou 5 grammes de salive épaisse et visqueuse. Remplaçant ensuite l'épingle par un stylet mousse, je portai plus loin mon exploration, et rencontrai, à la profondeur de 2 centimètres, un frottement rude, qui me fit soupçonner la présence d'un calcul. Conduisant alors sur la cannelure du stylet un bistouri pointu, j'incisai dans l'étendue d'un centimètre l'orifice du canal de Warthon, et pus alors explorer facilement la tumeur. Je ne tardai pas à reconnaître distinctement la présence d'un corps étranger dont jusqu'alors j'avais seulement soupçonné l'existence; ma sonde en le heurtant faisait entendre un bruit distinct, appréciable par le malade lui-même.

Le diagnostic établi, l'indication ne pouvait être douteuse; je procédai donc à l'extraction; j'avoue que je le fis sans hésiter, ne supposant pas devoir y rencontrer d'obstacle sérieux. En conséquence je portai mes pinces à dissection dans l'ouverture que j'avais faite et cherchai à saisir le calcul. Mais celui-ci, étroitement embrassé par les parois du canal, ne présentait de libre que son extrémité aiguë, saillante dans la tumeur, d'environ deux ou trois millimètres. Les mors de ma pince glissaient sur lui sans pouvoir les saisir; j'agrandis alors ma première incision, et renouvelai mes tentatives. Mais je n'obtins d'autre résultat que de refouler le calcul. J'essayai de le ramener à l'orifice par une pression méthodique exercée d'arrière en avant, à l'aide de mes deux doigts index, placés l'un dans la bouche, l'autre sous la mâchoire; je ne pus rien obtenir. J'allais me trouver dans la nécessité d'abandonner le malade à lui-même, quand l'idée me vint de faire avec un fil de laiton très fin une anse que je glissai dans le canal entre ses parois et le calcul. Je pus à l'aide de cet instrument improvisé, qui rappelle un peu celui dont on se sert pour extraire les bouchons tombés dans une bouteille, saisir le calcul et le ramener à l'orifice avec une facilité surprenante. Je dois dire cependant que ce cathétérisme n'est pas sans douleur. Plusieurs fois le malade a failli tomber en syncope, surtout au moment où la sonde arrivait au coude que le canal de Warthon forme derrière le muscle mylohyoïdien, car je pénétrai à plus de 8 centimètres de profondeur.

Aussitôt après l'extraction, le malade éprouva un bien-être notable, la tuméfaction de la glande disparut comme par enchantement, et si ce n'eût été la

petite plaie résultant de l'incision de l'orifice du canal, il ne fût pas resté de traces de la maladie.

Aujourd'hui, cinquième jour après l'opération, le malade est parfaitement guéri.

Le calcul avait la forme d'un grain d'orge, mais d'un volume double; sa couleur est d'un blanc sale, semé de points d'un rouge brique; il est rugueux et inégal à la superficie. Je ne l'ai point fait analyser.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 16 SEPTEMBRE.

THÉORIE DU PROCÉDÉ DAGUERRE.

M. Donné communique les résultats des recherches qu'il a faites dans le but d'arriver à savoir ce qui se passe dans les différens temps de l'opération.

En observant avec un grossissement de 150 à 200 fois la plaque simplement préparée à la vapeur d'iode, il a vu que la mince couche déposée à la surface de l'argent est uniforme, homogène, et ne présente aucune apparence qui indique que l'iode y soit à l'état cristallin. D'ailleurs, cette couche ne s'évapore pas lorsqu'on soumet la plaque de métal à une température élevée, de sorte qu'il y a, suivant M. Donné, double raison de croire que l'iode est réellement combiné à l'argent, et que la couche jaune d'or est un véritable iodure.

Maintenant cette couche est très adhérente à l'argent au moment où on retire la plaque de la vapeur de l'iode, et avant de l'avoir exposée à la lumière; ainsi, elle résiste fortement au frottement du doigt; mais il se produit une modification importante dans cette couche sous l'influence de la lumière; l'effet de la lumière est de détruire son adhérence avec la surface du métal sur laquelle cette couche repose, de telle sorte qu'après son exposition à la lumière la plus légère friction suffit pour la détacher. Or, voici ce qui se passe lorsqu'on expose à la vapeur mercurielle la plaque métallique préalablement exposée, dans la chambre obscure, à l'action des rayons lumineux; sur les parties éclairées de l'image, la couche d'iodure, n'ayant pas d'adhérence avec la plaque, ne préserve pas l'argent de l'action du mercure; aussi voit-on manifestement, après l'opération, ce métal condensé en petites gouttelettes très sensibles au microscope, ainsi que l'avait déjà observé M. Dumas, sur tous les points frappés par la lumière; tandis que, dans les parties ombrées, la couche d'iodure, toujours adhérente, n'a pas permis à la vapeur mercurielle de s'y fixer; c'est encore ce que démontre l'inspection microscopique; on ne trouve pas de globules de mercure dans les points tout à fait sombres, et l'on en aperçoit quelques-uns seulement dans les demi-teintes.

Quand on expose aux vapeurs mercurielles la plaque que l'on vient de recouvrir de sa mince couche d'iode, et sans avoir permis à la lumière d'agir sur cette couche, il ne se fixe pas à sa surface de globules de mercure. Cette couche d'iode non modifiée s'oppose à tout amalgame, et c'est là ce qui explique la difficulté que l'on éprouve à faire des dessins photogéniques quand on a laissé la plaque trop longtemps exposée à la vapeur de l'iode, c'est-à-dire quand on a un enduit assez épais pour que l'action de la lumière n'en modifie que la surface, et non toute l'épaisseur.

M. Golfier Desseyre adresse également une théorie de la formation des images photogéniques. D'après les observations de ce chimiste, la feuille d'argent préparée convenablement présente, quand on l'examine au microscope, une surface toute mamelonnée, mais très brillante. Si on l'examine après qu'elle a été recouverte d'une quantité suffisante de vapeur d'iode, son éclat est terni, son aspect est soyeux, et il s'y fait un mouvement très réel d'autant plus rapide que la lumière est plus intense.

M. Besseyre pense que la lumière agit sur l'iodure d'argent absolument comme la chaleur. D'après cela, le chlorure et l'iodure d'argent sont fusibles et susceptibles l'un et l'autre de prendre cette apparence que les anciens appelaient *lune cornée*. D'ailleurs, d'autres observations faites sur les chlorure et iodure d'argent tendent à faire croire que, dans le cas qui nous occupe, la lumière n'agit sur l'iodure d'argent qu'en modifiant son état moléculaire, qu'elle en fait un corps isomère.

M. Golfier Besseyre a, relativement à l'action du mercure sur les parties modifiées et non modifiées de l'iodure d'argent, à peu les mêmes idées que M. Donné. De plus, il cherche à se rendre compte de la nécessité d'incliner sur un angle de 45° la plaque qu'on expose à cette action. Mais, comme on dit d'ordinaire, qui prouve trop ne prouve rien, et l'explication de M. Besseyre, si on l'admettait, prouverait qu'il ne doit point y avoir formation de l'image quand on expose la plaque au mercure dans une position horizontale. Cependant, ainsi que le fait remarquer M. Arago, il y a image formée, et seulement cette image, qui ne se voit point quand on la regarde en face, a besoin, pour être vue, d'être regardée obliquement sous un angle d'environ 45°.

COMPOSITION DES TISSUS ANIMAUX.

M. Payen annonce qu'afin de lever une objection qui pouvait être faite aux conclusions de son dernier mémoire sur la composition du tissu élémentaire des végétaux, c'est-à-dire à la *composition constamment ternaire* de ces derniers tissus, débarrassés des matières incrustantes contrastant à la composition constamment quaternaire des tissus animaux, il a réduit, au moyen d'opérations mécaniques et chimiques appropriées, un tendon de bœuf à ses fibrilles les plus résistantes. Dans cet état, blanc, diaphane, il se dissout à chaud dans l'acide acétique et dans l'acide chlorhydrique étendu; sa composition est quartenaire; il reste donc parfaitement distinct des membranes végétales par ses propriétés comme par sa composition chimique.

Une autre partie de la lettre de M. Payen a rapport à l'observation microscopique des granules du chara, observation qui y confirme la présence de la fécule, déjà indiquée par M. Raspail, d'après la coloration bleue, produite par l'iode dans ses granules.

Une autre partie a rapport à la nature du principe sucré contenu dans le lait de coco et dans les figues de raquette (*cactus*). Dans l'un et dans l'autre fruit, c'est du sucre de cannes qui se trouve.

DU LAIT, DE SES ALTÉRATIONS ET DU COLOSTRUM.

M. Donné lit un mémoire sur ce sujet; les recherches dont il expose les résultats forment une suite à celles qu'il avait précédemment présentées, et dont nous avons donné l'analyse à l'époque où elles furent soumises au jugement de l'Académie; elles tendent, ainsi que les premières, à prouver que l'étude de ce liquide, soit à l'état frais, soit dans les changemens qu'il présente quand on l'abandonne à lui-même, ne peut être complétée que par l'observation microscopique.

Les conséquences qui se déduisent d'ailleurs de ce travail peuvent être énoncées dans les termes suivans :

Le lait est un liquide tenant en dissolution le caseum, comme le sang contient la fibrine, un sucre particulier et des sels, et en suspension des globules de matière grasse ou de beurre.

La solubilité des globules laiteux dans l'alcool et l'éther, qui ne dissolvent pas le caseum, d'une part; et, de l'autre, le défaut d'action de la solution aqueuse d'iode, qui ne colore pas les globules du lait, tandis qu'elle colore le caseum en jaune, comme elle le fait pour toutes les matières organiques azotées, prouvent que le caseum ne fait pas partie des globules, et qu'il n'est pas à l'état concret dans ce fluide.

Tous les globules du lait peuvent être retenus par le filtre, et la liqueur filtrée, transparente comme de l'eau, laisse déposer le caseum sous l'influence des acides; cette expérience prouve encore que le caseum est à l'état de dissolution, et, en outre, que la couleur blanche du lait tient à la matière grasse qui y est suspendue à l'état de globules très divisés. Le lait peut donc être considéré comme une émulsion.

Le premier phénomène que présente le lait abandonné à lui-même est l'ascension de la crème; la crème est formée par les globules laiteux qui se rassemblent à la partie supérieure, par suite de leur pesanteur spécifique; au-dessous de la crème se trouve le lait proprement dit, dans lequel on distingue encore deux couches moins nettement séparées, l'une supérieure, plus blanche; l'autre inférieure, un peu verdâtre et demi-transparente. Ces différences de nuances ne tiennent qu'au plus ou moins de globules laiteux en suspension dans les différens points du liquide; ces globules occupant le lieu déterminé par leur poids spécifique, la crème existe donc dans le lait au moment où il sort des organes, et le lait et la crème ne diffèrent l'un de l'autre que par la proportion des globules gras ou butyreux.

Le second phénomène que l'on remarque dans le lait abandonné à lui-même, est son passage à l'état acide, d'alcalin qu'il était en sortant des organes; peu à peu la crème s'épaissit, le caseum se coagule, des gaz se dégagent, l'odeur de fromage de Brie se manifeste, le microscope montre une foule d'animalcules et de végétaux infusoires.

Il faut distinguer le rôle que jouent dans cette décomposition ou fermentation : d'une part, la crème, c'est-à-dire la partie grasse non azotée; et, de l'autre, le caseum, c'est-à-dire la matière azotée; pour cela, il est nécessaire de séparer ces deux élémens par le filtre. On remarque alors que la crème devient rapidement très acide, tandis que le sérum, privé de matière grasse, et tenant en dissolution le caseum, tend à subir la fermentation alcaline ou putride.

Les végétaux infusoires, que l'on voit se produire dans ce cas, ne se montrent que longtemps après que le lait est passé à l'état acide; on ne peut donc pas les considérer comme causes de la fermentation acide, ainsi qu'on le fait pour les végétaux découverts par M. Cagniard-Latour, dans le liquide où se manifeste la fermentation alcoolique; quant aux animalcules infusoires, ils existent tout aussi bien dans la partie alcaline que dans la partie acide du lait en fermentation.

Les végétaux microscopiques du lait, figurés par M. Turpin comme résultant de la transformation de globules laiteux eux-mêmes, se développent également à la surface du beurre, même préalablement fondu et traité par l'éther, de même qu'à la surface du lait filtré et privé entièrement de globules.

Le meilleur procédé pour la conservation du lait est, après tout, celui qu'emploient les cuisinières. L'ébullition ménagée au bain-marie, dans des vases que l'on bouche ensuite hermétiquement, réussit mieux que tout ce qu'ont essayé jusqu'à présent les chimistes.

Le beurre, résultant de l'agglomération des globules gras du lait, peut être obtenu dans le vide, dans le gaz acide carbonique, dans l'hydrogène en contact avec les alcalis, etc.; on ne peut donc pas admettre qu'il se produise sous l'influence de l'air par suite d'une combinaison de l'oxigène ou d'une acidification, et les théories que l'on a données jusqu'ici de sa formation sont insuffisantes.

Il existe un rapport constant entre la sécrétion du colostrum chez les femmes avant l'accouchement, et la sécrétion du lait après le part; les femmes, sous ce rapport, se divisent, selon M. Donné, en trois classes : 1° celles chez lesquelles la sécrétion du fluide lacté est presque nulle jusqu'à la fin de la gestation, et ne présente qu'un liquide visqueux contenant à peine quelques globules laiteux mêlés de corps granuleux rares. Dans ce cas, le lait est pauvre et peu abondant après l'accouchement; 2° le colostrum est plus ou moins abondant, mais pauvre en globules laiteux, qui sont petits, mal formés et souvent mêlés, outre les corps granuleux de globules muqueux. Ces caractères en indiquent une plus ou moins grande quantité, mais ce lait est pauvre et séreux; 3° enfin, un colostrum riche en globules laiteux réguliers, d'une bonne grosseur, et n'étant mélangé d'aucune autre substance que les corps granuleux, annonce généralement un lait abondant, riche et de bonne qualité.

Relativement à l'influence de l'âge sur les nourrices, M. Donné pense que, dans le peuple de Paris, il est rare d'en trouver une bonne après 30 ans, tandis que celles de la campagne sont dans toute leur force à cet âge. Relativement à l'influence des localités sur la mortalité des enfans, il résulte des tableaux de l'administration que cette mortalité est la moins grande possible dans les pays aisés, peuplés de bestiaux et surtout de vaches; la Normandie occupe le premier rang sous ce rapport. La couleur de la peau, des cheveux, ne paraît pas avoir l'influence qu'on lui attribue généralement. Seulement, dans un nombre de 400 femmes, 9 qui avaient les cheveux roux n'ont présenté que 3 bonnes nourrices. Le développement du mamelon, la couleur brune ou du moins bien marquée de l'auréole qui l'entoure, une certaine fermeté des mamelles, s'accordent mieux avec l'abondance et les qualités du lait que les caractères opposés; enfin, les conditions extérieures qui paraissent les plus importantes à cet égard, sont un certain état d'embonpoint général, et celui des mamelles en particulier, dans une proportion modérée.

SÉANCE DU 23 SEPTEMBRE.

DES MALADIES DE LA FRANCE DANS LEURS RAPPORTS AVEC LES SAISONS, OU HISTOIRE MÉDICALE ET MÉTÉOROLOGIQUE DE LA FRANCE; PAR M. LE DOCTEUR FUSTER. (Commissaires: MM. Arago et Double.)

M. Double fait un rapport détaillé sur cet ouvrage; nous publierons dans notre prochain numéro ce travail important, qui a été écouté avec la plus grande attention par un auditoire peu habitué à des lectures sur de semblables questions. M. Double n'a pas seulement résumé d'une manière parfaite le volumineux manuscrit et les nombreuses et intéressantes recherches de M. Fuster, il a surtout présenté sur la matière des vues neuves, qui lui sont propres, et qui font regretter à tous les amis de la vraie science que ce médecin, d'un esprit si élevé, d'une raison si sûre et d'une expérience si éclairée, ne publie pas le résultat de ses observations et de ses méditations sur la philosophie et la pratique de la médecine.

RESPIRATION PRIMITIVE DE L'EMBRYON; DÉTERMINATION DES FISSURES CERVICALES DE L'EMBRYON DE L'HOMME ET DES VERTÉBRÉS; PAR M. SERRES, DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Dans un précédent mémoire, l'auteur, en exposant l'appareil de la respiration bronchiale du jeune embryon de l'homme, avait rappelé que cette fonction avait été attribuée à de petites fentes ou fissures situées sur les parties latérales de la tête et du col. Il avait ajouté en même temps que ces fissures lui paraissaient étrangères à la respiration primitive, à laquelle la nature avait pourvu par des organes particuliers qui précèdent les fentes, et qui subsistent même après leur effacement. Aujourd'hui, poursuivant ses recherches, il arrive à des résultats importans et nouveaux, dont voici les conclusions:

1° Les tubercules digitaux de la moitié supérieure du corps des jeunes embryons des mammifères et de l'homme, sont les rudimens des maxillaires et des côtes; 2° les fentes ou les fissures qui les séparent correspondent à l'état primitif des espaces intercostaux et intermaxillaires; 3° les embryons des vertébrés, pourvus à la fois de maxillaires et de côtes, sont doués de deux ordres de tubercules et de fissures, tandis que ceux privés de côtes, comme les batraciens, mais possédant les maxillaires, ont bien les tubercules et les fissures qui correspondent aux mâchoires, mais ils sont dépourvus des fissures costales, parce qu'ils manquent des tubercules d'où les côtes doivent provenir; 4° les fissures ne deviennent visibles et ne se forment chez les embryons qu'après l'apparition des tubercules maxillaires et costaux.

Ces points arrêtés, M. le professeur Serres cherchera à établir dans un autre mémoire que les fentes ou les fissures cervicales sont complètement étrangères à la respiration primitive de l'embryon.

(Nous publierons le mémoire de M. Serres en entier.)

MÉMOIRE SUR L'ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE DES DÉVIATIONS LATÉRALES DE L'ÉPINE, PAR RÉTRACTION MUSCULAIRE ACTIVE; par M. le docteur Jules Guérin.

En communiquant à l'Académie les premiers résultats de la section des muscles du dos dans le traitement des déviations latérales de l'épine, l'auteur avait posé en principe que le plus grand nombre de ces difformités sont le résultat de la rétraction musculaire active. Le mémoire qu'il vient de lire est consacré au développement et à la démonstration de cette proposition.

Existe-t-il des exemples de déviations de l'épine accompagnées d'altérations matérielles des centres nerveux, et évidemment causées par ces altérations? L'auteur résout cette première question par l'affirmative. Il rapporte une suite d'observations de fœtus monstres et autres chez lesquels il existait une série d'altérations du cerveau et de la moelle, ou de l'un de ces deux centres seulement, depuis leur destruction totale ou partielle jusqu'à la lésion circonscrite d'une de leurs portions; lésion coïncidant avec un ensemble de difformités articulaires du système osseux, proportionnées en nombre et en intensité à l'étendue et à l'intensité de ces lésions. Au nombre de ces difformités se trouvait la déviation de la colonne vertébrale, répondant aussi par son étendue, sa direction, et son degré à l'altération nerveuse qui en avait été le point de départ. Elle était repliée en différens sens, attirée et bridée des deux côtés par les muscles longs du dos représentant la corde des courbures qu'elles décrivaient. Toutes ces difformités étaient également rendues permanentes par un raccourcissement et une tension extrêmes des muscles intermédiaires.

Après les observations sur le fœtus, l'auteur en rapporte une seconde série d'analogues aux précédentes, mais constatées et recueillies sur des sujets vivans. Il annonce avoir non seulement vérifié, pendant la vie et après la mort, le rapport exact entre l'affection nerveuse antérieure à la naissance et les difformités; mais il dit avoir pu constater les mêmes affections à toutes les périodes de l'enfance, depuis la naissance jusqu'à l'âge de quinze à seize ans, ayant donné lieu aux mêmes difformités.

Cette première question ainsi résolue, l'auteur aborde la suivante: *Existe-t-il, en l'absence d'altérations des centres nerveux, des moyens certains, évidens, de reconnaître qu'une déviation de l'épine est le produit de la rétraction musculaire active mise en jeu par une affection nerveuse?* Ces moyens sont de deux ordres, et ils constituent deux ordres de caractères des déviations par rétraction musculaire active. Les premiers consistent dans la série des effets de la maladie, dans ses reflets multiples autres que la difformité et placés en dehors du théâtre de cette dernière; les seconds consistent au contraire dans un ensemble de caractères directs appartenant à la difformité et qui lui impriment une physionomie propre, à l'aide de laquelle on peut aisément la distinguer des autres espèces de déviations.

Parmi les caractères de la première catégorie, l'auteur cite les traces générales d'anciennes maladies nerveuses; une apparence de convulsion dans la figure, l'inégalité des deux moitiés de la face, le tiraillement des traits, l'inégalité des yeux et de leur faculté visuelle: le strabisme, la saillie différente des os du crâne; quelques traces de paralysie dans une moitié du corps ou dans les membres seulement; d'autre part, les rétractions simultanées d'autres muscles, par exemple, des muscles du cou, des bras, des mains, des jambes, des pieds, d'où les difformités correspondantes.

Parmi les caractères de la seconde catégorie, l'auteur signale d'abord l'identité des formes propres à la déviation accompagnée d'une altération matérielle des centres nerveux, et celles de la difformité de la même origine, mais qui est dépourvue des traces directes de la maladie: dans les deux cas, elles ont le même siége, la même direction, le même nombre de courbures, les mêmes reliefs et les mêmes dépressions, etc. Mais cette identité de formes peut être ramenée à des caractères élémentaires qui émanent de l'essence même de la rétraction musculaire active et de ses rapports immédiats avec les parties de la colonne qu'elle déplace; tels sont: le raccourcissement du muscle ou des muscles activement rétractés, lesquels, rigoureusement adaptés à l'espace compris entre leurs points d'insertion, se montrent sous les apparences de brides ou de cordes tendues, saillantes sous la peau, extrêmement dures, de consistance fibreuse; ces effets de la rétraction active ne peuvent être confondus avec ceux de la rétraction passive, en ce que les muscles passivement raccourcis conservent leur consistance primitive, sont mous, peu résistans et tendent plutôt à passer à l'état graisseux. De plus il existe un accord parfait entre le siége et la direction des formes de la déviation et le siége et la direction d'action des muscles qui les déterminent. Ce rapport commun à toutes les difformités du système osseux de la même nature se répète rigoureusement dans toutes les variétés des déviations de l'épine et devient la base de l'histoire anatomique de ces variétés. Enfin, l'auteur signale comme un dernier ordre de caractères les différens modes de distribution de la rétraction active dans les muscles du dos, dont un ou plusieurs ou tous peuvent être rétractés, ou un seul faisceau particulier seulement; d'où les manifestations, les reliefs différens de cette rétraction, qui ont d'autant mieux se lire, que les contrastes résultant de ses caractères et de ceux de l'état musculaire normal sont plus rapprochés et par conséquent plus sensibles.

L'auteur cherche ensuite à préciser quels sont les différens modes de la rétraction musculaire active par rapport aux déviations de l'épine, et dans quelles limites elle doit être circonscrite comme cause ou élément actif de ces difformités.

La rétraction musculaire n'est pas seulement mise en jeu par les maladies profondes du cerveau ou de la moelle ou par les altérations matérielles des nerfs qui se distribuent aux muscles rétractés; elle se manifeste aussi sous l'influence d'un grand nombre de maladies qui prennent accessoirement le système nerveux pour intermédiaire et qui réalisent incidemment un consécutivement la rétraction de certains muscles à la suite de convulsions générales passagères, ou par le moyen de simples contractures des muscles directement atteints et entièrement isolés. Ces cas se montrent fréquemment dans presque toutes les maladies de l'enfance, les maladies éruptives, la dentition, les fièvres de toute nature, les moindres accidens morbides, à la suite desquels un ou plusieurs muscles peuvent se montrer et rester rétractés. La rétraction peut avoir encore une origine purement extérieure et locale: des plaies, des chutes, des coups, des contusions des muscles de l'épine amènent leur rétraction, comme cela a lieu d'une manière plus sensible dans les muscles du mollet; dans ces cas, l'altération nerveuse ne peut être constatée directement, mais elle est légitimement induite de la lésion même de la motilité du muscle.

L'auteur se livre ensuite à l'examen de cette question, savoir: *S'il existe des moyens certains de distinguer les déviations qui sont le produit de la rétraction musculaire active, de celles qui sont dues à d'autres causes.* Et d'abord l'auteur avait établi dès longtemps qu'il existe des déviations produites par des causes autres que la rétraction musculaire primitive; telles sont: *les déviations musculaires passives, les déviations osseuses par inégalité de développement des deux moitiés du squelette, les déviations scrofuleuses et par rachitisme.* Toutes ces déviations offrent un ensemble de caractères *généraux* et *locaux*, à l'aide desquels il est toujours possible de les reconnaître. Les caractères généraux sont fournis par l'action générale de causes qui se manifestent presque toujours ailleurs que dans le siége de la difformité. Les caractères locaux consistent dans les apparences propres de chaque déviation, apparences qui résultent du rapport intime de la cause de la déviation avec le point de la colonne sur lequel elle agit, et avec son mode particulier d'action sur cette tige. L'auteur cite les principaux caractères de chaque espèce de déviation et il s'en réfère pour les applications générales et particulières de ces principes à une loi générale qu'il a formulée dans son travail adressé au concours de l'Académie, loi établissant que: « les causes essentielles des difformités du système osseux possèdent une telle spécificité d'action à l'égard des déformations auxquelles elles donnent naissance, que chacune de ces causes se traduit à l'extérieur par des caractères qui lui sont propres et à l'aide desquels on peut en général par la difformité diagnostiquer la cause, et par la cause déterminer la difformité. »

L'auteur termine en montrant que non seulement la rétraction musculaire

active a la plus grande part parmi les causes essentielles de déviations, mais qu'elle exerce même une action partielle dans la réalisation de chacune de celles qu'elle ne produit pas exclusivement. Toutes les causes de déviations, dit-il, n'agissent sur la colonne qu'en la plaçant en tout ou en partie en dehors de la verticale : eh bien! lorsque cet effet mécanique qui est l'intermédiaire obligé de toute cause morbide, existe, au même instant un effort instinctif des muscles du tronc, tend à maintenir ou à ramener la colonne dans la verticale : cet effet, qui tient à la verticalité de l'épine, est le point de départ, la cause des courbures multiples et alternes qui accompagnent et caractérisent toute déviation de quelque nature qu'elle soit; or, quels sont les agens de ces courbures, sinon les muscles qui se contractent d'abord pour lutter contre les causes qui tendent à rompre l'équilibre de tronc et forment des courbures de balancement, et se rétractent ensuite pour maintenir fixes ces courbures, en nombre, en étendue et en degré nécessaire au rétablissement et au maintien de l'équilibre. Or cette rétraction, bien que différente quant à son but, de la rétraction spasmodique, est essentiellement la même quant à son essence et quant à ses résultats; de part et d'autre c'est un raccourcissement actif des muscles, et de part et d'autre, ce sont des courbures de la colonne; mais pour différencier ce mode de rétraction de la rétraction purement spasmodique ou morbide, l'auteur lui donne le nom de *rétraction musculaire active secondaire*; il a dû la prendre en considération non seulement à cause de la part active qu'elle prend à toutes les déviations de quelque nature qu'elles soient, mais à cause des indications qu'elle offre, quoique dans des limites plus restreintes, aux applications du traitement chirurgical.

REPRODUCTION DES IMAGES DU DAGUERRÉOTYPE.

M. le docteur Al. Donné annonce à l'Académie qu'en suivant les principes de la théorie qu'il a donnée dans la dernière séance, il est parvenu à graver les images obtenues par le daguerréotype, et à les reproduire par impression. Il met sous les yeux des académiciens des essais d'épreuves et de plaques gravées, et il espère arriver à une perfection beaucoup plus grande; plus tard, il communiquera un travail sur ce sujet, et présentera des dessins d'anatomie microscopique exécutés par le même procédé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 24 SEPTEMBRE.

CORRESPONDANCE.

La correspondance renferme : 1° plusieurs lettres relatives aux vaccinations dans divers départemens ; 2° une observation de morve aiguë chez l'homme par M. Lemarchand (renvoyée à la commission de la morve) ; 3° un mémoire sur le fougus hématode et le cancer encéphaloïde (commissaires, MM. Nacquart et Bérard.)

M. Bishoff, membre correspondant, lit un mémoire, écrit en latin, sur la fièvre typhoïde.

MÉMOIRE SUR L'ARSENIC NATURELLEMENT CONTENU DANS LE CORPS DE L'HOMME.

M. Orfila lit un travail sur ce sujet. Les expériences dont il vient faire connaître les résultats ont été faites en commun par lui et M. Couerbe. Il se propose de répondre aux questions suivantes :

1° Existe-t-il de l'arsenic à l'état normal dans les os de l'homme? 2° Les viscères en renferment-ils? 3° Peut-on en démontrer l'existence dans les muscles? 4° Enfin est-il possible d'établir que l'arsenic obtenu d'un cadavre n'est pas celui qui existait normalement parmi les élémens qui composent ses tissus, mais a été introduit dans les organes digestifs, appliqué à l'extérieur, etc.

§ I. — Il existe de l'arsenic dans les os de l'homme; si l'on calcine des os d'adultes, en ayant soin de ne pas trop élever la température, et évitant le contact des charbons; qu'on traite par l'acide sulfurique purifié la poussière obtenue bien séchée et tamisée; puis qu'on soumette le mélange à l'appareil de Marsh, on obtiendra des taches arsenicales brunes, brillantes, très épaisses.

Ce résultat a été obtenu également sur les os provenant de cadavres d'adultes morts depuis plusieurs jours, ou inhumés depuis plusieurs mois.

La calcination à blanc ne donne point d'arsenic. On n'en obtient pas davantage, si l'on opère sur des os du commerce réduits en pâte molle ; mais si on les traite par la chaleur d'abord, et par les procédés que j'ai indiqués (acide nitrique ; potasse ; acide sulfurique), on obtient une certaine quantité d'arsenic.

De cette première série d'expériences, qui sont au nombre de 14, je conclus, dit M. Orfila : 1° que les os de l'homme adulte, du cheval, du bœuf, du mouton, contiennent de faibles proportions d'arsenic, qu'il est possible de constater en traitant les os par la potasse à l'alcool et l'acide sulfurique pur.

2° Cette quantité d'arsenic n'augmente pas par une inhumation prolongée.

3° La vitrification l'enlève en partie, sans doute par la volatilisation dont elle est la cause.

4° Comme conditions favorables à la découverte de l'arsenic, il faut mettre en première ligne le soin de ne pas trop calciner les os; et, en second lieu, celui d'éviter soigneusement le contact du charbon.

5° En traitant les os par l'eau pure et l'ébullition, on ne trouve point d'arsenic.

6° Si, en opérant de cette manière, on trouve de l'arsenic, on peut assurer qu'il a été introduit d'une manière ou de l'autre dans l'économie.

§ II. — On ne trouve pas d'arsenic dans les viscères sans qu'il en ait été absorbé. Les organes d'un chien qu'on venait de pendre, traités par les procédés ordinaires n'en ont pas donné. Le sang, la substance cérébrale desséchée, le foie, la rate, les reins, les intestins, l'estomac, etc., n'en ont pas offert de traces. Carbonisés avec l'acide nitrique, soumis ensuite à l'appareil de Marsh, ils n'ont offert que des taches blanches, opaques, qui étaient produites toutes aussi bien sans la présence de ces matières organiques.

Le foie d'un adulte n'a rien fourni non plus. Les décoctions faites avec divers organes n'en ont pas donné davantage.

D'où il faut conclure, dit M. Orfila, non pas d'une manière absolue, que les viscères ne contiennent pas de l'arsenic à l'état normal, mais pour être plus exact, et ne rien préjuger qu'ils n'en fournissent pas alors qu'ils sont traités par l'eau bouillante, l'acide sulfhydrique, ou carbonisés à l'aide de l'acide nitrique concentré, etc. Il se pourrait qu'il fût en si petite quantité que l'acide sulfhydrique ne le décelât pas, ou que la carbonisation l'ait fait perdre; peut-être en agissant à la fois sur un grand nombre de cerveaux ou d'autres organes pourra-t-on arriver à le reconnaître. Dans tous les cas, il nous suffit pour le moment d'établir que les viscères ne fournissent pas d'arsenic dans les réactions indiquées, à moins qu'il n'y ait eu empoisonnement.

§ III. — Il n'est pas prouvé que la chair musculaire contienne de l'arsenic. Douze livres de chair musculaire provenant d'un cadavre d'adulte, traitées par l'acide nitrique carbonisé, puis placées dans l'appareil de Marsh, ont fourni des taches blanches, opaques, les unes brillantes avec un reflet bleuâtre ou rouillé, les autres jaunes, se ternissant à l'air, offrant un aspect arsénical, se dissolvant dans l'acide nitrique bouillant, ne donnant pas d'odeur alliacée quand le résidu en est mis sur des charbons en ignition, n'offrant en un mot aucun des caractères de l'arsenic. Au reste, ces taches étaient fort nombreuses; soumises pendant près de vingt jours à un courant d'acide sulfhydrique, elles n'ont pas donné indice d'arsenic. Il se pouvait qu'elles fussent un mélange d'arsenic et de matière animale; en second lieu, que la chair musculaire de deux ou trois cadavre réunis en fournît à l'analyse; enfin que d'autres procédés en fissent découvrir sur les mêmes quantités, en occasionnant moins de perte; aussi ne conclurais-je pas d'une manière absolue qu'il ne doit pas exister d'arsenic dans la chair musculaire.

§ IV. — Il est possible d'établir que l'arsenic qu'on a trouvé ne vient pas de la substance organique elle même, mais qu'il lui a été combiné par l'absorption. Car si c'est dans les os qu'on le trouve, il aura fallu agir longtemps, l'action de l'eau bouillante aura été sans effet, etc.; si, au contraire, l'action de ce dernier menstrue en faisait reconnaître on pourrait affirmer qu'il n'existait pas déjà en totalité. S'il existe dans des organes où jusqu'à présent on n'en avait pas constaté dans le sang, dans les viscères précités, on établira les mêmes conclusions.

Enfin si les muscles fournissent ces taches dont quelques-unes ressemblent tant de prime abord à l'arsenic, on se rappellera les caractères distinctifs que nous avons indiqués; on fera attention à leur nombre qui est considérable, et surtout aux résultats fournis par l'action des divers réactifs. Si enfin le sujet avait été soumis à une médication arsénicale pendant quelque temps, on chercherait à s'éclairer à la fois des phénomènes morbides qui ont pu être constatés longtemps avant la mort, de ceux qui l'ont précédée, et qui ont paru l'amener; on consultera avec soin l'état anatomique des organes digestifs, on rapprochera les symptômes des lésions observées après la mort, et on ne conclura dans tous les cas qu'avec une extrême circonspection, surtout si on ne rencontre dans les organes digestifs qu'une faible quantité de substance toxique, circonstance dans laquelle l'empoisonnement pourrait se confondre avec l'effet de la médication arsénicale.

Je termine ici la lecture des travaux que je voulais communiquer à l'Académie, dit M. Orfila; ils ont été entrepris plus spécialement à l'occasion d'une affaire criminelle qui doit se juger prochainement dans la Côte-d'Or; puissent-ils éclairer les débats qui vont s'ouvrir; c'est dans ce but que je les ai exécutés. Je ne les regarde point encore comme décisifs, à l'abri de toute objection; ces objections, je les demande, car je désire surtout que la vérité se fasse jour; mais je pense que des faits seuls et non des théories peuvent avec quelque fondement être opposés aux expériences positives dont je viens de communiquer les principaux résultats.

REMÈDES SECRETS. — POUDRE DE SENCY.

M. Guibourt fait, au nom de M. Adelon, un rapport sur un remède contre les fleurs blanches proposé par un officier de santé.

M. Baudelocque lit un rapport demandé par le ministre sur un nouveau mode de préparation que M. Bazière a fait subir à la poudre de Sency. Cette poudre, à laquelle l'Académie n'a pas reconnu de propriétés curatives dans la maladie scrofuleuse, n'a pas reçu d'autre perfectionnement du nouveau mode de préparation que celui d'une fabrication plus prompte.

M. Honoré parle des succès qu'il a obtenus de son emploi dans les cas de goitre récent; M. Guéneau de Mussy lui a dit en avoir également retiré de l'avantage.

M. Pariset aurait vu quelque amélioration chez les scrofuleuses auxquelles il l'a administrés, à la Salpétrière, sans pouvoir la continuer plus longtemps.

Plusieurs membres sont d'avis que pour se prononcer sur les avantages ou les inconvéniens de la nouvelle préparation, il faudrait des expériences.

M. Baudelocque répond que la commission n'avait à traiter que la question pharmaceutique, la fabrication proprement dite; c'est dans ce sens qu'on répond au ministre.

C'est à tort que l'auteur se prévaut de l'approbation de l'Académie pour vanter l'efficacité de ce remède contre les scrofules.

Renvoyé à la commission dont les conclusions sont adoptées.

SECTION DE LA PORTION STERNALE DU MUSCLE STERNO-CLEIDO-MASTOÏDIEN; LIGATURE DE L'ARTÈRE CRURALE.

M. Blandin présente à l'Académie deux malades. Chez l'un, âgé de 12 ans, il a pratiqué avec succès la section sous-cutanée de la portion sternale du mus-

cle sterno-cleido-mastoïdien droit rétracté; cette section, secondée par un bandage simple qui fixait la tête et l'inclinait en sens opposé, a suffi pour lui rendre la liberté des mouvemens; il y a encore une légère déviation.

Chez l'autre malade qui est un adulte, M. Blandin a pratiqué avec succès la ligature de l'artère fémorale au-dessous de l'origine de la profonde, pour une plaie du tronc artériel, lésé à la partie moyenne de la cuisse. Il s'agissait d'un coup de feu; la balle avait traversé le membre de part en part. On a lié au-dessus de la blessure; une seule ligature a été posée. Le malade a retrouvé toute l'intégrité de ses mouvemens.

Il est cinq heures, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE; BANDAGES ET APPAREILS; par M. C. SÉDILLOT, professeur au Val-de-Grâce, agrégé de la Faculté de médecine, etc. (Première partie.) — Chez M. Crochard, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Quel que soit le mérite de la plupart des traités généraux ou spéciaux publiés sur un point donné de l'art de guérir, et notamment sur la médecine opératoire, il est toujours possible d'apporter à un ouvrage de ce genre plusieurs modifications également favorables à l'étude et à la pratique. Soit qu'on donne à la description des procédés opératoires une clarté qu'elle n'a pas toujours, soit qu'on enlève certains détails inutiles, et qui ont, entre autres inconvéniens, celui de détourner l'attention des points réellement importans, la forme a toujours quelque chose à gagner. D'un autre côté, on peut discuter, avec plus ou moins de talent, la question si importante des indications, s'appesantir davantage sur les précautions à prendre avant l'opération, sur les soins consécutifs, sur le traitement général, parler d'après ce qu'on a observé, si l'on a vu beaucoup, donner, enfin, à la substance de l'ouvrage une portée plus pratique; sous ce rapport, le fond doit donc y trouver de grands avantages.

M. Sédillot a dû nécessairement se proposer pour objet, en venant après les autres, de faire mieux, s'il était possible. Nous n'établirons aucun parallèle, avec d'autant plus de raison que le traité de médecine opératoire de Sabatier, tel qu'il est maintenant augmenté et annoté sous les yeux de Dupuytren; que celui de M. Velpeau, déjà à sa seconde édition; que le manuel de M. Malgaigne, qui en est à la troisième, sont des ouvrages à peu près complets, qui ne peuvent se remplacer les uns par les autres, pas plus qu'il n'est possible de les comparer absolument.

Disons donc ce qu'a fait et ce que se propose de faire le professeur du Val-de-Grâce. Son travail, qui sera successivement publié en quatre parties, formera un volume unique d'environ huit cents pages. La première partie, publiée aujourd'hui, comprend les bandages, appareils et pansemens, les opérations simples, celles que l'on désigne sous le nom de petite chirurgie, puis toutes celles qui s'appliquent au tissu vasculaire, ou qui parlant,

ont pour but de suspendre momentanément ou définitivement la circulation dans les vaisseaux artériels, veineux ou capillaires. L'histoire des anévrismes, des plaies des artères et des veines, des varices et des tumeurs érectiles, se trouve exposée avec la description de tous les procédés opératoires qui leur sont applicables.

La seconde partie sera consacrée aux maladies du système osseux et aux opérations qu'elles nécessitent, telles que les amputations, les résections, les trépanations, etc.

La troisième partie contiendra les opérations applicables aux appareils des sens.

La quatrième partie, les opérations qui s'exécutent sur les appareils gastro-pulmonaire et génito-urinaire.

Les bandages, les appareils et les pansemens sont des auxiliaires si puissans de la médecine opératoire que l'auteur n'a pas cru devoir les en séparer. Dans toute opération, il faut un appareil instrumental et des moyens de pansement: des bandages sont nécessaires pour fermer la plaie, la maintenir réunie, prévenir l'engorgement d'un membre, fixer un instrument. Il ne suffit pas qu'une amputation, un débridement herniaire, l'excision d'une tumeur, soient régulièrement exécutés; il faut encore que des pansemens bien faits assurent les guérisons. Ces raisons et d'autres analogues justifient le soin avec lequel M. Sédillot a décrit, dans un chapitre spécial, tout ce qui est relatif à l'application des bandages et appareils. Si les détails qu'il renferme ne sont pas assez complets pour tenir lieu des traités spéciaux, il servira au moins à les suppléer dans leurs indications les plus essentielles. Nous en dirons autant des opérations comprises sous le nom de petite chirurgie, que l'auteur a réunies, à l'exemple de MM. Sanson et Bégin, et de M. Malgaigne, à la médecine opératoire, dont elles ne sont nullement distinctes; on sera dispensé ainsi de recourir aux livres élémentaires et spéciaux pour les étudier.

Avant d'aborder la description des procédés opératoires applicables aux maladies du système vasculaire, M. Sédillot consacre un chapitre intéressant à l'étude des opérations que réclament les plaies d'armes à feu. L'extraction des corps étrangers, par les difficultés dont elle est souvent entourée, et son heureuse influence sur la marche ultérieure de la solution de continuité, devait tout d'abord fixer son attention. Vient ensuite l'importante question du débridement des plaies d'armes à feu, sur laquelle on disserte beaucoup moins de nos jours, mais qu'il est bon cependant de voir traiter par un homme qui peut la discuter avec des faits. La recherche et l'extraction des corps étrangers, l'existence d'un étranglement commençant constituent pour M. Sédillot les deux seuls cas dans lesquels il y ait nécessité de débrider. Cependant il est d'autres circonstances, plus rares toutefois, où le débridement n'est pas moins utile: c'est lorsqu'une artère a été ouverte, et qu'elle doit être mise à nu pour en opérer la ligature; et lorsqu'un épanchement de sang trop considérable pour être résorbé a été produit. Quant au débridement de toutes les parties d'une contexture dense et serrée, il est tout-à-fait inutile, qu'il s'agisse des aponévroses des tendons, des capsules, des ligamens, etc., s'il ne se présente, d'ailleurs, aucune des indications générales précédemment établies.

M. Sédillot ne pense pas qu'on doive suivre le précepte de couper les ponts tégumentaires formés par une balle dont les ouvertures d'entrée et de sortie sont très rapprochées, comme on en a donné le conseil. D'après lui cette opération doit être remise à l'époque où un commencement de dénudation et d'ulcération montre l'impossibilité de conserver la portion de peau intermédiaire qui, fréquemment, se réunit sans difficulté.

Quant aux désorganisations sous-tégumentaires produites par l'action du boulet, alors que les tégumens n'ont pas éprouvé de solution de continuité, il faut bien se garder de donner issue à l'espèce de détritus qui en résulte; ce serait aggraver la position du blessé, et les incisions doivent être réservées pour l'époque où la suppuration étant commencée, la réaction vitale et l'organisation des surfaces suppurantes rendront l'ouverture du foyer moins redoutable.

Le chapitre qui traite de l'hémostasie est beaucoup plus étendu; car il renferme tout ce qui est relatif aux blessures des artères, aux anévrismes, le traitement des varices et celui des tumeurs érectiles.

Après quelques considérations générales sur l'anatomie des artères, considérée au point de vue de leur texture, M. Sédillot passe rapidement en revue leurs principales lésions, et s'arrête plus spécialement à celles qui donnent naissance à des hémorragies, ou qui, pouvant les produire plus tard, exigent l'interruption de la circulation dans le conduit malade.

La compression, la ligature et la torsion sont les trois principaux moyens que nous ayons aujourd'hui en notre pouvoir pour arrêter le cours du sang dans les artères; viennent ensuite, mais avec un moindre degré d'efficacité, les réfrigérans, les styptiques, la cautérisation, le refoulement, l'arrachement, le renversement de l'artère, la perplication, les bouchons mécaniques, le séton, les mâchures et l'acupuncture.

M. Sédillot étudie d'abord la compression médiate ou immédiate, d'après les méthodes de Theden, de Gangha. Il décrit la compression bornée à un point de l'artère pratiquée avec un simple bandage, ou bien avec le garot, le tourniquet, le compresseur de Dupuytren, la pelote ou le cachet, enfin les doigts. Cette partie de l'histoire de l'hémostatique chirurgicale nous a semblé trop brièvement traitée; elle méritait de plus longs détails, d'autant que la compression éprouve dans telle ou telle région, et suivant les circonstances, certaines modifications, qui deviennent fort importantes pour la pratique. Toutefois, les préceptes généraux sont bons; ils pourront suffire en les modifiant suivant les régions. Au reste, l'auteur donne un tableau des artères que la compression médiate peut atteindre, avec l'indication des points au niveau desquels on peut l'exercer avantageusement.

Passant rapidement en revue les procédés à l'aide desquels on pratique la compression immédiate, soit temporaire, pendant les opérations, soit définitive, pour arrêter des hémorragies profondes inaccessibles aux instrumens, ou bien à l'aide des instrumens de Desault, de Percy, de Deschamps, d'Assalini, de Duret, de Brest, qui sont bien inférieurs à la pince de M. Amussat, l'auteur arrive à l'histoire de la ligature des artères.

Laissant de côté tout ce qui est de pure érudition, M. Sédillot s'est attaché surtout aux détails pratiques. Il expose les préceptes relatifs à l'application des ligatures, qui varient selon 1° que l'artère a été totalement coupée, comme dans les plaies résultant des amputations; ou 2° que le vaisseau est sans solution complète de continuité, comme dans la méthode d'Anel pour le traitement de l'anévrisme; elle varie encore selon que la

ligature est médiate ou immédiate, et enfin, selon les procédés employés.

Les règles tracées sur la manière de saisir les artères, de placer la ligature, et de la serrer sont claires et fort simples; leur exposition en a été bien faite et d'une manière concise; nous en dirons autant de ce qui est relatif à l'application des ligatures immédiates sur les artères que le chirurgien doit préalablement découvrir. Il était nécessaire d'étudier les effets des ligatures, selon qu'elles sont petites et arrondies, larges et plates, qu'elles agissent directement sur l'artère ou par l'intermédiaire d'un corps interposé; les détails que comporte cette partie de l'hémostatique chirurgicale sont indispensables pour mettre à même de justifier le choix de telle ou telle ligature, et de telle ou telle méthode. Cette description conduit tout naturellement à l'étude de la torsion, du refoulement, de la perplication, de la cautérisation, de l'arrachement, etc. De l'examen comparatif de ces diverses méthodes, M. Sédillot déduit les règles suivantes, applicables au traitement des plaies artérielles.

1° Dans toute plaie artérielle la ligature est le meilleur moyen hémostatique, et la torsion pourrait seule la remplacer dans les cas d'urgence et de nécessité.

2° Si les vaisseaux sont nettement et complètement divisés à la surface d'un moignon, il n'y a pas d'autre conduite à tenir.

3° Si des hémorragies secondaires surviennent plus tard, et qu'il ne soit pas possible de découvrir et de lier le vaisseau dans la plaie, ou peut avoir recours avec succès à la compression, et principalement à la compression immédiate et directe, soit avec les doigts, soit au moyen d'un bandage conique approprié.

4° Si l'hémorragie se continue, malgré ces moyens, et qu'elle mette la vie du malade en danger, il faut lier l'artère au-dessus de la plaie à la méthode d'Anel.

5° Si une artère est divisée dans la continuité d'un membre, en partie ou en totalité, il faut autant que possible placer deux ligatures, l'une audessus, l'autre au-dessous de la blessure, afin d'éviter que l'hémorragie se reproduise par le bout inférieur de l'artère, dont on peut achever la section entre les deux ligatures dans le cas où elle ne serait pas complète.

6° Si on ne peut lier dans la plaie, et qu'on ait recours à la méthode d'Anel, il faut en même temps établir une légère compression sur le bout inférieur de l'artère ouverte, etc.

7° On peut enfin, comme précaution accessoire, établir une compression modérée sur l'origine des principaux troncs artériels pour favoriser la formation du caillot au-dessus de la ligature.

8° La compression nous paraît trop dangereuse et trop incertaine dans ses résultats pour être recommandée comme moyen principal du traitement des plaies artérielles.

Il serait important de distinguer ici les régions dans lesquelles la lésion de l'artère a en lieu, de mettre à part les plaies de la main, de l'avant-bras même, du pied, etc., où certainement la compression a réussi employée seule dans un bon nombre de cas; quant aux troncs principaux il y aurait de l'imprudence à compter pour eux sur son efficacité.

Du traitement des plaies des artères, M. Sédillot passe à celui des anévrismes. Il expose à ce propos, à la suite de quelques considérations générales, les procédés nombreux applicables à la ligature de toutes les artères qu'il est possible d'atteindre.

Après les maladies du système artériel, viennent les lésions du système veineux; M. Sédillot rappelle successivement les diverses méthodes opératoires employées pour la cure des varices; peut-être n'a-t-il pas attaché à la méthode de M. Davat toute l'importance qu'elle mérite!

Cette première partie se termine par l'histoire du traitement des tumeurs érectiles; M. Sédillot ne paraît pas disposé à adopter l'emploi des aiguilles auxquelles il reproche, ainsi qu'à l'application réitérée des caustiques, aux injections irritantes, etc., l'inconvénient d'irriter la tumeur, d'en hâter les progrès ou de la faire dégénérer. Les observations de M. Lallemand, d'autres faits recueillis depuis, ceux que nous avons publiés dans la REVUE MÉDICALE (t. III, 1838), nous semblent répondre victorieusement à ce reproche, formulé peut-être *a priori*. Au reste, en admettant que cette portion de l'ouvrage de M. Sédillot ait mérité de plus longs développemens, toujours est-il que les points importans ont été signalés.

En somme, ce que nous avons déjà de ce traité de médecine opératoire, qui renfermera un grand nombre de planches intercalées dans le texte, disposition qui rend beaucoup plus facile qu'un atlas l'intelligence des descriptions, nous a paru sous plus d'un rapport faire honneur à son auteur.

Ce livre, dégagé de tout travail d'érudition, doit être surtout regardé comme essentiellement pratique. M. Sédillot écrit simplement et clairement; les préceptes qu'il expose seront facilement saisis; nul doute donc que son ouvrage ne soit appelé à diriger fort utilement les jeunes chirurgiens dans l'étude et la pratique de la médecine opératoire.

VARIÉTÉS.

— L'ordonnance de police du 25 janvier 1838 avait apporté des entraves fâcheuses aux explorations nécroscopiques, dont les praticiens sentent généralement la nécessité; quelques-unes de ses dispositions ne laissaient pas de blesser la dignité de notre art, et récemment encore des condamnations avaient été prononcées contre des médecins pour infraction à ces dispositions. Par suite d'une démarche faite, au nom de l'association des médecins de Paris, par M. Orfila, président, et M. Gibert, secrétaire de l'association, l'administration actuelle a compris qu'il convenait de modifier l'ordonnance; et nous sommes heureux de placer sous les yeux de nos lecteurs l'un des actes les plus éclairés qui auront marqué le passage au pouvoir de M. Gabriel Delessert :

ORDONNANCE CONCERNANT LE MOULAGE, L'AUTOPSIE, L'EMBAUMEMENT ET LA MOMIFICATION DES CADAVRES.

Paris, le 6 septembre 1839.

Nous, conseiller d'état, préfet de police,

Considérant qu'il importe que les cadavres ne soient soumis, avant les délais fixés par la loi pour procéder aux inhumations, à aucune opération capable de modifier leur état ou de transformer en décès réel une mort qui ne serait qu'apparente;

Considérant que l'autorité, chargée de veiller à la salubrité publique, doit fixer les délais qui peuvent être accordés, selon les circonstances, pour surseoir aux inhumations et prescrire les mesures de précaution que nécessiterait la conservation des cadavres au-delà du terme d'usage;

Vu les arrêtés du gouvernement des 12 messidor an VIII, et 3 brumaire an IX;

L'ordonnance de police du 25 janvier 1838, concernant les autopsies.

Ordonnons ce qui suit :

Art. 1er. A Paris, et dans les autres communes du ressort de la préfecture de police, il est défendu de procéder au moulage, à l'autopsie, à l'embaumement ou à la momification des cadavres, avant qu'il se soit écoulé un délai de vingt-quatre heures depuis la déclaration des décès à la mairie, et sans qu'il en ait été adressé une déclaration préalable au commissaire de police, à Paris, et au maire, dans les communes rurales.

2. Cette déclaration devra indiquer que l'opération est autorisée par la famille; elle fera connaître, en outre, l'heure du décès ainsi que le lieu et l'heure de l'opération.

3. Les maires et les commissaires de police devront nous transmettre ces déclarations, après avoir constaté que l'on s'est conformé aux dispositions de l'art. 1er.

4. Il n'est fait exception aux dispositions de la présente ordonnance que pour les cadavres des personnes dont le décès aurait été constaté judiciairement.

5. Les infractions aux dispositions qui précèdent seront constatées par des procès-verbaux qui nous seront adressés pour être transmis aux tribunaux compétens.

6. Les dispositions de la présente ordonnance ne sont point applicables aux opérations qui sont pratiquées dans les hôpitaux et hospices, et dans les amphithéâtres de dissection légalement établis.

7. L'ordonnance de police du 25 janvier 1838, concernant les autopsies, est rapportée.

8. Les sous-préfets des arrondissemens de Sceaux et de St-Denis, les maires des communes rurales, les commissaires de police, le chef de la police municipale de Paris, les officiers de paix et les autres préposés de la préfecture de police sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente ordonnance qui sera imprimée et affichée dans toute l'étendue du ressort de la préfecture de police.

Ampliation en sera adressée à M. le pair de France, préfet de la Seine, et à chacun de MM. les maires de la ville de Paris.

Le conseiller d'état, préfet de police, G. DELESSERT.

— LONDRES ANCIEN ET MODERNE, OU RECHERCHES SUR L'ÉTAT PHYSIQUE ET SOCIAL DE CETTE MÉTROPOLE; par A.-M. BUREAUD RIOFFREY, docteur en médecine de la Faculté de Paris, etc. 1839. In-8°. Prix : 5 fr.

Paris, chez J.-B. Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Londres, chez Baillière, Regent-Street.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 40. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 5 OCTOBRE 1839.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

MÉTÉOROLOGIE MÉDICALE.

RAPPORT SUR UN OUVRAGE MANUSCRIT AYANT POUR TITRE : DES MALADIES DE LA FRANCE DANS LEURS RAPPORT AVEC LES SAISONS, OU HISTOIRE MÉDICALE ET MÉTÉOROLOGIQUE DE LA FRANCE; par M. le docteur FUSTER. — Commissaires: MM. ARAGO et DOUBLE, rapporteur.

C'est un principe de philosophie médicale, depuis longtemps acquis à la science, et qui repose sur des observations séculaires, savoir qu'il existe des rapports de causalité et de dépendance entre les caractères physiques des saisons et la nature des maladies vulgaires qui leur correspondent.

Douée en effet de sa nature propre, chaque saison détermine dans l'économie animale un ordre de mouvemens particuliers; elle y laisse, en fuyant, des empreintes d'autant plus marquées et plus durables, que son action s'est exercée, sans mélange, plus fortement et plus longtemps. La saison qui succède vient à son tour imprimer aux corps vivans une série différente de mouvemens nouveaux, et à l'aide de ces oscillations, balancées entre les limites qu'il leur est donné de parcourir, on a ce qu'il est raisonnable de nommer l'année médicale,

Ce principe de la concordance des saisons avec ce qu'on a appelé les petites épidémies, fécond en applications cliniques, si propre à guider le médecin dans le diagnostic des maladies, si utile pour le diriger dans l'étude de leurs causes, si puissant pour l'élever à la connaissance de leur nature véritable et à la détermination de leur meilleur traitement; ce principe, dis-je, avait déjà été posé par Hippocrate. On le retrouve sans cesse en valeur dans les admirables livres des épidémies; et dans le traité

Feuilleton.

RÉGLEMENT SUR LE SERVICE DE SANTÉ DES HÔPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS, APPROUVÉ PAR LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR, LE 26 AOUT 1839.

Ce n'est point besogne légère que l'élaboration d'une charte nosocomiale; disposer les multiples élémens du personnel, infirmiers, sœurs, élèves, internes, pharmaciens, médecins, chirurgiens; coordonner leurs fonctions entre elles et les relier, par des rapports d'harmonie ou de subordination, au rôle des directeurs, des membres de la commission administrative et du conseil-général; maintenir l'unité d'action et de pouvoir dans cette foule de services divers, qui se partagent les hôpitaux de Paris; respecter tous les droits, satisfaire tous les besoins, écarter les rivalités, définir les attributions, prévenir les conflits, assurer le plus grand bien-être du malade, et contenir la dépense dans les limites inflexibles d'un avare budget; multiplier les ressources scientifiques, sans atteinte aux convenances spéciales des lieux et surtout sans détriment pour l'humanité; ménager le talent qui vieillit; ouvrir la voie à celui qui se développe dans l'éclat et la vertu de sa maturité; susciter l'émulation des générations d'élèves qui se succèdent, et les plier au joug d'une indispensable régularité; discipliner les amours propres, concilier les intérêts, amortir les préventions, neutraliser les influences subversives de l'ordre établi, entraîner, en un mot, toute cette hiérarchie d'intelligences, tous ces groupes d'artistes et de manœuvres dans la ferveur de l'œuvre commune et vers le but nécessaire du bien général, telle est la tâche que s'imposent les auteurs d'une législation d'intérieur pour les hôpitaux et les hospices, telles sont les conditions qu'un réglement doit remplir. Heureusement il s'agissait, non d'en créer un, mais de modifier celui qui existe et qui ne remonte pas au-delà de 1830. La commission chargée de préparer ces changemens a compris qu'ils devaient être tentés avec mesure; une trop grande mobilité dans l'ordonnance du service hospitalier aurait de graves inconvéniens; les institutions publiques ont besoin, comme le foyer domestique, d'habitudes suivies et de traditions. Il faut laisser à celles-ci le temps de se former, et ne pas renouveler, tous les dix ans l'assiette réglementaire d'un vaste système d'établissemens. Dire que le nouveau statut reproduit presque entièrement celui de 1830, c'est donc louer la sagesse de la commission qui avait reçu mandat de le réviser; c'est aussi rendre justice au travail de ceux qui ont doté les hôpitaux du réglement vivace et bien entendu, qui, après neuf ans écoulés de mise en pratique, n'exige encore que des améliorations partielles. Celles qui y ont été introduites portent particulièrement sur les formalités et les conditions des concours; elles ont évidemment pour objet d'assurer l'intégrité des résultats que fournit ce mode de nomination, et de faire converger plus directement les épreuves vers le but à remplir. La suppression de la dissertation orale, dans le concours pour le bureau central, est au nombre des changemens opérés; tout le monde approuvera cette mesure; le bureau central n'est pas une pépinière de professeurs; il réclame moins des orateurs que des praticiens; cette dissertation, jointe à l'épreuve écrite et à l'opération sur le cadavre, suffisait autrefois pour l'obtention de places de chirurgiens; ce concours se composera doré-

de l'air, des eaux et des lieux, bien plus étonnant encore, on lit ce passage :

« *Ad artem medicam astronomia ipsa non minimum, sed plurimum confert ; quippe quod una cum anni temporibus hominum ventriculi mutationes accipiunt.* »

Galien, mais surtout ses sectateurs, par une bizarre association de ce principe à la philosophie de Pythagore, en ont exagéré et le sens et l'emploi. Le principe, par suite, a été bientôt négligé, abandonné, oublié; puis repris, apprécié, loué ou même exalté à outrance, et, finalement, pendant les dernières cinquante années de notre époque, à peine si on en entendait prononcer le mot dans nos écoles, dans nos académies, dans nos livres.

D'autres sciences que la médecine fourniraient certainement des exemples de ces vicissitudes. L'esprit humain est ainsi fait; il n'évite un défaut que par l'excès contraire. Luther l'a dit avec toute la fougue de son génie, après l'avoir prouvé peut-être par les écarts de son caractère : « L'esprit humain est comme un homme ivre à cheval; quand on le relève d'un côté, il retombe de l'autre. »

Si le principe des constitutions des saisons et des constitutions des maladies qui leur correspondent a subi de telles alternatives, c'est qu'il n'avait pas encore été suffisamment éclairci, expliqué, développé; c'est que la théorie de ce point de philosophie médicale, restée imparfaite jusque-là, n'avait pas été formulée avec assez de netteté, avec assez de précision.

Dans le travail à la fois de longue haleine et de haut intérêt que nous avons mission d'examiner, M. Fuster a eu pour but de remplir cette lacune. Il a voulu établir les rapports qui existent réellement entre les caractères de chacune des saisons, et la nature des maladies vulgaires de l'année sous le ciel de notre pays. Il s'est proposé de tracer ainsi parallèlement l'histoire météorologique et l'histoire médicale de la France. Hâtons-nous de le dire, personne jusqu'à ce jour n'avait entrepris une semblable tâche.

Les médecins et les météorologistes ne sauraient étudier les phénomènes atmosphériques suivant les mêmes procédés, d'après les mêmes principes ni dans le même but. Le météorologiste tend à connaître les divers états atmosphériques en eux-mêmes, et indépendamment de toutes les modifications qu'ils font subir aux êtres sublunaires. Le médecin, au contraire, tout en notant les caractères propres des saisons, veut les apprécier dans leur action sur toute l'économie animale.

En météorologie, on ne l'a que trop proclamé, nous ne saurions exhiber un traité dogmatique que la science avoue; un ouvrage à recommander sur la constitution physique des saisons, sur leurs caractères, leurs élémens, leur marche et leur domination.

L'un des membres de la commission, nous le savons pertinemment, possède dans sa tête et dans ses cartons les matériaux d'un grand travail sur la météorologie. Pourquoi l'amitié, qui a d'ailleurs tant d'empire sur lui, ne peut-elle le déterminer à la prompte publication d'un livre qui est si désiré et qui serait si utile?

Un travail didactique sur la matière ne manque pas moins aux médecins qu'aux astronomes. Nous n'avons point de traité méthodique, de résumé philosophique sur les états morbides annuels, sur les constitutions maladives des saisons.

Ce n'est pas qu'un assez grand nombre d'observateurs de différens pays ne se soient exercés dans ce double genre d'études. Plusieurs sans doute ont entrepris de suivre attentivement les phénomènes atmosphériques de chaque saison, et de noter les maladies générales qui viennent s'y associer. Tels sont, entre autres, Sydenham, Van Swieten, Ramazzini, Huxham, de Haen, Stoll, Stork, les médecins de Breslau, Duhamel, Lepecq de la Cloture, l'ancienne Société royale de médecine, etc. Mais ce ne sont là que des matériaux épars pour la construction de l'édifice à élever.

Pendant dix années consécutives, le rapporteur de la commission a publié, trimestre par trimestre, l'histoire des maladies régnantes à Paris, rapprochées des caractères des saisons dominantes; il doit à la vérité de déclarer que si ce travail ne lui a que peu servi pour remonter aux causes des grandes épidémies, il lui a été très utile pour le diriger dans ses exercices cliniques.

D'une part donc, des météorologistes d'un grand renom ont travaillé depuis assez longtemps à éclairer cette question, et un point sur lequel ils sont tous d'accord, ce sont les immenses difficultés que ce sujet présente.

Réaumur a constaté le premier que toutes les variations thermométriques de quatre degrés affectent notablement l'économie; en sorte que, d'après ce savant, quatre degrés, en plus ou en moins, de son thermomètre, produiraient sur la sensibilité générale de la peau un effet analogue à celui que détermine un ton sur la sensibilité spéciale de l'ouïe.

Cassini, de son côté, a essayé de montrer à quels degrés du thermomètre correspondent, à Paris, les sensations diverses d'une chaleur modérée, d'une chaleur forte, et d'une chaleur excessive.

Finalement, Jérôme de Lalande a proposé un thermomètre gradué, précisément d'après les rapports qui existent entre les mouvemens habituels de la température extérieure, et les modifications de la sensibilité animale.

Tout le monde connaît les nombreuses et les minutieuses observations météorologiques recueillies avec non moins de persévérance que d'exactitude par les astronomes sur plusieurs points du globe. Ces tables, chaque jour plus substantielles, et qui attestent à la fois le zèle soutenu et les connaissances variées des hommes supérieurs qui les dressent ne sauraient être trop multipliées. C'est sur elles que repose l'avenir de la science encore à faire de la météorologie.

M. Fuster entrant tout d'abord dans cette première partie de son sujet a su habilement profiter des travaux que nous venons d'indiquer. Il y a joint plusieurs séries d'expériences qui lui sont propres et qui ont surtout pour objet la recherche de l'action des qualités physique de l'air sur l'homme, et, en un mot, l'étude de l'action organiques des saisons. Sans doute les qualités physiques de l'atmosphère et la température à leur tête jouent le premier et le principal rôle dans l'influence pathogénique des saisons. Mais il faut bien distinguer dans cette question ardue la chaleur absolue de la chaleur sensible. La chaleur absolue est celle dont l'intensité se mesurera par l'élévation de la liqueur dans le thermomètre : la chaleur sensible, à son tour, se résumera de l'impression produite sur nos organes : or, l'effet de la chaleur sensible n'est pas toujours proportionnel au degré de la chaleur absolue. Des considérations empruntées, les unes à la météorologie, les autres à l'organisme, expliquent cette différence. Ainsi, indépendamment de toute variation de température absolue, l'électricité atmosphérique, la sécheresse ou l'humidité, le calme ou

---

vant d'une épreuve écrite, de deux épreuves cliniques, de deux opérations sur le cadavre et d'une dissection sur un point d'anatomie chirurgicale. Le tableau qui détermine la composition des jurys diffère un peu de l'ancien par les proportions de médecins et de chirurgiens qui entrent dans chaque jury. Un article, qui n'existait point dans le précédent réglement, consacre dans le nouveau le droit de récusation. Les noms des juges sont livrés aux candidats dans les trois jours qui suivent la clôture des listes d'inscription. Les demandes en récusation doivent être formées dans un délai de quatre jours; elles sont remises cachetées au jury qui donne son avis, et le tout est porté en conseil, qui statue dans sa plus prochaine séance. L'art. 105 montre aussi combien le conseil-général a pris souci des garanties du concours; combien il désire écarter de ces luttes importantes toute influence ambiguë, tout vent de népotisme : « La parenté jusqu'au quatrième degré inclusivement et l'alliance au premier degré entre un concurrent et l'un des membres du jury, ou entre les membres du jury, donne toujours lieu à récusation d'office de la part du conseil. »

Remarquons encore, dans l'article 110, une disposition relative aux prix à décerner aux élèves, et qui, combinée avec l'article 31, rend obligatoire, au moins pour les internes, la tenue des registres d'observations sur les maladies graves ou dignes d'attention; ces registres doivent être accompagnés d'un résumé des faits principaux, et, placés sous les yeux du jury, ils constituent l'un des élémens essentiels d'appréciation pour les prix à donner. On aime à voir ainsi une réunion de hauts administrateurs se préoccuper des intérêts de la science, veiller à l'instruction des élèves; de pareilles mesures dénotent au sein du conseil le juste ascendant d'une autorité médicale qui en fait partie et dont les vues progressives s'accordent si bien avec les intentions de ses collègues. Voici un autre article (113) destiné à maintenir le jury de l'internat dans une voie de rigoureuse appréciation : « A la fin de chaque séance, le jury classera les concurrens qui auront répondu, suivant les succès qu'ils auront obtenus. A la fin de chaque épreuve, il tiendra compte de la force relative de chaque série, et pour prononcer son jugement, il combinera l'importance des épreuves avec les notes tenues sur les concurrens pendant les séances. » C'est cette importance relative des épreuves qui doit peser, comme un élément capital, dans la balance du jury; il est difficile de compenser exactement les difficultés que présentent les différentes questions successivement imposées aux séries; il faut donc que les hasards du questionnaire soient corrigés dans la conscience des juges par la considération spéciale que leur rappelle l'article 113. Enfin le choix des élèves internes est aussi subordonné, par une disposition nouvelle, aux certificats délivrés aux élèves externes par les chefs de service; ces certificats attestent le degré de zèle et d'exactitude qu'ils ont déployé dans le service. La condition nouvelle que sanctionne le second paragraphe de l'article 113 nous paraît juste. Le concours pour l'internat ne doit pas être envisagé seulement comme une disputation scientifique, comme un champs-clos où sont conviés les talens en herbe; c'est aussi, pour l'administration, une voie de recrutement; elle a besoin de serviteurs sur lesquels elle puisse compter; trop de jeunes compétiteurs ne songent qu'aux avantages scientifiques de l'internat et l'envisagent comme la première étape du patriciat médical; l'intérêt des malades s'abîme parfois dans les sollicitudes des concours à venir; il faut pourtant qu'il soit garanti; il faut que les pansemens soient assurés, les cahiers bien tenus, tous les soins médicaux scrupuleusement administrés; pour s'acquitter de ces obligations avec quelque dévouement, les externes puiseront

l'agitation de l'air pour les considérations tirées de la météorologie, et diverses modifications anatomiques, physiologiques et vitales, telles que la transpiration cutanée, l'innervation pour les considérations empruntées à l'organisme, font varier beaucoup la chaleur sensible.

C'est surtout de l'association de la température avec d'autres conditions déterminées que naissent les maladies régnantes. Ces conditions sont, pour les principales, le climat, le sol, les vents, les eaux, les aspects; les productions agricoles, la lumière, l'électricité, le magnétisme, etc.

Indépendamment de leurs caractères propres sous l'empire des conditions énoncées, les caractères des saisons réagissent encore les unes sur les autres, à ce point que chacune d'elles transmet des émanations de son influence à la saison qui s'avance; de la même manière que chacune hérite à son tour et à différens degrés de l'action de la saison qui s'enfuit. Cette influence modificatrice, signalée par quelques observateurs, n'avait cependant pas suffisamment attiré l'attention. M. Fuster a mis cette vérité dans son plus grand jour; il en a pour ainsi dire fixé la théorie, établi la doctrine. Il a montré que, à ce point de vue de son sujet, les principaux caractères des saisons se mêlent, s'entrecroisent au commencement et à la fin de leur course, par la pénétration réciproque de leurs qualités dominantes. Cette fusion intime fait naître une constitution atmosphérique mixte, qui participe à la fois des caractères de l'une et de l'autre saison. Par conséquent, une constitution atmosphérique moyenne ou mixte ouvre et ferme la marche de chaque saison.

Du reste, est-il besoin de le faire remarquer ici, quant aux saisons en particulier, rien ne se tranche brusquement avec netteté, avec précision, dans la nature; elle procède presque toujours par voie de transitions ménagées.

Les deux saisons élémentaires ne contribuent point à cette constitution moyenne pour une part égale. Les rapports de leur prépondérance relative reconnaissent aussi des lois générales dont M. Fuster donne les formules, mais qu'il serait trop long de développer ici.

Ce que l'auteur avance concernant les saisons, il l'applique également aux climats ou régions. Il leur attribue aussi des caractères propres et des caractères transmis par les relations diverses entre les climats voisins. Une différence capitale distingue les climats et les saisons; c'est que les climats sont fixes tandis que les saisons sont transitoires.

M. Fuster a raisonné jusques-là dans la supposition que les saisons étaient régulières. Il est certain néanmoins que, chez nous surtout, cette supposition constitue les cas les plus rares. Nos saisons varient le plus souvent soit dans leurs caractères, soit dans leurs rapports.

Pour connaître à fond l'action pathologique des saisons, il faut donc envisager à la fois les phénomènes atmosphériques ordinaires, les phénomènes atmosphériques insolites ou les intempéries et les modifications peu variables sans doute qui proviennent de l'influence de chaque localité.

Des déterminations physiologiques vives, spéciales; des modifications organiques, diverses, profondes; des maladies générales, distinctes, correspondent sous certaines conditions à l'action des différentes saisons. Ces maladies vulgaires de l'année se séparent généralement en deux classes: l'une de ces classes comprend les maladies des temps réguliers; ce sont les constitutions médicales des saisons; l'autre classe renferme les maladies des temps irréguliers ou les constitutions médicales intempestives.

Ces deux classes de maladies se ressemblent sous plusieurs points. Elles reconnaissent les mêmes causes; elles affectent les mêmes masses; elles se développent et croissent par degrés; elles varient beaucoup dans leurs formes, et elles varient très peu, ou même elles ne varient point du tout, dans leur nature ou leurs caractères essentiels.

Pendant les saisons régulières et sous les climats tempérés gratifiés des quatre saisons, les états morbides régnans, au début comme à la fin, s'unissent ou se combinent avec l'état morbide de la saison voisine; en sorte qu'à l'occasion des transitions de chaque saison on observe un état pathologique mixte, complexe, résultant du concours de l'action de la saison qui finit et de l'action de la saison qui commence. La thérapeutique, il faut le dire en passant, fait ses grands profits de la détermination sagace de ces variations délicates, en correspondance parfaite avec les faits fort souvent notés par les observateurs attentifs.

Ni les saisons régulières, ni les intempéries n'engendrent nécessairement les affections qui leur sont corrélatives; elles n'engendrent ces maladies que lorsque le corps vivant, par une prédisposition que l'on signale plus qu'on ne la détermine, mais que l'étude bien faite des tempérament laisse présumer, se rend suffisamment accessible à leurs impressions; ce qu'il y a de certain, c'est que les sages préceptes de l'hygiène ont pour résultat de rendre l'économie réfractaire à cette influence pathogénique des saisons et des intempéries. Ajoutons que la saison qui arrive graduellement modifie, change par voie de succession ménagée les impressions fâcheuses de la saison qui s'enfuit.

Un fait capital ressort manifestement des nombreuses observations de M. Fuster sur le sujet qui nous occupe, c'est que l'action de la température, et il faut en dire autant des autres qualités atmosphériques des saisons, ne se soumet définitivement les modifications de l'économie qu'autant que cette action est à la fois forte, continue et durable.

En somme, les résultats de ces combinaisons saisies avec perspicacité entre les diverses données météorologico-médicales de la France en général étudiée dans ses trois grandes régions: nord, centre et midi et de Paris en particulier, justifient les principes de l'auteur sur l'action morbide des divers états atmosphériques; elles offrent dans la situation actuelle des connaissances le tableau le plus fidèle et le plus complet de la constitution météorologico-médicale de notre pays.

Dans le travail de M. Fuster, les maladies annuelles de la France sont étudiées à leur tour suivant le même plan que les saisons. Donnons, comme nous avions essayé de le faire jusqu'à présent, les résultats généraux des faits nombreux rassemblés par l'auteur.

Au printemps caractérisé météorologiquement par des vicissitudes atmosphériques de toutes les sortes, participant du froid de l'hiver dans le début et de la chaleur de l'été au déclin, les maladies dominantes sont catarrhales, inflammatoires, dans la première période, et catarrhales, bilieuses dans la seconde. Les organes de la respiration et de la digestion en sont le principal siége.

Pendant l'été, le développement de la chaleur fait prédominer bientôt les affections bilieuses. Toutefois comme l'été de la France, très ordinairement variable, participe aussi plus ou moins des caractères du printemps et des caractères de l'automne, les affections bilieuses se combinent toujours à des degrés notables avec l'élément phlogistique et l'élément muqueux. Les appareils gastrique, hépatique et intestinal se trouvent plus particulièrement atteints.

à l'avenir de nouveaux motifs dans les nécessités même de leur candidature à l'internat.

La partie fiscale du réglement offre de menus changemens. Une indemnité de logement est accordée aux élèves (art. 120) externes attachés aux hôpitaux excentriques, tels que Saint-Louis, Saint-Antoine, Beaujon, maison de santé, Enfans malades, Necker, Cochin, Midi, Lourcine. En cas de non réélection, les médecins et chirurgiens nommés avant la mise à exécution du réglement de 1830 continueront à recevoir l'indemnité annuelle en argent qui leur était payée au moment de la cessation de leurs fonctions. Mais en revanche, les nouveaux titulaires des places qu'occupaient les confrères non réélus ne recevront d'indemnité qu'au fur et à mesure de la vacance des anciennes places, et dans les proportions des réductions successives qui auront lieu. Cette double disposition nous paraît attaquable: pourquoi rémunérer des médecins, des chirurgiens qui ont cessé leurs fonctions, et laisser provisoirement sans solde ceux qui leur succèdent? A-t-on voulu tempérer pour ceux qui ne sont pas réélus la rigueur de cette mesure? Celle-ci ne saurait se compenser par la conservation d'une modique indemnité. On peut être sûr d'ailleurs que le conseil général n'usera qu'à bon escient de la faculté de non-réélection, et quand il le fait il n'y a lieu d'octroyer au médecin éliminé une fiche de consolation pécuniaire.

Un article relatif à la dégustation des alimens par les chefs du service médical remplit une des promesses du rapport publié par le conseil général en réponse à celui des médecins. Nous regrettons seulement que le conseil n'ait pas cru devoir rendre cette opération obligatoire pour les médecins: « Les médecins pourront, etc. » dit l'article en question; nos confrères des hôpitaux ont trop fait valoir leur droit de surveillance à l'endroit culinaire, pour qu'on ne les prît pas au mot en leur imposant la périodique vérification des denrées mises en usage. Le conseil-général a mieux aimé s'en rapporter à leur zèle et ménager à leur contrôle de libres allures et la ressource des surprises. Nous verrons, l'an prochain, si le régistre destiné à recevoir leurs observations ne présentera point des lacunes qui détruisent le mérite de leurs réclamations imprimées en faveur des malades. Toutefois l'administration peut seule donner quelque efficacité au contrôle alimentaire des médecins, en prenant exactement connaissance de leurs observations et en y faisant droit. Dans les hôpitaux militaires, les officiers de santé en chef sont tenus d'inscrire journellement leur avis sur les alimens dans un registre qui est ensuite soumis au sous-intendant qui agit en conséquence; ceci va droit au but. En matière de réglement, il faut éviter les clauses facultatives; nous aurions voulu que l'examen du régime quotidien des malades fût rangé au nombre des devoirs du médecin des hôpitaux, et que le résultat de cette inspection, régulièrement exprimé, acquît aux yeux de l'administration une importance immédiate.

Aux termes de l'art. 27, la durée des fonctions des médecins et des chirurgiens, dans les hôpitaux et hospices, est fixée à cinq années, qui commencent à courir du 1er janvier qui suit leur nomination. L'article suivant stipule que tous les ans, dans la dernière quinzaine de novembre, la liste des médecins et des chirurgiens en exercice est présentée au conseil par le secrétaire-général, avec indication de ceux dont les cinq ans doivent expirer à la fin de l'année. La mesure consacrée dans ces deux articles a été vivement attaquée; on le conçoit; ce qui est bon à prendre est bon à garder; les postes scientifiques dans les établissemens hospitaliers de Paris attirent l'attention sur ceux qui les oc-

En automne, le redoublement des variations atmosphériques remet en première ligne les affections catarrhales du printemps. Il y a pourtant cette grande différence que, dans le printemps, saison variable et froide, précédée d'ailleurs par l'intensité du froid de l'hiver, l'affection catarrhale marche en concurrence avec les affections inflammatoires, tandis qu'en automne, saison variable et chaude, précédée au contraire par l'été, l'affection catarrhale va conjointement avec l'affection bilieuse. Cette dernière combinaison se montre d'ailleurs fort susceptible de dégénérer dans des états graves et de revêtir des formes pernicieuses. Les organes abdominaux, les intestins, entre autres, souffrent plus spécialement.

Enfin, pendant l'hiver, où le froid est dominant, les affections phlogistiques prennent le dessus. Et comme chez nous avec le froid viennent presque constamment des brouillards, des pluies, des neiges et de fortes vicissitudes atmosphériques, les affections inflammatoires vont de conserve avec les affections catarrhales et les affections muqueuses, deux modes morbides analogues, mais qui ne sont cependant point identiques. Le système sanguin et plus encore le système muqueux de tout l'organisme se trouvent alors le plus compromis.

Après avoir déterminé les maladies annuelles de la France, prise en masse, M. Fuster compare en particulier les différences qui caractérisent les maladies annuelles du Nord et du Midi. Au Nord comme au Midi où les quatre saisons sont fort distinctes, on retrouve aussi les séries des maladies correspondantes bien prononcées. Les quatre saisons dans les régions extrêmes sont cependant loin d'offrir toujours une égale prépondérance. Dans le Nord l'hiver est la saison la plus rude, la plus continue, la plus durable. Dans le Midi, au contraire, c'est la saison de l'été qui revêt ces caractères. Le printemps et l'automne cèdent à l'influence des deux saisons fortes qui les séparent. Ainsi, tandis que dans le Nord l'hiver empiète à la fois et sur le printemps et sur l'automne, et prolonge au loin dans leur domaine l'empire de ses qualités, dans le Midi le printemps et l'automne sont débordés par la saison chaude et se trouvent plus ou moins fortement empreints du sceau brûlant de l'été. Il résulte de là que dans les climats du Nord l'année météorologique, plus ou moins analogue à l'année polaire, relève beaucoup plus de l'hiver que de l'été; pendant que dans les climats du Sud l'année météorologique, plus ou moins participante de l'année équatoriale, se rattache davantage à l'été.

Ainsi des maladies et de leurs différences. Dans le Nord les affections inflammatoires, apanage obligé de l'hiver, dominent les maladies annuelles. Dans le Midi, au contraire, les affections bilieuses, qui sont le cortége inséparable de l'été, constituent la presque totalité des maladies régnantes.

M. Fuster examine pour chaque saison la nature et les rapports des maladies concomitantes, et il démontre, d'après ses propres observations et d'après toutes les observations antérieurement recueillies, que les constitutions médicales des diverses régions de la France correspondent, s'assortissent exactement, sans préjudice des variétés locales aux constitutions météorologiques de ces mêmes régions.

Pour les maladies comme pour les saisons, il constate l'existence d'états complexes, de constitutions mixtes, soumis aux mêmes règles et obéissant aux mêmes lois. Point n'est besoin de dire sans doute que les deux constitutions élémentaires ne contribuent pas à la constitution médicale moyenne ou mixte pour des parts égales. Les rapports de leur prépondérance, la suprématie des élémens dominans, reconnaissent à leur tour des lois générales dont M. Fuster a tracé les formules.

A cet exposé que nous avons réduit à regret à ses plus étroites limites, nous joindrons quelques considérations cliniques qui nous semblent propres à donner poids et crédit à la doctrine des constitutions des saisons et des constitutions médicales qui leur correspondent.

En outre de la haute influence qu'exercent les caractères des saisons sur la nature des maladies générales ou des maladies vulgaires, ces mêmes saisons et l'élément pathologique concordant, l'expérience le démontre, se font encore vivement sentir sur les maladies accidentelles, maladies intercurrentes ou sporadiques, celles qui se présentent au médecin deçà et delà. Il arrive souvent, par exemple, qu'une pneumonie développée accidentellement au fort de l'été, sous l'empire d'une constitution bilieuse bien manifeste, revêt à des degrés divers l'empreinte de cette constitution bilieuse. Elle en prend les caractères; elle en présente la symptomatologie; elle en revendique les indications thérapeutiques.

Cette même influence de la constitution météorologico-médicale s'étend fort souvent jusques sur les maladies externes, sur les grandes plaies, sur les blessures tant soit peu graves et sur les conséquences des opérations que celles-ci nécessitent. Desault et Bichat, qui en avaient fait la remarque expresse, en ont plusieurs fois tiré grand parti au profit de leurs malades. La riche collection des mémoires de l'ancienne Académie de chirurgie en fournit également plusieurs exemples.

Allons encore plus avant dans la série des applications cliniques fournies par la donnée qui nous occupe.

Hippocrate, nous l'avons dit, avait déjà noté comme un fait entré dans le domaine commun cette merveilleuse concordance entre les saisons et les maladies vulgaires. J'ajoute qu'il avait poussé fort loin la détermination des circonstances variées qui s'y rapportent; et l'on peut avancer, sans se risquer, que son génie en avait mesuré toute l'importance, entrevu presque toutes les conséquences et créé, pour ainsi dire, en entier la doctrine.

Il avait constaté une sorte d'analogie ou de rapports entre l'action de la révolution diurne et l'action de la révolution annuelle du soleil, relativement à la production des maladies : *sicut in anno continentur periodi ægritudinum, eodem modo unâ die*. Le matin était, dans son opinion, l'analogue du printemps; le milieu du jour représentait l'été; le soir répondait à l'automne, et la nuit se rapportait à l'hiver. L'année ainsi n'é-qu'un long jour et le jour était une année excessivement réduite. J'insiste à dessein sur cet ordre de considérations. Plusieurs de ceux de nos classiques qui appartiennent par leurs doctrines à l'école d'Hippocrate, ont confirmé, développé, par de nombreuses observations, cette donnée clinique : tels, entre autres, pour ne citer que les plus modernes, Sydenham, Piquer, Triller, Baillou, Ramazzini, Huxham. Il en est résulté les propositions suivantes :

Les maladies ont une manière différente de se comporter le jour et la nuit. Les malades, à leur tour, ont d'autres manières d'être la nuit que le jour, et, de plus, les médecins ont remarqué, en général, que, même aux diverses époques de la seule période diurne, c'est-à-dire, dans le temps qui s'écoule entre le lever et le coucher du soleil, les maladies offrent des phénomènes divers et dont les praticiens savent bien tenir compte.

Les maladies inflammatoires, celles qui sont caractérisées par l'exaltation des forces vitales, subissent ordinairement, vers le matin, leurs

---

cupent; à ces dignitaires de l'art les amples dotations de la pratique, sans compter les nulle et une douceurs inhérentes à la notabilité médicale. On a surtout argué du mode d'acquisition de ces emplois; ce que le concours vous donne, qui donc a le droit de vous l'ôter, et les conquêtes de l'intelligence ne sont-elles pas inaliénables? Nous sommes fort peu touché, nous l'avouons, de ce langage grandiose, et tout ce que les auteurs du contre-rapport ont émis à cet égard nous a paru empreint de raison et de sens. Nous vivons dans un siècle où le principe du renouvellement électoral, et partant, de la temporanéité des fonctions tend à se généraliser au grand profit de la société. Assigner d'avance au concours des résultats plus ou moins passagers, ce n'est point dépouiller les vainqueurs de leurs droits; c'est tenir ce que l'on promet; cette mobilité dans les fonctions médicales des hôpitaux présente un immense avantage; elle assure l'avénement successif de toutes les générations de talens sur ces grands théâtres, où une expérience multiple s'acquiert en peu d'années, et mûrit tous les germes d'avenir. Convertir les positions de la médecine nosocomiale en siéges inamovibles, c'est frustrer la pratique d'une foule d'excellens esprits qui sèchent dans l'attente de leur heure et dissipent leur sève dans le champ de la spéculation, quand ils n'auraient besoin, pour grandir et s'élever, que du contact des faits et des excitations d'un public exercice; c'est aussi pétrifier l'enseignement pratique des hospices dans quelques individualités connues, et qui se répètent d'année en année; à Lyon, les emplois de chirurgiens en chef dans l'Hôtel-Dieu et dans l'hospice des Antiquailles sont le prix temporaire du concours; il en est de même dans beaucoup d'autres cités; il reste donc peu d'argumens valides à décocher contre le principe de la quinquennalité des fonctions; mais l'art. 28 contient un second paragraphe qui nous semble détruire en partie le mérite du précédent : « Ils peuvent être réélus, tant qu'ils n'ont pas accompli, savoir, les médecins leur soixantième année, et les chirurgiens leur cinquante-cinquième année. » Nous craignons que cette clause ne soit justement attaquée; elle institue l'élection après le concours; les droits conférés par le concours sont épuisés; l'élection simple les renouvelle, et par qui cette élection est-elle faite? Par une réunion d'hommes éminens, sans doute, à plus d'un titre, mais qui, sauf une illustre exception, sont étrangers à l'art. La latitude de réélire les médecins qui ont parcouru leur stade annule jusqu'à un certain point le bénéfice de la temporanéité des fonctions, et fausse, dans ses conséquences, l'institution du concours. Si le principe de la réélection est appliqué d'une manière générale, la temporanéité de l'exercice disparait par le fait, et l'article qui la consacre, *pro forma*, ne subsiste plus dans l'arsenal réglementaire que comme une arme prête à servir également la justice ou la prévention. Si la réélection ne s'exerce qu'en faveur du petit nombre, que de luttes et d'animosités l'on se prépare! Dans la répartition des droits et prérogatives, le conseil-général s'est fait la part du lion, et nous n'avons garde de l'en blâmer; le pouvoir central veut être fortement organisé dans le vaste domaine administratif des hôpitaux de Paris; mais l'arbitraire ne fortifie point; tout au contraire, les clauses qui en font réserve sont pour les statuts qui les contiennent une infaillible cause de discrédit ou de rapide décadence. La réélection facultative, sans énonciation de conditions, adossée au concours, viole l'institution des fonctions médicales, et pourrait mettre en doute la sincérité des argumens dont le *contre-rapport* a si bien étayé la nécessité de les rendre temporaires. Nos observations s'appliquent aussi au principe de la prolongation *facultative* tenue en réserve vis-à-vis des internes; ceux-ci sont, comme les mé-

plus fortes excerbations; elles trouvent aussi, à cette même époque, leurs plus habituelles invasions.

Les fièvres catarrhales et les fièvres muqueuses, remarquables, les unes et les autres, par la lenteur de leurs mouvemens et par l'atonie qui les accompagne, débutent et s'exaspèrent, le plus souvent, aux approches de la nuit : ainsi l'hémitritée d'Hippocrate.

Les fièvres bilieuses, qui, par leurs caractères, semblent tenir le milieu entre les maladies inflammatoires et les maladies catarrhales, ont leurs paroxysmes et leur plus commune invasion vers le milieu du jour. Leurs paroxysmes se rapprochent plus, soit du matin, soit du soir, suivant que la diathèse sthénique ou asthénique prédomine davantage.

C'est le plus souvent dans le jour que commencent les accès de fièvres intermittentes. On serait assez embarrassé de citer un certain nombre d'invasions pendant la nuit.

La fièvre lente, qui se lie aux grandes suppurations internes, prend ses excerbations le soir, et c'est durant la nuit que les malades en sont le plus tourmentés. Les sueurs symptomatiques se manifestent presque exclusivement le matin, peu avant l'aurore.

Ramazzini, déjà cité, dans son récit de la constitution épidémique de 1690, décrit une fièvre rémittente ataxique, dont tous les symptômes prenaient une intensité fort alarmante aux approches du coucher du soleil. Les malades étaient cruellement tourmentés toute la nuit; on aurait dit qu'ils allaient rendre le dernier soupir. Dès le matin, avec les premiers rayons solaires, tous les accidens cessaient, et les malades pouvaient se lever, sortir, marcher et se promener seuls, et sans aide, au soleil; *velut angues ad solem, cutem curantes, erecti*. Ce sont les propres expressions de l'auteur (1).

Huxham, dans son beau traité de l'angine maligne, angine gangréneuse, si fréquente en Angleterre, a bien noté que cette maladie, pendant tout son cours, présente ses exacerbations le soir. Il ajoute que, même lorsque les malades vont très bien toute la journée, il arrive le soir de notables aggravations de tous les symptômes.

Nous résistons à regret au désir de multiplier davantage ces citations, vivement pressés que nous sommes de présenter de suite à l'Académie un rapprochement, qui nous est venu depuis plusieurs jours en pensée, entre cet ordre de faits et la précieuse découverte de M. Daguerre.

Le doute est l'école de la vérité; voilà pourquoi il est si utile dans les sciences. Ce n'est aussi que sous la forme dubitative que nous voulons hasarder ces rapprochemens.

Suivant M. Daguerre, les heures du matin et les heures du soir également éloignées du midi, et correspondant dès-lors à de semblables hauteurs du soleil au-dessus de l'horizon, ne sont pas cependant également favorables à la production des images photographiques. Ainsi, dans toutes les saisons de l'année, et par des circonstances atmosphériques, en apparence exactement semblables, l'image se forme un peu plus promptement à sept heures du matin, par exemple, qu'à cinq heures de l'après-midi; à huit heures qu'à quatre heures; à neuf heures qu'à trois heures.

Il n'est point de pure curiosité ce rapprochement, que nous avons eu hâte de consigner ici. L'action chimique de la lumière pourrait bien n'être pas non plus étrangère à ces faits d'invasion et d'exacerbation de certaines maladies à des heures différentes de la révolution diurne. Le corps humain est plus sensible, et surtout il est autrement sensible que les instrumens les plus précis, les plus délicats de nos collections de physique. On le voit donc, déjà, on n'a pas eu tort de le présumer, la découverte de M. Daguerre et ses nouveaux réactifs recevront plus d'une application scientifique. Cette découverte exercera son influence sur plusieurs phénomènes, sur ceux même qui sont du ressort de la physiologie et de la médecine.

Nous recommanderons particulièrement à M. Fuster ce nouveau champ de méditations; il rentre tout naturellement dans la série de ses recherches, et personne n'est plus apte à le féconder.

Le grand fait des mouvemens diurnes ne se présente pas seulement dans quelques actes de la vie humaine; l'action excitatrice de la lumière et de la chaleur se manifeste souvent d'une manière différente et quelquefois même opposée, non seulement sur les individus, mais encore sur les espèces, parmi les animaux et parmi les végétaux. On trouve des espèces nocturnes chez les mammifères, les oiseaux, les reptiles, les mollusques et les insectes.

Ce même phénomène des mouvemens diurnes on le rencontre encore, chacun le sait, dans plusieurs fonctions de la vie végétale. Tout le monde connaît le sommeil des plantes, l'horloge de Flore, etc., Draparnaud avait observé que, à la fin de l'automne, lorsque la température commence à se refroidir, les fleurs de l'*ipomœa violacea* et des *mirabilis*, qui ne s'ouvraient jusqu'alors que pendant la nuit, s'ouvrent aussi, à cette époque, durant le jour.

Les observations les plus exactes ont constaté ces mêmes mouvemens diurnes dans divers phénomènes de la météorologie. Tels sont les mouvements diurnes de la boussole et du baromètre. C'est aux heures les plus chaudes de la journée que la grêle se forme le plus abondamment, et en Europe elle tombe presque constamment de jour.

C'est peut-être en insistant sur ces analogies, en les rapprochant, en les comparant, que l'on pourra parvenir à connaître les lois auxquelles ces phénomènes obéissent et à découvrir la cause générale qui les produit.

L'ouvrage de M. Fuster, on a pu le voir, par les faits importans, par les expériences utiles qu'il renferme, ainsi que par les réflexions qu'il fait naître, est un véritable service rendu à la philosophie médicale et aux sciences d'observation clinique.

Si nous avons pu réussir à présenter d'une manière lucide le résumé de cet important travail; à montrer dans leur véritable jour les faits nouveaux qu'il contient et la bonne direction qu'il ne peut manquer d'imprimer à nos études médicales; si nous sommes parvenus enfin à faire passer nos convictions dans l'esprit de nos collègues, chacun aura conclu par avance avec nous que le travail de M. Fuster mérite l'approbation et les encouragemens de l'Académie.

(1) CONSTIT. ÉPIDÉM. 1690, parag. 10, pag. 126, et parág. 39, pag. 145.

---

decins, l'intelligente progéniture du concours. Que leur séjour dans les hospices soit fixé primitivement à deux ou quatre années; qu'il puisse être abrégé par l'effet d'une rigoureuse pénalité; mais qu'il ne dépende du bon plaisir de personne d'octroyer ou de refuser deux années d'internat de plus à de jeunes hommes laborieux qui n'ont compté que sur les difficultés de la science et sur les chances d'une lutte publique.

Il est un dernier point qui choque dans le réglement de 1830-39; mais ce point là, nous ne pouvons le montrer en tel ou tel article; il est comme le point géométrique; il est partout, et si vous l'allongez, la ligne qui en sortira envahira tout le réglement. Formulé en langage ordinaire, il signifie : promiscuité de pouvoirs. Oui, tel est le vice radical du statut hospitalier : la délimitation des autorités spéciales manque partout; médecins, élèves, directeurs, garde-magasin, économe ou sœur-économe, pharmaciens et sœurs-pharmaciens, directeurs, commission administrative, conseil-général, tous ces élémens, qui diffèrent dans leur origine, dans leurs attributions, dans leurs tendances, gisent pêle-mêle dans le mortier réglementaire, mal pilés, mal amalgamés. On a voulu sauver à tout prix l'unité d'hiérarchie, ou plutôt on s'est efforcé de la fonder là où subsistent, vivaces et distinctes, deux hiérarchies qui ne se fondront jamais l'une dans l'autre, mais qui peuvent fleurir de pair et s'associer dans le même but : la science et l'administration. L'une et l'autre ont leurs droits, parce qu'elles ont leurs devoirs; leur dignité, parce qu'elles sont également utiles. Subordonner l'une à l'autre, c'est organiser entre elles la lutte et l'opposition; les fondre sous la tutelle improvisée d'un troisième pouvoir, c'est créer un ordre factice sans bonheur ni durée. Que faut-il faire? Les constituer à part, sur deux échelles parallèles, dans une harmonieuse relation de fonctions et de prérogatives : à la médecine ses dignitaires, ses officiers, sa milice; à l'administration ses diverses catégories d'agens. Au lieu de ce convenable groupement des forces qui concourent au maintien du service hospitalier, le réglement de 1839 inaugure la promiscuité des professions et des autorités. Les élèves-pharmaciens sont les subordonnés du garde-magasin, en même temps que de leur chef hiérarchique (art. 79); les internes sont surveillés dans leurs gardes par les directeurs; ils ne palpent leurs émolumens que moyennant attestation de zèle et d'exactitude à eux délivrée par ces mêmes agens de l'administration (art. 67); externes et internes sont tous les ans l'objet de notes où les directeurs certifient leur zèle, leur exactitude, *leurs progrès*, leur subordination, leur soumission aux réglemens, leur conduite envers les malades et envers leurs supérieurs (art. 95)! Enfin, le directeur peut suspendre un interne ou provoquer contre lui la privation temporaire de ses émolumens. Voilà les générations médicales livrées, mains et poings liés, aux agens administratifs; les voilà enrégimentées sous les ordres d'un garde-magasin, d'un économe. Cette situation est bien inférieure à celle des officiers de santé militaires; sur ces derniers, nul administrateur d'hôpital n'a prise directe, si élevé que soit son grade; les officiers de l'intendance seuls ont le droit de les punir; nous ne saurions approuver la sujétion directe, immédiate des élèves des hôpitaux aux fonctionnaires de l'ordre administratif; ils ne devraient dépendre que des médecins, leurs maîtres, leurs chefs naturels, les seuls qui aient sur eux l'autorité accendante du mérite, des services rendus, de la supériorité reconnue.

Y.

CHIRURGIE PRATIQUE.

DEUX OPÉRATIONS D'ANUS ARTIFICIEL, PRATIQUÉES PAR M. AMUSSAT DANS LA RÉGION LOMBAIRE GAUCHE; observations recueillies et communiquées par M. le docteur PUYOO.

OBS. I. — Mad. D..., âgée de 48 ans, d'une constitution nerveuse et sanguine, était sujette, depuis longues années, à la constipation. Ses selles n'avaient d'ordinaire lieu qu'à des intervalles de 7 à 8 jours, et jamais sans l'emploi préalable de lavemens. Elles étaient souvent accompagnées de vives douleurs du côté du rectum, et de pertes de sang plus ou moins abondantes. Quelquefois même des hémorragies se déclaraient soudainement par l'anus, quoiqu'elles n'eussent été précédées d'aucune espèce d'efforts.

Les menstrues ont cessé de paraître depuis deux années. Leur disparition a été graduelle.

Il y a environ un an que Mad. D... consulta M. Amussat, qui constata dans l'urètre des végétations polypeuses, dont il fit l'excision.

Au reste, Mad. D... a toujours eu les apparences d'une belle santé et ses fonctions se sont constamment bien accomplies, à part l'acte douloureux de la défécation. Vers les premiers jours de mai dernier, un état de constipation, plus opiniâtre que jamais, et qui était compliqué de vives coliques, se déclara chez elle. Vainement, les lavemens et les bains furent mis en usage; c'est en vain aussi que M. le docteur Barras employa les purgatifs et les drastiques les plus énergiques : rien ne pouvait vaincre la rétention existante des matières fécales.

Dans ces circonstances, M. Amussat fut appelé en consultation. Il explora le rectum, d'où il se proposait d'extraire les matières fécales qui auraient pu s'y trouver endurcies et accumulées. Mais il ne tarda pas à s'assurer que cet intestin était entièrement vide. Comme il supposait qu'une hernie crurale droite, datant de loin, contribuait à entretenir les accidens en question, il essaya de la réduire, et il la fit, en effet, rentrer sans difficulté. Cependant elle fut repoussée au dehors bientôt après, par suite des contractions violentes des muscles abdominaux.

Mad. D... éprouvait d'horribles tiraillemens d'entrailles. Ses souffrances étaient telles qu'elles lui arrachaient des cris déchirans et aigus, comme si elle avait été aux prises avec l'accouchement le plus laborieux. Il y avait interception complète dans les évacuations alvines depuis 26 jours. Le besoin d'aller à la garderobe était incessant.

Des douches ascendantes furent dirigées dans le rectum. Ce moyen échoua, comme la médication déjà employée. Il en fut de même du galvanisme.

Vivement préoccupé de la situation de la malade, M. Amussat provoqua, à son tour, une consultation, qui eut lieu le 1er juin, à six heures du soir, et à laquelle concoururent MM. Barras, Funquier, Breschet, Recamier et Puyoo.

M. Amussat se livra, séance tenante, à une nouvelle exploration du rectum. Il introduisit son doigt dans l'anus, par la partie postérieure des cuisses, et il le porta aussi haut qu'il lui fut possible d'arriver dans le gros intestin. En même temps, il chargea un aide de lui pousser le coude. De cette manière, il put constater à la partie supérieure du rectum une tumeur dure, arrondie, peu mobile, et ayant à peu près le double des dimensions normales d'un col utérin.

M. Amussat communiqua aux consultans le résultat de l'exploration à laquelle il venait de procéder. Ce résultat fut particulièrement confirmé par M. Récamier, qu'on sait être doué d'une précision de toucher, qui lui a souvent permis de porter le diagnostic le plus inattendu.

La cause mécanique qui s'opposait au cours des matières fécales se trouvant ainsi suffisamment constatée, il n'y avait plus qu'à songer à établir un anus artificiel. Aussi la nécessité absolue de cette opération fut-elle unanimement reconnue.

Il était évident qu'il ne restait plus à la malade d'autre chance de salut. C'était là surtout l'occasion de se rappeler le précepte si connu de Celse : *Satius est enim anceps auxilium experiri quam nullum.* On convint donc que l'opération de l'anus anormal serait pratiquée le lendemain matin, 2 juin.

Le choix de M. Amussat était déjà fait entre les deux procédés de Littre et de Callisen.

Le premier ne compte guère que des revers, à part à peu près quatre ou cinq observations soigneusement conservées dans les annales de la science, et c'est pourtant le seul qui soit recommandé dans les écoles.

Le second n'avait marqué jusqu'à ce jour qu'en théorie. Il restait frappé d'une réprobation générale. M. Amussat avait cherché à le réhabiliter dans un de ses écrits relatif à la maladie de Broussais, parce qu'il lui semblait être à la fois le plus rationnel et le plus facile. Il était conséquemment bien résolu à le mettre à exécution lorsque l'indication s'en rencontrerait. Néanmoins quelque arrêtés que fussent ses principes, il lui importait de convaincre ses collègues de la supériorité du procédé opératoire qu'il se proposait de suivre dans le cas qui se présentait.

Avant l'heure arrêtée pour l'opération, M. Récamier et Breschet voulurent bien assister à l'Hôtel-Dieu à des essais cadavériques que M. Amussat pratiqua sous leurs yeux des deux procédés en question. Ces essais furent soumis à la discussion avec tout l'intérêt que commandait la grave situation à laquelle ils s'appliquaient. Il en résulta que le lieu indiqué par Callisen devait être préféré puisque le danger d'intéresser le péritoine était ainsi évidemment écarté. La question qui s'agitait suggéra à M. Breschet l'idée de découvrir le colon en suivant le procédé adopté par Abernethy pour la ligature de l'iliaque externe.

Au moment où madame D... allait être opérée, le cathétérisme de l'intestin fut tenté en dernier ressort et sans succès avec une sonde d'étain d'un gros diamètre. On avait du reste essayé précédemment avec une sonde en gomme élastique de franchir la partie du canal occupée par la tumeur.

Voici les symptômes que présentait la malade :

Il y avait des nausées, des vomissemens et un hoquet presque continuels. Le ventre était sensible et fortement météorisé. Les dimensions de l'enceinte abdominale étaient presque doublées. Toujours des tranchées suivies des plus cruelles illusions. La face était injectée, la soif vive, la parole brève, l'anxiété extrême.

Il est facile d'apprécier combien le péril devenait imminent.

Madame D... demandait instamment qu'on l'opérât. Elle fut placée sur un lit un peu élevé, la partie antérieure du corps reposant sur des coussins.

On fut frappé de la saillie que formait à gauche, dans la région lombaire, l'accumulation des matières fécales.

Une incision transversale ayant environ quatre pouces et demi de longueur à partir du bord externe de la masse commune au sacro-lombaire et long dorsal fut pratiquée dans le flanc gauche à deux travers de doigts de la crête supérieure de l'os des îles. Le trajet de cette solution de continuité comprit l'épaisseur des parois abdominales, ainsi que la couche cellulo-graisseuse dans laquelle plonge le rein, et à laquelle s'adosse la partie postérieure du colon lombaire. Ce dernier intestin étant très distendu vint se montrer pour ainsi dire de lui-même entre les lèvres de la plaie. Il fut aisé de le reconnaître à la disposition de ses fibres et à la couleur violacée qu'il offrait.

La torsion ne dut être fait, que sur deux artérioles. Une aiguille garnie d'un fil ciré fut passée à travers la partie la plus proéminente du colon, afin d'empêcher l'affaissement et le retrait de ce dernier une fois qu'il serait ouvert.

Ensuite un trocart fut plongé dans l'intestin et la canule donna aussitôt passage à des gaz ainsi qu'à des matières fécales à l'état liquide.

Enfin un bistouri boutonné fut dirigé le long de la même canule, et le colon fut incisé transversalement dans une étendue d'environ un pouce et demi. Tout à coup les matières stercorales firent irruption au dehors.

Trois grandes cuvettes furent remplies par le produit plus ou moins liquéfié de cette évacuation qui jaillissait en jet presque continu et qui exhalait une odeur très fétide.

Des injections d'eau tiède furent poussées dans les deux directions de l'intestin. Elles entraînèrent une assez grande quantité de fèces très consistantes et enduites d'un mucus épais.

On conçoit qu'un soulagement prompt et marqué ait été la conséquence de l'entérotomie. La coloration congestive du visage disparut immédiatement, et l'abdomen reprit peu à peu son volume ordinaire.

Lorsque le ventre parut suffisamment débarrassé, les bords de l'ouverture intestinale furent saisis au moyen de trois pinces à torsion et attirés au niveau de l'incision extérieure, le plus près possible de l'angle antérieur de celle-ci.

Quatre points de suture entrecoupée, dont deux sur la lèvre supérieure de la plaie, et deux autres sur l'inférieure, fixèrent définitivement le colon. Un cinquième point fut appliqué entre l'ouverture intestinale et la commissure postérieure de l'incision faite à la peau.

M. Amussat fit remarquer occasionnellement que ces points de suture qu'il pratiquait avec des aiguilles à acupuncture ne causaient qu'un sentiment presque imperceptible de piqûre.

La plaie fut couverte d'un petit cataplasme. Un autre cataplasme plus grand fut placé sur le ventre.

Aucun accident particulier ne se manifesta pendant la journée. On observa seulement une grande prostration des forces.

La nuit qui suivit l'opération fut assez tranquille.

Le lendemain, 3 juin, une vive sensibilité commence à se faire remarquer dans la région iliaque droite. La circulation s'accélère.

Le 4 juin, des symptômes inflammatoires se développent sur la hernie déjà signalée, par suite sans doute de la participation qu'elle a prise à la turgescence générale des organes contenus dans la cavité abdominale. On y reconnait de la rougeur, de la chaleur et de la tuméfaction. Les signes de l'étranglement sont menaçans.

Il existe dans la tumeur herniaire un pincement très douloureux qui s'irradie dans tout le ventre. Déjà madame D... s'inquiète vivement de la crainte d'avoir à subir une nouvelle opération. Le pouls est fréquent et concentré.

On applique des sangsues sur la partie enflammée, et l'on met la malade dans des bains de siége répétés.

Le 5, les symptômes formidables qui s'étaient déclarés persistent dans toute leur intensité.

Des ventouses scarifiées sont jugées nécessaires, et comme le dégorgement obtenu par ce moyen ne paraît pas suffisant, on a recours à une seconde application de sangsues.

Le 8 juin, il y a un amendement marqué dans l'inflammation qui avait envahi la hernie, et à partir de ce jour, tous les signes qui caractérisaient un étranglement se sont graduellement dissipés.

La tumeur crurale dont il s'agit, et qu'on peut supposer être constituée par une portion d'épiploon, reste dure et indolente.

Quant à la plaie, la membrane muqueuse du colon y présentait, le lendemain de l'opération, un léger boursoufflement qui formait un relief de 2 ou 3 lignes au-dessus des bords de l'incision faite aux tégumens. Les fèces n'ont nullement été arrêtées dans leur cours par ce boursoufflement, dont la durée n'a été que de trois jours.

Les ligatures et les fils employés aux sutures sont tombés vers le sixième jour. Il y avait déjà des adhérences agglutinatives entre les bords de la plaie et l'intestin.

Après avoir fait usage de lotions émollientes pendant une semaine, on les a remplacées par des arrosemens de parties égales d'eau et de vin, lesquels ont eu pour effet de bien déterger la surface de la plaie, sans toutefois l'irriter.

On n'a pas remarqué la moindre rougeur érysipélateuse autour de l'incision extérieure qui a marché rapidement vers la cicatrisation, et qui s'est fermée

sur-tout son trajet, à l'exception d'une ouverture froncée correspondant à l'intestin.

Les matières fécales sortent moulées par l'anus artificiel. Elles sont parfaitement contenues au moyen d'un simple bandage de corps que madame D... relâche une ou deux fois par jour, lorsqu'elle éprouve le besoin d'une évacuation alvine.

L'expulsion un peu anticipée des fèces ne saurait nuire à la nutrition, et elle les empêche de contracter l'odeur *sui generis* qu'elles rapporteraient d'un plus long séjour dans le gros intestin.

Madame D... présente aujourd'hui, quatre mois après l'opération qu'elle a subie, l'état de santé le plus satisfaisant. Son appétit est bon et son teint reste frais. Elle trouve une entière compensation à la sujétion qu'un anus artificiel peut lui causer, dans le souvenir des tourmens périodiques qu'elle endurait, et qui lui rendaient souvent l'existence à charge.

Des gaz seuls sont maintenant rejetés par l'anus naturel.

En définitive, madame D... doit la vie à un procédé chirurgical d'une grande simplicité, qui mérite à juste titre d'être tiré de l'oubli auquel on l'avait théoriquement condamné.

Effectivement, le procédé de Callisen, offre sur celui de Littre, comme il a été déjà dit plus haut, l'avantage de mettre à l'abri de la lésion du péritoine. Il est impossible de tomber dans ce dernier écueil particulièrement quand on opère sur le vivant, tandis que l'intestin est distendu par la tympanite stercorale, et que les feuillets péritonéaux sont fortement écartés et refoulés.

Comment se fait-il que, dans nos meilleurs ouvrages de chirurgie, et surtout dans *l'article* si remarquable de Dupuytren sur l'anus anormal, une opinion contraire ait pû être émise?

On n'a pas négligé, pour combattre la proposition de Callisen, de rappeler que l'habile chirurgien de Copenhague, avait lui-même intéressé le péritoine en tentant l'opération sur le cadavre (1). Mais n'aurait-on pas dû expliquer aussi que Callisen ayant fait une incision plus en arrière que celle qu'il avait d'abord pratiquée ne pénétra plus dans la cavité péritonéale?

Le danger d'atteindre le péritoine n'a pas été seulement objecté au procédé de Callisen, quoiqu'il soit bien démontré que cette membrane séreuse ne recouvre que la partie antérieure du colon lombaire gauche.

On a prétendu, en outre, que la position du colon était tellement vague et incertaine, surtout chez les enfans, que l'on pouvait être exposé à ne le rencontrer qu'avec difficulté, après avoir incisé les parois abdominales.

Ce reproche a été fidèlement répété dans tous les ouvrages de chirurgie qui ont paru depuis Sabatier. Mais il est loin d'être fondé, ainsi qu'il est aisé de le vérifier.

Le colon lombaire gauche occupe toujours une situation déterminée. Il n'est pas flottant, ainsi qu'on l'a dit. On n'observe point dans cette partie de l'intestin la mobilité qu'on remarque dans le colon iliaque qui n'est retenu que par un mésentère d'une grande laxité.

Cette distinction est importante à faire, car elle répond à un des principaux griefs qui aient été reprochés au procédé de Callisen.

M. Amussat a, d'ailleurs, apporté à ce procédé les modifications suivantes :

1° Au lieu d'une solution de continuité parallèle au bord externe du muscle carré, il a pratiqué une incision horisontale qui permet de découvrir plus aisément l'intestin, et de le porter à l'angle antérieur de la plaie.

2° L'intestin n'a été coupé que dans la moitié postérieure de sa circonférence. Cette précaution empêchera, sans doute, le renversement si fâcheux de la membrane muqueuse au dehors, et elle facilitera la guérison de l'anus artificiel lui-même, lorsque l'obstacle qui se sera opposé à l'expulsion des matières fécales viendra à disparaître. Or, ce genre d'obstacle comprend des causes variées, et susceptibles d'être éliminées ou avantageusement combattues, telles que des fèces même endurcies et accumulées, des polypes, ainsi que d'autres tumeurs, des calculs, des végétations syphilitiques, des collections de diverse nature dans le bassin, etc.

L'art pourrait donc espérer de remédier à l'incommodité que, par suite d'une loi absolue de conservation, il aurait créée.

S'il n'est point permis de songer à rétablir le cours naturel des matières stercorales, du moins leur déviation aura pour résultat de modifier favorablement les productions morbides développées dans l'S iliaque ou le rectum. La vitalité des tuniques intestinales étant diminuée, les altérations pathologiques dont elles seront le siége, et qui ont, en général, le caractère squirrheux, parcourront plus lentement leurs périodes finales de transformations, et ce ralentissement dans leur marche destructive sera encore un nouveau bénéfice de l'anus artificiel.

OPÉRATION D'ANUS ARTIFICIEL PRATIQUÉ LE 14 JUILLET 1839.
(MAISON DE SANTÉ DES NÉOTHERMES.)

OBS. II. — M. T..., âgé de 62 ans et d'un faible tempérament, était d'habitude incommodé par la constipation et les hémorrhoïdes. L'acte de la défécation ne s'accomplissait chez lui qu'avec une extrême difficulté. Souvent les matières fécales s'accumulaient dans le rectum, et de là résultait la nécessité de les en extraire.

Le produit des selles était en général sanguinolent.

Depuis environ trois années, les évacuations alvines ont commencé à présenter d'autres indices. Les fèces ont paru imprégnées de mucosités purulentes et ichoreuses; elles exhalaient une odeur très fétide.

Les diverses médications conseillées pour combattre la grave affection qu'on avait lieu d'observer et qui semblait avoir son siége dans le gros intestin n'ont été suivies d'aucune amélioration.

En conséquence, M. T... s'est déterminé à venir à Paris, vers le 15 mai 1839. Ses forces s'épuisaient chaque jour davantage. Il était d'une maigreur marquée. Des débacles qui succédaient à la rétention de plus en plus opiniâtre des matières stercorales lui causaient une fatigue excessive.

M. le docteur Foville fut consulté. Il explora avec soin le rectum où il constata à deux pouces et demi des sphincters une tumeur carcinomateuse parvenue au degré d'ulcération et obturant en quelque sorte l'intestin. Cette tumeur était formée par un bourrelet squirrheux qui constituait une espèce d'anneau inégal et bosselé dans lequel l'extrémité du doigt indicateur ne s'engageait que difficilement. L'application d'un porte empreinte indiquait un rétrécissement d'un pouce et trois quarts de longueur.

La constatation de l'altération pathologique indiquée ci-dessus révélait à la fois la nature de l'obstacle qui arrêtait le cours des matières fécales, et la source réelle de la sécrétion morbide qu'on avait remarquée.

L'exactitude du diagnostic porté par M. Foville fut reconnue dans une consultation à laquelle prirent part MM. Recamier, Amussat, Breschet et Puyon.

Il ne s'agissait plus que de convenir du moyen le plus rationnel à opposer à l'affection qui se présentait.

Différentes questions furent débattues. La dilatation et la ligature furent rejetées. On écarta également l'idée de l'excision, parce qu'on craignait qu'une hémorragie même légère ne devînt funeste au malade qui était déjà singulièrement affaibli.

En définitive, on adopta le broiement de la tumeur qui fut proposé et exécuté par M. Amussat le 30 mai. Cette opération fut pratiquée à l'aide de longues tenettes qui servirent à pincer et à écraser les granulations les plus saillantes du bourrelet cancéreux.

La douleur ressentie par le malade fut presque nulle.

Il ne s'écoula pendant la manœuvre opératoire qu'une faible quantité de sang noirâtre et mêlé d'ichor. Une espèce de détritus charnu fut en même temps rejeté par l'anus.

On crut devoir établir dans le rectum un courant continu d'eau froide, afin de prévenir les accidens inflammatoires qui auraient pu éclater.

Quelques escarres ou lambeaux membraneux atrophiés se détachèrent par suite d'un travail d'élimination.

Huit jours après le broiement, il fut arrêté que, pour en compléter les effets, on aurait recours à la cautérisation.

Effectivement, sept cautérisations pour lesquelles M. Amussat fit usage d'un spéculum et de cylindres de potasse caustique eurent lieu à trois ou quatre jours de distance l'une de l'autre, sans qu'aucun signe d'inflammation se manifestât du côté de la vessie ou dans le péritoine.

Des quarts de lavemens réfrigérans étaient recommandés chaque fois que le malade était cautérisé.

Sous l'influence, soit du broiement, soit des cautérisations répétées, lesquelles étaient appliquées de bas en haut et de dedans en dehors, la tumeur se trouva réduite à près de la moitié de son volume.

Cependant l'état général de M. T... ne cessait d'empirer. Les évacuations alvines se faisaient attendre obstinément dix ou douze jours, et quand une débâcle arrivait, elle jetait le malade dans une prostration de forces qui allait jusqu'à la défaillance. L'amaigrissement était extrême. La peau qui recouvre le sacrum était sur le point de s'ulcérer. Conséquemment, il ne fut pas jugé prudent de continuer les cautérisations, dont on aurait été obligé de multiplier encore le nombre, avant d'achever de détruire, par couches successives, ce qui restait de la tumeur.

Les symptômes que présentait M. T... étaient d'une telle gravité, qu'il fallait ou l'abandonner à une mort prochaine, ou s'attacher à la seule ressource que l'art chirurgical pût offrir en cette circonstance.

L'opération d'anus artificiel, qui venait naguère d'être couronnée de succès, dut naturellement inspirer la pensée de recourir à une pareille tentative dans le cas actuel. On pouvait se proposer ici d'atteindre le double but de remédier d'abord à la rétention prolongée des matières fécales, et ensuite à leur action fâcheuse sur l'altération du rectum.

Il y eut, le 13 juillet, une nouvelle consultation, dont fit de plus partie M. le docteur Seguin, et dans laquelle fut unanimement établie, la nécessité de soumettre M. T... à l'opération en question. M. Amussat procéda donc le lendemain à celle-ci, conformément aux règles qu'il avait déjà suivies.

Une incision de 4 pouces et demi de longueur, à partir de quatre travers de doigt des apophyses épineuses des vertèbres fut pratiquée au milieu de l'espace compris entre la dernière fausse côte et la crête supérieure de l'os des iles.

On remarqua vers l'angle antérieur de la plaie une saillie membraneuse constituée par le péritoine, et au-dessous duquel semblaient être les petits intestins.

(1) Il y a lieu de s'étonner que l'on se soit prévalu de la tentative qui fut faite, par Callisen, sur un enfant mort, du mode opératoire qui porte son nom et dans laquelle il pénétra dans le péritoine. Cependant cette particularité ne prouve qu'une chose, c'est qu'il importe de ne pas pratiquer l'incision trop en avant dans le flanc gauche.

Le colon lombaire gauche était fortement rétracté sur lui-même, et recouvert en grande partie par le muscle carré, dont il fallut couper en travers les fibres. Cet intestin ayant été saisi avec les précautions requises, fut incisé dans environ la moitié postérieure de sa circonférence. Il ne sortit que des gaz et quelques boulettes de matières fécales. Le colon fut attiré vers la commissure antérieure de l'incision faite aux tégumens, et fixé là par quatre points de suture entrecoupée. Trois autres points de suture entortillée furent établis, afin de rapprocher les lèvres de la plaie, en laissant toutefois l'orifice intestinal entièrement libre.

Il n'y eut pas, pour ainsi dire, de réaction générale. Le mouvement fébrile que le malade ne cessait d'éprouver depuis longtemps, et en particulier chaque soir, fut à peine augmenté pendant les trois ou quatre jours qui suivirent l'opération.

Malgré l'ouverture pratiquée au tube digestif, les fèces ne se dévièrent pas immédiatement. Les injections aqueuses poussées dans le colon passaient en totalité par l'anus naturel.

L'orifice anormal n'a donné issue aux matières stercorales que le 18 juillet. L'évacuation qui survint fut très abondante.

Pendant quelques jours, les fèces ont continué à suivre leur trajet accoutumé. Des gaz et des liquides étaient seuls rejetés par l'ouverture lombaire.

On a dû employer progressivement, pour dilater cette ouverture, des éponges préparées, des tubes en gomme élastique, et en dernier lieu des bougies en cire. Ces corps dilatans ont eu pour résultat de faciliter le passage du dernier produit de la digestion par la voie artificiellement tracée.

En résumé, M. T... se trouve dans des conditions de santé évidemment meilleures que celles où il était il y a trois mois. Il a été en mesure de repartir pour son pays. La fièvre hectique qu'on observait a disparu. La peau, qui avait contracté une coloration jaune et terreuse, s'éclaircit. Toutes les fonctions se rétablissent aussi bien qu'une longue et profonde atteinte de l'économie le permet. Plus de tympanite ni de stagnation forcée des matières stercorales. Les selles se sont régularisées et le bol fécal est expulsé par l'orifice artificiel sous forme cylindrique.

La tumeur située dans le rectum est restée stationnaire; elle a acquis seulement un plus grand degré d'induration, ce qui doit la rendre moins susceptible d'être irritée par le contact des fèces, qui peuvent continuer encore à franchir la fin du gros intestin, et qui se détournent journellement davantage.

Des injections narcotiques et chlorurées ont été indiquées.

L'opération d'anus artificiel dont il s'agit militera en faveur du procédé de Callisen, réhabilité et modifié par M. Amussat. Ne sera-t-on pas désormais autorisé à appliquer ce procédé dans les cas d'affections organiques et de rétrécissemens invincibles du rectum? Si cette opération n'a pas échoué dans les circonstances défavorables où elle a été pratiquée, combien de chances de réussite ne lui assure-t-on point lorsqu'on aura appris à ne point la redouter et à y recourir avant qu'une timide temporisation ait tout compromis?

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. WOCHENSCHRIFT FÜR DIE GESAMMTE HEILKUNDE, par le docteur CASPER.

OBSERVATION DE RENVERSEMENT DE L'UTÉRUS PENDANT LA PARTURITION, RUPTURE DE LA PAROI POSTÉRIEURE ET PASSAGE DU PRODUIT DE LA CONCEPTION A TRAVERS LA SOLUTION DE CONTINUITÉ DE L'ORGANE; par le docteur SCHNACKENBERG, à Cassel.

L'auteur commence par rapporter une observation de M. Mayor insérée, par M. le professeur Dubois, dans la PRESSE MÉDICALE, n. 20, dans laquelle il est question d'une femme qui succomba à la suite d'un prolapsus et d'une rupture de l'utérus avec passage du fœtus à travers la paroi déchirée et où des violences très graves avaient été exercées sur l'organe soit pour le repousser soit pour l'arracher.

L'observation de M. Schnackenberg, qui a beaucoup d'analogie avec celle de M. Mayor, est la suivante:

OBS. — Une femme de 27 ans, arrivée au terme de sa gestation, accoucha spontanément mais avec beaucoup d'efforts; l'arrière-faix fut aussi expulsé avec beaucoup de douleurs, et après la sortie de ce dernier l'accouchée éprouva une vive douleur dans le vagin: elle porta sa main vers les parties génitales, et sentit un corps lisse et rond engagé dans la vulve. La sage femme rendue attentive remarqua bientôt que ce corps présentait quelque chose d'anormal et fit venir M. Schnackenberg: celui-ci reconnut un prolapsus de l'utérus à travers une déchirure de la paroi postérieure du vagin et se mit aussitôt en devoir d'en pratiquer la réposition avec la main droite enduite d'huile; il chercha d'abord à faire rentrer le segment de l'utérus prolabé à travers la fente du vagin et de le repousser ensuite en haut avec la main appliquée à plat sur la plaie. Il soutint pendant quelque temps le périnée et le refoula en haut avec le fond de l'utérus qui y appuyait; peu à peu celui-ci remonta et reprit sa place normale. On fit garder à la malade une position convenable, l'écoulement lochial se fit sans difficulté, et l'accouchée se rétablit complètement.

Des observations de renversement de l'utérus après l'accouchement, sans être très rares, ne sont pas très communes. Le plus ordinairement les femmes ont succombé, parce que la nature de la tumeur saillante hors de la vulve ayant été méconnue avait été meurtrie, lacérée ou arrachée. Il y a même des exemples où l'utérus en entier a été amputé; c'est ainsi que M. Villars, de Besançon, cite dans sa THÈSE (Strasbourg 1823) un cas où la tumeur prolabée avait été emportée par l'instrument tranchant; la femme fut entièrement rétablie; le vagin, examiné après la guérison, ne présentait plus qu'un cul-de-sac très court. La pièce amputée fut disséquée; on y reconnut distinctement la matrice.

CAS D'UNE MORSURE DE VIPÈRE; TRACHÉOTOMIE; GUÉRISON; par le docteur WEGER.

OBS. — G. H., ouvrier, s'est occupé dès son enfance à attraper des serpens; il a acquis une grande dextérité à les manier.

Le 24 mars 18.. il montra deux vipères qu'il venait d'attraper, et fit avec l'un de ces animaux ses tours de force ordinaires: il prit la tête du serpent dans sa bouche, une personne qui assistait pinça la vipère qui mordit H. à la langue; celui-ci lécha les grosses gouttes de sang qui s'écoulèrent dans la persuasion d'éviter par là la résorption du poison; cependant la langue se gonfla visiblement, en sorte que le malade passa une nuit très agitée.

M. Weger appelé le lendemain le trouva dans l'état suivant:

Position assise, respiration pénible, face boursoufflée, gonflement des parotides et des sous-maxillaires s'étendant jusqu'au cou; langue enclavée entre les dents, immobile, rouge violette, extrêmement tuméfiée, distendant la bouche; pouls petit, serré; anxiétés et dyspnée très grandes, écoulement abondant de salive ténue.

Pour soulager le malade, M. Weger scarifia le dos de la langue avec un bistouri droit enfoncé dans la profondeur de trois lignes et promené depuis la base de la langue jusqu'à sa pointe; l'hémorragie fut très forte, même artérielle au commencement; elle fut suivie de soulagement, la langue s'affaissa un peu et la respiration devint plus libre. Pour entretenir l'écoulement du sang, on fit rincer la bouche au malade avec de l'eau tiède; mais déjà quelques heures après la langue se tuméfia de nouveau et la respiration devint encore très pénible; le malade se renversa en arrière sur le lit, la face était livide, enfin la respiration s'arrêta, les pulsations des artères et du cœur cessèrent, le cou se tuméfia au point d'atteindre la même circonférence que la tête; la pupille était immobile, les yeux entr'ouverts. Dans cet état de choses, il ne resta que la trachéotomie pour sauver le malade; celle ci fut faite à l'instant même, il s'échappa aussitôt une grande colonne d'air par la plaie qu'on agrandit ensuite; des mouvemens respiratoires lents s'établirent, et on chercha à les favoriser en comprimant alternativement le thorax. Comme la plaie avait fourni très peu de sang, on fit une saignée de deux livres au bras; l'écoulement du sang se fit au commencement difficilement, le fluide était prêt à se décomposer; il s'écoula des stries alternativement claires et obscures; peu à peu le jet devint plus uniforme; la saignée faite, la respiration devint régulière, le malade ouvrit les yeux, le cou était plus mince, la figure moins rouge, des frissons survinrent.

Dans la même journée, le malade assez bien remis fut transporté à la clinique; peu à peu la langue s'affaissa et la respiration par le nez se rétablit; cependant l'air passa encore en plus grande partie par la plaie et faisait entendre du râle.

Au moyen d'un traitement rationnel, le malade se rétablit et sortit de l'hôpital dix-neuf jours après l'opération.

Ce qui nous paraît le plus remarquable dans cette observation, c'est l'amélioration pour ainsi dire instantanée qui survint non pas après la trachéotomie, mais après la saignée de deux livres que nous aurions désiré voir pratiquer plus tôt, immédiatement après la scarification de la langue. Quant au moment où la trachéotomie a été faite, cette opération a été parfaitement indiquée. Nous regrettons que l'auteur ne nous ait pas indiqué à quelle espèce de vipère le reptile appartenait.

SUR LE BRUIT DE CUIR NEUF COMME SIGNE DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS DU BAS-VENTRE; par le docteur KYLL.

Récamier a pensé que le bruit de cuir neuf se faisait entendre dans le ventre lorsqu'il y avait des acéphalocystes; Piorry l'attribue à la présence d'un grand nombre d'hydatides; Bright prétend l'avoir observé dans les cas d'adhérences du péritoine avec les viscères abdominaux; Beatty et Corrigan croient qu'il est produit par le frottement de deux surfaces l'une sur l'autre lorsqu'elles sont rudes et recouvertes d'exsudations. Corrigan cite une observation dans laquelle le bruit de cuir neuf ne fut entendu que pendant que les surfaces appliquées l'une contre l'autre commençaient à se couvrir de lymphe plastique et frottaient encore l'une sur l'autre; une fois qu'il s'était établi une adhérence entre elles, le bruit de frôlement cessait. Pour mieux s'assurer de la cause de ce bruit, Corrigan a excisé d'un cadavre deux lames de péritoine recouvertes de lymphe plastique; il les a froissées entre les doigts et a reproduit le bruit de cuir neuf même en faisant l'expérience sous l'eau.

M. Kyll adopte l'explication de Beatty et de Corrigan et joint une observation à l'appui de son opinion.

Obs.—Un homme de 47 ans, que sa professinn obligeait de porter habituellement de grandes charges de bois devant son ventre, fut atteint d'une ascite. La fluctuation était très manifeste, et la pression sur l'abdomen douloureuse. Dans la région ombilicale, on entendit distinctement un bruit de cuir neuf. M. Kyll attribua ces symptômes à une inflammation chronique avec exsudation de lymphe plastique sur les lames du péritoine et accumulation de sérosité dans la cavité. Une fois que la distension du bas-ventre devint considérable, le bruit de cuir neuf fut moins distinct, mais il redevint de nouveau très manifeste après l'opération de la paracentèse; celle-ci fut pratiquée à trois reprises, et chaque fois le bruit de cuir neuf devint plus intense qu'il ne l'était pendant la plénitude du ventre.

Après la mort de l'individu on pouvait encore provoquer le bruit de cuir neuf à l'endroit où il était reconnaissable pendant la vie.

A l'autopsie, on trouva le péritoine épaissi et tenace; mais point d'adhérence entre ses feuillets; une tumeur encéphaloïde, du volume de deux poings, au-devant de la colonne vertébrale; les glandes mésentériques engorgées.

SUR LE NOMBRE PROPORTIONNEL DES ENFANS ILLÉGITIMES DANS LE ROYAUME DE SAXE; par le docteur Casper.

Il ne serait pas juste de mesurer la moralité d'un pays au chiffre des naissances illégitimes; car une foule d'influences peut modifier ce nombre, comme, par exemple, une législation qui met des entraves au mariage, la prépondérance d'une population masculine, l'agglomération des masses qui rend les rapports plus fréquens, etc.; mais en général la solution de cette question est extrêmement compliquée et sujette à une foule d'erreurs; aussi tout ce qui peut servir à l'éclairer doit être accueilli avec empressement, et c'est cette espèce d'intérêt que nous appelons sur la statistique suivante:

Dans le royaume de Saxe, les naissances illégitimes sont proportionnellement plus que doubles de celles de la Prusse: de 1832-37 il est né en Saxe 55,097 enfans légitimes (28,472 mâles et 26,625 femelles) et 8,699 illégitimes (4,453 mâles et 4,246 femelles); ainsi 15,7 illégitimes sur 100 légitimes, proportion qui s'accrut même en 1837 jusqu'à 16, 1 sur 100; tandis qu'en Prusse il n'y a eu depuis plusieurs années qu'une proportion d'à peu près 7 sur 100. Pour expliquer en quoi consiste cette grande différence de deux pays si voisins, et pour ainsi dire enclavés l'un dans l'autre, il faudrait examiner avec soin les mœurs, les lois, etc. Cette différence de chiffre est encore plus frappante lorsqu'on compare les villes principales; c'est ainsi qu'à Dresde il y a plus d'enfans illégitimes qu'à Berlin, dont la population est pourtant quatre fois plus forte et qui a une nombreuse garnison, une université très fréquentée, un nombreux personnel de jeunes commerçans, d'artisans, d'ouvriers, etc.; la ville de Chemnitz, avec ses 22,265 habitans, contient plus d'enfans illégitimes que Cologne qui est quatre fois plus grande.

C'est ainsi qu'en 1837 Dresde comptait 72 naissances illégitimes sur 10,000 habitans.

	Leipzig	56
	Chemnits	50
En 1836.	Berlin	60
	Breslau	65
	Cologne avec Deutz	46

En comparant ces trois villes les plus populeuses des deux pays, il faut remarquer que Breslau a une population presque double de celle de Leipzic, et, toute proportion gardée, elle compte le plus de naissances illégitimes de toutes les villes de Prusse; néanmoins, aucune grande ville de ce dernier pays n'atteint le chiffre de Dresde, qui encore, en Allemagne, est inférieur à celui de Munich.

M. Casper compte la pauvreté parmi les causes les plus puissantes du grand nombre d'enfans illégitimes; il est facile de comprendre toute la portée de ce motif, surtout lorsqu'on songe que les lois, tout en empêchant le pauvre de contracter une union légitime, n'auront jamais la puissance d'étouffer en lui l'instinct et le besoin de la reproduction. Un fait très curieux et très important, c'est que l'accroissement numérique et réel de la population n'a rien de commun avec l'augmentation des naissances illégitimes; c'est ainsi que, quelle que soit la proportion des naissances illégitimes dans les différentes parties du royaume, on ne trouve aucune variation dans le nombre des enfans morts avant d'avoir accompli leur première année. M. Casper prouve, par des chiffres, tous les faits que nous venons de résumer, et termine en faisant la douloureuse remarque que la plupart des enfans illégitimes ne font qu'un pas du berceau à la tombe.

SUR LE POULS DIFFÉRENT, AVEC QUELQUES REMARQUES SUR SA VALEUR EN PHYSIOLOGIE ET EN PATHOLOGIE; par le professeur Albers, de Bonn.

Le professeur de Bonn dit qu'il y a *pulsus differens*, lorsque le nombre et la force des pulsations des artères sont plus considérables dans une partie du corps que dans une autre; un pareil pouls n'est pas non plus isochrone avec les pulsations du cœur. Cet état particulier du pouls, qu'il ne faut pas confondre avec le pouls inégal, n'est encore indiqué nulle part.

M. le professeur Albers cite les observations suivantes, où il a noté cette particularité du pouls.

Obs. I. — Radouk, orfèvre, mourut subitement à la suite d'une rupture du cœur, partiellement ramolli. Cet homme, qui fut observé pendant deux mois pour une angine de poitrine, avait le pouls plus petit à la main gauche qu'à la main droite; il était aussi plus rare, il n'avait parfois que 53-57 pulsations, tandis qu'à droite, il était de 61-63. Lors de l'autopsie, on trouva le calibre des vaisseaux égal des deux côtés, et il n'existait point d'altération organique qui pût expliquer cette anomalie.

Obs. II. — N. N., bien nourrie, mais extrêmement irritable, était à son âge de retour; ses règles se montrèrent pour la dernière fois au mois de juin 1838; trois semaines après, elle fit un long voyage, pendant lequel elle eut un embarras gastrique.

Le 24 août, M. Albers la vit pour une fièvre gastrique, qui montra les symptômes ordinaires; mais le pouls était irrégulier, tantôt petit, tantôt grand, tantôt intermittent, tantôt dicrote.

Le 30, sédiment critique; un peu de transpiration, pouls le même. Au soir, étourdissemens; perte de mémoire; sensation de chaleur à la face qui était froide; éructations; malaises; lipothymies; ces accès se répétèrent au commencement de toutes les heures, et toutes les deux heures; plus tard tous les jours, et, enfin, dans des intervalles de trois à six jours. Cet état dura pendant cinq semaines et quatre jours. Pendant tout ce temps, l'irrégularité du pouls persista; au bras droit elle était plus grande qu'à gauche; on y comptait 64-66 pulsations; tandis qu'à gauche il n'y avait que 56-58; aussitôt que le pouls redevint régulier et égal aux deux bras, les autres symptômes disparurent.

Obs. III.—S. fut frappée, le 27 novembre, d'apoplexie, et resta paralysée du côté droit jusqu'au 21 décembre, jour de sa mort; elle avait le pouls plus petit et 2 à 3 pulsations de moins au côté paralysé qu'à gauche.

Obs. IV.—R., berger, succomba au typhus abdominal; dans la dernière période de sa maladie; le pouls était plus petit à gauche qu'à droite; au reste, les pulsations étaient égales en rhythme et en nombre.

Cette inégalité du pouls entre les deux côtés du corps est très fréquente; elle se présente dans presque toutes les hystéries où les spasmes sont bien prononcés, et passe d'une partie du corps à l'autre; on la rencontre encore dans les paralysies suites d'apoplexie; mais, principalement dans les affections nerveuses. M. Albers a rencontré des cas où le pouls était pour ainsi dire imperceptible d'un côté, distinct de l'autre, variant même dans les différentes heures de la journée; dans d'autres cas, il y avait quelquefois 4, 5, 6 pulsations par minute de plus d'un côté que de l'autre, ce qui prouve qu'indépendamment de l'action du cœur, le mouvement du sang artériel est encore sous l'influence d'autres causes qui le modifient.

D'après M. Albers, il est évident que dans les membres où le pouls est moins fort et moins fréquent que dans d'autres, il y a diminution et perversion de l'énergie vitale; et que dans le côté où le pouls présente 4, 5, 6 pulsations de moins qu'au côté opposé, on ne peut pas admettre qu'il y ait interruption des pulsations; mais seulement une telle diminution de leur énergie, qu'elles ne sont pas perçues; c'est ainsi que lorsqu'on fait mourir un animal par blessure ou par compression du cerveau, ou qu'on découvre en même temps les artères sur différens membres, les pulsations de ses artères cessent peu à peu d'être sensibles au toucher; mais on voit encore ces vaisseaux distendus par le sang qui continue à s'y mouvoir; mais ce mouvement est si peu marqué qu'il est impossible de le palper à travers les tégumens.

Le pouls différent n'est pas seulement remarquable par sa force et sa fréquence, mais encore par sa dureté et sa vitesse. Quant au pronostic, on peut annoncer avec sûreté qu'aussi longtemps que ce pouls existe dans les maladies aiguës ou chroniques, celles-ci ne diminuent pas, et que même lorsque la différence devient plus marquée, les symptômes augmentent bientôt en intensité, quel que soit l'état de calme apparent dans lequel le malade se trouve.

CAS D'INVERSION DE L'UTÉRUS; par le docteur Kuhlbrand, d'Inowraclaw.

Obs. — Une femme, déjà mère de plusieurs enfans, accoucha facilement; bientôt après la délivrance, elle éprouva des douleurs violentes dans les reins et les parties génitales; le sang s'écoula en abondance; l'émission de l'urine était très difficile, et l'expulsion des matières fécales impossible. Une tumeur se présenta dans le vagin; elle était formée par le fond de la matrice renversée en dedans (*inversion de l'utérus*). La sage-femme prit cette tumeur pour un morceau du placenta adhérent, et voulut en opérer le décollement; l'accouchée s'évanouit; la sage-femme profita de cette lipothymie pour tenter l'arrachement du prétendu placenta; les douleurs atroces qu'elle causa en implantant ses ongles

dans les tissus de la matrice réveillèrent la femme; une portion de la face interne du fond de l'utérus, du diamètre d'un écu et de l'épaisseur d'un dos de couteau, est enfin arrachée, et la sage-femme s'obstinait à vouloir en emporter encore autant, lorsque l'accoucheur arriva; celui-ci reconnut la méprise; il fut cependant un moment dans le doute sur le diagnostic du principal accident, l'inversion de l'utérus; l'hypogastre n'était point affaissé au-dessus du pubis, comme il aurait dû l'être dans ce cas; mais la saillie de cette région était due à la plénitude de la vessie; on vida celle-ci au moyen du cathétérisme; on facilita l'évacuation des matières fécales à l'aide de lavemens; l'inflammation fut combattue par l'application de sangsues et l'administration de remèdes narcotiques, et on parvint ensuite à opérer la reposition du fond de l'utérus renversé. La métrite qui survint fut très forte; on ne parvint à la combattre qu'au moyen d'un traitement antiphlogistique vigoureux; cependant la malade se rétablit au bout de quelques semaines. Deux ans après, elle redevint de nouveau enceinte; il n'y eut point d'accident jusqu'au troisième mois; depuis cette époque jusqu'au terme de la grossesse, la femme éprouva constamment des douleurs au côté droit du bas-ventre; on les combattit par un traitement antiphlogistique. L'accouchement eut lieu sans difficulté à la fin du neuvième mois; mais il fut encore suivi d'une inversion incomplète; l'accoucheur reconnut aisément le fond de l'utérus saillant entre les bords de l'orifice de cet organe; il parvint à le faire remonter facilement, et, dans la suite, il ne s'est plus rien présenté de fâcheux.

Cette observation indique combien il faut recommander aux sages femmes et aux jeunes accoucheurs d'être prudens dans le décollement de ce qu'on appelle les placentas adhérens; car, indépendamment de ce que les adhérences ne sont pas très fréquentes, et qu'elles ne donnent pas souvent lieu à des méprises, on s'expose souvent à plus de dangers en voulant les détacher avec force, que lorsqu'on abandonne à la nature leur décollement, qui se fait quelquefois au bout de quelques jours. Les accidens sont encore plus effrayans lorsque, comme dans le cas que nous avons sous les yeux, on se trompe et l'on arrache des morceaux d'utérus.

TRANSMISSION DE LA PHTHISIE PULMONAIRE AUX ANIMAUX DOMESTIQUES; par le docteur MALIN.

OBS. — Une femme, âgée de 58 ans, souffrant depuis plusieurs années de phthisie pulmonaire, avait un chien de chambre qui, durant une année, avalait avec avidité les crachats purulens de la malade. Déjà, au bout de six mois, le chien rendit du pus en toussant; il devint maigre et creva. La malade se procura un autre chien âgé d'une année, d'un pied de haut; celui-ci, quoiqu'on lui donnât du lait et de la viande, témoigna le même goût que son prédécesseur. Six mois après il devint aussi malade, et creva au bout de vingt semaines. En ouvrant la poitrine, on trouva les deux poumons presque complétement détruits par la suppuration; à droite, on trouva en outre une granule vomique fermée.

Il est hors de doute que les chiens sont souvent affectés de phthisie pulmonaire; mais on n'a pas encore prouvé de la sorte que le pus des phthisiques fût contagieux.

II. MONATSSCHRIFT FÜR MEDICIN, AUGENHEILKUNDE UND CHIRURGIE; par le docteur AMMON.

Le cahier de mars et d'avril contient les articles suivans : 1° *Sur la pathologie de la mydriase et d'autres névroses des nerfs trijumeaux et oculo-moteurs;* par le docteur Canstatt; 2° *Sur le traitement des varicocèles d'après la méthode de Breschet et appréciation des autres moyens de guérir cette maladie;* par le docteur Baumgarten; 3° *Sur l'hypertrophie des amygdales;* par le docteur Ruppuis (article non achevé); 4° *Sur l'action de la striychnine;* par le docteur Droste (l'auteur cite plusieurs observations qui parlent en faveur de l'efficacité de la strychnine contre les paralysies purement nerveuses et récentes); 5° *De la diastase des os du bassin;* par le docteur Heidenreich; 6° *Mélanges et aphorismes;* par le docteur Pauli.

SUR LA PATHOLOGIE DE LA MYDRIASE ET D'AUTRES NÉVROSES DES NERFS TRIJUMEAUX ET OCULO-MOTEURS; par le docteur CANSTATT.

L'auteur, après avoir cité les différentes affections nerveuses qui peuvent coexister avec la mydriase, et avoir parlé des cas où l'immobilité de l'iris existe sans altération de mobilité et de sensibilité des autres parties de l'œil, rapporte les différentes expériences par lesquelles on a cherché à prouver le rôle de chacun des nerfs qui entre dans l'appareil de la vision, et établit, d'après toutes les données anatomiques et physiologiques, quatre espèces de mydriase, en ce que les mouvemens de l'iris sont sous l'influence directe de quatre ordres de nerfs : oculo-moteurs, trijumeaux, optiques et grand sympathique.

De là,

1° Mydriase idiopathique due à la paralysie du nerf oculo-moteur;

2° Mydriase sympathique par névralgie du nerf trijumeau;

3° Mydriase sympathique par paralysie du nerf optique; c'est la mydriase amaurotique;

4° Mydriase abdominale produite par des affections du grand sympathique.

Dans la mydriase idiopathathique qui est fréquente, la vision n'est pas abolie, parce qu'il n'y a pas dérangement dans la rétine et le nerf optique; mais les objets sont vus confusément parce qu'il entre trop de lumière à travers la pupille dilatée.

Dans la seconde, la vue n'est dérangée que consécutivement, et la mydriase n'arrive qu'à la suite de névralgies éprouvées dans les parties auxquelles se rendent les rameaux des trijumeaux, telles que la muqueuse nasale, la conjonctive, la peau du front, de la face, etc; c'est pourquoi la méthode de Serres et de Sanson, par cautérisation de la conjonctive ou du front, peut réussir dans cette espèce de mydriase.

Dans la troisième, il y a non seulement cécité complète, mais encore cessation de toute perception de lumière; il n'y a pas toujours mydriase dans tous les cas d'amaurose : un individu peut être complètement aveugle et cependant l'iris conserve sa mobilité, parce qu'il y a encore une perception obscure de lumière, dont le malade ne se rend plus compte.

La quatrième, où il n'y a ordinairement pas beaucoup d'altérations de la vision, coïncide avec des affections vermineuses, ou d'autres dérangemens du bas-ventre.

Dans ce travail extrêmement curieux, l'auteur n'a voulu probablement pas parler de cette dilatation de pupille produite par des causes, en quelque sorte mécaniques, telles que les synéchies.

M. Canstatt, après ces considérations sur les quatre causes de mydriase, insiste plus particulièrement sur celle qui dépend des altérations du nerf trijumeau, qui, non seulement peut occasionner des dérangemens de la vision par ses rapports d'origine avec ceux de l'oculo-moteur et de l'optique dans le cerveau, mais aussi par ses rapports avec les nerfs qui président à la nutrition; de là on peut encore s'expliquer comment plusieurs observateurs ont rencontré des altérations de la vision à la suite de blessures légères au front, à la face, etc., sans avoir besoin de recourir à la commotion du nerf optique ou du cerveau.

L'auteur admet donc des mydriases et des amauroses consécutives aux lésions traumatiques des branches du trijumeau; ensuite il passe aux mydriases, par suite de névroses spontanées de ce même nerf trijumeau, et il les partage en trois séries :

1° Affection du trijumeau avec mydriase simple;

2° Affection du trijumeau avec nutrition dérangée de l'œil;

3° Affection problématique du trijumeau sans dérangement apparent de la nutrition de l'œil et sans mydriase.

Pour chacune de ces séries, il cite un certain nombre d'observations dont la plupart sont tirées des auteurs. . . .

M. Canstatt insiste beaucoup lorsqu'il s'agit de diagnostiquer une amaurose, sur la cause et le degré de la perte de la vision; souvent, dit-il, la vue n'est que confuse, et au lieu d'un commencement d'amaurose, on n'a affaire qu'à une mydriase.

Il est facile de s'en assurer à l'aide d'une pupille artificielle faite avec une carte percée d'un petit trou qu'on place devant l'œil; le malade voit alors distinctement; il n'est donc jamais permis de négliger cette expérience dans le diagnostic de l'amaurose.

Quant au traitement de la mydriase, l'auteur, après avoir passé en revue tous les moyens qui ont été employés contre cette affection, avance que pour les mydriases idiopathiques, c'est-à-dire celles qui dépendent des lésions du nerf oculo-moteur, on n'a encore que des moyens très douteux. Pourtant nous devons encore noter les expériences faites par l'auteur sur des lapins, chez lesquels il est parvenu à produire une forte contraction de l'iris, en faisant une ponction à la chambre antérieure; il a obtenu le même résultat à l'aide d'un courant électro-magnétique appliqué moyennant l'apppareil de Keil.

DE LA DIASTASE DES OS DU BASSIN; par le docteur HEIDENREICH.

D'après M. Heidenreich, peu d'auteurs ont fait mention de la diastase des os du bassin, considérée comme une maladie particulière; selon lui, Boyer serait le seul qui ait cité une observation, encore ne lui appartenait-elle pas, où un jeune homme était affecté d'un relâchement des articulations du bassin, tel que, quand il allait à cheval, l'un de ses membres était de deux pouces plus long que l'autre, et quand il marchait, ce même membre était d'un pouce et demi plus court. Les autres auteurs n'ont parlé de la diastase des os du bassin que sous le point de vue obstétrical, et les orthopédistes qui ont touché cette question n'ont fait mention de

l'élévation ou de l'abaissement du bassin qu'autant qu'il s'est trouvé incliné dans toute sa totalité.

M. Heidenreich, admettant que le déplacement d'un des os du bassin sur les autres n'ayant pas été décrit d'une manière particulière, a été probablement souvent méconnu et confondu avec la coxalgie, la coxarthrocace, la psoïte, etc.

L'auteur rapporte les deux observations suivantes, dans lesquelles il croit avoir constaté le déplacement d'un des os des îles sur les autres os du bassin; c'est surtout dans la seconde que l'affection a été très remarquable.

Obs. I. — Guillaume R., âgé de 5 ans et demi, fils d'un pasteur, enfant élancé, grand et bien constitué pour son âge, sans symptômes d'affection particulière, avait fait une chute six mois auparavant; il éprouvait un peu de douleur au pied droit, commençait à boiter, et il existait un allongement de l'extrémité malade. Cinq mois après cette première chute, il tomba de nouveau; il survint alors une douleur violente dans la hanche et dans le flanc du côté malade; l'allongement de la cuisse parut très considérable, au point que l'enfant fut obligé de fléchir le membre malade pour le mettre de niveau avec celui du côté sain.

Cet état fut regardé par un chirurgien comme une luxation commençante, et une inflammation chronique de l'articulation coxo fémorale, et traitée comme telle.

M. Heidenreich examina pour la première fois l'enfant le 28 avril 1836, quatre semaines après la seconde chute; le mouvement du fémur était un peu borné dans l'articulation de la hanche; on ne pouvait pas soulever la cuisse malade aussi haut que l'autre; elle était plus maigre; le pied et les orteils étaient un peu tournés en dedans; le genou et les malléoles étaient à un pouce plus bas que du côté sain: l'os des îles du côté malade était déplacé, et sa crête, ainsi que son épine antérieure et postérieure, aussi bien que la tubérosité sciatique, étaient, du côté droit, à un pouce plus bas que du côté gauche; il en était de même du grand trochanter. Les mouvemens de la cuisse étaient assez faciles; elle pouvait être tournée en dedans et en dehors sans douleur; l'articulation coxo-fémorale elle-même était libre, et la sensibilité qui existait n'était occasionnée que par la tension des muscles qui entourent l'articulation, en ce que le psoas et l'iliaque, et même les muscles abdominaux étaient tendus et irrités par l'abaissement des os des îles du côté droit.

On diagnostiqua donc une déduction entre l'os des îles et le sacrum.

Prescription: Repos du membre; frictions résolutives; vésicatoires volans; bains toniques; à l'intérieur: infusion aromatique; café de gland, etc.

L'auteur ayant rassuré la famille du malade, celui-ci fut reconduit dans sa demeure, distante de dix lieues.

Déjà, au bout de quinze jours, il y avait amélioration sensible; le petit malade marchait plus facilement et plus sûrement; le membre qui était amaigri devenait un peu plus gros et plus ferme; en général, il y avait beaucoup de mieux. L'enfant tomba de nouveau de dessus une chaise, et le mal fut pire qu'auparavant. Le chirurgien déclara alors que la luxation incomplète qui avait eu lieu au commencement était devenue complète, et qu'il fallait faire rentrer la tête du fémur dans sa cavité par un traitement plus énergique que celui qui avait été tenté jusqu'alors

Au mois de mai, l'enfant fut de nouveau amené à M. Heidenreich, qui le garda alors en traitement. Le malade ne pouvait marcher qu'avec difficulté et en boitant; en se tenant debout, il était obligé de fléchir le genou droit.

Encore alors on ne découvrit aucun symptôme de cachexie; il est vrai que le père est affecté d'une tumeur à un genou, que l'auteur avait traitée sans succès.

A un nouvel examen attentif, on trouva que la cuisse droite était allongée d'un pouce et demi; elle était bien moins nourrie et plus flasque que du côté sain; le grand trochanter, le genou et les malléoles étaient aussi d'un pouce et demi plus bas. La rotation en dehors était plus pénible, on ne pouvait pas amener le pied en haut et le rapprocher de la hanche aussi bien que du côté gauche. Lors de grands mouvemens, il n'y avait de douleurs que dans le flanc droit, et en avant et en bas autour de la branche horizontale et descendante du pubis.

Ici l'affection principale consistait encore dans le déplacement des os du bassin; le sacrum était droit, mais l'os des îles droit était plus bas que celui du côté gauche; la crête de l'ilion et la tubérosité de l'ischion étaient presque, mais pas tout à fait aussi bas que le membre malade était allongé.

Un médecin, appelé en consultation, confirma pleinement le diagnostic de l'auteur. Il n'y avait un peu de douleur de temps à autre que dans le flanc et la région du pubis; l'articulation coxo-fémorale était libre; il n'y avait point de douleur dans la région sacro-iliaque, ni pendant le repos ni pendant le mouvement. Point d'inflammation, ni de suppuration, ni de tumeur, etc.

Les douleurs qui se déclarèrent plus tard dans le flanc furent combattues par des applications de pommade et de cataplasmes, dans la crainte de quelque inflammation cachée.

Comme l'enfant était bien constitué, et comme on ne croyait plus devoir espérer que les os pussent reprendre leur position normale, l'auteur eut l'idée d'établir à la colonne lombaire une scoliose artificielle dont la concavité correspondrait au côté malade, et servirait à recevoir les os qui étaient abaissés; à cet effet, on appliqua l'appareil extensif de Boyer au côté malade, en attachant l'attelle sur différens points, le long du membre, afin de l'empêcher de se plier, et appliqua le moyen extensif au membre sain.

Le but de ce procédé était d'abaisser d'un côté le bassin à gauche, et de faire remonter la cuisse et le bassin à droite. Le malade ne put supporter cet appareil que pendant quelques heures dans la journée; le succès n'en fut pas moins frappant; au bout de quelques semaines, le membre allongé se raccourcit sensiblement, et on put se dispenser de l'appareil. Après un traitement d'un mois, on fit prendre au malade, dans le milieu du mois de juin, des bains aromatiques, des douches sur le dos et les lombes; il en a pris 40, et il était regardé comme guéri le 6 août.

Examen du malade lors de son départ.

La cuisse droite a la même épaisseur que la gauche; le tarse seulement est un peu plus maigre; la longueur des extrémités diffère à peine de deux lignes; les malléoles, les genoux et les grands trochanters sont dans un niveau proportionnel. L'os des îles est remonté à sa place naturelle; entre les deux crêtes iliaques, il n'y a point de différence; la tubérosité sciatique droite est à peine de deux lignes plus basse que la gauche. Lorsque le malade se tient debout, la colonne vertébrale est un peu déviée à droite à la partie inférieure des vertèbres lombaires; en haut, elle est dirigée à gauche; il y avait déjà antérieurement un peu de saillie des vertèbres lombaires en avant. La marche s'exécutait sans claudication; ce n'est que lorsque l'enfant marchait avec négligence qu'il tournait un peu le pied en dedans; il pouvait marcher, se tenir debout et courir aisément.

L'enfant fit encore de nouvelles chutes, et son état empira de nouveau. M. Heidenreich le perdit de vue au mois d'août 1836, jusqu'à mai 1837. A cette époque, le petit patient était aussi mal qu'auparavant, et des symptômes de scrofule étaient alors évidens; on administra le calomel, le muriate de baryte, l'huile de foie de morue, etc. Le malade fut placé dans un appareil d'extension orthopédique, mais celui-ci ne fut pas supporté.

Au mois de septembre, l'enfant, transporté à la maison, prit un grand nombre de bains toniques, et l'on appliqua derrière le grand trochanter un large fonticule qui fut entretenu pendant plusieurs mois.

Le 11 août 1838, M. Heidenreich revit de nouveau son malade: les membres abdominaux étaient à peu près d'égale longueur, les crêtes des os des îles de niveau; mais il existait une déviation de la colonne lombaire en avant; l'enfant marcha avec des béquilles, et présenta de plus en plus les symptômes d'une cachexie scrofuleuse.

Nous avons rapporté cette observation avec tous ses détails, par le fait seul que l'auteur nous la donne comme un exemple de déplacement spontané d'un des os des îles. Nous avouons que, si l'auteur, déjà favorablement connu dans la science, n'avait pas si fortement insisté sur l'absence de tout signe de maladie de l'articulation coxo-fémorale, nous serions tenté de prendre ce cas pour un exemple de luxation spontanée ordinaire, dans laquelle on voit les membres s'allonger d'abord et reprendre ensuite leur dimension primitive et même quelquefois se raccourcir. S'il est vrai, et nous n'en doutons pas, que l'auteur ait observé l'abaissement de la crête d'un des os des îles et de la tubérosité de l'ischion correspondant, sans inclinaison du sacrum et du reste du bassin, il y a eu réellement diastase de l'articulation sacro-iliaque.

Dans l'observation suivante, cette diastase s'est présentée encore d'une manière beaucoup plus frappante, et est un exemple manifeste de déplacement avec mobilité:

Obs. II. — Villhelm. R., âgée de 9 ans et demi, fut amenée chez M. Heidenreich de 10 lieues de loin, le 5 juillet 1836. L'enfant était affecté d'un raccourcissement de l'extrémité inférieure gauche; beaucoup de moyens avaient déjà été employés pour en obtenir l'allongement; plus tard, la jambe droite serait devenue aussi malade et douloureuse.

R. avait évidemment une constitution faible, une structure délicate et une diathèse scrofuleuse. Quatre ans auparavant, elle avait fait une chute et s'était légèrement blessée près de l'articulation coxo-fémorale gauche; elle y éprouva de la douleur, mais put cependant se tenir debout et marcher. Un chirurgien appelé ne vit qu'une simple contusion, qu'il fallait abandonner à la nature. Six mois plus tard, on crut reconnaître un raccourcissement du membre gauche. Un orthopédiste, auquel l'enfant fut confiée, mit en usage trois appareils, l'un pour le coucher, l'autre pour marcher, et, enfin, un troisième, pour étendre le membre soi-disant raccourci.

L'affection ne fit qu'empirer, et, après avoir causé beaucoup de douleur, on fut obligé de renoncer à toutes les machines. On cessa tout traitement; mais comme l'état de l'enfant, après avoir fait quelques chutes, s'était empiré, on l'amena à M. Heidenreich. A un premier examen, il trouva que la jambe gauche était de deux pouces et demi plus courte que la droite. Le pied gauche était allongé comme un pied équin, afin d'atteindre le sol avec les orteils. La douleur était violente dans l'articulation de la hanche droite; la rotation était pénible, la flexion et l'extension de la cuisse sur le tronc très difficiles, limitées et douloureuses; le pied et les orteils dirigés en dedans; l'os innominé droit, la crête iliaque, la tubérosité sciatique et le trochanter étaient de plus de deux pouces plus bas qu'à gauche. Le col et la tête du fémur étaient singulièrement cachés dessous le pubis, en sorte qu'on ne pouvait pas aussi bien que d'ordinaire toucher l'articulation. Tout le côté droit du bassin était plus bas que le gauche et un peu renversé en avant; pendant le décubitus, la colonne vertébrale était droite. On ne pouvait douter d'un déplacement de l'os des îles à son articulation sacro-iliaque, et la douleur qui existait dans la région du flanc, ainsi que dans les environs de l'articulation de la hanche, douleur augmentant à chaque mouvement, indiquait un état inflammatoire. On prescrivit des sangsues, des poudres de Plummer, des frictions mercurielles et des bains de savon. Le voyage empira l'état de l'enfant, qui, revenue chez elle, ressentit plus de douleurs, put moins bien mouvoir son membre, et il n'y eut de l'amélioration que par l'application répétée de sangsues et par l'administration de purgatifs salins. M. Heidenreich revit sa malade chez elle, le 25 juillet; elle pouvait alors un peu marcher; l'extrémité droite était de trois pouces plus longue que la gauche; l'os innominé, la crête iliaque, la tubérosité sciatique, le grand trochanter, étaient également de trois pouces plus bas. Les mouvemens dans l'articulation coxo fémorale étaient plus libres et moins douloureux.

Un phénomène pourtant à noter, c'est que, après la disparition des accidens inflammatoires, tout l'os innominé devint mobile dans l'articulation sacro-iliaque. Après que la région fut devenue moins douloureuse et moins tuméfiée, on pouvait, au lieu d'étendre et de fléchir la cuisse dans l'articulation coxo-fémorale, déplacer, au contraire, tout l'os des îles et le mouvoir dans son articulation sacro-iliaque. Lorsque le psoas se contractait, tout l'os des îles remontait en haut et reprenait presque sa position normale; tandis que la cuisse était allongée, le même os descendait en bas par l'ascension de l'os innominé droit; l'allongement du membre correspondant disparaissait presque complétement. Lorsqu'on exerçait une traction, l'épine iliaque postérieure quittait sa position normale et s'éloignait beaucoup de l'épine iliaque postérieure gauche et du sacrum; tout l'os innominé droit, ainsi que la cuisse, s'inclinait en avant, en bas et en dehors.

En comparant les cuisses avec différens autres points du corps, au bassin, au sacrum, à l'ombilic, au dos, etc., il devenait évident que la cuisse gauche et son articulation étaient dans leur position normale, et que jusqu'alors on avait pris le membre sain pour celui qui était malade. Après avoir combattu l'inflammation, M. Heidenreich prescrivit des bains, des douches, des frictions, l'arnica, la quinine, une ceinture, etc. Au mois d'octobre, l'amélioration était un peu sensible. En été 1837, M. Heidenreich recommanda d'aller dans un bain ferrugineux. Depuis il a perdu son malade de vue et n'en a eu que des nouvelles indirectes.

III. MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT.

OBSERVATION D'UN CYSTICERQUE CELLULEUX; par le docteur HOERING.

OBS. — Une petite fille de 7 ans s'était heurtée la tête contre le bord d'une cuve, en automne 1837, et eut à l'œil une contusion qui disparut bientôt. Ce n'est qu'un mois de juillet 1838 que les parens virent que la paupière inférieure était gonflée; un médecin appelé en consultation trouva une tumeur à la conjonctive et prescrivit une pommade iodurée. Peu de temps après, on eut recours à M. Hoering qui trouva que la tumeur avait un aspect rouge et sarcomateux; elle avait la dimension d'une moitié de noisette, était fortement adhérente à la sclérotique, vers l'angle externe de l'œil, et entièrement recouverte par la paupière inférieure. La conjonctive qui la recouvrait était très rouge. La tumeur ne causait aucune douleur, la pupille n'était pas déformée, la vue nullement dérangée. On toucha d'abord la tumeur avec une solution de pierre infernale, elle devint jaunâtre à sa surface, et sembla passer en suppuration; on la recouvrit donc de cataplasmes.

Le 25 juin on se décida à y faire une ponction qui donna issue à deux gouttes de pus jaunâtre; comme la tumeur ne se vidait pas, M. Hoering se décida à agrandir la plaie; à sa grande surprise, il vit au fond de la plaie un corps transparent, arrondi, qui avait tout l'aspect du corps vitré. Au même instant, l'enfant fit un mouvement avec la paupière inférieure, et il tomba de l'œil une petite vessie ronde, transparente, de la dimension d'un pois, qui, placée sous le microscope, fut reconnue pour un cysticerque celluleux à ses quatre suçons et à sa double rangée de crochets. On employa des frictions d'iode et la plaie guérit bientôt.

On n'a pas trouvé souvent des cysticerques celluleux dessous la conjonctive, mais on connaît plusieurs exemples de ce ver dans l'intérieur de l'œil (AMMON'S FUR DIE OPHTHALMOLOGIE, vol. III, cah. 4, et ISIS, 1831, pag. 717); cependant deux cas semblables au nôtre sont rapportés dans le BERLINER MEDICIN, Zeitung 1838, n. 16, et dans les FRONIEP'S NEUEN NOTIZEN, 1838, n. 170. Nulle part il n'est dit que la présence du ver ait été trouvée à la suite d'une cause traumatique.

SUITES FACHEUSES D'UNE FRACTURE DU CRANE TROUVÉE 26 ANS APRÈS L'ACCIDENT, LORS DE L'AUTOPSIE; par le docteur HAERLIN, d'Ulm.

OBS. — L'homme qui fait le sujet de cette observation s'est marié à l'âge de 26 ans, et s'était toujours bien porté, sauf quelques accès de rhumatisme.

Le 26 avril dernier il eut un torticolis avec gonflement du côté droit du cou, de l'épaule, du bras et même des doigts. Comme il y avait de la fièvre, on fit une saignée, on entoura le bras de fomentations aromatiques, et on administra à l'intérieur des délayans.

Dans la nuit du 30, le malade donna des signes de compression du cerveau et la maladie fut regardée comme une fièvre érysipélateuse de mauvaise nature avec exsudation sanguine, séreuse ou purulente sur les membranes du cerveau. Un traitement très rationnel fut mis en usage, les symptômes n'allèrent pas moins en s'aggravant, et le malade succomba du 4 au 5 mai.

A l'autopsie, on trouva dans l'hémisphère droit un abcès formant une cavité de trois pouces cubes, dans laquelle la portion cérébrale était convertie en une sanie brune foncée, et où y vit nager une lame d'os d'un demi pouce carré, nullement carié, et paraissant tout récemment détaché de la face interne du crâne. Dans la fosse de la dure mère, il se trouvait encore deux éclats d'os semblables au premier, mais moins grands et plusieurs autres petites esquilles. Dans l'hémisphère gauche, il y avait à deux pouces de profondeur un corps rouge, noirâtre, de la grandeur d'un dé à coudre ressemblant à du sang coagulé; rien de particulier dans le reste du cerveau.

On examina ensuite la face interne du coronal, et on y vit une suite de cicatrices ressemblant à l'émail, disposées irrégulièrement, et qui ne laissaient aucun doute que déjà depuis longtemps il s'était détaché en cet endroit des portions de la table interne du crâne dans l'étendue de quatre pouces carrés; le reste du crâne était à l'état normal.

On ne pouvait s'expliquer le résultat de cette autopsie jusqu'à ce que le père du défunt apprit que son fils avait fait une chute à l'âge de 19 ans, c'est-à-dire 26 ans avant la mort, qu'il avait frappé du front sur le pavé, et était resté pendant une demi-minute sans connaissance; comme on n'avait observé aucune blessure à l'extérieur, on n'eut pas recours alors à un homme de l'art; c'est encore seulement après l'autopsie qu'on se souvint que le défunt s'était plaint de temps en temps, surtout au commencement de son mariage, de légères et passagères douleurs lancinantes dans la tête, qui lui donnèrent comme des secousses électriques.

SUR LE TRAITEMENT DE L'ENDURCISSEMENT GANGRENEUX DU TISSU CELLULAIRE DU COU; par le docteur SICHERER.

L'auteur comprend sous cette dénomination cette angine particulière, dont nous avons parlé dans la GAZETTE MÉDICALE, n. 37, 1836. Depuis la publication de ce premier travail une foule d'observations pouvant s'y rattacher ont été publiées dans le journal de Wurtemberg; encore aujourd'hui M. Sicherer rapporte quelques nouveaux cas; mais le principal but qu'il a dans cet article, c'est d'indiquer son mode traitement qui consiste à appliquer un vésicatoire de deux travers de doigts, et aussi long qu'un doigt sur la partie endurcie et la plus élevée du cou sans couvrir la mâchoire.

Après douze ou vingt-quatre heures selon la gravité des symptômes, on enlève l'épiderme, on applique ensuite sur l'endroit dénudé un gros bourdonnet imbibé de sublimé corrosif; cette solution doit être préparée avec un scrupule de deutochlorure de mercure et une once d'eau distillée. Ce bourdonnet sera maintenu en place à l'aide de charpie et de compresse pendant douze ou vingt-quatre heures. L'application du sublimé est suivie de la formation d'une légère escarre; le premier bourdonnet est ensuite remplacé par un second qui reste aussi appliqué pendant douze à vingt-quatre heures. L'escarre qui s'est formée est alors plus épaisse et prend une couleur noire, et devient encore plus forte par une troisième application. On recouvre l'escarre de cataplasmes pour la faire tomber; si alors la tumeur du cou n'avait pas complétement disparu, on reviendrait sur l'application des bourdonnets. D'après l'auteur, ce mode de traitement ne serait pas plus douloureux qu'aucune autre espèce de cautérisation; quelquefois une seule application de bourdonnets suffit pour la guérison; mais en général au bout de sept jours les malades pouvaient déjà s'occuper de quelque travail dans leur appartement, mais tous étaient complètement guéris en moins de quinze jours. M. Sicherer ne s'est jamais trouvé dans le cas de faire des émissions sanguines qui sont au reste pour le moins inutiles, sinon nuisibles; car elles hâtent souvent l'état d'adynamie.

IV. NEUE ZEITSCHRIFT FUR GEBURTSKUNDE; publié par BUSCH, d'OUTREPONT, RITGEN et de SIEBOLD.

Le deuxième cahier du septième volume contient les articles originaux suivans: 1° *Remarques sur la doctrine du mécanisme de l'accouchement*; par le docteur de Hoefft, de Saint-Pétersbourg (analyse bien faite de l'ouvrage de M. Naegelé fils (GAZETTE MÉDICALE, p. 285, 1838), dans laquelle il rapproche de la doctrine de l'auteur ses propres observations); 2° *Observations sur l'ouvrage d'accouchement du docteur H. Schmidt pour les sages-femmes des états de la Prusse*; 3° *Sur la fièvre de lait*; par le docteur Neumann (rien de positif); 4° *Mélanges*; par le docteur F. Pauli de Landau; 5° 22° *Rapport sur la clinique d'accouchement de Dresde* (absolument rien de saillant).

MÉLANGES; par le docteur F. PAULI, de Landau.

1° SUR LES NAEVI MATERNI. D'après l'auteur, les uns sont héréditaires; pour d'autres les causes sont inconnues, mais jamais ils ne doivent être attribués à des surprises éprouvées par des femmes enceintes.

2° OBSERVATION d'une jeune fille, âgée de 17 ans, chez laquelle les menstrues furent remplacées pendant dix-huit mois par un saignement du nez; s'étant ensuite mariée et étant devenue mère, la menstruation a reparu avec régularité après la lactation.

3° CAS D'ÉVOLUTION SPONTANÉE. Une femme de 40 ans, en travail d'enfant depuis seize heures, avait réclamé les soins d'un accoucheur; celui-ci ayant trouvé le bras droit du fœtus dans le vagin, et l'épaule droite enclavée dans l'orifice de l'utérus, se décida à couper le membre qu'il crut gangreneux. M. le docteur Pauli père fut ensuite appelé; mais bientôt après, sans les moindres secours de l'art, la femme accoucha spontanément d'un fœtus mort, qui est venu par une présentation ordinaire de la tête.

4° Expulsion de la tête d'un fœtus après que le tronc en avait été arraché vingt-une heures auparavant. Ce cas observé par M. Pauli père chez

le professeur Flamand, à Strasbourg, concerne une femme de 35 ans, qui avait déjà accouché six fois. Un jeune médecin appelé chez la patiente en travail depuis deux jours de son septième enfant, les eaux étant déjà écoulées depuis un jour et demi, parvint à faire la version et amena le tronc; celui-ci fut enfin arraché après beaucoup d'efforts et la tête resta en arrière. Flamand, appelé en consultation, se rendit auprès de la malade; comme il la trouva très épuisée et qu'il n'y avait point d'accidens réclamant des soins urgens, il fit accorder quelque repos; le lendemain, il y retourna avec quelques jeunes médecins; pendant que le professeur s'entretenait avec ses élèves sur ce cas devant la porte, le mari de la femme vint leur annoncer que la tête était sortie à l'instant même spontanément. La femme se remit promptement, et fit une nouvelle couche pénible l'année suivante.

5° Cancer de l'utérus chez une femme qui avait porté un pessaire en bois. Il n'y a rien de moins sûr que de savoir si cette maladie fut occasionnée par la présence de ce corps étranger.

6° Restitution de l'hymen. En cas de besoin, d'après l'auteur, on pourrait détacher un lambeau semi-lunaire de la paroi postérieure du vagin, et le fixer à l'entrée de cet organe comme dans les autres opérations d'autoplastie.

7° Un abcès d'ovaire. Une femme ayant en pendant sa grossesse un abcès énorme, occupant tout le côté gauche du dos, fut guérie; plus tard, elle accoucha; les lochies n'ont pas bien coulé, une tumeur survint dans la région pelvienne, et fit saillie à l'hypogastre et dans le vagin; la peau du ventre devenant rouge et la fluctuation manifeste, on y plongea un bistouri, une grande quantité de pus s'écoula; la femme qu'on croyait phthisique fut bientôt guérie.

8° Sur les fleurs blanches. M. Pauli croit que cette affection doit être attribuée très souvent à l'éréthisme du système nerveux produit par les besoins sexuels et l'exaltation de l'imagination par des lectures, etc.; il se loue beaucoup dans cette maladie des injections et des lotions faites avec de l'eau fraîche, là où il n'y a pas de dyscrasie.

V. BERLINER MEDICINISHE CENTRAL ZEITUNG; publié par le docteur J.-J. SACHS.

Ce journal, destiné, pour ainsi dire, uniquement aux analyses d'ouvrages, et aux extraits de journaux, contient, dans les premiers numéros de cette, année une série d'articles de fond, dus au rédacteur. Nous tâchons de résumer en peu de mots ce travail, en nous abstenant de toute critique; l'expérience seule en décidera.

SUR LES ÉTABLISSEMENS DESTINÉS AU TRAITEMENT PAR L'EAU FROIDE, DANS LA FORÊT DE THURINGE.

Cette méthode curative a déjà été mise en usage vers la fin du quinzième siècle, par Floyer, en Angleterre. Longtemps après, en 1732, 38 et 43, les docteurs Hahn père et fils l'ont imité. Il y a huit à neuf ans, un campagnard, nommé Vincenz Preisnitz, après en avoir fait des expériences sur des animaux, a ouvert, avec l'autorisation du gouvernement, le premier établissement de bains de ce genre à Graefenberg (Silésie autrichienne); il ne resta pas longtemps sans concurrence, car on en compte déjà treize ou quatorze en Allemagne.

M. Sachs, qui s'est arrêté pendant quelque temps à Elgershourg et à Ilmenau, qui se trouvent au pied de la forêt de Thuringe, en fait la topographie, rend compte à peu près du nombre des baigneurs, décrit le régime qu'on fait suivre aux malades et parle de quelques maladies qui y ont été guéries.

Le programme de la journée est à peu près le même dans tous ces établissemens: à quatre ou quatre heures et demie du matin, on commence à établir la transpiration; à cet effet, on enveloppe les individus, comme des enfans au maillot, ou comme les momies, dans d'amples et épaisses couvertures de laine. La transpiration, qui se déclare ordinairement au bout d'une heure, est entretenue en faisant boire, toutes les demi-heures, quelques verres d'eau toute fraîche. Chez beaucoup de malades, on glisse d'une manière adroite, au fort de la transpiration, des pièces de drap trempées dans de l'eau fraîche, et qu'on a bien tordues auparavant, dessous les couvertures, pour les appliquer sur les parties les plus souffrantes; les parties ainsi que les draps se réchauffent, la transpiration se rétablit bientôt de nouveau, et occasionne à cet endroit un sentiment de brûlure.

Au bout de trois heures, les couvertures ainsi que le lit sont percés par la transpiration; les patiens sont ensuite conduits dans une chambre voisine ou à un autre étage, où l'on prend les bains froids, et cela souvent en traversant des courans d'air sans en être aucunement incommodé. Avant de se jeter dans le bain froid, on a soin de se laver d'abord la tête et le poitrine; après y être resté deux à trois minutes, les malades prennent quelques tasses de lait avec un peu de pain, puis ils vont ensuite faire quelques promenades sur les montagnes qui avoisinent l'établissement et boivent de l'eau fraîche aux nombreuses sources qu'ils rencontrent sur leur chemin. Vers les neuf ou dix heures, on prend des douches ou on se dirige vers des cascades, qui se trouvent dans les forêts ou dans les montagnes, et on s'expose à la chute des eaux, qui, tombant de très haut, frappent le corps avec beaucoup de vigueur. Immédiatement après s'être habillé, on boit de nouveau quelques verres d'eau, puis on fait une promenade au grand air.

Il est naturel qu'après un pareil exercice on se mette ensuite à table avec un très bon appétit; et l'on comprend que les personnes affectées d'hémorrhoïdes, les hypochondriaques, les hystériques, les hommes dont l'exaction a altéré la santé, etc., doivent trouver dans ces établissemens une guérison qu'ils chercheront vainement ailleurs. Quant au rhumatisme, à l'arthritis, aux maladies cutanées, à la syphilis invétérée, etc., nous dirons avec M. Hoffmann: *Experientia præcedit, ratio sequitur.*

CAS UNIQUE DANS LA SCIENCE, OBSERVÉ A LA CLINIQUE DE WURTZBOURG; dirigée par le professeur MARCUS.

Obs. — Marg. Veith, âgée de 28 ans, de Landau (Bavière rhénane), dès l'âge de 14 ans, souffrait de la poitrine, mais trop faiblement pour consulter un médecin. Vers la fin de l'année dernière, les symptômes augmentèrent et la malade entra à l'hôpital. Ce n'est qu'à l'aide de l'auscultation qu'on soupçonna la présence d'un produit étranger dans le poumon gauche. De temps en temps Veith rendit par la toux des cheveux rouges, et, d'après son dire, ce phénomène s'est déjà répété à plusieurs reprises, depuis l'âge de 14 ans, où elle est devenue maladive. Comme on soupçonnait une supercherie, on la surveillait encore avec plus de soin. Dans les derniers temps, la maladie devenait plus inquiétante, et la fille expulsa plusieurs fois des mèches entières, bien peignées, de cheveux rouges. Elle mourut le 15 mars.

A l'autopsie, on trouva dans le parenchyme du poumon gauche plusieurs tumeurs de forme variable, dont deux étaient plus grandes qu'un œuf de poule. La substance hétéroplastique était partout sillonnée par des véritables masses de cheveux, dont on put facilement retirer des brins isolés. Dans l'intérieur de la substance elle-même, il existait une cavité dont les parois étaient tapissées par une membrane, sur laquelle on vit également des cheveux. La cavité elle-même contenait encore une masse fluide, albumineuse.

Nous aimons à croire que le rédacteur du journal n'aurait pas enregistré ce fait extraordinaire, sans avoir en mains les moyens de garantir son authenticité.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 30 SEPTEMBRE.

LOIS DE LA POPULATION.

M. Nestor Urbain présente un mémoire sur les *périodes d'accroissement et de décroissement dans les populations des divers pays*; ce mémoire a pour but d'établir, contrairement aux idées produites par Malthus et les économistes qui ont appuyé ses doctrines:

1° Que la proportion des subsistances ne détermine pas la proportion des habitans d'une contrée;

2° Que l'activité morale d'où naît la prospérité générale, et qui dépend des antécédens et de l'avenir d'un peuple, a une influence proportionnelle sur la multiplication des hommes;

3° Que de là on arrive à cette conclusion: que la guerre, la peste, les épidémies et tous les fléaux qui tendent à diminuer l'espèce humaine, ont presque toujours un résultat contraire, par l'activité morale, le déplacement des richesses et l'espérance dont ils sont les causes médiates;

4° Que la conquête n'a anéanti les nations que dans les cas où elle a cerné le peuple, vaincu dans un cercle d'isolement, le privant de toutes communications extérieures, et ce résultat est lien dans toutes les grandes époques de l'histoire où le centre de la civilisation s'est déplacé;

5° L'auteur, en terminant, combat l'opinion de MM. Charles Dupin et Jules Bienaymé, qui ont tiré de la comparaison des naissances au commencement du siècle avec la proportion des conscrits qui se sont présentés vingt ans après, un argument en faveur de l'accroissement considérable de la population en France. Il fait remarquer que les guerres, le choléra et la révolution de 1830 ont multiplié les naissances; que les décès hors de France pendant les années de la révolution et de l'empire, et les fils des fonctionnaires, des émigrés et des militaires nés hors du territoire, ont modifié beaucoup la proportion qui doit exister à la naissance, à l'âge de la conscription, et surtout si on remarque que les auteurs précités ont opéré sur la population des hommes et des femmes, dont une partie a été stationnaire, tandis que l'autre a été très mouvante. L'auteur prévoit que le décroissement de la population sera sensible dans le second quart du dix-neuvième siècle, et ramène ensuite la question

des tables de mortalité, qu'il se propose de discuter par comparaison dans un prochain mémoire.

EFFETS SINGULIERS D'UN ÉBRANLEMENT DU SOL DU A UNE FORTE EXPLOSION.

M. Arago signale un fait remarquable qu'il a eu l'occasion d'observer, il y a peu de temps, dans le bâtiment des archives, où il s'était rendu avec MM. Quetelet et Bouvart pour une vérification relative aux mesures belges. Dans une colonne de la façade du bâtiment qui regarde du côté des jardins, un tronçon d'un fût de colonne est déplacé de la moitié de son épaisseur. En s'informant près de M. Dannon de la cause de cette singularité, il apprit que le déplacement avait eu lieu par suite de l'explosion de la poudrière de Grenelle. Comme on doit s'occuper bientôt de faire aux bâtimens des réparations, par suite desquelles disparaîtra sans doute cette trace d'un mouvement qui avait si loin son origine, trace qui était restée quarante et quelques années sans exciter l'attention des savans, l'Académie croira peut-être convenable de charger une commission de constater le fait et d'en rendre compte.

MM. Arago, Poncelet, Coriolis composeront cette commission.

M. Bouvart rappelle, à cette occasion, un autre effet de la même explosion, à une distance moindre, mais encore assez grande du moulin à poudre. A l'Observatoire, la porte du souterrain, voisine du pied de l'escalier, fut enfoncée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 1er OCTOBRE (1).

CORRESPONDANCE.

La correspondance renferme 1° une lettre de M. Leroy d'Etiolles avec envoi de deux instrumens nouveaux pour la staphylоraphie (commissaires : MM. Velpeau et Bérard); 2° une lettre de M. Olivier (d'Angers), qui fait hommage à l'Académie d'un mémoire à consulter sur un cas de médecine légale.

CAS GRAVE DE MÉTRORRHAGIE; HEUREUX EMPLOI DES IRRIGATIONS CONTINUES D'EAU FROIDE.

Après un court rapport sur le traitement des écoulemens leucorrhéiques par une préparation astringente, M. Capuron fait un rapport étendu sur un cas grave de métrorrhagie, communiqué par M. Foucaut, suivi de réflexions par M. Boinet; cette observation et les réflexions de M. Boinet ont été publiée dans la GAZETTE MÉDICALE, année 1838, p. 183. (Insertion aux bulletins; remerciemens aux auteurs. Adopté.)

DU FROID CONSIDÉRÉ COMME MODIFICATEUR GÉNÉRAL ET MODIFICATEUR LOCAL THÉRAPEUTIQUE.

M. LACORBIÈRE lit un mémoire qui se rattache à un travail étendu qu'il publie maintenant sur ce sujet.

ANUS ARTIFICIEL ÉTABLI DANS LA RÉGION LOMBAIRE GAUCHE.

M. AMUSSAT donne de nouveaux détails à l'Académie sur la première opération d'anus artificiel qu'il lui a communiquée le 18 juin dernier. (GAZ. MÉD., page 398.)

La malade va aussi bien qu'il est possible maintenant; elle a repris ses forces et sa santé. Cependant la tumeur abdominale, cause du rétrécissement de l'intestin, n'a point disparu. L'anus artificiellement établi par mon procédé (incision transversale au lieu de l'incision verticale de Callisen) est, à l'heure qu'il est, dans les meilleures conditions possibles; l'orifice est arrondi, bien régulier, et cette infirmité est beaucoup moins dégoûtante qu'il ne l'aurait pensé. Madame D. va une ou deux fois par jour à la garde-robe; il n'y a pas, comme on pourrait le croire, écoulement continuel des matières fécales, le bandage contentif suffit à le prévenir.

M. VELPEAU : Le fait dont M. Amussat vient de vous entretenir est intéressant sous trois points de vue : 1° la maladie pour laquelle cette opération a été pratiquée est fort grave, elle est constamment suivie de la mort; il est donc important d'y trouver sinon un remède au moins un soulagement de quelque durée; or plusieurs faits tendent à démontrer que l'établissement d'un anus artificiel a réussi à prolonger la vie. La malade chez laquelle Marckland établit un anus artificiel dans la fosse iliaque gauche a vécu plus de quatre mois après l'opération. Celle chez laquelle M. Syme fit pareillement un anus anormal dans le même point pour une affection cancéreuse du rectum survécut seize mois; on ne saurait douter que toutes deux n'eussent succombé au bout de quelques semaines si on eût abandonné le mal à lui-même.

2° Le lieu choisi par M. Amussat pour la formation de la nouvelle issue aux matières fécales me semble moins commode que celle qu'on établit dans la fosse iliaque gauche, où l'ouverture étant sous les yeux du malade, peut être convenablement surveillée, nettoyée, etc. Je sais bien que dans ce dernier cas le péritoine est nécessairement attaqué, ce qui n'a pas lieu dans la méthode de Callisen, et sous ce rapport il y aurait en théorie un grand avantage au profit de cette dernière.

Les deux opérations pratiquées par M. Amussat, et qui toutes deux ont été suivies de succès, prouvent certainement en faveur de son procédé; mais les deux faits que j'ai rappelés tout-à-l'heure démontrent aussi l'avantage du procédé de Littre. J'ai fait moi-même l'opération de l'anus artificiel chez une vieille femme qui présentait déjà tous les symptômes de la cachexie cancéreuse, chez laquelle, par suite de la rétention des matières fécales, et de la distension des intestins qui en était la suite, une péritonite commençait déjà à se développer. J'ai fait l'incision dans la fosse iliaque gauche; l'S iliaque du colon qui pressait les parois abdominales a pu être facilement incisée sans que l'air pénétrât dans le péritoine; puis à l'aide de quatre ou cinq points de suture faits à l'intestin, au pourtour de la plaie des parois abdominales, les matières fécales sortirent en abondance; mais la péritonite continua, et la malade succomba le deuxième jour. A l'autopsie, on trouva les traces de cette inflammation, des adhérences qui fixaient l'intestin à la plaie; point d'épanchement dans le ventre. Je ne pense pas que ce fait avec les circonstances qui s'y rattachent puisse prouver pour ou contre la méthode de Littre.

3° Je dois dire enfin que la modification de M. Amussat me semble utile en ce sens qu'il entraîne en avant l'intestin de manière à ce qu'on puisse facilement le voir, ce qui diminue un des inconvéniens de la méthode de Callisen.

M. DUBOIS (d'Amiens) demande quelques renseignemens sur les circonstances qui ont précédé l'opération. Il voudrait savoir si les vomissemens qu'a éprouvés la malade, et les autres symptômes ne pourraient pas être rapportés à la hernie dont elle était affectée, et qui s'étrangla : la nature de l'obstacle a-t-elle été bien constatée? reste-t-il encore une tumeur dans le ventre?

M. GERDY préfère l'incision dans la région lombaire à celle de la fosse iliaque. On n'a pas à craindre nécessairement d'ouvrir le péritoine comme dans ce dernier cas. S'il existe un mésocolon, les lames qui le forment, lâchement unies par du tissu cellulaire, pourront être facilement écartées. Resterait, il est vrai, le danger d'inciser les vaisseaux qui occupent précisément le point interstitiel, mais il serait facile de les lier. Le point des parois abdominales attaqué par ce procédé est beaucoup plus mince qu'on ne pourrait le croire de prime abord; là ne se rencontrent que des aponévroses; en incisant verticalement, on évite les fibres musculaires. Dans le procédé de M. Amussat (incision transversale), on est obligé de couper des muscles, et l'on est plus exposé à tomber dans le péritoine, c'est en raison de ces inconvéniens que je préfère le procédé de Callisen.

Quant aux moyens de diagnostic employés par M. Amussat, je les regarde comme insuffisans; l'incision du sphincter me paraît offrir beaucoup d'avantage; elle n'est guère plus, peut-être, moins douloureuse que la distension exagérée, et permet de pénétrer beaucoup plus avant. Il est si important de s'éclairer complètement dans des cas aussi graves qu'on ne saurait repousser l'emploi de ce moyen. Au reste, l'exploration est, dans les généralités des cas, fort difficile, l'incision même ne permet pas toujours d'établir un diagnostic précis et de limiter l'étendue du mal.

M. AMUSSAT : Ce qui fit rejeter la méthode de Callisen dès les premières applications, ce fut l'incision du péritoine que n'évitèrent ni Callisen lui-même, ni Duret, dans les essais qu'ils firent sur le cadavre, et le premier dans l'opération qu'il pratiqua sur le vivant. Cet inconvénient capital est inhérent à la méthode de Littre, cela est de toute évidence. Or le procédé que j'ai suivi n'y expose que dans les cas d'existence d'un mésocolon iliaque, que je n'ai jamais rencontré dans les recherches que j'ai faites à ce sujet sur le cadavre. L'incision transversale telle que je l'exécute donne plus de facilité pour trouver l'intestin qu'une section verticale; cela est si vrai que chez mon second malade il fallut inciser le tiers externe du muscle carré lombaire sous lequel était le gros intestin, on n'aurait pu le trouver par la simple incision verticale, caché qu'il était et revenu considérablement sur lui-même. Sous le rapport de l'innocuité de l'opération, telle que je l'ai pratiquée, je dois insister sur le peu de gravité des symptômes qui l'ont suivie; le soulagement a été immédiat, à peine y a-t-il eu une réaction fébrile; ce qui est bien différent des accidens qu'on observe à l'occasion des lésions du péritoine, des épanchemens de bile, de matières fécales, dont les expériences sur les animaux m'ont démontré toute la gravité.

Aux deux faits cités par M. Velpeau en faveur de la méthode de Littre, je pourrais en joindre deux autres non moins heureux; l'un dû à un chirurgien de Genève, Fine; et qui m'a été indiqué par M. Bousquet. On alla chercher l'intestin par une incision faite au niveau de l'ombilic; ce fut par hasard qu'on tomba sur le colon, car on cherchait plutôt l'intestin grêle; il s'agissait d'une tympanite stercorale; le malade guérit; on réussit également dans un quatrième cas. Je dois ajouter ici que l'enfant opéré par M. Roux, et qui succomba, doit rentrer dans cette catégorie, et non point dans celle à laquelle se rattache mon procédé, puisque M. Roux incisa dans la fosse iliaque.

Je ne pense pas que l'objection tirée du danger d'inciser les vaisseaux ait quelque valeur, M. Gerdy lui-même y a répondu en parlant de la facilité qu'on aurait à les lier. Dans le cas où l'on couperait quelque artère plus superficielle, on pourrait de la même manière la lier ou la tordre.

Je ne saurais, dit en terminant M. Amussat, partager l'opinion de M. Gerdy sur l'utilité de l'incision du sphincter, d'autant que, dans le cas dont il parle, cette incision ne servit pas à grand chose; en me faisant pousser le coude, comme je l'ai indiqué, on arrive excessivement haut; le sphincter prête assez pour cela, et l'on évite l'inconvénient d'une nouvelle opération, que je repousse tout à fait.

M. VELPEAU pense qu'en suivant le procédé de M. Amussat, on incisera dans beaucoup de cas le péritoine. Que ce n'est pas, au reste, cet accident qui a fait rejeter cette méthode, puisqu'il a eu lieu chez tous les malades opérés par la fosse iliaque, soit dans des cas de rétrécissemens cancéreux, soit lorsqu'il s'agissait d'oblitération congénitale, et que cependant un certain nombre ont guéri; c'est bien plutôt la position incommode de l'anus anormal qui a fait préférer l'incision à la paroi abdominale antérieure. En somme donc, si la théorie semblait favorable à l'adoption du procédé de M. Amussat, pratiquement la question n'est pas décidée, surtout si, aux faits heureux qui ont été recueillis chez des adultes, on vient à joindre ceux qui se rapportent à des enfans.

M. GERDY revient sur la possibilité d'arriver au colon, en n'incisant que des

(1) Dans le compte-rendu de la dernière séance (Voy. GAZ. MÉD., 28 septembre), nous avons, par erreur, signalé la participation de M. Couerbe aux recherches dont M. Orfila a communiqué les principaux résultats à l'Académie : Les faits exposés par M. Orfila lui sont propres; les travaux auxquels M. Couerbe a pris part avec lui seront publiés plus tard.

(N. DU R.)

plans fibreux. J'ai insisté sur ce point, dit-il, dans mon anatomie des formes extérieures, où j'ai établi, par des expériences nombreuses, qu'on pouvait aller inciser le rein, lier les artères lombaires, sans léser le péritoine. S'il y avait un mésocolon, on pourrait le dédoubler avec les doigts, comme je l'ai dit; mais cet avantage ne peut se trouver que dans l'incision verticale. On conçoit tout le parti qu'on peut en tirer pour aller ouvrir des abcès du rein, lier des vaisseaux ouverts par un coup de lance, par exemple, porté dans cette région.

M. Amussat ne partage pas l'opinion de M. Gerdy sur la facilité d'éviter le péritoine; il rappelle encore ce qui arriva à Callisen, et la difficulté qu'il éprouva à mettre à nu l'intestin chez le second malade, où il fallut inciser le muscle carré des lombes. Je regrette, que l'heure avancée ne me permette pas de vous entretenir aujourd'hui de cette seconde opération qui a été aussi heureuse que la première. Le malade est actuellement dans un état de santé que je n'avais même pas osé espérer.

M. Chervin, qui a vu la première malade de M. Amussat, sept à huit jours après l'opération, dit qu'il a été surpris de la bénignité des symptômes qui existaient à cette époque; à peine y avait-il de la fièvre; les matières sortaient à certains intervalles par l'orifice anormal, dont la forme se régularisait déjà; l'amélioration n'a été, comme on l'a vu, qu'en augmentant.

Il est plus de cinq heures, la séance est levée.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur le lait; par MM. Chevallier et O. Henry, chimistes et membres de l'Académie royale de médecine. — 48 pages in-8. Paris 1839, chez Félix Locquin et comp., rue Notre-Dame-des-Victoires, n. 16.

Qui ne croirait, d'après l'importance dont jouit le lait parmi les substances alimentaires et d'après le nombre de travaux dont il a été le sujet, que tout a été dit et qu'il ne doit plus rester de recherches à faire sur ce liquide si utile dans l'économie domestique? L'analyse que nous allons faire de ce nouveau travail va nous prouver que la science est loin d'être aussi avancée sur ce point qu'on serait disposé à le croire.

Les auteurs de ce mémoire se sont spécialement attachés à l'étude des points dont jusqu'ici on s'était le moins occupé ou sur lesquels on avait obtenu le moins de données positives; ainsi ils ont donné une attention toute spéciale à l'examen analytique et comparatif du lait pris à l'état normal chez la femme et chez différens animaux, en tenant compte de l'influence que peuvent avoir sur sa composition chimique, l'âge des animaux, leur nourriture, l'état de fatigue, de maladie, l'époque plus ou moins rapprochée de l'accouchement ou du part; puis ils ont cherché à constater les modifications que produisent dans la nature du lait divers médicamens administrés aux animaux; et enfin ils se sont occupés de la pureté du lait considéré comme produit économique, des falsifications qu'on lui fait subir et des moyens de les reconnaître.

Nous allons voir dans le tableau suivant les moyennes des principes connus du lait chez la femme et quelques animaux, résultant d'un grand nombre d'essais comparatifs :

LAIT.....	DE VACHE.	D'ANESSE.	DE FEMME.	DE CHÈVRE.	DE BREBIS.
Caséum sec........	4,48	1,82	1,52	4,02	4,50
Beurre..........	3,15	0,11	3,55	3,32	4,20
Sucre de lait sec..	4,77	6,08	6,50	5,28	5,00
Sels divers......	0,60	0,34	0,46	0,58	0,68
Eau............	87,02	91,65	87,98	86,80	85,62
	100	100	100	100	200
Substances solides.	12,98	8,35	12,02	13,20	14,38

La nourriture qu'on donne aux animaux influe beaucoup plus sur la proportion du lait qu'ils produisent que sur la nature de ce lait; il est cependant constant qu'il devient plus ou moins riche en parties solides. Ainsi, lorsque les vaches sont nourries au sec ou au fourrage vert, elles fournissent un lait plus abondant et plus riche en crême; avec les pommes de terre et avec les fourrages secs, le lait est plus aqueux; le lait de la vache nourrie à la betterave et à la carotte, soumis à plusieurs essais comparatifs a fourni les moyennes suivantes :

	VACHES NOURRIES A LA CAROTTE.	A LA BETTERAVE.
Caséum sec........	4,20	5,75
Beurre........	3,08	2,75
Lactine........	5,50	5,95
Sels........	0,75	0,68
Eau........	86,67	86,87
	100	100
Substances solides........	13,33	13,13

En outre, dans le dernier cas, la quantité de lait est plus considérable. Le lait d'une vache qui a été nourrie aux lentilles, dans le but de reconnaître si ce qu'on avait avancé que les lentilles donnaient plus de lait aux animaux qui en faisaient usage, a fourni un peu moins de beurre et de caséum.

Pour les ânesses, le lait obtenu par suite de la nourriture à la betterave et à la carotte, comparé à celui obtenu d'animaux nourris avec la luzerne et l'avoine, était sensiblement plus riche, chez les premières, en parties solides et probablement aussi plus nutritif.

Les auteurs font remarquer ici que lorsqu'on change la nourriture d'une ânesse, on doit attendre quelques jours avant d'en faire prendre le lait aux malades. L'animal paraît ressentir quelques modifications peu avantageuses pour le lait, et qui tiennent à un trouble général de l'organisme. Ce n'est donc qu'au bout de quelques jours de l'usage d'une nouvelle nourriture qu'on peut apprécier l'influence réelle qu'elle a produite.

Il y a encore d'autres circonstances qui agissent d'une manière plus active que l'alimentation sur la nature du lait : l'une des plus importantes, c'est la fatigue. Désirant apprécier, autant que possible, l'influence qu'elle pouvait exercer sur la nature du lait, les auteurs ont prié M. Poinsot (1) de faire promener, à plusieurs reprises, des ânesses, de manière à les fatiguer excessivement et ont obtenu la moyenne suivante sur quatre essais pratiqués avec ce lait :

Caséum sec........	1,12
Beurre........	0,13
Lactine........	5,90
Sels........	0,61
Eau........	92,24

En comparant ce résultat à celui consigné dans un tableau ci-dessus, on reconnaît que la fatigue a pour effet de diminuer chez les animaux les proportions des parties solides du lait et de le rendre plus aqueux. C'est probablement pour éviter ces modifications dans le lait, destiné aux malades, qu'on transporte aujourd'hui dans des voitures, nouvelle sorte d'omnibus, les ânesses qui fournissent ce lait, et qu'on voyait auparavant courir dans toutes nos rues avec une vitesse qui ne pouvait être que très préjudiciable aux qualités de leur lait.

On a attribué des qualités différentes au lait des femmes blondes et des femmes brunes. MM. Chevallier et Henry n'ont pu s'assurer de l'exactitude de cette opinion, mais ils n'ont pu trouver aucune différence appréciable entre le lait des ânesses grises et celui des ânesses noires.

Nous laissons de côté les autres circonstances qui modifient la nature du lait, telles que l'éloignement de l'accouchement ou du part, les faits qui s'y rattachent étant généralement connus, et nous arrivons à la partie de la brochure où les auteurs s'occupent du passage des diverses substances dans le lait, question qui avait déjà été examinée par M. Peligot, dans son beau travail sur le lait d'ânesse. Nos auteurs ont eu pour but non seulement de répéter les expériences faites par ce chimiste, mais encore d'agir avec d'autres substances actives. La plupart de ces substances ont été associées au sel marin, dont ces animaux sont très friands, et, pour faciliter l'administration des médicamens, ils ont agi sur des ânesses, dont le lait est particulièrement employé comme agent thérapeutique. Voici quelques-uns des faits principaux qui se rattachent à ces expériences :

1° Le sel marin passe très abondamment dans le lait;

2° Le bicarbonate de soude passe dans le lait et lui donne une alcalinité marquée;

(1) Nous devons nous associer ici aux remercimens que les auteurs de ce mémoire adressent à plusieurs reprises à M. Poinsot, qui, pour faciliter leurs essais, a mis à leur disposition tous les animaux (vaches, ânesses et chèvres), qui se trouvaient dans son établissement (rue de Chabrol, 28), qu'on peut regarder comme une *vacherie modèle*. Ce nourrisseur instruit et zélé n'a pas même craint de compromettre ses intérêts d'une manière grave en livrant à MM. Chevallier et Henry plusieurs de ses animaux pour être soumis à des expériences dangereuses, et qui, comme nous l'allons voir dans la suite de ce mémoire, ont été mortelles pour quelques-uns d'entre eux.

4° Le sulfate de soude y passe aussi, mais en très faible proportion; il n'y devient sensible qu'après avoir été administré trois ou quatre fois et à la dose d'une once à la fois. Il en est de même de l'iodure de potassium: l'iode ne pouvait être constaté dans le lait qu'après que l'animal en avait pris plus de trois grammes;

4° l'oxide de fer, l'oxide de zinc, le sous-nitrate de bismuth pris à l'état d'hydrate et associés à du miel, ont été retrouvés dans le lait des ânesses auxquelles on avait administré ces substances;

5° Le sulfate de quinine, le nitrate de potasse, les sulfures de potassium et de sodium et les sels mercuriels n'ont pu être retrouvés dans le lait, malgré les recherches les plus minutieuses faites sur le sérum et le caséum, et bien que ces substances eussent été administrées à des doses élevées.

Les résultats de ces divers essais sont d'une grande importance, surtout pour la médecine des petits enfans, auxquels il est facile d'administrer les substances médicamenteuses qui passent dans le lait des animaux; mais ces essais n'ont pas été faits sans altérer plus ou moins la santé des animaux; ainsi, la quantité de lait qu'ils fournissaient apparavant ne tardait pas à diminuer; le lait obtenu pendant le cours de ces essais prenait une couleur jaune lorsqu'on le chauffait, et contenait moins de parties solides, et une plus grande quantité de beurre. La santé générale des ânesses était plus ou moins compromise; quelques-unes même ont succombé pendant les expériences faites avec les sulfures de potassium et de sodium, bien que ces médicamens ne fussent administrés qu'à de très petites doses.

Il devait être d'une bien grande importance de déterminer exactement, s'il était possible, les caractères véritables du lait pur, ce produit qui sert d'aliment presque unique à une grande partie de la population des grandes villes, à celle qui, par sa faiblesse, doit inspirer le plus d'intérêt, aux enfans, à beaucoup de malades, et à un trop grand nombre de femmes; mais jusqu'ici tous les efforts des savans qui se sont occupés de ces recherches n'ont amené que des résultats difficiles à reprodnire, ou trop incertains pour offrir des données positives.

Parmi les impuretés que peut contenir le lait, il en est qui y sont introduites dans l'économie elle-même, telles que le mucus, le pus, le sang, que M. Donné y a reconnus par l'examen microscopique, et dont il a déterminé les caractères; malheureusement ces derniers ne peuvent être constatés qu'au moyen du microscope, dont l'usage est encore trop peu répandu, pour que cette découverte soit d'une application facile et générale.

MM. Chevallier et Henry ont constaté que le lait de vache est acide au sortir du pis de l'animal, ce qui a été contesté par quelques chimistes. Ce caractère qui, comme on sait, augmente d'intensité dès que le lait est exposé à l'air, se rencontre rarement dans le lait de femme frais, et, au contraire, est presque aussi fréquent dans le lait de chèvre que dans celui de vache. Cette acidité du lait qui, si nous en croyons MM. d'Arcet et Petit, produit des effets fâcheux dans l'allaitement des enfans, peut être combattue facilement, en en mêlant dans le lait une certaine quantité de bicarbonate de sonde, ou, mieux encore, en faisant prendre à la nourrice une petite quantité de bicarbonate de soude ou de potasse, ou en lui faisant prendre une eau alcaline gazeuse.

Le lait qui se vend dans les rues de Paris paraît être un mélange de lait écrémé, auquel on ajoute un quart et demi et même une demie d'eau environ. L'eau qu'on ajoute au lait pour le falsifier est quelquefois chargée de quelques principes particuliers; on aurait tort de croire que ces principes sont très nombreux, et que l'on y fait entrer des émulsions d'amandes, des émulsions de chenevis, des émulsions de jaunes d'œufs; car, outre que ces additions n'augmentent pas plus sensiblement la densité du lait que son mélange avec de l'eau ordinaire, la saveur particulière de la plupart de ces émulsions ne permettrait pas de les méconnaître.

Les auteurs paraissent avoir fait quelques recherches pour savoir quel est le nombre des vaches qui fournissent le lait destiné à l'approvisionnement de Paris, et la quantité du lait qui y est vendu journellement; mais il leur a été impossible de trouver, pour ces deux questions, un chiffre qui pût être regardé comme véritable.

Nous trouvons ici la description et la figure d'un nouveau pèse lait ou galactomètre, composé de deux pièces, dont l'une est destinée à prendre le degré du lait, et l'autre à faire connaître la quantité de crème qui se trouve dans ce liquide. Cet appareil, qui a été construit par M. Dinocourt, sur la demande des auteurs, et qui n'offre pas les inconvéniens de la plupart des autres galactomètres employés, nous a paru simple et à la portée de tous. Les points qui y répondent à la densité du lait mélangé, du lait de femme, du lait de vache pur, du lait d'ânesse pur, du lait de chèvre pur, et enfin du lait écrémé, sont indiqués par des couleurs différentes, et sont assez éloignés, pour qu'on puisse attacher quelque importance aux résultats des recherches faites avec cet instrument.

Nous ne terminerons pas notre notice sans indiquer l'analyse d'un produit animal auquel on a longtemps accordé, et auquel on accorde encore, peut-être avec raison, une influence bienfaisante dans le traitement de quelques cas de phthisie pulmonaire; c'est l'analyse de l'exhalation pulmonaire des vaches qui, se dégageant sous la forme d'une vapeur assez épaisse, a été recueillie à l'état liquide dans des vases placés à l'entrée des ventilateurs; ce produit était sous la forme d'un liquide incolore, sensiblement ammoniacal, et présentait une odeur et une saveur musquées, propres aux étables à vaches. Par l'action de la chaleur, cette odeur devenait encore plus sensible; l'examen chimique n'y a fait déconvrir aucune trace de sel calcaire, on à base de potasse et de soude. Il était composé

1° De beaucoup d'eau.
2° De lactate.....
De carbonate.. } à base d'ammoniaque.
D'acétate......
Et d'hippuriate.
3° D'une matière volatile balsamique musquée rappelant l'odeur des étables de vaches.

Si les auteurs de ce mémoire laissent encore une foule de questions relatives au lait sans solution, ils ont au moins signalé quelques faits nouveaux, confirmé quelques résultats déjà annoncés, et redressé quelques erreurs; ce qui, pour un produit d'un usage aussi fréquent que le lait, ne laisse pas que d'avoir une certaine importance.

VARIÉTÉS.

— On lit dans le BRISTOL-JOURNAL:

« M. Ceely, chirurgien à Aylesbury, croit être parvenu à démontrer que le cow-pox et le virus variolique ont la même origine; que le premier n'est que la petite vérole communiquée à la vache. M. Ceely a inoculé la variole à des vaches, et les pustules qui en sont résultées lui ont offert tous les caractères du cow-pox. M. Ceely a ensuite inoculé à des enfans du pus pris sur les pustules produites artificiellement chez la vache, et il a obtenu des pustules tout à fait semblables à celles du véritable vaccin. Pour avoir une contre épreuve, M. Ceely inocula aux mêmes enfans du pus variolique sans produire la petite vérole. Déjà 25 inoculations ont été faites avec ce virus, qu'on pourrait appeler variole de la vache (*variola vaccina*), et chaque tentative a été couronnée de succès. »

CONFÉRENCES CLINIQUES

SUR LES DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX.

M. le docteur Jules Guérin a terminé mercredi dernier l'histoire du PIED-BOT. Il commencera la seconde partie de ses Conférences, samedi 5 octobre, par L'HISTOIRE GÉNÉRALE DU RACHITISME.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 41. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 12 OCTOBRE 1839.

Gazette Médicale DE PARIS.

LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 14, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ÉPIDÉMIES.

HISTOIRE DE L'ÉPIDÉMIE DE SUETTE MILIAIRE QUI A RÉGNÉ DANS PLUSIEURS COMMUNES DE L'ARRONDISSEMENT DE COULOMMIERS, PENDANT LES MOIS DE MAI ET JUIN 1839; par MM. BARTHEZ, GUÉNEAU DE MUSSY et LANDOUZY, docteurs en médecine, anciens internes des hôpitaux de Paris, etc., etc.

(SUITE. — Voir le numéro du 28 septembre.)

Pour exposer avec méthode les caractères de l'affection épidémique soumise à notre observation, nous en tracerons d'abord un tableau succinct et rapide, dans lequel nous nous attacherons surtout à présenter les symptômes dans leurs rapports mutuels et à décrire la marche de la maladie sous la forme que nous avons le plus souvent observée. Nous indiquerons ensuite les variétés qu'elle nous a offertes, cherchant à les rattacher à plusieurs types principaux, qui embrasseront, autant que possible, les individualités nombreuses que l'on rencontre toujours dans une épidémie; puis, prenant isolément chaque symptôme, nous l'étudierons en lui-même, dans ses variétés, dans son développement, et nous indiquerons le rôle qu'il a joué dans l'ensemble des perturbations fonctionnelles.

Nous distinguerons dans la marche de la suette miliaire des signes précurseurs, une période d'invasion, une période d'éruption et une période de desquammation.

La nature et la durée des prodromes ont beaucoup varié. Souvent la maladie débutait tout-à-coup sans être annoncée par aucun signe précurseur. Nous avons vu des malades qui, la veille, vaquaient à leurs occupations habituelles, le soir se couchaient bien portans, et pendant la nuit se réveillaient inondés de sueur.

Feuilleton.

MAGNÉTISME ANIMAL; PHRÉNOLOGIE; HOMÉOPATHIE; HYDRIATRIQUE.

(A propos de quelques écrits récens.)

Nous prions d'avance ceux de nos lecteurs qui n'ont pas de temps à perdre de ne pas lire ce qui suit, car ils n'en retireraient ni profit ni instruction aucune. Le titre seul de cet article prouve, du reste, qu'il n'y faut rien chercher de sérieux. Ce sont des excursions extra-scientifiques permises au *feuilleton*, pourvu qu'il n'en abuse pas. Or, sur ce point, nous sommes en règle; et, si l'on veut bien se rappeler que, depuis près d'un an, nous avons obstinément refusé d'écouter les magnétiseurs, les homéopathes et les phrénologues, malgré leurs fredaines répétées, on admirera notre modération. C'est même par suite de cette discrétion, peut-être excessive, que nous faisons aujourd'hui comparaître à la fois ces trois classes d'intéressans personnages, bien que chacune ait certainement son genre particulier d'agrément et le droit incontestable de fournir à elle seule un sujet d'innocente récréation.

Nous sommes introduits au cœur même du sujet par un écrit ayant pour titre : LETTRES SUR LE MAGNÉTISME ET LE SOMNAMBULISME, etc., et pour auteur un de nos confrères, M. le docteur Frappart. L'ouvrage est déjà fort ancien, car il a trois mois de date. Aujourd'hui il faut prendre les livres, pour ainsi dire au passage, et il n'y a de vraiment nouveau que ce qui n'est pas encore publié. Toutefois, celui-ci mérite un coup-d'œil rétrospectif. L'auteur est, en effet, sous le rapport psychologique, un phénomène rare : il a réuni dans sa tête, par la plus étonnante des synthèses, les trois pseudo-sciences médicales de l'époque; il est à la fois magnétiseur ardent, homéopathe zélé, phrénologue parfait. Je dis que cette sorte de cumul est extrêmement curieuse, psychologiquement parlant, car il est de l'essence de ces espèces de monomanies scientifiques de s'exclure réciproquement et de ne pouvoir habiter sous le même toit. Cette exclusion s'expliquerait au besoin par des raisons métaphysiques très profondes; mais nous nous contenterons du simple fait. Ainsi, pour citer un exemple célèbre, M. Bouillaud, qui tient si fortement pour la phrénologie, a en abomination l'homéopathie et le magnétisme animal. Les partisans d'Hanemann s'indignent d'être comparés à ceux de Gall, et les magnétistes regardent presque comme des balluchés les croyans des deux autres sectes. Mais le docteur Frappart est, comme nous le disions, syncrétiste; il a divisé sa foi scientifique en trois parties égales, l'une pour Gall, l'autre pour Hannemann, et la troisième pour Mesmer; il en a même, au besoin, une quatrième pour la médecine physiologique; et Dieu et le temps aidant, il pourra peut-être trouver encore quelque coin pour y mettre l'*hydriatrique* (ou médecine de l'eau froide), qui règne maintenant en Allemagne, source de toutes les belles choses de ce genre, et réserver un quatrième piédestal au paysan *Priesnitz*, de Græffenberg, son inventeur. Ceci est, sans doute, fort étonnant; mais, ce qui ne l'est pas moins encore, c'est que M. Frappart est en même temps homme d'esprit, et même homme de sens; il est logicien exact, dialecticien pressant, pé-

D'autres éprouvaient, pendant plusieurs jours, ou plusieurs heures seulement, une sensation de malaise, de lassitode, de douleur dans les articulations et surtout dans les genoux et les poignets. A ces symptômes se joignaient quelquefois de la céphalalgie sus-orbitaire, une légère douleur dans la région épigastrique, du mal de gorge, des nausées et des vomissemens; et, chez d'autres, une diarrhée peu intense, qui cessait lorsque la maladie se déclarait.

PÉRIODE D'INVASION.

Les sueurs qui constituaient le phénomène dominant de cette maladie en marquaient le plus souvent le début; rarement elles étaient précédées de frisson. Leur invasion était accompagnée de symptômes, dont plusieurs ont déjà été indiqués parmi les signes précurseurs, mais qui se montraient alors plus graves et plus prononcés. Les malades éprouvaient un sentiment croissant de lassitude et de malaise, qui les forçait à s'aliter; une céphalalgie sus-orbitaire, une sensation douloureuse de constriction épigastrique et d'étouffement, quelquefois très intense; il leur semblait qu'un poids énorme pesait sur leur poitrine et mettait obstacle à leur respiration. Beaucoup ont accusé dans la région épigastrique, dans le dos, ou dans la région du cœur, des battemens isochrones aux battemens du pouls, et quelquefois perceptibles à la main; beaucoup ont éprouvé alors des nausées et des vomissemens. A ces derniers symptômes se joignaient chez quelques malades des crampes tellement violentes qu'elles rappelaient le début du choléra-morbus.

En même temps que les sueurs devenaient plus abondantes, les symptômes que nous venons d'indiquer diminuaient d'intensité, quelquefois ils précédaient les sueurs et paraissaient s'amender sous leur influence; ces sueurs avaient, en général, une odeur fétide, que l'on peut comparer à celle qui s'exhale des matières organiques en putréfaction. Leur abondance était telle que les vêtemens et le lit du malade en étaient traversés, et qu'en soulevant ses couvertures on voyait s'élever comme une vapeur épaisse.

A cette époque, la face était rouge et les yeux injectés, les narines restaient humides; la langue, couverte d'un enduit blanchâtre, conservait également de l'humidité et n'offrait de rougeur ni à sa pointe ni sur ses bords; le pouls était fort, fréquent, développé. Cependant, chez beaucoup de malades, la fièvre fut médiocre. La soif était peu prononcée; les malades perdaient l'appétit, sans éprouver de répugnance pour les alimens; les urines devenaient rares et rougeâtres; les évacuations alvines se supprimaient. Tels étaient les symptômes de la première période; sa durée était de trois à quatre jours; mais, durant ce laps de temps, les malades éprouvaient des alternatives de rémissions et de paroxismes, qui, chez un grand nombre, affectaient une forme régulière. Les exacerbations ayant lieu surtout vers le coucher du soleil, chez quelques-uns, il y avait plusieurs redoublemens, dans les 24 heures, un le matin et un autre aux approches de la nuit; chez d'autres, enfin, les paroxismes se répétaient à des intervalles de temps inégaux, et sans qu'il fût possible de les rattacher à aucun type régulier.

PÉRIODE D'ÉRUPTION.

C'était, comme nous l'avons dit, du troisième au quatrième jour que cette période commençait. Le plus souvent, pendant la nuit, dans un de ces paroxismes fébriles qui marquent le cours de cette affection, les malades éprouvaient tout-à coup des picotemens violens, qui se faisaient principalement sentir dans le dos et dans les membres; à ces picotemens se joignait principalement une agitation vive et des soubresauts dans les membres; d'autres fois les malades n'accusaient qu'un simple engourdissement dans les bras et les poignets, accompagné de gêne dans les mouvemens; chez d'autres, c'était une sensation de démangeaison formicante ou d'articulation. C'était alors que se montrait sur la surface cutanée une éruption vésiculeuse dont on peut distinguer plusieurs variétés, sur lesquelles nous reviendrons plus tard. En commençant presque toujours par le dos et la partie antérieure du thorax, elle envahissait ensuite les membres; plus marquée en général dans le sens de la flexion que dans celui de l'extension; la fièvre était alors plus intense, les angoisses épigastriques plus prononcées; quelques malades accusaient encore des battemens dans différentes régions; rarement la céphalalgie et les nausées s'observaient à cette époque; bientôt une sueur abondante ruisselait de la surface cutanée, et cette crise éruptive était suivie d'une rémission prononcée dans les symptômes.

Au bout d'un temps plus ou moins long, de vingt-quatre heures chez les uns, de douze heures chez les autres, quelquefois à des intervalles plus rapprochées, survenait un nouveau paroxisme, prélude d'une nouvelle éruption, et marqué par la série de phénomènes que nous venons de décrire; les vésicules se multipliaient et devenaient, dans certains cas, presque confluentes; celles qui existaient déjà augmentaient de volume; en même temps le liquide qu'elles renfermaient changeait d'aspect extérieur; de transparent, il devenait opaque et comme purulent; quelques-unes s'affaissaient sans perdre leur transparence. C'était à cette époque que commençait la période de desquamation.

Dans les intervalles des paroxismes, il y avait quelquefois apyrexie complète; et la fièvre cessait habituellement d'une manière définitive vers la fin de cette période.

La langue présentait toujours le même enduit épais et blanchâtre, sans sécheresse. Chez beaucoup de malades, les gencives se recouvraient d'exsudations pseudo-membraneuses. Le ventre restait souple; quelquefois la région épigastrique offrait une légère sensibilité à la pression.

La constipation persistait et résistait à l'emploi des purgatifs et des lavemens; les urines étaient rares et chargées. Plusieurs fois, nous avons observé, vers les quatrième et cinquième jour, une dysurie passagère. Les malades étaient presque constamment privés de sommeil, ce que l'on doit attribuer en partie, sans doute, aux paroxismes et au prurit, qui survenaient pendant la nuit.

PÉRIODE DE DESQUAMMATION.

La desquammation commençait au bout de dix à dix jours, les vésicules s'affaissaient. On voyait alors l'épiderme se froncer, se rider et se détacher tantôt par menues écailles farineuses, tantôt par grandes plaques, surtout chez les sujets qui avaient présenté de larges vésicules. Les sueurs alors cessèrent complètement, ou ne se montèrent plus qu'à de rares intervalles; quelquefois encore les malades sentirent des picotemens, bientôt suivis de nouveaux boutons; mais, en général, cette éruption était très limitée, et disparaissait promptement. Alors les malades recouvraient

---

lémiste habile; il sait, en général, et ce qu'il dit et ce qu'il veut dire; il connait sa position, et s'en rend compte avec une justesse parfaite; il n'a ni le ton, ni les allures, ni les préjugés d'un enthousiaste et d'un mystique; son zèle et ses procédés de démonstration sont entièrement scientifiques; il pose toutes les questions sous leur véritable point de vue philosophique. Enfin, il y a dans ses lettres de la verve, de l'esprit, du trait, de l'originalité, tout ce qu'il faut enfin pour justifier notre étonnement.

Ces lettres sont, comme on sait, adressées à MM. Arago, Broussais, Bouilland, Donné et Bazille, membres de la société phrénologique de Paris. Elles offrent l'historique et le résumé de toutes les peines que se donna l'auteur pour faire triompher la cause du magnétisme animal en la personne de mademoiselle Pigeaire, si célèbre par son bandeau noir. Elles ont fait grand bruit, et même scandale, car le docteur Frappart, qui, comme on le peut voir par ses croyances, ne craint pas pour lui la responsabilité, n'a pas ménagé celle des autres. Il a cherché à compromettre dans l'affaire magnétique une foule de personnages qui s'en seraient passés volontiers. Il a écrit, parlé, visité et cabalé de toutes les manières, persuadé, comme il le dit lui-même, que la pureté de ses motifs et la hauteur du but permettaient et même commandaient l'usage de toutes les ruses de la guerre. On ne lui a pas pardonné, entre autres révélations, d'avoir dit que Broussais s'était converti avant sa mort au magnétisme animal et à l'homéopathie, accusation qui a fait jeter les hauts cris à beaucoup de gens et en particulier à M. Bouillaud; celui-ci l'a même dénoncée comme un outrage infamant, comme une *double crucification*, mot original, très justement admiré, et souvent cité par les phrénologues. Mais les méfaits de M. Frappart en ce genre sont sans nombre. Qui saurait, sans ses confidences, comment ont été escamotées les signatures de quelques notabilités littéraires et scientifiques, rassemblées à grand'peine autour de la table ronde de mademoiselle P., et spécialement celle de Mad. George Sand? Dans le cours de cette campagne magnétique, on peut dire que le docteur Frappart a dépensé plus de diplomatie qu'il n'en faudrait pour mener à bien la question d'Orient : il ne lui a manqué qu'une petite chose..., le succès. Tout lui a échappé au moment où il croyait toucher au but. M. Burdin a remis ses trois mille francs dans sa poche; mademoiselle Pigeaire a déposé son bandeau, et le magnétisme animal est de nouveau retombé à son état normal d'hypothèse.

On sait du reste que la GAZETTE MÉDICALE n'a aucune prévention *a priori* contre le magnétisme animal. Nous attendons seulement des preuves, c'est-à-dire des faits bien avérés. Nous raisonnons absolument sur ce point comme le docteur Frappart, seulement nous sommes plus difficiles en matière de démonstration, et nos yeux, nos oreilles, et tous nos sens sont moins aisés à contenter que les siens. Ainsi donc si nous ne partageons pas ses convictions, nous n'admettons pas non plus les furieux anathèmes qu'un de nos confrères (1) vient de lancer contre le magnétisme animal. Nous ne croyons pas que tous les magnétiseurs soient des saints, ni que le somnambulisme magnétique soit un état de pureté divine; mais Dieu nous préserve jamais de penser et surtout d'écrire avec ce nouvel adversaire, que le magnétisme animal, à titre de

(1) TRAITÉ DU MAGNÉTISME ANIMAL, considéré sous le rapport de l'hygiène, de la médecine légale et de la thérapeutique; par Lafont-Gouzi, professeur à l'école de médecine de Toulouse.

le sommeil. S'il ne s'était pas encore rétabli, l'appétit revenait et quelquefois le désir des alimens se faisait sentir longtemps avant cette période. La langue se nettoyait, quelquefois elle se dépouillait, et les malades éprouvaient dans la bouche une sensation qu'ils comparaient à celle que produisent des grains de sable.

Les excrétions alvines se rétablirent en général quand les malades purent se lever; mais souvent le ventre resta paresseux, et il fallut provoquer les selles à l'aide de lavemens purgatifs.

Les forces revinrent plus ou moins promptement, suivant la gravité de la maladie, et il n'était pas rare de voir des malades, cinq ou six jours après être sortis de leur lit, reprendre leurs occupations et leurs travaux; d'autres conservèrent pendant longtemps de la faiblesse musculaire et des douleurs dans les articulations.

Ce que nous avons dit jusqu'ici ne se rapporte guères qu'à la forme la plus simple et la plus bénigne de cette affection. Mais il n'en était pas toujours ainsi : on a vu des accidens graves éclater tout-à-coup chez des personnes qui paraissaient légèrement atteintes, et la mort terminer une maladie sur l'issue de laquelle on avait porté un pronostic favorable.

Chez d'autres personnes, l'affection s'est montrée dès le début avec un caractère de gravité alarmante; du reste, dans presque tous ces cas, quelle qu'ait été sa marche à son principe, la mort est survenue de la même manière, les malades succombant à la violence de la constriction épigastrique. Ce symptôme, qui, par sa fréquence et son intensité, a imprimé un caractère particulier à l'épidémie que nous avons observée, était porté alors au plus haut degré et amenait la suffocation au milieu des plus pénibles angoisses. Chez quelques-unes des victimes, on peut attribuer la mort à un refroidissement suivi de la suppression subite de la sueur et de l'exanthème cutané; chez d'autres, la suffocation, après s'être montrée plusieurs fois, devenait tout-à-coup d'une violence extrême; souvent les malades s'agitaient, demandaient à grands cris qu'on les débarrassât du poids qui opprimait leur poitrine; alors la sueur et l'éruption se supprimaient; à l'agitation succédait le délire; la peau devenait d'une chaleur brûlante; une sueur visqueuse couvrait la face et le malade succombait rapidement. Plusieurs éprouvèrent des syncopes et d'autres accidens nerveux.

La mort, en général, survint du troisième au quatrième jour; chez un malade, elle eut lieu au bout de douze heures; chez un autre, elle ne survint que le dix-septième jour.

PREMIÈRE VARIÉTÉ. — SUETTE SANS ÉRUPTION.

Quelques malades ont affirmé n'avoir eu d'éruption à aucune période de la maladie, et ne présentaient en effet aucune trace de desquammation.

Tous les auteurs qui ont décrit des épidémies de fièvres exanthématiques ont cité des cas dans lesquels l'exanthème seul manquait, le malade présentant d'ailleurs tous les symptômes qui, ordinairement, en accompagnent le développement; aussi n'avons-nous aucune répugnance à admettre la possibilité d'un fait analogue; mais ici l'erreur est facile, et plusieurs circonstances peuvent en imposer au malade, et même à ceux qui l'entourent.

1° Jamais les malades n'ont été soumis à un examen assez rigoureux pour que ce fait fût mis hors de doute. Une éruption rare, limitée, aura pu facilement passer inaperçue, d'autant plus que les malades étant dans un état de transpiration habituelle, on hésitait à les soumettre à une investigation minutieuse qui aurait pu être la cause d'un refroidissement dangereux.

2° Quand une affection épidémique sévit dans une contrée, les habitans et les médecins eux-mêmes sont portés à lui rapporter tous les cas de maladie qui surviennent pendant sa durée, et saisissent avec empressement la moindre analogie symptomatique, pour conclure à l'identité de nature.

Par une température aussi chaude que celle qui régnait alors, beaucoup d'affections peuvent être compliquées de sueurs, surtout quand beaucoup de malades, guidés par des préjugés, entassent sur eux des oreillers et des couvertures, se condamnent au repos, et cherchent tous les moyens possibles de favoriser la transpiration.

D'ailleurs, n'est-ce pas un fait généralement admis que, sous l'empire d'une affection épidémique, beaucoup de maladies intercurrentes revêtent quelques-uns des caractères de l'affection dominante, lui empruntent quelque chose de sa physionomie et de ses symptômes, tout en conservant leurs symptômes propres et leur marche individuelle, et, dans ce cas encore, on a pu croire identiques des affections qui n'avaient entre elles qu'une faible parenté.

DEUXIÈME VARIÉTÉ. — MILIAIRE SANS SUEURS.

M. Chatelain, médecin de St-Cyr, nous a dit avoir observé un enfant chez lequel l'éruption fut des plus prononcées et ne fut pas accompagnée de sueurs.

Quelques malades entrés déjà en convalescence furent soumis à des rechutes qui parurent déterminées par des imprudences ou des écarts de régime.

Ces rechutes furent caractérisées par la réapparition des symptômes qui avaient accompagné la première atteinte de la maladie; mais, en général, leur durée fut courte; elles furent peu graves, et la guérison ne se fit pas longtemps attendre.

Chez une femme qui n'était pas complètement guérie, lorsqu'elle fut prise pour la deuxième fois de la suette miliaire, l'affection, sans présenter aucun caractère alarmant, eut l'intensité et la durée de la première atteinte.

DES SYMPTÔMES EN PARTICULIER.

L'éruption et les sueurs étant les phénomènes les plus saillans de cette épidémie; c'est par leur étude que nous entrerons dans l'histoire individuelle des symptômes.

ÉRUPTION. C'était presque constamment au quatrième jour de la maladie que l'éruption paraissait; dans quelques cas, cependant, elle s'est montrée le troisième jour, et nous l'avons observé quelquefois au bout de sept à huit jours seulement.

En général, le dixième ou le douzième jour, l'éruption avait disparu; cependant, comme nous l'avons dit, pendant la période de la convalescence, on voyait fréquemment encore se développer des vésicules en petit nombre, qui s'effaçaient rapidement; ainsi, la durée moyenne de l'éruption fut de six à neuf jours, et ici nous prétendons parler seulement de l'éruption envisagée dans son ensemble, et non de la durée de chaque vé-

successeur et héritier immédiat de la magie, est *contraire à la raison et aux regles de la physique*, qu'il est *insalubre*, *immoral* et *subversif des droits de l'homme*, et qu'enfin il doit être, comme les anciennes pratiques des sorciers, *prohibé et puni par une loi speciale*. Nous sommes trop faibles pour porter le poids du fond et de la forme de pareils jugemens. Nous recommandons l'ouvrage et ses conclusions textuelles à M. Frappart.

Quelque plaisir que nous ayons à nous entretenir avec M. Frappart, il nous faut le quitter si nous ne voulons pas tromper l'attente des phrénologistes que nous négligeons depuis si longtemps. Deux faits importans ont marqué l'histoire de la phrénologie dans ces derniers mois, savoir: la séance publique annuelle de la société phrénologique et la réapparition du journal LA PHRÉNOLOGIE. Quant au premier point, nous passerons sous silence les autres divisions du programme pour ne nous occuper que du morceau d'apparat de cette année, le fameux discours dans lequel M. Voisin a prouvé la nécessité et l'opportunité de la *rehabilitation de l'homme animal*. Le but de ce discours est très profond et très moral : la secte des anabaptistes le réalisa dans le dix-septième siècle à Munster pendant quelques semaines, et les saint-simoniens y ont travaillé depuis. En voici le développement en quelques mots. On sait assez généralement que l'homme est doué de certaines facultés dites rationnelles et morales, qui, d'une part, le mettent à même de connaître par voie d'abstraction et de conclusion, de former des idées générales et de les revêtir de signes, et, de l'autre, lui donnent le sentiment du beau, du juste, du divin; en un mot, qu'il est un être pensant, parlant, religieux et sociable. Mais ce qu'on a trop oublié, suivant M. Voisin, c'est que l'homme a d'autres facultés non moins importantes, telles, par exemple, que celles de manger, de boire, de dormir, d'engendrer, et d'aller à la garderobe, toutes choses qu'il partage en commun avec les animaux. Or il est arrivé de cet oubli que toutes les législations, tous les codes de morale, toutes les religions ont vicieusement tendu à subordonner ces dernières facultés aux premières, à flétrir induement comme des vices la satisfaction des besoins de l'homme animal, et à exalter outre mesure comme des vertus l'exercice des besoins moraux. De là sont nées toutes les folies de l'ascétisme, et notamment l'absurdité fondamentale de la morale chrétienne qui soumet le corps à l'esprit, et donne l'un au diable et l'autre à Dieu. Or il est évident, suivant la phrénologie, que l'homme étant composé entièrement de matière, arrangée en certains organes, tous ces organes, qu'ils soient placés dans le crâne ou dans le bassin, ont le même droit à être satisfaits, et qu'il est aussi honorable, par exemple, de digérer majestueusement deux livres de rostbif, que de se dévouer pour la patrie comme Curtius; car, en définive, ces deux faits résultent l'un et l'autre d'une surexcitation tout à fait identique, survenue pour le premier cas dans l'estomac, le duodénum, etc., et pour l'autre, dans la région postérieure et supérieure du cerveau. De cette théorie résultent diverses conséquences pratiques tout à fait agréables. Il ne suffit pas en effet de relever la satisfaction des besoins animaux de l'anathème chrétien, il faut directement les encourager, les exciter et les servir de toutes les manières possibles. Volney, qui donna le premier catéchisme épicurien, s'était borné à réduire sa morale à l'hygiène; son code était un code simplement restrictif; il disait seulement : abstiens-toi. Son précepte se résout dans cette formule : conserve-toi. Pour lui l'idéal de l'homme sage est l'homme bien portant. La phrénologie ne se contente pas de cela; la part de la chair est ici trop petite; elle a donc changé la formule, et au lieu de dire simplement : conserve-toi; elle dit : amuse-toi. Pour

sicule prise en particulier. Celle-là fut beaucoup plus difficile à apprécier; il était presque impossible en effet de suivre l'évolution d'une vésicule isolée dans ses différentes phases. Au milieu de ces éruptions nombreuses qui se mêlaient et se confondaient entre elles dans leur apparition successive, autant qu'il nous a été possible de le déterminer, la durée moyenne de chaque vésicule fut de quatre jours environ.

Les caractères des vésicules ne se présentèrent pas toujours sous le même aspect, et nous pûmes en distinguer trois variétés.

PREMIÈRE VARIÉTÉ. — MILIAIRE ROUGE.

Le plus souvent elle commençait par de petites taches rouges, arrondies, saillantes à leur centre, qui s'effaçaient sous la pression du doigt, et dont le relief rendait la peau rude et comme chagrinée au toucher; ces taches, de dimensions variables, ayant en général une à deux lignes de diamètre, rappelaient quelquefois l'aspect de l'éruption morbilleuse, et nous avons observé plusieurs fois à leur centre de petites arborisations très fines de vaisseaux capillaires, dont l'injection ne disparaissait pas sous la pression du doigt.

En regardant avec soin et à l'aide de la loupe ces petites taches à cette période de l'éruption, nous avons toujours vu à leur centre une petite saillie vésiculaire transparente, tellement fine dans quelques cas qu'on aurait pu croire au premier abord qu'il n'existait là que de simples papules.

SECONDE VARIÉTÉ. — MILIAIRE BULLEUSE.

D'autres fois, on voyait apparaître des vésicules plus volumineuses, entourées à leur base d'une auréole d'un rouge vif, grosses le plus souvent comme des grains de chenevis; ces vésicules pouvaient acquérir des dimensions considérables; nous en avons vu qui avaient le volume d'une lentille ou celui d'un pois. Sous cette forme, elles ressemblaient à de véritables bulles, et nous avons vu une femme chez laquelle de grosses vésicules groupées circulairement autour de l'olécrane rappelaient l'apparence de l'herpes coster.

TROISIÈME VARIÉTÉ. — MILIAIRE BLANCHE.

Enfin, chez beaucoup de malades existaient des vésicules transparentes sans auréole, ressemblant tout à fait à un sudaminas.

Les deux périodes de variétés se montrent quelquefois isolées; d'autres fois réunies chez le même malade; nous n'avons jamais vu la troisième exister seule, toujours nous l'avons trouvée combinée avec les deux autres.

SIÉGE. — C'était en général sur la région dorsale et sur la partie antérieure du thorax que l'éruption se montrait d'abord, et c'est toujours là que nous l'avons trouvé la plus confluente; ensuite elle envahissait les membres, souvent plus considérable aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs, et plus nombreuse sur la face palmaire que sur la face dorsale, principalement à l'avant-bras et au poignet.

Beaucoup de malades en ont eu dans les cheveux et dans la barbe; on a observé des boutons isolés disséminés sur la face, concentrés quelquefois au pourtour des paupières. On en rencontrait rarement à la paume des mains et à la plante des pieds; nous en avons cependant observé quelquefois, et nous avons vu une malade chez laquelle, au-dessous de l'épiderme épais de la paume des mains, existaient des vésicules volumineuses, qui ne faisaient aucun relief à sa surface et se distinguaient seulement par leur transparence. Mais constamment c'est sur les parties découvertes que l'éruption s'est montrée la moins abondante, contrairement à ce qui s'observe dans d'autres éruptions, et notamment dans la variole.

CONFLUENCE DE L'ÉRUPTION. — En général, l'éruption était très nombreuse, surtout dans la région où elle s'était montrée d'abord; elle était quelquefois tellement confluente qu'on pouvait à peine saisir un intervalle entre les vésicules.

MARCHE. — Pendant quelques jours le nombre des vésicules croissait à chaque paroxisme; celles qui existaient déjà augmentaient de volume, mais cette augmentation, pour la première variété (miliaire rouge), restait toujours dans des limites fort restreintes; elle était beaucoup plus sensible dans la seconde (miliaire bulleuse). Au bout de quelque temps le liquide des vésicules *louchissait*, devenait plus épais, et prenait un aspect puriforme; ces changemens précédaient constamment, dans la deuxième variété, la période de desquammation, il survenait le plus souvent aussi dans la miliaire rouge; quelquefois, cependant, les petites vésicules centrales nous ont paru s'affaisser sans blanchir.

Les *sudaminas* conservaient en général leur transparence jusqu'à leur disparition. En même temps que ces modifications survenaient dans l'aspect extérieur des vésicules, des changemens simultanés se produisaient dans la nature chimique de liquide qu'elles renfermaient. Peu de temps après leur début, nous avons toujours trouvé que ce liquide n'exerçait aucune réaction acide sur le papier de tournesol; plus tard il était franchement acide, et cela non seulement dans les vésicules devenues opaques, mais quelquefois encore dans celles qui étaient transparentes; à une période plus avancée encore, la réaction acide a manqué de nouveau; était-ce le résultat d'une transformation nouvelle, ou bien encore avons-nous expérimenté sur des vésicules de formation plus récente, c'est ce qu'il était presque impossible de décider au milieu des éruptions successives qui se confondent entre elles pendant le cours de cette maladie.

PÉRIODE DE DESQUAMMATION.

Au bout de quatre ou cinq jours, les vésicules s'affaissaient par la résorption de liquide qu'elles renfermaient; d'autres fois, elles se rompaient et le laissaient écouler au-dehors; dans la milliaire rouge, la peau reprenait graduellement son aspect normal, et le plus souvent on voyait à peine une légère desquammation farineuse très fine se faire dans les points qui avaient été le siége de l'éruption; chez quelques malades, on chercha en vain des traces de desquammation; mais il arriva que chez ces derniers on la vit quelquefois survenir huit ou dix jours après la cessation de tous les phénomènes apparens de la maladie. Chez d'autres, la peau fut le siége de plusieurs desquammations successives.

Dans la deuxième variété, l'épiderme se fronçait, se ridait et se détachait, tantôt par de menues écailles furfuracées, tantôt par petites parcelles peu volumineuses; tantôt enfin, et il en arrivait surtout ainsi chez les personnes qui avaient présenté des vésicules volumineuses, ou a vu l'épiderme des pieds et celui du ventre s'enlever presque d'une seule pièce; chez une malade qui avait présenté ce phénomène, nous avons observé de petites taches, couleur de rouille, indiquer sur la peau la place qu'avaient occupée les vésicules. Chez quelques malades, il restait, après la disparition de ces vésicules, une tache rouge, souvent irrégulière, disparais-

---

elle, l'homme parfait n'est pas celui qui se porte le mieux, mais celui qui jouit le plus. Voilà donc la moitié au moins des sept péchés capitaux supprimée, et c'est de la phrénologie, bien mieux encore que des jésuites casuistes, qu'on peut dire : *Ecce qui tollit peccata mundi !* Ainsi donc, messieurs et mesdames, amusez vous bien, et donnez-vous-en de toutes les manières; passez de la table au lit sans autre crainte que celle des indigestions, de l'épuisement, et du reste. Arrière, législateurs surannés, moralistes transis, prédicateurs à joues creuses, qui voudriez affamer et décimer le genre humain; faites place aux cuisiniers, aux parfumeurs, aux fabricans de pilules aphrodisiaques, aux inventeurs de chaises-percées commodes, et tout ira le mieux du monde.

Nous prions nos lecteurs de croire que ce n'est pas nous qui tirons ces conséquences. Principes et conclusions, tout appartient à l'auteur du discours; et nous devons lui rendre cette justice, qu'il est le premier philosophe qui ait donné le dernier mot de cette espèce de morale.

Ce qui précède est fort triste; passons à un sujet plus amusant; je veux dire le JOURNAL DE PHRÉNOLOGIE. La destinée de ce journal est un problème incompréhensible Son existence est une sorte de métempsycose perpétuelle, une suite d'apparitions multiformes mêlées d'éclipses. C'est un être insaisissable, un vrai Protée. D'abord il s'annonce, en 1832, sous forme trimestrielle et in-8°, comme journal de la Société phrénologique. Après quelques numéros, disparition subite et long interrègne; en 1837, il renait sous le titre de JOURNAL DU PERFECTIONNEMENT INDIVIDUEL ET SOCIAL, devant paraître trois fois par mois, format petit in-folio, d'une feuille. Bientôt après, interruption indéfinie. Résurrection au commencement de 1839, sous un format plus grand, avec d'autres conditions et annonce de réorganisation et de mise en actions. Après un ou deux numéros, nouvelle éclipse, attribuée à la mort de Broussais. Enfin, en septembre 1839, nouvelle restauration, en cahier in-8 de deux feuilles et demie, devant paraître tous les mois, puis tous les deux mois. Nous ne nous flattons pas de donner l'histoire complète et fidèle de toutes les aventures de cette intéressante publication; car il n'y a que ses rédacteurs qui peuvent en suivre les détails, et même je doute qu'ils s'en rendent compte parfaitement. Ce qu'il y a de sûr, c'est que les abonnés à la PHRÉNOLOGIE, et nous en savons quelque chose par nous-mêmes, ont fort à faire pour savoir à quoi s'en tenir et se mettre en règle avec elle. On a promis une demi-douzaine de fois de remplir les lacunes des collections, et on le promet encore sur la couverture de la dernière émission. Dieu le veuille! Quoi qu'il en soit, laissons là le passé; passons l'éponge sur tant de disgrâces, et voyons ce que la fortune nous envoie pour la deuxième fois cette année, en échange de nos 12 fr.

Le numéro de juin-juillet 1839 s'ouvre par une allocution du rédacteur en chef, M. Adolphe de B , adressée, devinez à qui ? *aux abonnés*. Voilà déjà un premier fait plein d'intérêt, savoir que la PHRÉNOLOGIE a *des* abonnés, et non pas seulement un abonné, comme nous le croyions. Nous apprenons ensuite que M. de B., obligé de *subir l'influence de bien des causes particulières*, abandonna la direction du journal, mais qu'il le *suivait par la pensée*, et *admirait* la persévérance de ses collaborateurs. Aujourd'hui, il peut remettre la main à l'œuvre. Nous voyons cependant avec peine que la rédaction se voit obligée de *réduire son cadre* (on ne dit pas pourquoi); mais il nous semble que ce cadre est déjà bien grand, si l'on considère que ces philosophes y font entrer toutes les questions de *réforme sociale*, du *système pénitentiaire*, etc.

Après cette allocution, vient une *notice phrénologique* sur l'assassin Souf-

sant sous la pression du doigt, sans élevure, et se couvrant après un ou deux jours d'une desquammation furfuracée.

D'après ce que nous venons de dire, on comprendra qu'il est difficile de déterminer d'une manière précise la durée de cette période; mais on peut dire, en général, qu'elle s'accomplissait dans les limites d'un septenaire environ.

PRURIT. — Ce symptôme, précurseur de l'éruption, a manqué rarement; il s'est montré le plus souvent le deuxième ou le troisième jour de la maladie; c'était pendant les paroxismes qu'il se faisait surtout sentir; il était accompagné quelquefois d'une vive agitation; tantôt les malades accusaient une simple démangeaison, ou une sensation d'engourdissement et de raideur dans les membres; tantôt ils éprouvaient des douleurs qui devenaient quelquefois très vives, et il était alors difficile de les contenir dans leur lit et de les obliger à garder le repos; en général, l'intensité du prurit fut en rapport avec l'abondance de l'éruption et le volume des vésicules.

Dans presque toutes les éruptions partielles ou secondaires qui se faisaient, soit pendant les premiers jours de la maladie, soit dans la seconde période, pendant les paroxismes de la fièvre, soit même pendant la convalescence, les malades étaient avertis de l'arrivée des vésicules par un prurit des plus intenses; ils sentaient, disaient-ils, les *boutons pousser*.

SUEURS. — Nous avons peu de choses à ajouter à ce que nous avons dit plus haut.

Chez presque tous nos malades, elles se montrèrent au début; dans un cas seulement, elles ne parurent que le deuxième jour. Plus abondantes, pendant les trois ou quatre premiers jours, elles diminuaient ensuite vers les quatrième ou cinquième jour, pour cesser en général vers le septième ou huitième; pendant les paroxismes, les sueurs redoublaient, et même dans la période de décroissance; elles revenaient alors aussi abondantes qu'au début de l'affection; tandis que dans les intervalles de rémission, le malade ne présentait souvent qu'une simple moiteur. Chez quelques-uns, les sueurs n'ont cessé entièrement que le dixième ou le onzième jour. Nous avons parlé de la fétidité repoussante de ces sueurs; ce caractère était plus prononcé dans les premiers jours de la maladie, et il paraît qu'il le fut encore davantage au commencement de la constitution épidémique.

Les sueurs de la face furent seules éprouvées par le papier de tournesol, et elles ne donnèrent, dans aucun cas, de réactions acide et sensible (1).

Dans deux cas, des anneaux d'argent portés par les malades prirent une coloration noire foncée, dès les premières sueurs; il est difficile d'expliquer ce phénomène autrement que par la formation d'une certaine quantité de sulfure d'argent, et la présence de l'hydrogène sulfuré était-elle constante dans les sueurs? Voilà des questions sur lesquelles nous ne pourrions émettre que des conjectures revêtues d'un certain degré de probabilité; mais nous aimons mieux nous abstenir de toute hypothèse en l'absence de faits plus nombreux; ce que nous pouvons affirmer, c'est l'authenticité de ceux que nous présentons ici, et les soins que nous avons pris pour nous assurer que la coloration des anneaux a été bien le résultat de l'action des sueurs sur leur métal.

Cette observation ne nous a frappé que sur la fin de notre séjour à St-Cyr; il est très probable que si notre attention eût été plus tôt appelée sur ce sujet, nous eussions recueilli des faits plus nombreux.

CHALEUR DE LA PEAU. — La chaleur de la peau fut généralement vive, plus intense dans le moment des sueurs et des paroxismes; cependant chez plusieurs malades la sueur fut froide, bien qu'elle fût aussi abondante que chez les autres et accompagnée d'une éruption nombreuse.

Dans d'autres cas cependant ce caractère s'est lié aux symptômes les plus graves et la terminaison a été funeste.

POULS. FIÈVRE. — Nous avons toujours observé de la fièvre au début de la maladie; mais elle fut en général de courte durée, et après l'éruption, c'est-à-dire le troisième ou le quatrième jour, elle ne paraissait plus que par accès; dans l'intervalle, le pouls reprenait sa fréquence normale, et souvent même alors elle était peu marquée, et le pouls ne dépassait le type normal que de quelques pulsations.

Dans d'autres cas, le pouls large et développé exprimait un état de pléthitude qui fut avantageusement combattu par les évacuations sanguines.

Les rechutes furent précédées d'un mouvement fébrile; mais nous n'avons pas noté cette fièvre secondaire que Sydenham a signalée dans l'épidémie qu'il a décrite, et qui paraissait liée au développement d'aphtes sur la muqueuse buccale.

FRISSON. — Chez beaucoup de malades les sueurs commencèrent sans être précédées de frissons. Chez d'autres ce symptôme marqua le début de la maladie; mais il fut toujours de courte durée. Nous avons observé des cas dans lesquels chaque paroxisme était précédé d'un léger frisson; nous l'avons noté également dans les récidives; enfin chez plusieurs personnes qui succombèrent sous l'influence d'un refroidissement, un frisson violent accompagna toujours la disparition subite de la sueur et de l'exanthème, et fut le prélude d'accidens graves qui amenèrent la mort en quelques heures.

Parmi les troubles qui se rattachent au système circulatoire, nous devons ranger les palpitations et les battemens épigastriques que beaucoup de malades accusèrent au début de la maladie. Ces battemens pouvaient en général être perçus par la main placée sur l'épigastre; ils étaient isochrones aux battemens du pouls; souvent ces battemens étaient accompagnés d'une sensation douloureuse dans la région de l'estomac et d'une oppression vive qui était dans d'autres cas distincte. L'auscultation ne fit reconnaître aucune modification morbide dans les bruits du cœur.

SYSTÈME NERVEUX.

CONSTRICTION ÉPIGASTRIQUE. — La constriction épigastrique a existé

(1) NOTE SUR L'EXAMEN CHIMIQUE DES SUEURS. — Si on applique du papier de tournesol sur la peau pendant la transpiration, le liquide exhalé donnera des réactions variées suivant les régions soumises à cet examen; sur la poitrine, par exemple, le papier rougira; dans les régions où il existe un grand nombre de follicules sébacés, comme dans l'aine, dans l'aisselle, tantôt la réaction acide sera très faible; tantôt même la teinte bleue se prononcera davantage, suivant que la transpiration sera plus ou moins abondante; sur le nez, on obtiendra habituellement un mélange de taches rouges et bleues, dues à l'action différente de la sueur et du fluide sebacé; il importe donc, dans les expériences, de distinguer la réaction chimique déterminée par la sueur, de celle que produit la sécrétion folliculaire, puisque dans l'état normal l'une est acide et l'autre alcaline.

flard. On y affirme que Soufflard était à la fois *intelligent* et *instinctif*, ce qui est très profond. La moralité du récit est qu'il faut, par *d'utiles leçons*, de *bons enseignemens* et de *sages repressions*, corriger les mauvais penchans des hommes; découverte de premier ordre, entièrement inconnue avant la phrénologie! On assure aussi qu'on peut, au moyen de corrections convenables, faire que *les organes les plus faibles dominent les plus forts*. Ce serait là un résultat très beau et très rare, qui ressemble à celui-ci: faire qu'un poids d'une livre emporte un poids de deux livres dans la balance.

A la *notice* sur Soufflard succède une *observation* non moins phrénologique, de M. Leroi, de Versailles, sur un crâne d'assassin. Nous n'y avons rien remarqué qui s'écarte des banalités naïves de ces sortes de descriptions.

Puis vient une escarmouche polémique contre un de nos confrères, qui s'était permis de mettre en doute l'aptitude philosophique de M. Broussais. Ceci n'est pas notre affaire. Le reste du numéro est consacré au compte-rendu des séances de la Société phrénologique, remplies principalement dans ces derniers temps par des controverses suscitées par un ouvrage de M. Belhomme, sur la *folie*, ouvrage qui, à ce qu'il paraît, contiendrait quelques hérésies. Enfin, nous trouvons un AVIS court et substantiel, par lequel on nous assure de nouveau que nous recevrons l'équivalent des numéros qui nous sont dus, et on déclare noblement que cette entreprise *est étrangère à toute spéculation et à tous bénéfices*. Nous croyons en effet que rien n'est plus littéralement vrai, pour les bénéfices surtout. Ceci termine le premier des deux numéros réunis dans la présente livraison. Nous n'avons pas la force d'analyser de même le contenu du second, quoiqu'il ne le cède en rien en importance au premier. Nous citerons seulement l'AVIS qui le termine (la phrénologie met des avis partout); on nous y annonce un beau portrait lithographié de Soufflard. Nous déclarons ne l'avoir pas reçu; mais, cela soit dit en passant et sans reproche aucun, ce sera pour une autre fois.

On annonce enfin pour le numéro prochain (qu'entend-on par prochain?) un *article remarquable de M. Auguste Luchet*. On ne peut en moins de mots pousser plus loin l'attention pour le public et prévenir ses souhaits et ses craintes; ainsi donc: 1° il y aura un autre numéro; 2° ce numéro sera prochain; 3° il y aura dans ce numéro un article de M. Aug. L.; 4° cet article sera remarquable. *Amen*.

Quant à l'homéopathie, il ne nous reste que bien peu de place. Heureusement cette pauvre abandonnée commence à ne plus guère faire parler d'elle. Elle a déjà fini son tour d'Europe, et après avoir quelque temps occupé les centres, elle se réfugie maintenant aux extrémités: des capitales elle a passé aux provinces; elle est notamment à peu près éteinte en Allemagne, son berceau; et ce qui va achever sa ruine complète, c'est la concurrence d'une méthode nouvelle, non moins originale et qui fournira probablement une carrière non moins brillante. Cette méthode, nous l'avons déjà nommée, c'est l'*hydriatrique*, comme disent les hellénistes allemands, c'est-à-dire le traitement par l'eau froide. C'est un paysan du village de Grœffenberg, en Silésie, nommé Priesnitz, qui l'a fondé, il y a quelques années. Le nombre des malades accourus à cette fontaine de Jouvence s'est élevé cette année à 1500. Ce succès a stimulé les pays voisins, et maintenant il y a des débits publics d'eau de fontaine à Breslau, à Dresde, à Brunswick, à Gotha, à Cassel, à Berlin. Il est question même d'en établir une à Paris. Après le règne de l'eau chaude vient le règne de l'eau froide. Nous pourrons juger lequel de ces procédés vaut le mieux. Quoi

chez presque tous les malades et a constitué un des caractères les plus saillans de cette épidémie.

Ce phénomène a persisté chez quelques personnes pendant toute la durée de la maladie, mais le plus souvent il s'est montré au début et pendant les paroxismes. Il était caractérisé par une oppression vive, une sensation pénible de resserrement qui avait son siége au niveau de la partie inférieure du sternum et de la région épigastrique, retentissait douloureusement dans la région correspondante du rachis, et se prolongeait quelquefois jusqu'au cou et aux épaules en suivant le sternum et la colonne vertébrale. Chez quelques malades la constriction douloureuse mesurait toute la longueur du tronc et s'étendait de l'hypogastre jusqu'au cou; mais elle était en général bornée au creux épigastrique; plusieurs eurent la sensation d'une boule qui de l'estomac remontait jusque dans le cou.

Les angoisses qui accompagnent cette oppression sont si violentes, que les malades disent qu'ils vont étouffer. Ils écartent les personnes qui les entourent, veulent que l'on ouvre la porte pour leur donner de l'air, et portent les mains avec violence dans la direction du sternum comme pour arracher le mal qui les oppresse; ces étouffemens d'estomac, pour nous servir de l'expression employée instinctivement par tous les malades, survenaient par accès de cinq à dix minutes de durée, et laissaient entre eux cinq minutes environ d'intervalles dans les paroxismes les plus violens.

Quelle était la nature de cette oppression? Quel en était le point de départ? Etait-ce, comme l'ont pensé quelques auteurs, un spasme de diaphragme; c'est ce que l'observation directe ne nous a pas démontré; mais l'étendue de la sensation douloureuse, les phénomènes variés qui l'accompagnaient, sa marche intermittente, nous semblent indiquer qu'il y avait là une altération des fonctions nerveuses occupant une division étendue de ce système.

Syncopes. — Quelques malades ont éprouvé des syncopes au milieu des paroxismes, et ce symptôme nous a paru d'un fâcheux pronostic.

Agitation. — Nous avons déjà noté l'agitation qui accompagnait les paroxismes. Ce phénomène s'est montré à toutes les périodes de l'éruption, et chez beaucoup de malades nous avons observé un mouvement uniforme par lequel la tête se portait continuellement d'un côté à l'autre.

Céphalalgie. — Souvent dans la période d'invasion les malades ont accusé une céphalalgie susorbitaire, quelquefois violente; nous avons observé rarement ce symptôme dans le courant de la maladie, et dans de cas nombreux il a manqué complètement.

Etat de l'intelligence. — Beaucoup d'abattement, d'anxiété, une excitation vive, voilà ce que nous avons observé chez beaucoup de malades; rarement on a noté du délire, excepté dans les cas qui ont eu une terminaison funeste et pendant la violence des paroxismes, quelquefois lorsque les malades recouvraient le sommeil leur réveil était marqué par un état de subdélirium ou d'hébétude qui se dissipait promptement.

Sommeil. — Ce n'était guère qu'à la fin de la deuxième période que les malades recouvraient le sommeil; jusqu'à cette époque les nuits étaient presque toujours marquées par des paroxismes. L'agitation, les angoisses, se montrant alors plus prononcées que pendant le jour chez un malade qui avait été pris de rhume peu de jours avant l'invasion de la suette, la toux presque nulle pendant le jour devenait extrêmement fréquente et fatigante pendant la nuit; elle cessa vers le sixième jour.

Etat des forces. — Les forces étaient déprimées dès le début, et il y avait souvent une prostration très prononcée; la faiblesse persistait souvent longtemps encore après la cessation des autres symptômes, et le malade éprouvait pendant longtemps de la difficulté à marcher et des douleurs dans les articulations, principalement dans les genoux. Cette débilité était proportionnée à la gravité de la maladie. Dans les cas les plus simples, au bout de quatre ou cinq jours, les malades reprenaient leurs travaux et leurs occupations habituelles.

SYSTÈME DIGESTIF.

Langue. — Dès le début, la langue était blanchâtre, recouverte d'un enduit épais; ses bords et sa pointe n'offraient aucune rougeur anormale; elle était épaissie, et cette augmentation de volume fut quelquefois assez prononcée pour rendre la parole embarrassée; la bouche était pâteuse et mauvaise; mais en général les malades n'accusaient aucun goût spécial; quelques-uns seulement éprouvaient une sensation d'amertume. Presque toujours la langue était humide; elle s'est montrée sèche dans deux ou trois cas seulement.

Vers la fin de la deuxième période, elle se nettoyait peu à peu; quelquefois elle se dépouillait de son épithélium et présentait alors une coloration d'un rouge vif, accompagnée d'une sensation incommode de grains de sable dans la bouche dus à la saillie des papilles *fungiformes*. Il est probable que dans ces cas elle avait participé à l'éruption. Nous n'avons pas observé nous-même ce fait; mais plusieurs fois nous avons constaté des vésicules sur le voile du palais et la voûte palatine. Toutes les fois que la salive a été examinée elle s'est montrée acide.

Aphtes. — Un grand nombre de malades ont présenté des aphtes et des exsudations pseudo-membraneuses sur les gencives. Ce phénomène avait été observé dans la plupart des épidémies de suette miliaire, dont la science nous a conservé l'histoire.

Fosses nasales. — Tous les malades que nous avons interrogés n'ont présenté à aucune époque de sécheresse aux narines; la sécrétion nasale n'a pas paru augmentée.

Nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer la sympathie intime qui unit la muqueuse nasale et buccale au tégument externe; dans presque toutes les maladies dans lesquelles la peau reste sèche, la langue a de la tendance à se sécher; ainsi dans la fièvre typhoïde et dans une foule d'affections fébriles éruptives et autres. Peut-être ce rapport n'est-il pas aussi vrai pour la membrane nasale qui se rattache surtout par ses connexions fonctionnelles au système pulmonaire. Mais à côté de ce consensus entre la muqueuse buccale et la peau, nous placerons l'antagonisme qui existe entre les trois systèmes tégumentaires, cutané, digestif et pulmonaire, de sorte que toutes les fois qu'il y a exagération de fonctions sécrétrices dans l'un de ces systèmes, les fonctions des autres se trouvent en général suspendues; ainsi dans la suette miliaire, nous voyons une constipation opiniâtre, tandis que le choléra et la fièvre typhoïde sont accompagnés de sécheresse de la peau.

Mal de gorge. — Nausées, vomissemens. — Nous n'ajouterons rien sur ces symptômes à ce que nous avons dit dans la description générale; ils se sont montrés quelquefois au début, mais ils ont manqué chez le plus grand nombre de malades.

---

qu'il en soit, l'homéopathie, dans sa vieillesse, ne peut évidemment soutenir le choc de cette invention d'origine récente, et qui, étant à sa période d'ascendance, a une force irrésistible. Il y a aussi une autre concurrence, mais peu connue encore, c'est celle de la médecine de M. Marochetti, médecin des écoles impériales, des théâtres à St-Pétersbourg, dont il a été question dernièment à l'Académie de médecine. Ce médecin, choqué des doutes dont l'efficacité prodigieuse de ses traitemens a été l'objet, nous a fait parvenir un certificat signé par M. Guedéonoff, conseiller privé et chambellan de S. M. impériale, directeur-général des théâtres impériaux, authentifié par son excellence l'ambassadeur de France près la cour de Russie, duquel il résulte que, sur 1568 malades traités depuis dix ans (de 1828 à 1839), 1566 ont été guéris; et quant aux 2 qui sont morts, on fait observer, avec beaucoup de justesse, qu'ils *étaient incurables*. Voilà certes une proportion que n'ont pu atteindre jusqu'ici les statistiques des méthodes coup sur coup, des traitemens jugulans, ni celles des homéopathes, ni celles même des hydriatres!

Nous sommes pourtant en plein dix-neuvième siècle! Descartes et Bacon ont paru! Mais, quoi qu'on en puisse dire, soyons humbles, et ne craignons pas de répéter, après trois mille ans, le premier mot qu'ait fait entendre notre science : *Experientia fallax*. Puisse-t-il n'être pas le dernier!

CONCOURS POUR L'INTERNAT.

Le concours pour la nomination d'élèves internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices de Paris sera ouvert le 14 prochain, dans l'amphithéâtre de l'administration, rue Neuve-Notre-Dame.

Le jury se compose ainsi qu'il suit :

Médecins. — MM. Renauldin, de l'hôpital de Beaujon; Puche, de l'hôpital du Midi; Sandras, du Bureau central, et Delarroque, de l'hôpital Necker, juges titulaires, et M. Bouneau, de l'hôpital des Enfans, juge suppléant.

Chirurgiens. — MM. Richerand, de l'hôpital Saint Louis; Boyer, idem, et Dubois (Paul), de l'hôpital de la Clinique, juges titulaires, et M. Malgaigne, du Bureau central, juge suppléant.

— Le Bureau central pour l'aliénation mentale, créé il y a quelques années à l'instar du Bureau central ordinaire, se composait de MM. Leuret, Scipion Pinel, Lelut, Voisin et Blanche. M. Scipion Pinel ayant donné sa démission, la place qu'il a laissée vacante sera donnée au concours. Voici le projet présenté au ministre par MM. les membres du conseil des hôpitaux :

« Le jury du concours pour une place vacante à Bicêtre sera composé de trois médecins *spéciaux* attachés aux hôpitaux de Paris, de deux médecins ordinaires et de deux chirurgiens des hôpitaux, tirés au sort; suppléans : un médecin spécial et un chirurgien. »

SOIF. — Les malades n'ont accusé de la soif que dans les cas où la fièvre a été très intense; presque toujours elle a été médiocre.

APPÉTIT. — Pendant la première et la deuxième période, il y avait en général peu d'appétit; chez quelques malades l'anorexie s'est prolongée pendant la convalescence, mais le plus souvent à cette époque ils recouvraient l'appétit; dans quelques cas rares le désir des alimens se fit sentir avant cette période et aussitôt après la chute de la fièvre. Il ne fallait pas du reste à cet égard s'en rapporter toujours au dire des malades; car beaucoup sollicitaient des alimens avant d'en sentir le besoin réel, mais poussés par la crainte qu'une diète de quelques jours ne fût incompatible avec la conservation de la vie.

EXCRÉTIONS ALVINES. — Presque constamment il y eut une constipation opiniâtre qui résistait à l'administration de lavemens purgatifs, et persistait pendant cinq, six et huit jours. Un petit nombre de malades eurent des selles régulières; très rarement nous observâmes de la diarrhée; en général la constipation cessait lorsque les malades pouvaient se lever; mais chez beaucoup, le ventre resta paresseux, et il fallut provoquer à l'aide de purgatifs les évacuations alvines.

ETAT DE L'ABDOMEN. — L'abdomen était souple, mais assez souvent il était légèrement douloureux à la pression; quelquefois cette sensibilité était bornée à la région épigastrique et devenait plus marquée pendant les accès d'oppression.

APPAREIL RESPIRATOIRE. — Il ne nous a jamais présenté qu'une accélération de la respiration, quelquefois assez grande pendant les *étouffemens*. Jamais l'auscultation ne nous fit apercevoir aucun râle, ni aucune modification du bruit respiratoire.

APPAREIL URINAIRE. — Les urines étaient rares et en général rougeâtres; elles laissaient déposer au bout de peu de temps un sédiment abondant. Celles que nous avons examinées, acides après leur émission en conservaient encore le caractère plusieurs heures après avoir été rendues.

M. d'Alba nous a dit les avoir traitées plusieurs fois par l'acide nitrique sans y constater la formation d'aucun précipité sous l'influence de ce réactif.

Le même médecin nous a dit avoir vu des urines qui étaient très épaisses, bourbeuses et exhalant une odeur extrêmement fétide, et le malade qui les avait rendues lui assura avoir pissé du sang qui s'était promptement coagulé après son émission.

Plusieurs malades du deuxième au quatrième jour éprouvèrent une dysurie passagère, accompagnée quelquefois de ténesme vésical, et d'un sentiment de brûlure dans le canal de l'urètre et de douleur dans la vessie. Ce symptôme n'a duré que quelques heures, et chez tous les malades que nous avons observés il ne s'est montré qu'une fois et ne paraissait lié à aucune altération antérieure des voies urinaires.

APPAREIL GÉNÉRATEUR. — Chez plusieurs femmes la maladie survint à l'époque menstruelle; l'écoulement périodique fut retardé chez quelques-unes, et le retard amena des accidens qui cédèrent promptement sous l'influence des moyens qui ramenèrent les règles.

Chez d'autres (nous avons observé cinq ou six malades dans ces conditions) l'écoulement des règles se fit régulièrement.

Enfin, chez une femme le flux périodique avança de deux jours et présenta, au rapport de la malade, une fétidité insupportable.

Nous avons observé plusieurs nourrices atteintes de la maladie: elles continuaient à nourrir sans la transmettre à leur nourrisson; la sécrétion du lait fut seulement diminuée.

SYMPTÔMES PARTICULIERS. — ÉPISTAXIS. — Plusieurs malades eurent des épistaxis. Chez quelques-uns ils furent très abondans, et on eut de la peine à les arrêter. Nous avons observé un jeune homme qui eut pendant trois jours des hémorragies nasales abondantes; la quantité de sang qu'il perdit a pu s'élever à trois palettes; le sang était rouge, épais, coagulé, et laissait surnager une petite quantité de sérum.

Parmi les malades qui présentèrent ce symptôme, un seul succomba à la maladie. Chez les autres, elle eut une terminaison heureuse.

ETAT DU SANG. — Le sang tiré de la veine était en général très fluide, contenait beaucoup de sérum, et le coagulum était mou, comme diffluent.

(La fin à un prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les cahiers d'août et de septembre renferment les articles originaux suivans: 1° *Recherches d'anatomie, de physiologie et de pathologie sur l'utérus humain pendant la gestation et sur l'apoplexie utéro-placentaire, pour servir à l'histoire des hémorragies utérines, du part prématuré et abortif;* par M. Jacquemier, D. M. P. (troisième et dernier article; nous donnerons de ce travail une analyse détaillée); 2° *De quelques tumeurs enkystées du cou, désignées par les noms de struma aquosa, kystes cystiques, hydrocèles du cou; de leur siége, de leur nature, de leur traitement;* par MM. L. Fleury et L. Marchessaux (fin); 3° *Essai sur les effets de l'acétate de plomb dans le traitement des anévrismes de l'aorte;* par MM. Dusol et Legroux; 4° *Essai sur la curabilité de la phthisie pulmonaire ou recherches anatomico-pathologiques sur la transformation des tubercules et la cicatrisation des excavations tuberculeuses des poumons;* par M. Rogée (troisième et dernier article); 5° *Réflexions sur les plaies pénétrantes du cœur;* par A. S. Jobert, de Lamballe, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis; 6° *De l'influence des préparations mercurielles sur les effets de l'inoculation du vaccin et de la variole;* par M. Briquet; 7° *Des caractères anatomiques et essentiels de la fièvre jaune;* par M. Louis.

DE QUELQUES TUMEURS ENKYSTÉES DU COU, DÉSIGNÉES PAR LES NOMS DE STRUMA AQUOSA, KYSTES CYSTIQUES, HYDROCÈLES DU COU; DE LEUR SIÉGE, DE LEUR NATURE, DE LEUR TRAITEMENT; par MM. Louis FLEURY, D. M. P., et L. MARCHESSAUX, interne des hôpitaux, etc.

Les tumeurs décrites par ces auteurs sont connues depuis longtemps, puisque Celse (1), Albucasis et d'autres écrivains après eux, les ont signalées à diverses reprises. Helwig, Boerrhave, Heister, Lieutand, etc., en ont rapporté des exemples; mais il faut arriver jusqu'à ces dernières années pour voir quelques chirurgiens les étudier convenablement, et Boyer, dans son traité des maladies chirurgicales, ne consacra encore que peu de lignes aux tumeurs aqueuses développées entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde. Ce fut J.-P. Maunoir, de Genève, qui attira, pour la première fois, on peut le dire, l'attention sur ce sujet. Son ouvrage destiné surtout à l'établissement de la thérapeutique, renferme cinq observations; la maladie y est décrite sous le nom d'hydrocèle du cou, auquel Percy propose de substituer celui d'*hydrobronchocèle*, emprunté, dit-il, à Albucasis (J. P. Maunoir, MÉMOIRES SUR LES AMPUTATIONS, L'HYDROCÈLE DU COU ET L'ORGANISATION DE L'IRIS, Genève et Paris, 1825.)

Delpech dit quelque chose de cette maladie dans sa Clinique chirurgicale; il opéra deux tumeurs de ce genre dont il rapporte l'histoire, en l'accompagnant d'utiles réflexions. (Delpech, CLINIQUE CHIRURG. DE MONTPELLIER, t. II, p. 79 et 83). Après Delpech viennent Lawrence, puis O'Beirne (en 1834), Heidenreich, d'Anspach, Gooch, M. Laugier (DICT. DE MÉD., t. IX, 2e éd.), Beck, de Fribourg (en 1836); enfin M. Pigné qui, dans les notes ajoutées à sa traduction de Chélius, a donné plus récemment encore une histoire de ces tumeurs et de leur traitement d'après des observations de Dupuytren et une leçon de clinique faite par M. Sanson.

Rien de plus variable que les dénominations sous lesquelles les tumeurs enkystées du cou ont été décrites, mais ce n'est pas là le point important de leur histoire; ce qu'il faut surtout savoir, c'est leur siége précis, c'est leur relation avec la glande thyroïde, avec les vaisseaux et les autres organes, qui constituent la partie antérieure du cou.

MM. Fleury et Marchessaux établissent pour ces tumeurs d'après leur siége anatomique, deux classes bien distinctes.

1° Les tumeurs qui se développent dans le tissu même de la glande thyroïde; celles-ci, superficielles ou profondes, répondent au goître séreux cellulaire ou thyroïdien de Beck et Heidenreich, à l'hydrocèle du cou de Maunoir, à l'hydrobronchocèle de Percy, au goître cystique enkysté de divers auteurs.

2° Tumeurs qui naissent dans quelque point que ce soit des éléments celluleux du cou; celles-ci, plus ou moins éloignées du corps thyroïde, développées quelquefois dans le tissu cellulaire de cette glande elle-même, selon quelques auteurs, ont été désignées par les noms d'hydrocèle du cou, par O'Beirne, de tumeurs cystiques, par Boyer, Dupuy-

(1) A. Corn. Celsi. DE RE MEDICA, lib. VII, sect. XIII.

tren et M. Laugier; de kystes fibro-séreux, fibro-muqueux, par Delpech; d'hygroma cellulaire, par plusieurs chirurgiens allemands.

Vient ensuite la description anatomique de l'une et de l'autre de ces classes de tumeurs. Celles qui appartiennent à la glande proprement dite ont été déjà bien décrites par Beck et M. Andral. Les tumeurs développées dans le tissu cellulaire sont de véritables kystes, en ce sens qu'elles sont formées par le développement progressif d'un tissu de nouvelle formation lequel, comme l'a démontré Bichat, présente beaucoup d'analogie avec les membranes séreuses. La peau qui les recouvre ne subit ordinairement aucune altération; quelquefois cependant lorsqu'elle est adhérente au kyste, elle est dépourvue de son tissu graisseux et tellement amincie qu'on aperçoit les petits vaisseaux qui se ramifient au-dessous d'elle. Le sac est quelquefois comme isolé des parties voisines qui ne lui sont unies que par un tissu cellulaire fort lâche, et qui glisse facilement sur la tumeur. D'autres fois, au contraire, elles contractent avec lui de nombreuses adhérences, subissent différens degrés de transformation, et l'union devient tellement intime qu'on ne peut détacher la membrane de nouvelle formation des tissus qui l'environnent. Les parois du kyste sont en général résistantes, fort peu rétractiles, épaisses. Dans un cas la portion antérieure du kyste offrait une épaisseur d'environ un pouce; fréquemment elles renferment des plaques cartilagineuses, fibro-cartilagineuses, ossiformes, plus ou moins étendues. Ces différens caractères sont d'autant plus prononcés que la tumeur est plus ancienne.

La surface interne, lorsque son aspect n'est point entièrement modifié par les transformations de diverses natures qu'elle peut présenter, est blanche, réticulée, assez semblable par l'entrecroisement des fibres à la face interne des ventricules du cœur ou de la vessie, et présente, comme on le voit, dans ces organes, entre les nombreux faisceaux qui la sillonnent, des lacunes plus ou moins vastes et profondes. Cette surface est revêtue, dans toute son étendue, par une couche pseudo-séreuse qui en tapisse toutes les saillies et tous les enfoncemens, et que quelques anatomistes décrivent sous le nom de lame interne, lame séreuse du kyste. Selon l'époque à laquelle on l'examine, on la trouve d'épaisseur, de couleur et de consistance différentes; tantôt lisse, blanchâtre; d'autres fois rosée, semblable à une muqueuse ramollie ou à des concrétions pseudo-membraneuses; alors elle s'enlève facilement et laisse à nu la surface interne de l'enveloppe fibreuse; quelquefois, au-dessous d'elle, se trouvent des espèces d'aiguilles longues et grêles, constituées par des fibres cartilagineuses ou osseuses. Cette couche peut aussi être comme fibrineuse; alors des lambeaux s'en détachent souvent, flottent dans le liquide contenu dans le sac, en changent la nature comme la capacité et l'aspect intérieur du kyste. Quelquefois, ils ont été pris pour des hydatides.

Les tumeurs enkystées du cou ne paraissent pas affecter un sexe plus fréquemment que l'autre. Elles sont quelquefois congénitales; on les a observées à tous les âges de la vie. Leur développement est lent, et se fait le plus souvent sans cause connue; d'autres fois, on les a vues survenir brusquement après une couche, une fluxion.

Aucun fait ne démontrant la terminaison heureuse des tumeurs enkystées du cou, lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes, et, au contraire, leur marche étant, dans certaines circonstances, assez rapide pour amener dans la respiration, la phonation, la déglutition et la circulation veineuse et artérielle du cou et de la tête, des troubles graves qui peuvent même compromettre les jours du malade et nécessiter une opération immédiate, il faut songer à en débarrasser les malades, et recourir le plus souvent à un traitement qui a déjà donné un assez bon nombre de succès.

Avant de rien entreprendre, il faut bien établir le diagnostic. Dans les premiers temps, lorsque la fluctuation est aisément perçue, ce point devient facile; alors, on ne peut guère confondre la tumeur qu'avec un abcès.

A une époque plus avancée, lorsque l'épaisseur des parois du kyste ou la consistance du liquide lui-même ne permettent plus de sentir la fluctuation, des hommes fort expérimentés et même prévenus par leurs recherches antérieures, peuvent, comme cela est arrivé à Maunoir, et comme on le voit dans trois observations rapportées par MM. Fleury et Marchessaux, méconnaître la nature de la maladie, et prendre celle-ci pour un goître ou une dégénérescence quelconque. Il faut enfin se rappeler que le kyste peut parfois présenter des battemens capables de faire croire à un anévrisme; mais une attention scrupuleuse fait reconnaître que la tumeur éprouve un soulèvement en masse, et non des mouvemens d'expansion.

Relativement aux diverses méthodes de traitement, les auteurs ne regardent la ponction que comme un moyen palliatif qui n'est pas toujours exempt d'inconvéniens; ils rejettent l'injection, comme incapable de déterminer l'adhérence des surfaces anormales, en produisant tantôt une suppuration abondante, précédée d'accidens inflammatoires trop intenses, d'autres fois seulement une légère irritation, etc. Le séton paraît devoir mériter la préférence; les tentes, les mèches, les canules oblitérées ou ouvertes, qui ont la plus grande analogie avec le séton, ne lui paraissent pas supérieures. Cependant, dans quelques cas où la tumeur s'était remplie de nouveau (Dupuytren et Sanson), malgré l'emploi d'une mèche, on s'est bien trouvé de la remplacer par une sonde de gomme élastique destinée à donner une issue continuelle au liquide, et à permettre de faire des injections émollientes, détersives ou même légèrement stimulantes. MM. Fleury et Marchessaux rapportent une observation dans laquelle ce procédé fut suivi d'un heureux succès, après que plusieurs autres tentatives étaient restées infructueuses.

M. Jobert fit, chez une jeune fille de 17 ans, trois ponctions successives, toujours suivies de la reproduction du liquide. Après la troisième ponction, une injection d'eau alcoolisée est faite dans l'intérieur de la tumeur, et une mèche est introduite dans la plaie pour la maintenir béante; au bout de huit jours, la suppuration n'est pas encore établie, et lorsqu'on enlève la mèche, il ne se fait qu'un léger suintement séreux. La malade souffre peu; il n'y a aucune inflammation; on introduit alors une sonde de gomme élastique, qu'on laisse à demeure, et par laquelle on fait à plusieurs reprises des injections légèrement excitantes, qui, peu à peu, déterminent l'évacuation d'une notable quantité d'un fluide jaunâtre, séro-purulent.

Au bout de deux mois, la tumeur n'avait plus que le volume d'un gros œuf (la tumeur était primitivement énorme); au bout de six mois, il n'existait plus qu'un petit noyau, entièrement indolent. La malade peut être considérée comme radicalement guérie, car il ne reste plus à obtenir que la cicatrisation complète de l'ouverture cutanée.

Une autre observation, recueillie dans le service de M. Flaubert, de Rouen, démontre l'utilité du traitement par l'incision, qui a également réussi à Delpech, à Morelot, de Beaune, à Lemaire, et qu'un chirurgien italien combina avec le séton (Annali universali di medicina, février 1838).

L'excision a toujours réussi. Trois fois Beck, après avoir incisé la tumeur, excisa la portion du kyste, qui n'avait pas de rapports avec la glande thyroïde. Ce procédé hâte et assure la suppuration, et ne semble pas pouvoir amener des accidens lorsqu'on l'emploie avec discernement et qu'on n'enlève qu'une portion des parois du kyste, en ménageant le tissu thyroïdien.

L'ablation complète du sac, au moyen de la dissection, peut être opérée avec avantage lorsque le kyste est de petit volume, superficiel, étranger à la glande thyroïde, et qu'il n'a pas de rapports intimes avec des organes importans du cou. Ce procédé eut un plein succès (voy. l'observation 7) chez une femme âgée de 30 ans, chez laquelle M. Jobert la mit en usage. La tumeur était du volume d'un petit œuf de poule, lisse, dure, résistante, sans la moindre apparence de fluctuation; l'ablation en fut pratiquée à l'aide d'une simple incision longitudinale. Le 18 mars 1839, on réunit par première intention (suture entortillée), et, le 23, en enlevant la dernière épingle, on s'assura que la réunion était opérée sans suppuration; il n'y avait point d'engorgement autour de la plaie. Le 1er avril, on ne voyait plus qu'une cicatrice parfaitement solide et linéaire.

A la fin de ce travail, les auteurs ont réuni, sous forme de propositions générales, les principaux faits qui ressortent des recherches cliniques ou historiques auxquelles ils se sont livrés; ainsi ils établissent : 1° que les tumeurs cystiques du cou peuvent, d'après leur siége anatomique, être divisées en deux classes : dans la première se placent celles qui se développent dans le tissu de la glande thyroïde; dans la seconde, celles qui se développent, dans quelque point que ce soit, du tissu cellulaire cervical.

2° Les premières paraissent dues à l'hypertrophie d'une ou de plusieurs des cellules thyroïdiennes, et ne seraient, par conséquent, point des kystes dans l'acception restreinte de ce nom; les secondes, au contraire, sont de véritables kystes de nature séro-muqueuse (Delpech).

3° Cette distinction est importante et pour la sûreté du diagnostic et pour le traitement.

4° Les tumeurs de la première classe peuvent être prises pour des goîtres; celles de la seconde pour des abcès froids, des engorgemens ganglionnaires, des tumeurs cancéreuses ou même des anévrismes.

5° Toutes les tumeurs cystiques du cou, quel que soit leur siége, réclament un traitement chirurgical.

6° Parmi les différens moyens qui ont été proposés par les chirurgiens contre cette affection, la ponction et l'injection paraissent devoir être complètement rejetées. Le séton joint à l'incision est utile dans les tumeurs de la première classe, parce qu'il détermine une longue et abondante suppuration, qui amène la fonte des parties hypertrophiées; dans les kystes multiloculaires, parce qu'il ouvre au pus une voie facile et empêche que l'un des sacs ne se remplisse de nouveau. L'incision et l'emploi utile, leur des

moyens propres à déterminer la suppuration du kyste paraissent être le procédé qu'on peut appliquer avec le plus d'avantage à toutes les espèces de tumeurs cystiques du cou. L'excision, pratiquée après une incision préalable, est utile lorsque la tumeur est très ancienne, et sa membrane très épaissé, parce qu'elle détermine plus sûrement qu'aucun autre moyen la suppuration. Enfin, la dissection ne doit être tentée, comme nous l'avons dit, que lorsque la tumeur est petite, superficielle, mobile et étrangère aux corps thyroïde et aux organes importans du cou.

ESSAI SUR LES EFFETS DE L'ACÉTATE DE PLOMB DANS LE TRAITEMENT DES ANÉVRISMES DE L'AORTE; par MM. DUSOL ET LEGROUX.

L'anévrisme de l'aorte est jusqu'ici une affection incurable, et les seuls cas de guérison connue, si même ils sont authentiques, n'ont été que le résultat des efforts de la nature. Nous dirons plus encore, les médications conseillées dans le traitement de ces altérations graves nous semblent devoir produire des effets diamétralement opposés à ceux qu'on en attend. Ainsi quel peut être l'effet des nombreuses saignées combinées avec le *cura famis* ou des saignées abondantes dans le but de provoquer des syncopes? Evidemment d'augmenter la sérosité du sang, de diminuer sa coagulabilité et d'empêcher la formation et le dépôt dans les tumeurs anévrismales de ces masses de fibres qui seules peuvent ou les oblitérer ou retarder leur développement ultérieur. L'acétate de plomb employé par les médecins et par Dupuytren dans les observations rapportées par M. Dusol nous semble au contraire bien mieux indiqué. Il est à regretter cependant que la nature de ces faits n'ait pas été parfaitement caractérisée, de manière à ce qu'il ne pût rester de doute dans l'esprit du lecteur.

OBS. — Pêcheur, âgé de 37 ans, a eu une maladie vénérienne dans sa jeunesse; du reste toujours bien portant.

Le 12 mai 1829, il entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. Dupuytren, présentant une tumeur pulsatile sur le côté droit du sternum et en haut. Trois ans auparavant, en soulevant une pièce de bois d'un poids énorme, il avait ressenti tout à coup dans le côté droit de la poitrine une douleur aiguë avec impossibilité de respirer; il continue cependant de travailler pendant quinze mois; mais l'oppression augmentant avec céphalalgie et douleurs aiguës à l'épaule du côté droit et le long du cou, en suivant le trajet des vaisseaux de cette région, il a recours à quelques émissions sanguines qui ne procurèrent que peu de soulagement. Au bout de plusieurs mois, une tumeur apparait au-dehors du thorax qui acquiert graduellement le volume d'un œuf de poule, puis reste stationnaire. A mesure qu'elle se développe à l'extérieur, la dyspnée diminue et disparaît même en grande partie; puis les accidens ayant recommencé, le malade entre à l'hôpital où on remarque dans la tumeur des battemens parfaitement isochrones à ceux du pouls; la peau qui le recouvre est rouge et amincie; il y a de la toux, de la dyspnée, nécessité de garder la position assise, congestion faciale, déglutition difficile, révasserie pénible dans le sommeil, appétit et ventre libre. Une saignée de sept à huit onces n'ayant amené aucun soulagement, M. Dupuytren prescrit deux pilules chacune d'un grain d'acétate de plomb dans du dorascéidium. Les jours suivans, on en porte le nombre jusqu'à six chaque jour, et de ce moment la tumeur diminue d'une manière rapide, au point que le premier juin elle a presque complètement disparu, avec amélioration de tous les symptômes. (Le même traitement, et de plus, application sur le siége de la tumeur de compresses imbibées d'eau de saturne).

Le nombre de pilules est porté à six, à huit, puis dix jusqu'au 29 juin, époque où des nausées et quelques vomissemens font suspendre ce traitement, qu'on recommence le 4 juillet, et qui est continué jusqu'au 19, jour de la sortie du malade qui, pressé de revoir son pays, promet de continuer le traitement dont il a obtenu de si bons effets.

La deuxième et la troisième observation diffèrent si peu de celle que nous venons de rapporter, que nous nous dispensons de les analyser. Dans aucune, l'autopsie n'a permis de s'assurer de l'exactitude du diagnostic. Quoi qu'il en soit, et malgré la facilité avec laquelle on peut prendre les tumeurs qui se développent dans la poitrine pour des tumeurs anévrismales, l'amélioration obtenue dans ces trois cas a été si prononcée et si rapide, qu'on ne doit point, à notre avis, tarder dans une occasion semblable à avoir recours aux mêmes moyens. Non seulement, dans ces trois cas, les tumeurs ont diminué rapidement, mais les organes respiratoires éprouvèrent aussi une amélioration manifeste, longtemps même avant que la compression exercée par la tumeur eût en le temps de cesser.

ESSAI SUR LA CURABILITÉ DE LA PHTHISIE PULMONAIRE, OU RECHERCHES ANATOMICO-PATHOLOGIQUES SUR LA TRANSFORMATION DES TUBERCULES ET LA CICATRISATION DES EXCAVATIONS TUBERCULEUSES DES POUMONS; par M. ROGÉE.

La question de la curabilité de la phthisie pulmonaire considérée d'une manière absolue est résolue aujourd'hui pour tous médecins qui sont au courant des travaux de ces vingt-cinq dernières années; il ne reste de doutes que sur les conditions qui amènent ou favorisent cette guérison, et sur les moyens que l'art pourrait employer pour imiter ceux que la nature a à sa disposition; mais qui s'occupe de cette question essentiellement pratique? On décrit avec soin les formes variées qu'offrent les cavernes tuberculeuses; on saisit avec empressement les moindres variations que présentent les bruits qui se font entendre dans la poitrine on autour, et on multiplie, au détriment de la science et de la médecine pratique, le nombre des râles et autres bruits auxquels on s'empresse de donner à chaque instant des noms nouveaux; à cela se bornent les travaux de ceux que leur position semblerait mettre à même de faire des recherches d'une plus grande utilité.

Bien que la question que M. Rogée a traitée dans son mémoire fût, à notre avis, résolue depuis longtemps, son travail n'en offre pas moins un grand intérêt, parce que le développement qu'il lui a donné lui a permis de traiter un certain nombre de questions qui se rattachent d'une manière plus ou moins éloignée à la question principale. Ainsi, M. Rogée supposant, comme nous le croyons démontré, que la guérison de tubercules entraîne nécessairement la formation ou de concrétions crétacées et calcaires, ou de cicatrices fibro-cartilagineuses, ou de membranes plus ou moins denses, servant à tapisser les parois des cavernes qui ont succédé aux tubercules, est amené naturellement à examiner si chacune de ces altérations morbides est nécessairement liée à la disparition des tubercules. Nous l'allons suivre quelques instans dans chacune de ces trois questions importantes.

L'auteur ne balance pas un instant à affirmer de la manière la plus positive que toutes les concrétions crétacées ou calcaires doivent être regardées comme des transformations des tubercules. Nous n'exposerons pas, ni ne combattrons non plus les nombreuses preuves qu'il apporte à l'appui de cette assertion, et qui ne sont pas entièrement convaincu; la circonstance sur laquelle il insiste le plus, c'est que sur 100 cadavres de vieillards qu'il a examinés, il a trouvé de ces concrétions dans 51 cas, dans lesquels elles étaient au nombre de une, deux ou trois seulement et peu volumineuses. Or quelle que soit la fréquence de la phthisie, nous croyons qu'on ne peut admettre, avec M. Rogée, que plus de la moitié des hommes appartenant aux classes inférieures qui ont passé 60 ans, et dès-lors tous hommes d'élite par leur constitution, aient été atteints de tubercules. Ces dépôts de matière crétacée, qui sont si fréquens chez les vieillards et si rares chez les adultes et les jeunes gens, se rattachent probablement au travail qui, chez les gens avancés en âge, détermine si fréquemment des dépôts crétacés sur divers points de l'économie. Si la manière de voir de l'auteur sur ce point était vraie, il en résulterait que la phthisie serait beaucoup plus fréquente qu'on ne croit communément, et surtout qu'elle serait d'une guérison extrêmement commune; ce que nous croyons ne pouvoir être admis sans de nouvelles preuves.

Il n'est pas douteux que quelques cavernes qui ont succédé à la foule des tubercules se cicatrisent par la formation sur leurs parois d'une membrane qui, dans quelques cas, est facilement confondue avec celle qui tapisse l'intérieur des bronches; d'autres fois, ces parois, en se rapprochant et se réunissant, forment des masses plus ou moins étendues et plus ou moins épaisses d'un tissu d'un blanc bleuâtre, dense et homogène de tissu fibro-cartilagineux. Cependant, on aurait tort de prendre tous les noyaux de ce tissu, qu'on trouve si souvent au sommet du lobe supérieur des poumons, pour de véritables cicatrices des cavernes tuberculeuses; il en est de même des indurations chroniques superficielles et de ces froncemens avec dépression que présentent chez la plupart des vieillards le sommet des deux poumons; ces deux dernières altérations sont le résultat, la première, d'une induration chronique du tissu pulmonaire devenu imperméable, et la seconde, d'une espèce de retrait produit par l'imperméabilité et l'oblitération de quelques-unes des cellules pulmonaires du sommet du poumon, et qui semblent être l'effet de l'âge. Tous ces faits sont parfaitement établis par l'auteur du mémoire, qui admet dans son cadre quatre espèces de cicatrices des excavations tuberculeuses : 1° cicatrices avec persistance de la cavité; 2° cicatrices avec amas de matière crétacée; 3° cicatrices fibro-cartilagineuses; 4° cicatrices celluleuses.

RÉFLEXIONS SUR LES PLAIES PÉNÉTRANTES DU COEUR; par J.-A. JOBERT (de Lamballe), chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, etc.

L'auteur a rassemblé dans ce mémoire trois observations intéressantes dont voici les points importans.

OBS. I. — Fritz, 33 ans, ébéniste. Plaie par un coup de baïonnette qui a pénétré dans ce côté gauche de la poitrine au niveau du cartilage de la quatrième côte. Douleur vive mais superficielle dans la région précordiale, dys-

puée et anxiété très intenses. Trouble dans les battemens du cœur; bruit particulier perçu par l'auscultation, analogue à la sensation que donnerait le passage du sang d'une artère dans une veine. (Application de sangsues en grand nombre; saignée copieuse.)

Mort onze heures et demie après l'accident.

A l'autopsie on trouve: le quatrième cartilage costal coupé à quelques lignes de son insertion à la côte. Péricarde ouvert dans l'étendue de trois ou quatre lignes à sa partie antérieure et inférieure; tissu cellulaire environnant infiltré de sang; caillot volumineux dans le péricarde. Au sommet du cœur, une plaie de deux à trois lignes d'étendue qui intéressait la paroi du ventricule droit; enfin dans la cavité pleurale correspondante une collection de sang encore fluide.

Obs. II. — Aubert, 23 ans, horloger. Plaie pénétrante de poitrine qu'il s'est faite lui-même en enfonçant dans la région du cœur un couteau à double tranchant dont la lame avait pénétré entre la cinquième et la sixième côte, à deux pouces environ du bord gauche du sternum, parallèlement à l'espace intercostal. La plaie extérieure a de six à sept lignes d'étendue.

Quatre heures après l'accident, la face est pâle, la prostration extrême, la respiration courte et pénible; la poitrine donne un son mat à la paroi inférieure du côté gauche; gargouillement dans ce point; battemens du cœur accélérés et tumultueux; du sang sort par la plaie durant les efforts de respiration. L'auscultation de la région précordiale fait reconnaître le *susurrus* des anévrismes variqueux. Pouls accéléré; peau chaude. Le malade ne peut rester couché sur le côté gauche. (Plusieurs saignées rapprochées.) Vers le soir, un peu de calme.

Les accidens de suffocation augmentent les jours suivans.

Le quatrième jour, le bruit de susurrus s'est converti en bruit de râpe. La matité précordiale augmente.

Mort le cinquième jour.

Autopsie. Indépendamment d'un épanchement sanguin dans le péritoine, d'une plaie du diaphragme, du foie (celle-ci fermée par un caillot), on constata l'existence d'une péricardite et d'une plaie à deux ouvertures occupant les faces antérieure et postérieure du cœur. Ces deux ouvertures sont remplies par de la lymphe qui réunit leurs bords. Le ventricule droit est percé de part en part et plusieurs colonnes charnues sont rompues. Le cœur est mou et renferme des caillots fibrineux blanc-jaunâtres.

Obs. III. — Fredot, 31 ans, garçon boulanger. Plusieurs plaies pénétrantes de la poitrine et de l'abdomen, reçues dans une rixe, à la partie latérale gauche du tronc. Perte de connaissance immédiate.

A son entrée à l'hôpital Saint-Louis, le 30 avril 1839, on constata: à gauche de l'épigastre et au-dessous de la région du cœur, six plaies dont la plus considérable, située à quatre travers de doigts, au-dessous du mamelon gauche et à deux ou trois en dehors de la ligne médiane sous la sixième côte, avait huit lignes de long. Plus bas existent cinq autres plaies, dont chacune a environ quatre lignes. Les forces du malade sont complétement épuisées, sa face est pâle, son pouls petit, fréquent. L'auscultation fait entendre un bruit particulier semblable à celui qu'on a déjà signalé chez d'autres malades, lorsque le sang sortait du cœur par suite d'une plaie pénétrante de cet organe.

La matité devient plus étendue. Les accidens qui avaient diminué le 2 mai, augmentèrent le 3, après la confrontation du malade avec ses assassins. Bruit de râpe distinct (Plusieurs saignées; potion émétisée). Le mieux semble revenir.

Tout à coup, le 9, vers onze heures, le malade est pris de suffocation, d'un froid de tout le corps; le pouls devient petit, irrégulier et bientôt imperceptible.

Mort à midi et demi, dix jours après l'accident.

Indépendamment de la lésion de la plèvre gauche, on rencontra l'existence d'une plaie du ventricule droit, intéressé dans toute son épaisseur. L'ouverture du péricarde est oblitérée par un caillot, qui adhère en même temps à la plaie du cœur, laquelle est revêtue dans tout son trajet d'un caillot de même nature, qui se continue avec le premier. Le cœur est volumineux; son tissu est flasque et pâle, sans présenter cependant les caractères du ramollissement proprement dit. Les cavités du cœur, les droites surtout, présentent des caillots fibrineux, blancs, élastiques.

Les feuillets viscéral et pariétal du péricarde sont revêtus en totalité d'une fausse membrane aréolaire, imbibée et colorée par la sérosité sanguinolente, qui remplit la cavité de cette poche membraneuse. En divers points, on rencontre des caillots adhérens au cœur et enveloppés par des fausses membranes.

Rapprochant ces trois observations des faits déjà répandus dans la science, M. Jobert établit: 1° que les plaies du ventricule droit sont plus fréquentes que celles du ventricule gauche; 2° que la durée de la vie est en rapport avec la quantité de sang épanché, et principalement avec celle qui est contenue dans le péricarde. C'est surtout l'épanchement dans le péricarde qui constitue la gravité de la lésion; la sortie du sang hors de cette cavité peut amener la mort quand la plaie a trop d'étendue; mais souvent la syncope, qui en est le résultat, suspendant les battemens du cœur, il se forme un caillot qui vient opposer un obstacle à la sortie ultérieure du sang.

Chez les trois malades dont M. Jobert a rapporté l'histoire, le trajet des blessures était occupé par un caillot, au moyen duquel la guérison aurait pu avoir lieu, si une inflammation violente n'avait amené la mort. Quelquefois l'instrument qui a produit la blessure, s'il n'est pas extrait, fait lui-même l'office d'un tampon, les fibres musculaires tendent à l'étreindre et à fermer ainsi toute issue au sang.

Rien de variable comme la plupart des symptômes assignés par tous les auteurs aux plaies du cœur; un bon nombre n'a pas de valeur réelle. M. Jobert regarde comme signes pathognomoniques: 1° les mouvemens insolites, les palpitations irrégulières, dont le cœur devient le siége; les battemens ordinaires de l'organe ne sont plus distincts; ils deviennent par ce mélange tumultueux et confus. Le cœur se trouve dans les conditions d'un muscle dont une portion des fibres aurait été coupée; elles sont alors agitées de mouvemens involontaires, et tendent à s'éloigner de la contractilité inhérente au muscle.

M. Jobert attache plus d'importance encore à l'existence d'un sifflement assez bruyant, qu'on ne peut mieux comparer qu'à celui que produit le passage du sang d'une artère dans une veine. Cependant il n'oserait affirmer que ce bruit existât dans le cas d'une large plaie du cœur, ni à toutes les périodes d'une plaie de ce viscère; car, à dater du moment où le caillot bouche l'ouverture faite au cœur, le bruit cesse et la persistance ou sa cessation indique si l'hémorragie continue ou si elle est arrêtée.

Quant à la douleur, elle appartient évidemment à la péricardite et non à la plaie du cœur. La matité augmente à mesure que l'épanchement sanguin devient plus considérable, et beaucoup plus rapidement lorsque la péricardite s'est développée; alors se développent un bruit de frottement, et des phénomènes généraux de nature inflammatoire.

L'épanchement de sang ne se fait pas dans toutes les plaies du cœur avec une égale facilité, ni avec la même promptitude; on le concevra très bien en faisant attention aux différences d'étendue que peut présenter la plaie. Et en général pour le cœur, comme pour les intestins constitués par des fibres musculaires, les liquides ou les matières contenues ne s'échappent que difficilement des cavités de ces organes, précisément à cause de l'action incessante des fibres musculaires qui entrent dans leur structure, et qui tendent à se rapprocher et à effacer les ouvertures accidentelles toutes les fois que ces fibres n'ont été qu'écartées, ou bien que quelques-unes d'entre elles ont été divisées.

On a peut-être beaucoup trop insisté sur la différence qui existe entre les plaies des cavités ventriculaires du cœur; car, dès que l'une de celles-ci est ouverte largement, la mort doit être rapide comme dans la lésion d'une grosse artère. Mais, suivant M. Jobert, on a eu raison de dire que les plaies des oreillettes sont plus graves que celles des ventricules, puisque les plans musculaires des premières, étant moins épais et moins serrés, opposent moins d'obstacle à l'hémorragie.

La mort doit être, dans la majorité des cas, attribuée à la compression du cœur par le liquide épanché. Mais si le sang est versé en abondance par une large plaie du péricarde, il faut admettre avec Sénac que la mort survient par la perte sanguine. Il arrive aussi, lorsque l'une ou l'autre de ces circonstances ne se rencontre pas, que l'inflammation traumatique vient terminer les jours du sujet. Dans les faits rapportés par M. Jobert (obs. 2 et 3), cette inflammation a paru jouer un grand rôle.

Relativement au traitement qui doit avoir pour but: 1° de prévenir ou d'arrêter l'hémorragie; 2° de combattre l'inflammation du péricarde, M. Jobert insiste spécialement sur la saignée, les émissions sanguines locales, les réfrigérans, les médicamens qui enraient les contractions du cœur (digitale, etc.), la fermeture de la plaie, etc. En somme, il s'agit de diminuer la masse du sang, même jusqu'à la syncope, dans l'intention de ralentir les battemens du cœur et de favoriser la formation d'un caillot.

De l'influence des préparations mercurielles sur les effets de l'inoculation du vaccin et de la variole; par le docteur Briquet.

L'auteur avait déjà prouvé, dans un mémoire précédent, que, suivant l'époque à laquelle on faisait l'application des emplâtres mercuriels sur les éruptions varioleuses, et suivant l'intensité de l'éruption, on pouvait obtenir la résolution complète, la transformation en vésicules, ou, enfin, l'induration tuberculeuse des pustules, et que, dans tous les cas, on diminuait notablement l'inflammation de la peau, on influençait très avantageusement la marche de la maladie, et on prévenait la formation des cicatrices difformes. Dans ce mémoire-ci, il recherche par quel mécanisme les préparations mercurielles exercent cette influence favorable, et démontre, par une série d'expériences, les propositions progressives qui suivent:

1° Les préparations mercurielles appliquées sur la peau, avant des vésicatoires ou d'autres préparations irritantes, ne diminuent en rien la disposition que la peau peut avoir à se prendre de phlegmasie;

2° Les préparations mercurielles, mélangées avec les substances irritantes, et appliquées en même temps sur la peau, ne les ont point empêchées de produire leurs effets accoutumés, et sans la moindre différence dans les résultats obtenus;

3° Les mêmes préparations appliquées sur diverses phlegmasies cutanées, *spontanées*, telles qu'érysipèle, zona, eczéma, acné, furoncles, anthrax, etc., n'ont opéré que bien rarement de la diminution dans les phénomènes inflammatoires, et le plus souvent n'ont exercé aucune influence;

4° Appliquées sur des phlegmasies *spécifiques*, sur les piqûres du vaccin, ces préparations ont produit une modification notable de la marche de la vaccine, souvent une annihilation complète de l'effet du virus vaccin, d'autres fois une pustule très petite, bâtarde ou une simple vésicule remplie d'un liquide blanchâtre, et, enfin, quelquefois une simple induration grise de la papule vaccinale. L'effet du mercure sur la vaccine est donc identique à celui qu'il exerce sur la variole. Le mercure appliqué sur le bubon vaccin, après le quatrième jour, n'empêche plus le développement de la pustule, qui alors suit la marche ordinaire. L'auteur n'a pas voulu, par une réserve qui devrait être souvent imitée, faire une semblable expérience sur l'inoculation de la variole.

M. Briquet, cherchant l'interprétation de ces résultats si remarquables, d'une part, l'inefficacité des préparations mercurielles sur les phlegmasies artificielles et spontanées, et, de l'autre, leur action sur les inflammations spécifiques, en conclut, avec quelque raison, il nous semble, que ce n'est pas sur l'inflammation que le mercure agit, mais bien sur le virus lui-même, qu'il émousse, neutralise ou peut-être même détruit; puis, passant à un ordre de considérations plus larges, mais moins positives, il se demande si la pénétration du mercure dans l'économie animale, pendant la période d'incubation de la variole, ne serait pas un moyen d'attaquer le virus lui-même et de prévenir ou au moins de diminuer l'éruption variolique qu'il doit causer; il serait même disposé à conseiller, d'une manière pressante, aux personnes non-variolées et non vaccinées, si elles répugnaient à l'idée de la vaccine, de se soumettre à un traitement mercuriel lors d'une épidémie varioleuse. Il pense, en outre, que ce traitement, employé avec énergie, pourrait, joint aux topiques mercuriels, rendre de grands services dans les varioles confluentes, et serait même peut-être applicable dans les autres maladies virulentes.

DES CARACTÈRES ANATOMIQUES ESSENTIELS DE LA FIÈVRE JAUNE; par M. le docteur LOUIS.

Les caractères anatomiques *essentiels* trouvés par l'auteur dans la fièvre jaune, étaient fournis par le foie et consistaient uniquement dans une altération de couleur et dans une aridité remarquable de cet organe. Le premier de ces deux caractères, l'altération de couleur, consistait en une décoloration du foie, qui variait depuis une teinte beurre frais jusqu'à la couleur orange ou pistache. A cette pâleur du foie était réunie *la pâleur plus ou moins marquée du sang*, qui donnait à tout ce viscère une apparence anémique qu'on ne trouvait dans aucun autre organe.

Cette altération de couleur ne se montrait pas la même dans toute l'étendue du foie, et était ordinairement plus prononcée dans le moyen lobe que dans le grand. Sous tous les autres rapports, le foie ne s'éloignait pas de l'état naturel.

C'est à peu près à ces seuls documens que se borne ce que nous trouvons ici sur ce caractère anatomique de la fièvre jaune. Quant aux questions importantes qui se rattachent à cette altération, si elle a toute l'importance qu'on lui donne ici, elles ne sont pas même indiquées; l'auteur affirme seulement qu'elle ne saurait être de nature inflammatoire, ni le produit de l'hémorragie ou d'une affection du duodénum. Nous voyons que cette altération a été observée « dans tous les cas sans exception. » Mais nous ne savons pas quel était le nombre de ces cas relativement à celui de tous les sujets affectés: est-ce dans dix, cent, ou bien mille cas? Les règles de la simple observation, et à plus forte raison la méthode numérique, exigeaient ici l'indication précise du chiffre des autopsies et son rapport avec celui des individus morts de la même maladie.

II. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les livraisons de juillet, d'août et de septembre 1839 renferment: 1° *Un mémoire sur la compression, et son efficacité dans un grand nombre de cas*; par M. Bertheraud; 2° *Un travail sur les granulations des paupières et leur traitement, et spécialement sur les moyens thérapeutiques applicables aux granulations des paupières supérieures*; par M. Gouzé (l'auteur vante la cautérisation avec le nitrate d'argent solide); 3° *Une observation de calcul salivaire; glossite; grenouillette; guérison*; par M. Bruland (le calcul était de la grosseur d'une noisette. Huit jours après son extraction, la glande, d'abord très volumineuse, s'était réduite à la grosseur d'une fève; il resta une ouverture fistuleuse près du filet de la langue; le malade n'était plus incommodé par l'excrétion continuelle de la salive); 4° *Luxation en haut et en dehors du fémur, réduite après quarante-deux jours*; par le docteur Bouchard (un tira sur la jambe, le membre restant étendu sur le bassin; il fallut des efforts considérables (six hommes faisaient l'extension); au bout de quelques minutes, après un instant de repos on entendit un bruit particulier qui annonça la rentrée de la tête dans sa cavité); 5° *Luxation tarso-métatarsienne*; par le même; 6° *Cure radicale des hernies*; par M. Henry, médecin à Arnoville (Meurthe) (l'auteur rapporte en deux mots l'histoire d'un enfant de 9 ans sur lequel il employa la méthode de M. Bonnet, modifiée par M. Mayor; la hernie ne reparut plus. Il ne dit pas si la guérison s'est confirmée; il est vrai que l'opération ne remonte qu'à un an et trois mois); 7° *Considérations nouvelles sur la doctrine hippocratique*; par M. Thiriol; 8° *Quelques études sur la vaccine*; par M. Dourles; 9° *De la valeur du bruit de soufflet dans la péricardite comme signe diagnostique*; par M. Max. Simon; 10° *De la cautérisation des bubons*; par M. Daime; 11° *Note sur l'emploi de la belladone*; par M. Féron; 12° *Quelques mots et quelques faits relatifs à l'angine œdémateuse*; par M. Legroux; 13° *Recherches sur l'auscultation du cerveau*; par M. Fisher; 14° *Observation d'imperforation vaginale traitée avec succès par l'incision*; par M. Bidart; 15° *De la ligature sous-cutanée des veines dans le traitement des varices*; par M. Dulan. (C'est le procédé de M. Ricord, qui consiste à soulever la veine dans un pli de la peau; on passe dessous un fil de soie à l'aide d'une aiguille qui traverse de part en part la base du pli cutané; puis, laissant retomber la veine, on fait repasser l'aiguille par le trou de sortie, de manière à laisser la veine en dessous; après quoi, on la ramène par l'ouverture d'entrée, ainsi que cela se pratique quand on dépasse un point mal fait, de sorte que la veine sur laquelle on opère se trouve comprise dans l'anse formée autour d'elle par la ligature. Cela fait, après avoir réuni les deux extrémités du même côté, en prenant garde d'y comprendre la peau, on les fixe sur un morceau de sonde, comme dans la suture empennée.)

LUXATION TARSO-MÉTATARSIENNE; par M. le docteur BOUCHARD.

OBS. — Baour, âgé de 30 ans, boucher, glissa sur le pavé, en portant sur ses épaules un quartier de bœuf pesant près de 150 livres. Le pied gauche, qui fut porté en avant, supporta et le poids du corps et celui de son fardeau; la cuisse se trouva fléchie sur le genou et la jambe sur le pied, de sorte que tout le poids qu'elle portait fut transmis au pied. En voulant relever son pied de dessus le sol, cet homme y ressentit un craquement considérable et ne put marcher. Appelé alors, M. le docteur Bouchard trouva le pied dans l'état suivant: la face dorsale offre une saillie transversale vers son milieu; au-dessous de cette saillie existe un enfoncement à placer un doigt. Vers le bord interne du pied, et un peu plus en arrière, on observe une autre saillie formée par la luxation du premier os unéiforme sur le scaphoïde; la plante du pied est déformée, et au lieu de présenter une voûte arrondie, elle est plate et parfaitement semblable à celle des personnes qui ont le pied plat. On observe aussi une saillie très remarquable formée par les os du tarse. Pour réduire la luxation, on a passé un drap sur le milieu de la jambe, qu'on a maintenu, avec des circulaires de bande; on en a attaché un autre sur les os métatarsiens et les phalanges; on l'a fixé aussi en serrant assez fortement au moyen d'une bande. Il a fallu peu de tractions pour obtenir la réduction, qui a été accompagnée d'un bruit de craquement. Le pied avait repris sa forme accoutumée; les douleurs ont beaucoup diminué, et tout est dans l'état le plus parfait. (Fomentations résolutives; repos.)

Au bout de quinze jours, le malade a repris ses travaux habituels, sans claudication.

L'accident rapporté par le docteur Bouchard est fort rare. A. Cooper dit n'avoir jamais vu la luxation des os du métatarse, p. 70 (traduct. de Chassaignac et Richelot.) Dupuytren en aurait rencontré un exemple à l'Hôtel-Dieu, en 1822; nous ne sachons pas qu'il l'ait consigné nulle part. La fracture du corps ou de l'extrémité des métacarpiens doit bien plus fréquemment arriver, vu la force des ligamens qui les maintiennent fixés aux os du tarse. Quant à la luxation du premier unéiforme, elle est moins rare; M. A. Cooper en a vu, pour sa part, deux exemples. Dans les deux cas, les signes extérieurs étaient les mêmes. L'os luxé faisait une saillie considérable en dedans, était légèrement attiré en haut par l'action du muscle jambier antérieur, et ne se trouvait plus sur la même ligne que le premier os métatarsien. Chez ces deux malades, la réduction n'eut point lieu, et la marche n'en fut pas notablement altérée.

DE LA VALEUR DU BRUIT DE SOUFFLET DANS LA PÉRICARDITE COMME SIGNE DIAGNOSTIC; par M. MAX. SIMON.

Si nous en croyons M. Simon, la valeur du signe diagnostique du bruit de soufflet dans le diagnostic de la péricardite se réduirait à peu près à

zéro, et tout l'échafaudage qu'on a élevé sur la découverte de ce signe s'écroulerait en même temps. Cette opinion n'est pas nouvelle, et nous l'aurions adoptée en l'étendant même à l'endocardite, cette maladie de nouvelle création qui, si nous en croyons quelques écrivains modernes, serait plus fréquente que ne l'était, il y a quelques années, la gastrite, et que ne l'ont été toutes les maladies qui ont envahi successivement le domaine de la mode; mais aucune des explications qui ont été données jusqu'ici pour la production de ces bruits ne nous ayant satisfaits, nous avons mieux aimé rester dans le doute que d'admettre ou de repousser d'une manière définitive aucune des assertions avancées sur ce point. L'auteur signale plusieurs faits où le bruit de soufflet ne se liait à aucune phlegmasie du péricarde, mais dépendait d'une déperdition de sang plus ou moins considérable; aussi semble-t-il en induire que le bruit de soufflet dépend le plus souvent des conditions d'hématose déterminées par le mode de traitement même qui a été suivi. Quant au mécanisme même de la production de ce bruit, l'auteur paraît disposé à l'attribuer à la diminution et en même temps à la vitesse augmentée du fluide sanguin. Ce mémoire, dans lequel l'auteur se contente de signaler, sans les approfondir, quelques-unes des questions qu'on peut soulever à l'occasion du bruit de soufflet, nous semble appartenir à la réaction que devait nécessairement amener l'importance exagérée que l'on avait attribuée à ce bruit, considéré comme moyen de diagnostic.

DE LA CAUTÉRISATION DES BUBONS; par M. J.-H. DAIME, chirurgien, chef interne à l'hôpital des vénériens de Marseille.

La cautérisation des bubons que M. Daime emploie depuis plus d'un an, *toujours* avec succès, a, selon lui, des avantages immenses sur toute autre méthode de traitement. Elle se pratique avec un petit cautère fin, d'une ligne à une ligne et demie de diamètre, terminée en pointe mousse, qu'on fixe et dirige avec une tige creuse formée de deux cônes réunis par leur sommet. Le fer doit être rougi à blanc, enfoncé dans le centre de la tumeur au moyen du conducteur, de manière à pénétrer dans le tissu même de la glande; on doit s'arrêter là. Au moment de la pénétration du cautère dans l'engorgement, la brûlure devient un centre fluxionnaire, et la tumeur prend un léger accroissement, mais il n'est pas de longue durée. Après deux ou trois jours, elle commence à diminuer; cette diminution devient plus active vers le huitième ou le dixième jour. Quelquefois, mais rarement, il en est qui persistent jusqu'au vingtième. On peut revenir à la cautérisation dans les points restés indurés, dans les cas de bubons très volumineux, ou bien lorsque l'effet de la chaleur ne s'est pas étendu assez loin.

Au reste, cette méthode ne suffit pas pour guérir une maladie syphilitique générale; il faut de toute nécessité avoir recours au traitement anti-vénérien.

Dans la seule observation citée par M. Daime, un bubon, dont l'époque de développement n'est pas indiquée, et qui était déjà ramolli au centre, fut guéri dix jours après une seule cautérisation; au reste le malade avait eu des sangsues, on avait appliqué des cataplasmes émollients.

M. Daime conclut des faits qu'il a observés : 1° que la cautérisation par ce nouveau procédé réprime en peu de jours *tous* les bubons, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique; 2° on prévient les décollemens énormes et les suppurations interminables; 3° on évite les cicatrices toujours vicieuses et dégoûtantes qui résultent des ouvertures faites avec le bistouri ou la lancette.

Nous pensons que ce moyen, qui dans le fond n'est pas nouveau, ne peut convenir que dans les bubons indolens, chroniques; on n'y songera pas, je pense, dans les inflammations franchement aiguës, ni avant la suppuration, ni au moment où elle s'établit.

QUELQUES MOTS ET QUELQUES FAITS RELATIFS A L'ANGINE ŒDÉMATEUSE; par le docteur LEGROUX.

L'histoire de l'angine œdémateuse est encore obscure sous un nombre de points de vue si considérable, qu'on ne doit négliger aucun des faits propres à jeter quelque jour sur cette affection insidieuse. C'est ce qu'a fait M. Legroux, qui réunit dans ce travail quatre observations d'angine œdémateuse, et à l'occasion desquelles il examine la plupart des questions qui s'y rattachent. Ne pouvant le suivre dans les discussions qu'il établit sur ce sujet, nous allons nous contenter de reproduire les propositions par lesquelles l'auteur résume son travail :

1° L'angine œdémateuse, qui le plus souvent n'est que symptomatique d'une affection aiguë ou chronique du larynx, existe cependant quelquefois sans autre lésion de cet organe.

2° Lorsqu'elle est primitive, l'angine œdémateuse peut se montrer sous la forme d'une phlegmasie aiguë; le plus souvent elle a un caractère inflammatoire sub-aigu, et survient chez des individus affaiblis déjà par une maladie antérieure.

3° L'action du froid et la métastase rhumatismale sont les seules causes auxquelles on puisse attribuer le développement de l'angine œdémateuse primitive ou symptomatique.

4° Sa marche est aiguë ou chronique: dans le premier cas, elle peut déterminer la mort en deux ou trois jours, en quelques heures même.

5° Les symptômes caractéristiques de l'angine œdémateuse sont la dyspnée, la difficulté de l'inspiration, l'expiration restant libre, la raucité, l'affaiblissement et l'extinction de la voix. Divers bruits, dont le siége est au larynx, annoncent la difficulté qu'éprouve la colonne d'air à traverser ce passage, le plus souvent en entrant, quelquefois aussi en sortant. Ces bruits sont un *frottement particulier* qu'il suffit d'avoir entendu une fois; un *sifflement croupal;* et enfin un *bruit de soupape* qui se ferme.

6° L'inspection de la gorge, son exploration avec le doigt peuvent faire présumer ou reconnaître l'existence de l'œdème de l'ouverture supérieure du larynx.

7° Le traitement consiste, à l'état aigu, si nous en croyons l'auteur, dans l'emploi prompt et énergique des émissions sanguines locales et générales, et surtout dans celui des révulsifs et des dérivatifs. Ces derniers moyens, conjointement avec les topiques astringens et la dilacération de la muqueuse boursoufflée, sont applicables à l'angine œdémateuse sub-aiguë. Enfin, dans les cas d'insuffisance de ces moyens, dans ceux où il existe une altération grave du larynx, contre laquelle les autres moyens auraient échoné, il reste une dernière ressource, la trachéotomie.

IMPERFORATION VAGINALE; ACCIDENS CONSÉCUTIFS GRAVES; INCISION DE LA MEMBRANE HYMEN; GUÉRISON; par M. A. BIDART, D. M.

OBS. — Les accidens qui se développèrent à l'époque de la puberté furent mis sur le compte de l'établissement de la menstruation. Huit mois après l'invasion des premiers symptômes qui consistaient en des douleurs lombaires et hypogastriques survenant tous les mois, en ayant égard aux autres symptômes, tels que: tension de la région hypogastrique, existence d'une tumeur oblongue dans ce point, sans changement de couleur à la peau, et offrant le volume d'un œuf de poule, occupant surtout la partie supérieure de l'anneau inguinal gauche, M. Bidart pratiqua le toucher et rencontra une tumeur qui fermait complétement l'ouverture vulvo-vaginale.

Cette tumeur presque sphéroïde, rénitente, mais fluctuante et insensible, avait environ trois pouces de diamètre et semblait formée par la membrane hymen imperforée que poussait fortement au dehors un liquide épais, retenu derrière elle.

Incision cruciale, bourdonnet de charpie à demeure pour prévenir l'adhérence; il s'écoula plus de deux litres d'un liquide extrêmement fétide et analogue pour la couleur et la consistance à une bouillie épaisse de chocolat délayé dans de l'eau. Soulagement immédiat et plus tard guérison. L'écoulement menstruel s'est montré régulièrement depuis cette époque.

Cette observation peut être rapprochée de tant d'autres déjà connues dans la science, où l'incision de la membrane a eu un plein succès.

Les lésions de ce genre diffèrent essentiellement de l'absence complète du vagin, qui constitue une affection beaucoup plus grave. Cependant les faits de M. Wuillaume, de Metz, de M. Amussat doivent engager à créer une voie artificielle, et à recourir à l'opération malgré d'autres cas moins heureux. On ne saurait trop insister sur l'importance qu'il y a à bien s'assurer de la nature de la lésion avant de rien entreprendre, ni faire sentir assez la difficulté dans certains cas d'un diagnostic précis; les erreurs qui ont été commises sont nombreuses.

III. BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE.

SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LA GUÉRISON DE L'ECTROPION; par M. BOUCHACOURT, D. M. P.

Après quelques considérations préliminaires sur la formation de l'ectropion et l'examen comparatif des méthodes nombreuses qui lui sont applicables, M. Bouchacourt indique le procédé suivant, qui consiste à faire à trois lignes environ au-dessous du bord libre de la paupière inférieure, une incision curviligne transversale, à convexité supérieure, ayant huit lignes de longueur. Sa partie moyenne sera anguleuse et ses deux extrémités rencontreront une autre incision semblable, placée au-dessous, ayant sa convexité dirigée en bas, et comme la précédente un angle à sa partie moyenne. On aura circonscrit de la sorte un lambeau losangique dont les angles supérieur et inférieur seront obtus, et les latéraux arrondis, dont le petit diamètre sera vertical, à peine long de trois à quatre lignes, et le transverse aura deux à trois fois plus d'étendue. L'incision ne devra comprendre que la peau. Si alors, après avoir détaché le

lambeau losangique, on réunit *verticalement* les bords de cette plaie, on la convertit en une fente longitudinale dont trois ou quatre petites épingles et un fil ciré assurent la réunion. La paupière inférieure se trouve alors relevée dans une étendue qui aura précisément pour mesure le rapport du diamètre transversal de la plaie à celui du diamètre longitudinal.

La laxité des tégumens plus grande en dehors près de la tempe qu'en dedans près du nez, devra engager à rapprocher davantage la plaie de la première que de la seconde de ces régions.

En supposant que cette laxité ne soit pas assez grande pour permettre un rapprochement des bords de la solution de continuité, une dissection latérale devra le favoriser.

Par ce procédé, on ménage le bord libre des paupières; on enlève la cicatrice qui le tiraille en bas; on fait par conséquent disparaître la difformité, en prévenant son influence consécutive. On n'a pas à craindre que des cicatrices nouvelles fassent reparaître le renversement; bien loin de là, puisque le mode de réunion doit tendre incessamment à le diminuer.

Le procédé de M. Bonchacourt n'a été encore essayé que sur le cadavre; pour en bien comprendre la valeur il suffit de réséquer une portion assez étendue de la paupière inférieure, on verra après la suture verticale, combien il est facile de relever le bord inférieur de la plaie, qui représente exactement le bord libre de la paupière renversée.

IV. GAZETTE DES MÉDECINS PRATICIENS.

DE L'EMPLOI DU SEL MARIN (CHLORURE DE SODIUM) DANS LA PHTHISIE PULMONAIRE, L'AFFECTION SCROFULEUSE ET LE CARREAU; par le docteur A. LATOUR.

Avant de faire connaître les cas dans lesquels l'auteur a employé cette médication nouvelle et la manière dont il l'a dirigée, nous dirons qu'elle lui fut indiquée par le propriétaire d'une troupe de ces singes que nous voyons chaque jour dans les rues, et qu'il guérissait tous par cette méthode aussitôt qu'ils toussaient. Ce moyen lui avait été communiqué à lui-même par le capitaine de navire de long cours qui lui vendait ses singes, au Hâvre. La pensée qu'on pourrait peut-être enrayer la marche de la tuberculisation chez l'homme par l'emploi du sel marin se présenta aussitôt à l'auteur. De là les essais tentés, et que nous allons reproduire par l'analyse.

Obs. I. — Madame B., brunisseuse, de Paris, mariée depuis quatre ans, et sans grossesse; petite, brune et d'une constitution chétive et extrêmement maigre, paraît n'avoir point eu de phthisiques dans sa famille, et est atteinte une ou deux fois par an de rhumes opiniâtres. Elle est irrégulièrement menstruée, et avait eu de l'embonpoint jusqu'à sa maladie actuelle, qui remonte au mois de décembre 1836. Depuis cette époque, elle a continuellement toussé, et par accès, sans expectoration dans les premiers temps, mais, depuis deux mois, suivie de crachats qu'elle dit être blancs et épais. Fièvre tous les soirs, avec sueur nocturne; douleurs sur le sternum et dans le dos; appétit médiocre; goûts bizarres; pas de diarrhée. Une saignée n'avait procuré aucun soulagement. A la percussion, la sonorité est parfaite, excepté sous la clavicule gauche, où elle est sensiblement amoindrie, avec absence de bruit respiratoire, qui est modifié aussi sous la clavicule droite; crachats sans caractères.

Le 14 juin 1837, elle prend un demi-gros de sel marin, dans une tasse de bouillon de veau, et continue les jours suivans.

Le 16, elle a beaucoup moins toussé que les jours précédens; elle a plus d'appétit qu'à l'ordinaire; la nuit a été moins agitée; la sueur moins abondante.

Le 17, l'amélioration continue; deux quintes de toux dans les vingt-quatre heures; un gros de sel dans un bouillon aux herbes.

Le 18, la toux et l'expectoration ont presque entièrement cessé.

Du 19 au 25, la malade prend chaque jour un gros de sel, et l'amélioration continue.

Le 27, les règles ont paru et coulent abondamment jusqu'au 1er juillet. A la percussion, le son est mat sous la clavicule gauche; partout ailleurs, la sonorité est parfaite. Le bruit respiratoire, nul sous la clavicule gauche, est très affaibli sous la droite. La malade est moins maigre; elle ne tousse presque plus, et ne rend plus de crachats. La chaleur et les sueurs nocturnes ne la tourmentent plus; elle n'éprouve plus les douleurs sternales et dorsales.

Deux mois après le commencement du traitement, elle put reprendre son travail; alors son embonpoint, sa coloration et ses forces étaient revenus. Plus de toux, d'expectoration, de sueurs nocturnes, ni de douleurs dans la poitrine.

Le 14 août, elle cesse complètement l'usage du sel marin. Le bruit respiratoire s'entend très bien sous la clavicule droite; à gauche, on l'entend, mais faible et obscur.

Cette observation sera regardée par beaucoup de médecins comme un cas de phthisie encore peu avancée; pour nous nous devons dire qu'il nous reste encore bien des doutes à ce sujet; la diminution de la sonoriété et du bruit respiratoire sous la clavicule (le symptôme le plus important qu'ait offert la malade) ne suffisant pas, à notre avis, avec des crachats mal caractérisés, et une fièvre nocturne pour indiquer positivement la tuberculisation. Nous ne dissimulerons pas cependant que la guérison dans ce cas par la seule influence du sel marin est un fait d'une certaine valeur.

Obs. II. — Rose Jacob, 23 ans, grande et forte, a la peau blanche et fine, née de parens sains, a été traitée en 1837 pour un *point de côté avec crachement de sang*; ce crachement de sang est revenu à plusieurs reprises vers la fin de l'année.

Le 5 novembre 1837, amaigrissement notable, toux petite et sèche venant par quintes, suivies de crachats muqueux et filans; son mat sous les deux clavicules, normal partout ailleurs. Absence du bruit respiratoire au sommet des poumons; accidens fébriles assez prononcés et qui cessent sous l'influence d'une saignée du bras; mais il reste une petite toux sèche, avec quelques crachats, et fièvre nocturne, sans sueurs.

Le 22 novembre, on prescrit tous les matins, pendant huit jours, un gros de sel marin dans une tasse de bouillon.

Le 2 décembre, la toux et l'expectoration ont diminué; depuis deux jours il n'y a pas eu de fièvre.

Le 17, l'amélioration continue.

Le 16 janvier, la malade a repris ses occupations habituelles. On supprime le sel.

En février 1839, la malade n'avait éprouvé aucune nouvelle atteinte de sa maladie.

Cette observation diffère peu de la précédente, sinon par quelques crachemens de sang, sur lesquels nous ne trouvons pas pas de documens; elle comporte donc le même doute et les réflexions que nous avons présentées à son occasion.

Obs. III. — M. N..., 50 ans, sujet aux rhumes et d'une santé languissante, a eu une pneumonie en 1828, et depuis il a toujours toussé et été en s'affaiblissant.

Le 2 octobre 1838, il est dans un état de maigreur et de faiblesse extrêmes, dyspnée très forte, toux continuelle et avec quintes, expectoration de matières muqueuses et de crachats grisâtres et opaques, striés de sang quelquefois; le malade a craché du sang en petite quantité à plusieurs reprises; la percussion est très douloureuse; râle caverneux au sommet du poumon droit; absence du murmure respiratoire dans presque tout ce poumon; à gauche, pectoriloquie évidente, même absence du bruit respiratoire; symptômes fébriles assez prononcés, diarrhée légère, sueurs nocturnes abondantes. Jusqu'ici le malade n'a suivi ni régime ni traitement et se nourrissait fort mal. (Un gros de sel marin tous les matins dans une tasse de bouillon; faire usage de viandes grillées).

Le 10 octobre, la toux et l'expectoration ont diminué ainsi que la chaleur de la peau et la fréquence du pouls; la faiblesse et la dyspnée sont moindres, les sueurs sont moins abondantes.

Le 22 octobre, le malade se sent assez de forces pour présider à son déménagement, auquel il prend une part active. L'appétit revient graduellement; le gargouillement et la pectoroloquie disparaissent et sont remplacés par un bruit de souffle.

Le 15 décembre, tous les symptômes locaux et généraux ont presque entièrement disparu. M. N... assure ne s'être jamais mieux porté. A la fin de février 1839 il continue dans le même état; le bruit de la respiration s'entend partout, excepté sous les deux clavicules où l'on entend encore un bruit de souffle très faible.

Nous laisserons à nos lecteurs à juger eux-mêmes de la nature de la maladie dont était atteint le sujet de cette observation; et lors même qu'il serait possible encore de douter que ce fût réellement un cas de phthisie avancée, l'amélioration obtenue ne serait pas moins un fait très remarquable et bien digne d'appeler l'attention sur l'emploi du sel marin dans des cas analogues. Il est vrai que le médecin de M. de N... a joint à cette substance une bonne alimentation au lieu d'une nourriture irrégulière et de mauvaise nature et sans traitement ni régime régulier, et qu'on pourrait rapporter à l'influence du régime une partie des effets attribués à la médication spéciale; mais les occasions ne manqueront pas, malheureusement, à la plupart de nos lecteurs d'essayer l'emploi du sel marin, et dans des cas où, tous les moyens rationnels ayant échoué, ils pourront et nous disons volontiers devront faire l'essai de la médication proposée ici par M. Latour. Nons ne manquerons pas d'ailleurs de tenir nos lecteurs au courant des nouvelles expériences de l'auteur.

V. L'ESCULAPE.

ESSAI SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE D'OPÉRER LA CATARACTE; par le docteur S. FURNARI.

Dans le but d'éviter les inconvéniens attachés à l'opération de la cataracte par extraction, tont en conservant ses avantages, l'auteur a proposé la *keratotomi-kystotritie*. Le malade étant couché, position la plus convenable pour la plupart des opérations dans lesquelles il faut ouvrir la cornée, l'œil que l'on ne doit point opérer étant maintenu par un bandage approprié, l'opérateur confie à un aide intelligent l'élévatinn de

la paupière supérieure, tandis qu'il abaisse l'inférieure ; de l'autre main, il saisit ce que M. Furnari appelle un *kératotome à double lame*, comme une plume à écrire, et en présente de plat la lame la plus petite à la cornée, puis il l'enfonce à la partie externe dans son point central à une ligne environ au-devant de l'insertion de cette membrane à la sclérotique. L'instrument est poussé en avant dans la direction d'une ligne, qui, partant du point primitivement attaqué, se rendrait au centre de la pupille. Quand la petite lame est arrivée à ce point, l'incision pratiquée à la cornée est suffisamment étendue. Il ne reste plus qu'à attaquer la face antérieure du cristallin, en y pratiquant une incision en zig-zag; on retire alors l'instrument en lui faisant suivre la même direction que celle qu'il avait suivie pour son introduction. Le premier temps de l'opération achevé, on introduit dans l'ouverture que l'on a faite à la cornée une sorte de pince à double bascule, montée sur un manche légèrement aplati, dans lequel sont renfermés les deux points d'appel, qui servent mutuellement à fermer la pince.

Cet instrument, que M. Furnari appelle *kystotriteur*, est poussé jusqu'au cristallin. Arrivé à ce point, on laisse ouvrir l'instrument et l'on saisit le corps opaque; la plus légère traction suffit pour le retirer. Si la cataracte est molle, on en extrait tout ce que l'on peut, le reste est broyé sur place par la pression que l'on donne aux mors de la pince. Si le cristallin est dur, très volumineux, et qu'il trouve de la difficulté à sortir par l'ouverture faite à la cornée, en poussant la pression des pinces au plus haut point, le cristallin sera écrasé, divisé en plusieurs morceaux, dont on opérera facilement l'extraction. Il serait inutile de chercher les petits fragmens, l'action absorbante de l'humeur aqueuse les détruit en peu de temps. Si l'on apercoit dans le centre pupillaire quelques fragmens de capsule, il faut les extraire avec soin.

Avant de pratiquer l'opération de la cataracte par la kératotomi-kystotritie, il faut dilater la pupille par l'extrait alcoolique de belladone.

Dans le cas où le cristallin aurait de la tendance à fuir au-devant de l'instrument et à se jeter dans le corps vitré, il faudrait achever l'opération par la kératotomi-réclinaison (méthode égyptienne) et renverser le cristallin dans la chambre postérieure, en ayant soin de le placer, autant que possible, dans la partie postérieure externe du corps hyaloïdien. Le kystotriteur, étant coudé et courbe sur le plat, se prête facilement à cet dernière manœuvre.

Ainsi donc, par cette méthode ingénieuse, on inciserait la cornée dans une étendue peu considérable, et par la pression du kystotriteur on accommoderait le volume du corps que l'on veut extraire au petit diamètre de l'ouverture.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 30 SEPTEMBRE.

(SUITE.)

IMAGES PHOTOGÉNIQUES ET GRAVURE DE CES IMAGES.

A l'occasion d'une lettre sur ce sujet, adressée à l'Académie dans la séance précédente, M. Daguerre écrit relativement aux essais qui ont été faits autrefois dans ce but par lui-même ou par son associé M. Niepce.

Comme M. Niepce, dit l'auteur de la lettre, se servait principalement de son procédé pour la copie de gravures mises en contact avec la couche sensible, il n'est pas étonnant qu'il ait pensé à attaquer sa plaque au moyen d'un acide, puisqu'elle se trouvait découverte dans les endroits bruns, et tout à fait couverte dans les clairs, conditions entièrement semblables à celles qu'exige la gravure. Cependant, comme il n'était pas possible de faire mordre la planche à différentes reprises sans faire intervenir l'art du graveur, et que, par conséquent, les tailles avaient toutes la même profondeur, le résultat était défectueux, comme on en pourra juger d'après la planche que je joins à ma lettre, et l'épreuve qui en a été tirée (1).

On conçoit que cette application du procédé de M. Niepce à la gravure ne pouvait pas avoir lieu pour les images obtenues dans la chambre noire, parce que, dans ces dernières, le vernis n'est entièrement enlevé que dans les grandes vigueurs, et que les demi-teintes n'étant produites que par le plus ou moins d'épaisseur du vernis, il est impossible que l'acide agisse dans le même rapport. Cet inconvénient n'existe plus depuis les modifications que j'ai apportées au procédé, car j'ai substitué au bitume le résidu de l'huile essentielle de lavande, et ce résidu, dissous dans l'alcool et étendu sur une plaque de métal ou de verre, ne produit pas une couche continue, mais présente sur toute la surface une suite de petites sphérules de résine, qui laissent entre elles le métal à découvert ; c'est pourquoi on peut ainsi faire mordre la plaque au moyen d'un acide, et c'est ce que j'ai fait sur une épreuve sur verre, obtenue dans la chambre noire au moyen de l'acide fluorique ; et pour en voir les résultats, j'ai chargé de noir les parties du verre attaquées par l'acide. Mais cette image était défectueuse, parce que l'acide ayant agi partout également, il n'y avait pas assez de dégradations dans les teintes.

Il est bien prouvé, par la correspondance de M. Niepce, dit plus loin M. Daguerre, que j'ai découvert en mai 1831 les propriétés de la lumière sur l'iode mis en contact avec l'argent. Je n'ai découvert l'application du mercure qu'en 1835. Dans l'intervalle, ayant fait de nombreuses expériences et toujours sur des plaques mécaniques, il m'est souvent venu à l'idée, on le croira aisément, de fixer l'image par la gravure. A cette époque, je ne savais pas que l'image existât sur l'iode avant d'être apparente, et j'attendais qu'elle se fût manifestée par la coloration de l'iode. Cette image était fugace, puisqu'elle se colorait indéfiniment, et d'ailleurs les clairs et les ombres y étaient transposés. Cependant, dans cet état, les acides agissaient différemment sur les parties de l'iode non colorées par la lumière, que sur celles qui étaient colorées, et j'obtenais par leur application une gravure extrêmement faible.

Une expérience faite sur une plaque sortant de la chambre noire et sur laquelle l'image était devenue apparente par la coloration de l'iode par la lumière, m'avait démontré, poursuit M. Daguerre, que le gaz acide carbonique, en contact avec la plaque légèrement mouillée, avait produit par sa combinaison avec les parties de l'iode frappées par la lumière, un composé très blanc, et avait ainsi réuni les clairs et les ombres dans leur état naturel; mais la dégradation des teintes était imparfaite. J'avais remarqué encore qu'en mettant dans une capsule du chlorate de potasse et qu'en le chauffant avec une lampe, dans un appareil à peu près semblable à celui qu'on emploie aujourd'hui pour le mercure, l'image, produite par la coloration de l'iode par la lumière, apparaissait en clair, absolument comme l'engendre aujourd'hui la vapeur mercurielle.

Après être arrivé à la connaissance de la propriété du mercure, M. Daguerre chercha les moyens de donner à l'image plus de fixité, c'est-à-dire de l'empêcher d'être détruite par le moindre frottement, et, dans ce but, il commença une série d'expériences avec les acides. Je savais, dit-il, qu'il était difficile de trouver un acide qui agît sur l'argent sans affecter le mercure; mais l'idée me vint que, dans le temps nécessaire pour que l'action de l'acide se manifestât sur l'argent dans les parties où il est à découvert; le mercure le préserverait dans celles qu'il recouvre, jusqu'à ce qu'il cédât lui-même à l'action de l'acide. J'ai effectivement obtenu ainsi plusieurs résultats avec différens acides, entre autres avec un mélange d'acide hydrochlorique et d'acide nitrique étendus d'eau, ainsi qu'avec plusieurs vapeurs acides. Mais ces résultats étaient encore défectueux à cause de l'impossibilité de faire mordre à plusieurs reprises. Je savais, du reste, que l'argent est trop tendre pour en espérer un tirage, même d'un très petit nombre d'épreuves. Aussi le but que je me proposais n'était-il pas d'arriver à tirer des épreuves, mais de donner de la vigueur aux épreuves en remplissant de noir les parties du métal attaquées par l'acide.

Aujourd'hui que le procédé est arrivé à une plus grande perfection, je suis plus que jamais convaincu de l'impossibilité d'arriver par la gravure sur la plaque même, à tirer des épreuves qui approchent de la perfection d'une image présentant le maximum d'effet que donne le procédé; car dans une épreuve obtenue dans ces conditions où la perspective aérienne est reproduite avec toute sa dégradation de teintes, les plus grandes vigueurs de l'image doivent être complètement nettes de mercure, ce qui rend impossible de reproduire ces vigueurs par la morsure; puisque cette morsure agit également et produit de larges creux qui ne peuvent retenir le noir d'impression; en gravure, on évite cet inconvénient en ne produisant que des creux assez étroits pour qu'ils retiennent le noir. Pour vaincre cette difficulté, il faudrait exposer longtemps au mercure l'épreuve qu'on veut graver, afin qu'il s'y attachât partout, même dans les grandes vigueurs; par ce moyen on obtiendrait un grain sur toute la surface de la plaque; mais aussi cette épreuve ne serait pas dans les conditions voulues, car elle n'offrirait plus ni perspective aérienne ni finesse de détails. D'ailleurs si je regarde comme impossible d'arriver par la gravure sur la plaque même à un résultat semblable à celui que présente une épreuve exécutée dans toutes les conditions du procédé, je ne pense pas de même d'un transport du mercure sur un autre corps que je regarde comme possible. Un perfectionnement qui pourrait être considéré comme tel, serait le moyen de noircir l'argent dans les vigueurs sans attaquer le mercure; on détruit ainsi le miroitage de la plaque. Une autre amélioration non moins importante consisterait à empêcher que le mercure qui s'attache aux parties de l'image qui ont été trop longtemps exposées à la lumière ne perde de son éclat.

A la suite de cette communication, M. Arago lit des extraits de deux lettres de M. Niepce à M. Daguerre, en date du 2 février et du 4 juin 1827, et dont l'une accompagnait l'envoi de la planche gravée de laquelle il vient d'être fait mention. Il met également sous les yeux de l'Académie le contrat passé entre ces deux expérimentateurs.

IMAGES PHOTOGÉNIQUES.

M. Berry fils, professeur de dessin au collége, adresse plusieurs épreuves de dessins faits par différens procédés photogéniques. Plusieurs épreuves d'une tête de l'Amour d'après le tableau de Gérard ont été faites au moyen d'un verre dépoli, recouvert d'une couche de noir au vernis, que l'on a enlevée ensuite au moyen d'un grattoir dans les endroits qui devaient être noircis sur le dessin. Le dépoli du verre donne au trait l'apparence du travail au crayon. Ce moyen ayant été reconnu, par l'auteur, incommode pour faire des dessins ombrés à cause de la difficulté de juger de l'effet des lumières, il a eu recours à deux autres procédés qui, d'après les échantillons qu'il a adressés, paraissent réussir fort bien : l'un consiste à exécuter le dessin sur une feuille transparente de corne, bien polie d'un côté, et dépolie de l'autre avec la poudre de pierre ponce.

(1) Cette épreuve, très pâle sans doute, ne l'est pas plus cependant que certaines épreuves de graveurs anciens, qui conservent encore dans le commerce un prix assez élevé.

On pose la corne sur une feuille de papier noir qui, se faisant sentir à travers la corne dépolie, lui donne une teinte ardoisée; dans les endroits où on veut avoir un noir pur, on applique au pinceau de l'eau gommée qui rend à la corne toute sa transparence; dans ceux, au contraire, où l'on veut avoir des tons plus clairs que la demi-teinte, on applique du blanc de plomb, qui ne fait du blanc parfait que quand il y en a une couche assez épaisse pour que le fond ne paraisse pas au travers. Comme le blanc de plomb est opaque, il intercepte dans ce cas complètement le passage de la lumière; dans les lieux où il est moins épais, la lumière passe en petite quantité; elle passe mieux encore dans les lieux où elle n'est arrêtée que par le dépoli de la corne, et presque en totalité dans celle où cette corne, par l'application d'une couche de gomme, a recouvré son poli.

Si la planche ainsi préparée est appliquée, du côté peint, sur une feuille de papier sensible, et recouverte d'un verre plat, il suffit d'une exposition au soleil pendant deux minutes pour obtenir une bonne épreuve. La même planche en peut donner un nombre indéfini. Ces épreuves sont inaltérables.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 8 OCTOBRE.

ANUS ARTIFICIEL DANS LA RÉGION LOMBAIRE.

M. AMUSSAT lit quelques pages d'un travail intitulé : MÉMOIRE SUR LA POSSIBILITÉ D'ÉTABLIR SURÊMENT L'ANUS ARTIFICIEL EN ARRIÈRE DE LA RÉGION LOMBAIRE, SANS PÉNÉTRER DANS LE PÉRITOINE.

Après avoir donné l'historique du procédé de Callisen et cité les opinions de plusieurs auteurs, tels que Sabatier, Dupuytren, etc., qui nous blâment ce procédé, M. Amussat rapporte que Callisen et Duret ouvrirent le péritoine en essayant, sur les cadavres d'enfant, d'établir un anus artificiel dans la région lombaire, et il attribue en partie à ces essais infructueux l'abandon qu'on a fait de la belle idée qu'avait eue le premier de ces chirurgiens d'arriver au colon par la région lombaire, sans intéresser le péritoine.

Ce fut surtout à l'époque où M. Amussat donnait des soins à notre célèbre Broussais, qui a succombé, comme on le sait, à une affection cancereuse de la partie inférieure du rectum, que ce chirurgien s'occupa de l'importante question de l'établissement des anus artificiels, et qu'il parvint à se convaincre, par des recherches anatomiques et des essais sur le cadavre, que le procédé de Callisen était celui qu'on devait préférer, puisqu'il mettait à l'abri de la lésion du péritoine. Depuis ce temps, de nouvelles études chirurgicales sont venues confirmer ces idées, et deux faits heureux d'établissement d'anus artificiel, l'un chez une femme âgée de 48 ans, et l'autre chez un homme âgé de 62 ans, ne devront plus laisser aux chirurgiens aucun doute sur la préférence à accorder au procédé de Callisen, modifié de manière à le rendre plus sûr, plus facile et moins incommode pour le malade.

Les détails d'anatomie chirurgicale relatifs à la région lombaire, et sur lesquels M. Amussat insiste particulièrement, se rapportent à la disposition du péritoine par rapport au colon. Jamais, jusqu'à présent, il n'a rencontré de mésocolon, même chez les enfans. La moitié postérieure de l'intestin est dépourvue de péritoine, et le meilleur moyen de s'en assurer, c'est d'arriver à l'intestin par la région lombaire, en disséquant couche par couche tous les tissus. On voit alors, surtout si on insuffle par l'anus, que le péritoine ne recouvre l'intestin que dans sa partie antérieure. Si on examinait la disposition du péritoine en ouvrant l'abdomen en avant, et qu'on tirât l'intestin, on pourrait croire, au premier abord, qu'il existe un mésocolon ; car la traction aurait pour effet le rapprochement des deux lames du péritoine qui se fixent aux parties latérales de l'intestin.

Ce point important étant bien établi, M. Amussat entre dans des détails minutieux sur la couleur différente du colon, de celle des intestins grêles, sur sa fixité, sur sa longueur, et, enfin, il décrit comme la conséquence des détails anatomiques qu'il vient de donner, le procédé qu'il emploie pour arriver facilement sur le colon, sans blesser le péritoine. Ce procédé consiste à faire, non pas une incision verticale dans la région lombaire, comme l'avait proposé Callisen, mais une incision transversale qui présente les avantages suivans: elle rend l'opération plus facile et plus sûre; elle permet en outre d'éviter de couper en travers les vaisseaux et les nerfs lombaires; elle donne la facilité de chercher l'intestin dans une plus grande étendue, et par conséquent d'éviter sûrement la lésion du péritoine; enfin, elle permet d'établir l'anus artificiel sur la partie latérale de la région lombaire, en attirant fortement l'intestin en avant, et en le fixant à l'angle antérieur de la plaie.

Comparant ensuite les divers procédés qui ont été proposés, M. Amussat démontre que celui qu'il a adopté présenterait pour la guérison de l'anus artificiel, s'il n'était pas nécessaire de le conserver, des chances de succès bien plus grandes, parce que l'éperon est peu marqué étant fixé en arrière aux parois abdominales.

En supposant un instant qu'il y eût un mésentère au colon et qu'on fût forcé d'ouvrir le péritoine, ce procédé aurait encore sur celui de Littre un avantage très grand; c'est que les matières fécales auraient beaucoup moins de tendance à s'épancher dans le ventre, le malade étant, bien entendu, couché sur le dos.

En définitive, M. Amussat croit que l'opération de l'anus artificiel, telle qu'il l'a pratiquée, est beaucoup moins grave et moins difficile que l'opération de la hernie étranglée; en effet, dit-il, dans la hernie, on n'a qu'un espace circonscrit, un anneau qu'il faut débrider, des vaisseaux importans difficiles à éviter et on ouvre nécessairement le péritoine, tandis que dans l'opération de l'anus artificiel, on peut opérer dans un large espace, on n'a point de vaisseaux importans à redouter et on n'intéresse pas le péritoine. Quant à l'ouverture de l'intestin qui constitue l'opération de l'anus artificiel, elle est, d'après les observations que M. Amussat a faites sur l'homme et sur les animaux vivans, moins grave qu'on ne le pense généralement. La taille postéro pubienne sans conducteur pourrait être comparée à l'opération de l'anus artificiel et l'avantage restera encore à cette dernière.

Les observations des deux malades chez lesquels M. Amussat a établi avec succès un anus artificiel, étant suffisamment connues de l'Académie, M. Amussat se borne à lire les réflexions que lui ont suggérées ces deux opérations comparées entre elles, et il termine en disant qu'il espère que les chirurgiens n'hésiteront pas, après avoir fait des essais sur le cadavre, à pratiquer l'anus artificiel dans la région lombaire gauche, lorsqu'ils auront épuisé tous les moyens connus pour remédier aux accidens de la tympanite, soit simple, soit stercorale, déterminée par des affections diverses du rectum ou des organes voisins de la dernière portion du tube digestif et des organes voisins.

A la suite de cette communication, M. Amussat donne lecture d'une lettre qui lui est adressée par M. A. Ure, de Londres, sur un nouveau moyen d'avoir exactement la forme du rectum et du rétrécissement qu'il présente à sa partie supérieure. M. Ure fait couler du plâtre mou dans la cavité des intestins, en l'abandonnant à son propre poids; on peut obtenir ainsi un moule parfait de leur forme et de leurs flexuosités. Cette lettre est accompagnée d'une planche représentant le rectum moulé par ce procédé.

M. DUBOIS (d'Amiens) demande comment il se fait que chez le second malade de M. Amussat le colon descendant se trouvait rétracté à sa partie supérieure; comment concilier ce fait avec l'existence d'un obstacle au cours des matières fécales? Dans les cas de véritable rétrécissement, cette dilatation est manifeste; elle existait au reste chez la première malade opérérée par M. Amussat.

M. AMUSSAT : J'attribue cette différence à ce que celle-ci avait eu vingt-six jours de constipation avant qu'on ouvrît par l'incision de l'intestin une voie à l'écoulement des matières fécales; tandis que chez notre second malade les végétations cancéreuses qui déterminaient l'obstruction du rectum ayant été broyées et en grande partie détruites, la rétention des matières n'était ni aussi complète ni aussi ancienne. Je dois avouer au reste que je croyais trouver chez lui l'intestin dilaté; dans le doute, je songeais à le distendre par une injection de liquide portée au-dessus du rétrécissement; je me repens de ne l'avoir pas fait, malgré que je sois à la fin arrivé sur le gros intestin. Je donnerais ce conseil pour l'avenir, dans le cas où l'existence d'une obstruction complète n'amènerait pas la dilatation.

M. RÉCAMIER : Je m'explique l'absence de dilatation dans le point de l'intestin incisé, par l'éloignement du rétrécissement; c'est immédiatement au-dessus de lui que la dilatation s'était opérée; elle n'avait pas eu le temps d'arriver plus haut. Cela fait ressortir du reste l'utilité du procédé de M. Amussat. Dans celui de Callisen, on fait une incision parallèle à la ligne représentée par l'intestin que l'on veut trouver; on peut se fourvoyer et tomber en avant ou en arrière; au contraire en incisant transversalement avec précaution, on peut explorer ce qui est en dedans ou en dehors de l'intestin, et s'assurer avec précision que l'on est sur lui, facilité que l'on n'a point par l'incision verticale.

M. DUBOIS (d'Amiens) : Si chez le second malade il n'y avait pas obstruction au point d'amener la dilatation des parties supérieures de l'intestin, on peut demander pourquoi l'opération a été entreprise.

M. AMUSSAT : Le malade s'affaiblissait de jour en jour, il avait de l'affaissement et de fréquentes syncopes après chaque débacle qui devenaient de plus en plus rares, et l'avis des consultans fut de songer à l'opération comme dernière ressource. L'événement a justifié toute la valeur de leur opinion, à laquelle, je dois l'avouer, je ne m'étais rangé qu'à contre-cœur; le malade va bien à l'heure qu'il est; des injections ont pu être faites dans le rectum, et l'affection de cet intestin s'est considérablement améliorée; les selles ont lieu par les voies normales avec une beaucoup plus grande facilité.

M. BLANDIN : A l'opinion généralement reçue dans la science, il y a quelques années, sur la présence presque constante d'un mésocolon, opinion qui du reste avait été modifiée depuis, M. Amussat a cherché à en substituer une tout à fait opposée, à savoir qu'une certaine étendue de la face postérieure du colon était constamment libre d'enveloppe péritonéale; sous ce rapport je ne serai pas de l'avis de notre collègue, et je crois que le procédé qu'il emploie pour démontrer ce fait, c'est-à-dire la distension des intestins par de l'eau ou de l'air, est précisément ce qui le crée en quelque sorte; alors, le péritoine s'il enveloppait de toutes parts le colon s'éloigne par l'écartement des parois de cet intestin. Mais sous un autre point de vue, je partage entièrement l'opinion de M. Amussat, je veux parler du choix de l'incision transversale; on se ménage ainsi plus d'espace pour trouver le colon, éviter le péritonite, les vaisseaux, pour inciser le carré des lombes, si au-devant de lui se trouve l'intestin. Au reste, dans le cas même de l'existence d'un mésocolon, n'a-t-on pas l'insufflation pour l'effacer, le déplisser? Je crois que la modification de M. Amussat est faite pour remettre en honneur la méthode de Callisen, dont le procédé vicieux devait avec toute raison la faire rester dans l'oubli.

M. BRESCHET : J'ai assisté aux deux opérations dont M. Amussat vous a entretenu, et je me plais à confirmer l'exactitude de tous les détails qu'il vous a communiqués. J'ajouterai quelques explications à ce qui vient de vous être dit. J'ai fait quelques recherches et j'en ai fait faire par des jeunes anatomistes habiles sur un grand nombre de cadavres, soixante au moins, pour vérifier les rapports du péritoine avec les colons lombaires droit et gauche. Eh bien! quelquefois le péritoine enveloppait de toutes parts l'intestin, et d'autresfois il était découvert dans un coin de sa face postérieure ; s'il est vide, l'étendue de la surface privée de péritoine est fort peu étendue; si, au contraire, il est distendu par des liquides ou de l'air, elle augmente considérablement, d'où résulte une grande facilité pour l'opération. Ainsi que le faisait remarquer M. Récamier à une dissection faite par M. Amussat, ce matin, on crée à l'intestin une espèce de mésocolon, ce qui n'a pas lieu lorsqu'on va le chercher par sa face postérieure.

La position de l'intestin parallèle à l'axe du corps explique pourquoi, au

moment de son ouverture, on n'a pas une évacuation aussi complète de matières fécales, que lorsqu'on établit un anus anormal dans le cas de hernie étranglée; il existe alors un éperon qui dirige vers l'orifice extérieur les matières contenues dans le bout inférieur; or, cet éperon n'existe pas dans l'anus établi aux dépens du gros intestin par la région lombaire, et cela devient même un avantage, lorsqu'on veut chercher à guérir l'ouverture artificielle.

Telle que M. Amussat l'a modifiée, la méthode de Callisen me paraît bien préférable à celle de Littre; lorsque je fus d'avis d'établir un anus anormal chez la première malade, j'avoue que je penchais pour l'opération de Littre; mais les expériences sur le cadavre dont M. Amussat m'a rendu témoin, et les deux faits qui se sont passés sous mes yeux ont entièrement changé mes idées à ce sujet; je vois toute la difficulté et tout le danger qu'il y a d'aller chercher l'intestin dans la fosse iliaque; je le répète, l'incision transversale dans la région lombaire me paraît bien plus avantageuse.

M. Récamier insiste sur les rapports importans de la face postérieure du colon descendant avec les parois abdominales, sur l'absence du péritoine; il ajoute que dans le cas même où la séreuse formerait un repli, la nature même de ce repli, en permettant d'écarter par derrière les deux feuillets qui le forment faciliterait l'incision de l'intestin en respectant le péritoine. Enfin, pour achever ce que je disais tout à l'heure au sujet de la rétraction de l'intestin, il est si vrai que la dilatation s'était faite au dessous, que les matières fécales, au moment de l'incision, venvient en très petite quantité du bout supérieur, et bien plus abondamment du bout inférieur, surtout lorsqu'on employait les injections.

NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT DE LA BLENNORRHÉE.

M. Cullerier fait, au nom de M. Cullerier et au sien, un rapport sur le traitement des blennorrhagies chroniques par l'usage de sondes dilatables, enduites de diverses graisses ou cérats médicamenteux. (Remercîmens à l'auteur; publication par extraits dans les bulletins. Adopté.)

ALBUMINURIE, OU MALADIE DE BRIGHT.

M. Martin-Solon met sous les yeux de l'Académie le rein d'un malade atteint d'albuminurie. Il présente les caractères appartenant au troisième degré de cette affection. Sa couleur est d'un jaune pâle, et l'altération porte entièrement sur la substance corticale; la substance tubuleuse n'est pas malade. Le poids de ce rein est énorme, comparativement à ce qu'on observe dans l'état normal; il ne pèse pas moins de douze onces et quelques gros. Sa longueur est de cinq pouces quatre lignes.

L'altération que présente ce rein est d'une nature toute spéciale, dit M. Martin-Solon; ce n'est ni une dégénérescence squirrheuse, ni une altération graisseuse.

An reste, le malade, dont la vessie renfermait de l'urine remarquablement albumineuse, n'a pas succombé à l'affection des reins, mais à une pleuropneumonie.

A la suite de cette communication, une discussion s'engage entre MM. Bouillaud et Martin-Solon.

M. Bouillaud ne regarde pas cette altération de l'urine comme fondant une maladie spéciale, mais comme appartenant à beaucoup d'autres maladies. Rien n'est plus commun que la présence de l'albumine dans les urines chez les malades atteints d'épanchement dans la plèvre, l'abdomen, etc.; or, précisément nous avions affaire ici à un cas de ce genre; les recherches que j'ai faites un grand nombre de fois me permettent d'établir que les urines sont albumineuses, par cela seul qu'il y a un épanchement de sérosité quelque part. Dans beaucoup de cas rapportés par plusieurs auteurs à cette affection, les reins ne sont pas malades, mais il y a des épanchemens séreux, et si les urines sont albumineuses, cette altération n'amène pas consécutivement les hydropisies, mais bien plutôt les épanchemens séreux, dans les cavités, rendent les urines albumineuses.

Je n'adopterai pas non plus l'expression d'hypérémie du rein dont s'est servi M. Martin Solon; il n'y a rien moins que cela dans le cas actuel, puisqu'au lieu d'être rouge, cette glande est pâle et décolorée.

M. Martin-Solon justifie cette expression en ce sens qu'il a voulu parler du troisième degré d'une maladie qui, dans le principe, est réellement une hypérémie dont les caractères s'effacent à mesure que l'hypertrophie, qui en est la conséquence, s'est établie. Il donne quelques détails sur ce qu'on a décrit depuis Bright, sous le nom impropre de granulations des reins, et qui est plutôt une infiltration de matière molle caséeuse. Relativement à l'expression d'albuminurie, et aux caractères essentiels de la maladie ainsi dénommée, je les maintiens, parce que si, dans beaucoup de cas, soit d'affection des uretères, des bassinets, des reins, il y a de l'albumine dans les urines; si on en trouve par le fait seul de l'altération sécrétoire, dans tous ces cas, l'urine a encore ses caractères propres, son odeur; alors elle est plus dense: tandis que lorsqu'elle est ce que j'appelle albumineuse, rien de ses élémens ne s'y rencontre; c'est ce qui caractérise essentiellement la maladie; de même que l'altération essentielle de la substance corticale, qui n'est plus ce qu'elle est à l'état normal.

Quant aux hydropisies consécutives à l'altération des reins, elles surviennent plus tôt ou plus tard, cela varie singulièrement; sans doute que, si ce malade eut vécu plus longtemps, il eut présenté les infiltrations séreuses qu'on voit survenir consécutivement dans le plus grand nombre des cas.

M. Bouillaud préfère le nom de néphrite albumineuse, donné par M. Rayer.

M. Martin Solon dit que toutes les néphrites donnant lieu à la présence d'albumine dans les urines, cette dénomination n'est pas caractéristique; d'ailleurs, rien ne prouve que ce soit une néphrite, à moins qu'on ne veuille appeler inflammations toutes les maladies.

M. Bouillaud : Je suis moins disposé que qui que ce soit à donner le nom d'inflammation à toutes les maladies; mais s'il est vrai qu'il soit possible, comme l'a fait M. Rayer, de préciser une espèce de néphrite dans laquelle l'urine soit albumineuse, cette dénomination paraît fort juste.

TUMEUR ENCÉPHALOÏDE DU TESTICULE, PESANT NEUF LIVRES.

M. Boyer, chirurgien de l'hôpital St-Louis, met sous les yeux de l'Académie une tumeur encéphaloïde du testicule, qu'il a extirpée il y a près de quinze mois; elle pèse neuf livres. Sa grande circonférence, qui est verticale, a vingt-sept pouces; la petite, qui est horizontale, en a vingt-quatre. Le cordon était sain. Il a fait cinq points de suture. Le trentième jour, le malade était guéri; depuis le moment de l'opération, sa santé a été parfaite.

ANÉVRISME FAUX DE L'ARTÈRE BRACHIALE.

M. Robert présente un malade auquel, par suite d'une piqûre de l'artère brachiale dans une saignée, était survenu un anévrisme faux au pli du coude. Il a fait la ligature d'après la méthode d'Anel, au-dessus de la maladie. Les battemens de la tumeur ont reparu les jours suivans, puis ont cessé; la tumeur s'est affaissée, est devenue plus dure; aujourd'hui il en reste à peine quelques traces, et, chose remarquable, la circulation s'est rétablie dans le vaisseau, au point malade.

Il est cinq heures, la séance est levée.

VARIÉTÉS.

— M. Alquier, médecin en chef et premier professeur à l'hôpital d'instruction de Metz, a été, par ordonnance du 23 septembre, nommé médecin en chef de l'hôpital du Gros-Caillou, à Paris.

AGENDA DU MÉDECIN POUR 1840.

Au moment de mettre sous presse la dixième année de l'Agenda du médecin, je crois devoir appeler l'attention de MM. les docteurs sur cette publication, afin qu'ils veuillent bien me faire parvenir la note des changemens, omissions ou rectifications nécessaires pour donner à l'Agenda toute l'exactitude possible. Je prie également MM. les docteurs nouvellement établis à Paris, qui ne sont pas encore inscrits sur l'Agenda, de me faire connaître leur adresse et leurs heures de consultations d'ici au 20 ce mois.

Paris, le 4 octobre 1839.

Béchet jeune, libraire,
4, place de l'Ecole-de-Médecine.

— Traité de physiologie comparée de l'homme et des animaux; par Ant. Dugès, professeur à la Faculté de médecine à Montpellier, t. III, in-8. Prix : 8 fr.

A Montpellier, chez Louis Castel, libraire-éditeur, grande rue, 32.

A Paris, chez J.-B. Baillière, Germer Baillière, Béchet jeune, et Labe et Crochard, rue de l'Ecole-de-Médecine.

— Mémoire sur les rétrécissemens du canal de l'urètre, et de l'emploi de nouveaux instrumens de scarification pour obtenir la cure radicale de cette maladie; suivi d'un appendice sur le traitement des rétrécissemens par la mal-laxation; par le docteur Martial-Dupierris, médecin de la Nouvelle-Orléans; in-8, avec planches. Prix : 3 fr.

A Paris, chez Germer-Baillière, libraire-éditeur, rue de l'Ecole-de-Médecine, n. 17.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 42. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 19 OCTOBRE 1839.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis ; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

EMBRYOLOGIE.

RESPIRATION PRIMITIVE DE L'EMBRYON ; DÉTERMINATION DES FISSURES CERVICALES DE L'EMBRYON DE L'HOMME ET DES VERTÉBRÉS ; par M. SERRES.

En exposant dans un précédent mémoire l'appareil de la respiration branchiale du jeune embryon de l'homme, nous avons rappelé que cette fonction avait été attribuée à de petites fentes ou fissures, situées sur les parties latérales de la tête et du cou. Nous avons ajouté en même temps que ces fissures nous paraissaient étrangères à la respiration primitive, à laquelle la nature avait pourvu par des organes perticuliers, qui précèdent ces fentes, et qui subsistent même après leur effacement.

Quelque nécessaire, quelque indispensable que soit la respiration pour le développement primitif des animaux, on conçoit néanmoins que l'existence simultanée de deux appareils respiratoires en eût tellement compliqué l'exercice, que l'un eût annulé les résultats de l'autre; car le quadruple courant sanguin qu'eussent nécessité ces deux respirations paraissait incompatible avec le développement si imparfait, à cet âge, des systèmes artériel et veineux.

Sitôt donc que nous eûmes reconnu dans la disposition des caduques du chorion et de ses vaisseaux, l'appareil branchial primitif de l'embryon, notre attention dut se porter sur les fissures elles-mêmes, afin de déterminer, s'il était possible, leur caractère et leur nature, ainsi que les parties auxquelles elles correspondent dans l'ordre naturel des développemens. C'est le résultat de cette étude que nous nous proposons de faire connaître dans ce mémoire.

Si l'on considère l'embryon de l'homme au quinzième jour au moins de la conception, et au vingt-cinquième au plus, on le trouve dentelé dans sa moitié supérieure et latérale. Ces dentelures correspondent à la partie inférieure de la face et au thorax, le cou se trouvant à peine dessiné dans cette première période de la vie embryonnaire. En arrière, le canal vertébral est ouvert dans toute son étendue; il existe un *spina bifida* postérieur naturel, recouvert par une pellicule cutanée et transparante. Dans la gouttière du *spina bifida*, et au travers de la transparence de la peau, on distingue un trait blanchâtre, divisé sur la ligne médiane dans toute sa longueur. Ce trait est la moelle épinière et ses deux cordons primitifs.

En haut, la tête est imparfaitement dessinée; en bas, les vertèbres coccygiennes très nombreuses forment, au-delà du tubercule du bassin, un prolongement caudal, dont la longueur est égale au reste du corps du petit embryon. En avant, la poitrine, l'abdomen et le bassin sont ouverts.

La large gouttière qui résulte de la division de ces trois cavités est occupée en bas par la vésicule ovo-urinaire, dont l'existence est si éphémère chez l'embryon humain, et en haut par la vésicule péritonéale qui remplit l'abdomen et le thorax, et du centre de laquelle s'élève le pédicule de la vésicule ombilicale. Tel est l'être imparfait d'où doit provenir

---

Feuilleton.

LETTRE SUR LES NOUVELLES CONSTRUCTIONS DE L'HÔTEL-DIEU DE PARIS.

Mon cher confrère,

Dans un article que j'ai adressé à la Gazette Médicale, et qui a été publié dans le numéro 34 de l'année 1838, à propos du projet de démolition de l'Hôtel-Dieu, j'ai examiné cet hôpital depuis son origine jusqu'à l'époque actuelle; j'ai cherché à montrer tous les efforts dispendieux, incroyables, inutiles, qui ont été tentés pour le rendre salubre; j'ai passé en revue toutes les améliorations nombreuses qui ont été faites dans le but de l'amener à sa véritable destination. Après avoir présenté le triste spectacle de cet asile d'infection et de mort à sa naissance et jusqu'à la fin du dernier siècle, je suis arrivé à cette triste mais véritable conclusion, que l'Hôtel-Dieu de Paris, malgré les modifications successives qu'on y a introduites, et tel qu'il est aujourd'hui, n'est pas encore un établissement convenable, et qu'il doit être démoli : de plus, je crois avoir démontré qu'il n'offrira jamais, quelque chose qu'on fasse, les conditions premières les plus favorables d'emplacement et de construction, sous le rapport de l'heureuse dissémination des bâtimens, de leur exposition favorable, d'un renouvellement facile d'air pur, et d'une répartition convenable des lieux du service; j'ai enfin émis le vœu qu'un autre Hôtel-Dieu fût construit dans le même quartier. Il me reste à examiner les mesures qu'on vient de prendre à l'égard de cet établissement, à rechercher comment il pourrait et devrait être reconstruit, remplacé, dans le triple intérêt des pauvres, de la science et de la salubrité de la ville de Paris. J'examinerai d'abord si les démolitions et les nouvelles constructions qu'on vient de faire, et que l'on fait encore dans ce moment, ont remédié et remédieront aux inconvéniens que j'ai signalés dans mon premier article, et si elles remplissent le but de leur destination.

Vous savez, mon cher confrère, que d'après le nouveau plan de la ville de Paris, on va réduire l'Hôtel-Dieu aux bâtimens septentrionaux et à une partie très minime de ceux du midi, pour continuer le quai de la rive gauche de la Seine. Je ne sais quelle peut être votre opinion sur ces nouveaux changemens; mais je vous dirai qu'ils ne me paraissent pas avoir d'importance, sous quelque point de vue qu'on les examine, et ne tireront pas l'Hôtel-Dieu de l'état d'insalubrité et d'incommodité dans lequel il est resté pendant une suite de siècles, et où il se trouve encore aujourd'hui; il m'est pénible de le dire, mais dans toutes ces nouvelles dispositions, l'utile a été sacrifié à l'agréable; l'embellissement de la ville l'a emporté sur sa salubrité et sur le bien-être des malheureux; et pourtant la salubrité des salles, l'assainissement de l'Hôtel-Dieu, sa commodité pour les malades, pour l'étude de la médecine, devant être le but principal des administrateurs et du conseil municipal, la continuation du quai ou l'embellissement de ce quartier n'étant qu'un accessoire, n'aurait-on pas dû abattre l'Hôtel-Dieu, qu'avec l'intention bien arrêtée de le reconstruire convenablement, c'est-à-dire comme l'exigent aujourd'hui les besoins de la science et de l'humanité! Sans parler du nombre de lits qu'on diminue consi-

l'homme, et d'où il provient par une formation successive d'organismes nouveaux, et une transformation de ceux qui existent à cette époque.

L'embryogénie a pour but de le suivre dans toutes ses métamorphoses, d'en apprécier tous les temps, toutes les périodes, de rechercher les règles expérimentales que suivent dans leur marche les organismes en action, afin d'arriver de ce point de départ au terme de son développement complet. Chaque organe, chaque système d'organe, traverse de cette manière, et en vertu de ces règles expérimentales, une multitude de formes transitoires avant de revêtir définitivement celles qu'il doit conserver dans le cours de la vie.

C'est à un phénomène de ce genre que sont dues les fissures que l'on remarque fugitivement sur les parties latérales et supérieures du corps du jeune embryon de l'homme; d'où il résulte que, pour en apprécier la nature et l'usage, il est nécessaire d'en suivre l'origine, la position, ainsi que l'effacement rapide, afin de déterminer à quelles parties elles se rapportent dans la série des développemens. C'est ce que nous allons essayer de faire.

On sait que primitivement l'embryon est bifidé sur toute sa partie antérieure, c'est-à-dire que la face, le thorax, l'abdomen et le bassin sont ouverts sur la ligne médiane, et composés de deux moitiés symétriques, l'une droite, l'autre gauche. On sait aussi que dans la série des développemens ces deux moitiés, d'abord isolées, marchent à la rencontre l'une de l'autre pour se réunir, et qu'elles se réunissent à la face en premier lieu; en second lieu, au thorax, et en troisième lieu, à l'abdomen et au bassin. L'embryon, qui était ouvert comme nous venons de le dire, se trouve alors clos de toute part.

Mais pendant que s'exécute ce premier temps de développement, les maxillaires sont représentés par deux tubercules allongés et obliques d'arrière en avant; les côtes le sont à leur tour par trois tubercules analogues, un peu moins inclinés que les précédens. Ces tubercules sont séparés les uns des autres par des fissures percées d'abord de part en part, qui, devenant moins profondes, sont plus tard des gouttières; enfin ces gouttières se comblent à leur tour à mesure que les muscles intermaxillaires et intercostaux se développent. L'obliquité des tubercules maxillaires les rapproche si près du premier tubercule costal, que le cou en est effacé en avant, tandis qu'en arrière les vertèbres qui lui correspondent décrivent un arc, dans la concavité duquel sont logés les rudimens du pharynx, de l'hyoïde et du larynx. Très visible chez l'homme et les mammifères, cette dernière disposition est exagérée chez les oiseaux, à cause de la longueur du cou dans cette classe de vertébrés.

Si l'on se représente des arcs fixés d'abord en arrière par leurs extrémités postérieures, et libres en avant ainsi qu'en haut et en bas, on aura l'idée première de ces fissures qui sont ouvertes par un de leurs bouts, comme le sont les espaces qui séparent les doigts aux pieds et aux mains.

Si, dans un second temps, on suppose ces arcs fixés à leurs deux extrémités, mais dénudés encore en partie dans leur intervalle, on aura leur seconde période; enfin, si l'on suppose leurs intervalles comblés par les muscles qui doivent les mouvoir, on aura le temps qui correspond à leur efficacement.

D'après nos observations chez l'homme, le premier temps se manifeste au moment où l'embryon situé hors de l'amnios va s'enfoncer dans cette vésicule; le second, à celui où il s'est enveloppé de sa lame réfléchie; et le troisième, à l'époque où l'amnios étreint les canaux qui composent le cordon ombilical. Sur deux des embryons du dixième au vingtième jour, qui m'ont servi à établir le mécanisme de sa pénétration dans l'amnios, les fissures pectorales étaient digitées; les maxillaires ne l'étaient pas. Sur l'embryon qui fut reçu par M. le docteur Félix Hatin, le 7 décembre 1838 (1), la digitation des fissures était effacée, l'embryon était en outre déformé par son séjour entre le chorion et l'amnios. Les deux embryons représentés par MM. Kieser et Lobstein avaient également leurs fissures séparées, et l'un et l'autre nous paraissent s'être arrêtés au moment où ils s'enfonçaient dans l'amnios (2).

Depuis que j'ai communiqué à l'Académie la manière dont l'embryon humain s'enroule dans cette membrane, M. le docteur Jacquemier m'en a présenté, le 19 mars 1839, un cas des plus intéressans qu'il avait reçus quelques jours auparavant. Une jeune dame avorta à la suite de douleurs abdominales, vingt-et-un jours après la cessation des règles. L'œuf qui, au plus, pouvait avoir vingt jours, était entier et régulièrement conformé. L'embryon, en pénétrant par le dos dans la vésicule de l'amnios, adhérait au chorion et à l'endochorion par son pédicule allantoïdien; la vésicule ombilicale était libre.

Le petit embryon, moitié en dedans, moitié en dehors de l'amnios, était dentelé dans ses deux tiers supérieurs. Les dentelures étaient produites par une série de tubercules, alignés de haut en bas, sur les flancs de l'embryon, et séparées les unes des autres par des fissures plus ou moins profondes. On comptait supérieurement cinq tubercules et cinq rainures qui les séparaient. Le premier était le rudiment du maxillaire inférieur; les quatre suivans représentaient l'état primitif des côtes. Parmi les rainures, la première, qui se rapprochait de l'œil, correspondait à l'ouverture buccale; la seconde, qui se prolongeait jusqu'au point que l'oreille occupera plus tard, suivait la direction du maxillaire inférieur temporaire, lequel, d'après nos observations (3), est un prolongement de la longue branche du marteau. Les trois autres fissures, plus antérieures et moins profondes, représentaient les espaces intercostaux. La poitrine était ouverte antérieurement; le cœur avait sa pointe arrondie en avant, et sa base tournée vers la colonne vertébrale au niveau du premier tubercule costal. Deux vaisseaux supérieurs et un troisième inférieur sortaient de cette base. Les deux premiers étaient les deux aortes primitives, lesquelles recevaient sur leurs côtés des branches capillaires au niveau des rudimens costaux. Je ne pus distinguer les carotides primitives; mais en les recherchant, je rencontrai dans la concavité qui séparait le tubercule maxillaire du premier tubercule costal, une membrane striée transversalement par de petits arcs, que je regarde comme la moitié primitive de la trachée-artère, bien que je n'aie pu reconnaître les vestiges des poumons.

Parmi les embryons de cette période de formation, représentés par les anatomistes, ceux qui se rapprochent le plus du nôtre sont, d'une part, celui de M. le professeur Muller (4), et de l'autre, celui de M. le professeur Burdach (5). Le premier offrait cinq tubercules et cinq fissures; le second

(1) MÉMOIRE SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'AMNIOS CHEZ L'HOMME. (Comptes-rendus de l'Académie des sciences, 1838, 2e semestre, page 909.)

(2) DER URSPRUNG DES DARMKANALS, etc. Gottingen, 1810, pl. 1, fig. 2, d. e. f. g. — DE LA NUTRITION DU FOETUS, pl. 1, fig. 1, b. c.

(3) ANNALES DES SCIENCES NATURELLES, mai 1837.

(4) ARCHIVES DE MECKEL, t. v, 1830, pl. 11, fig. 11, c. d. e.

(5) DE FOETU HUMANO ANNOTATIONES ANATOMICÆ, fig. 1 et 2.

dérablement dans cet hôpital, je vous dirai qu'on laisse subsister encore les anciens inconvéniens; bien plus, on en apporte de nouveaux; premièrement, comme position, les inconvéniens seront les mêmes; la Seine répandra toujours une humidité malfaisante dans les salles. Pour quelques personnes, cette position de l'Hôtel-Dieu sur la Seine est un grand avantage, parce que, disent-elles, les hôpitaux doivent être bâtis sur le bord des rivières; sans aucun doute ce principe est excellent, et vous l'adoptez, je n'en doute pas, mais avec certaines conditions; ceux qui ont dit que ces établissemens devaient être bâtis sur les bords des rivières n'ont pas voulu dire, à coup sûr, que les murs devaient être baignés par les eaux, ni que les eaux devaient pénétrer dans les caves et y séjourner, comme cela a lieu pour l'Hôtel-Dieu, mais qu'il est utile de construire les hôpitaux dans le voisinage des rivières, et Tenon, qu'on invoque si malheureusement dans cette circonstance, dit dans ses mémoires : « Dans les hôpitaux à construire près des rivières, il faut en éloigner assez les bâtimens, pour qu'il y ait un quai au moins de soixante pieds de large entre les salles des malades et le bord de l'eau. » Eh bien! cette distance de soixante pieds n'existe pas pour l'Hôtel-Dieu, et ne pouvait exister, puisque l'épaisseur du bâtiment St-Charles qu'on démolit et qu'on va conserver en partie, n'est que de soixante-neuf pieds. Elle existerait d'ailleurs, que les salles n'en seraient pas pour cela à l'abri de l'humidité, puisqu'elles sont situées sur des souterrains qui, chaque année, servent de réservoir à la Seine pendant plusieurs mois. Vous le voyez déjà, les prétendues améliorations qu'on vient de faire ne remédieront donc en rien à l'insalubrité des salles; au contraire, je trouve qu'elles auront en plus le grave inconvénient de recevoir l'insupportable bruit d'une rue et d'un quai, où la continuelle circulation des grosses charrettes ébranle jusqu'aux fondemens des maisons le plus solidement bâties. Ces salles, qui formeront un long bâtiment sans épaisseur, seront placées sur la rue de la Bûcherie et sur un quai qui deviendra l'un des passages les plus fréquentés de la capitale. Un jour du mois d'octobre 1786, Tenon fit compter combien, durant une heure, il passait, dans la rue de la Bûcherie, de voitures de bois, de pierres, de vin, etc., etc.; on en a compté 168. Pensez-vous qu'il y aurait exagération de ma part à dire que ce chiffre doit être doublé aujourd'hui; car depuis cinquante ans le nombre des voitures a augmenté de plus de moitié; de sorte que les malades ne seront pas une demi-minute sans éprouver de funestes ébranlemens. Il est vrai qu'on se propose, pour diminuer ce bruit des voitures, de bitumer le quai; ce nouveau pavage fera-t-il disparaître cet inconvénient? On peut déjà le savoir, puisque nous avons des ponts et des rues où ce nouveau moyen a été essayé; j'ai cru remarquer que le bruit n'est que médiocrement diminué, et qu'il sera encore insupportable pour les malades. Il sera donc impossible d'y jouir de cette tranquillité si nécessaire à la guérison des blessés et aux succès des opérations. Quelques heures de repos après un pansement douloureux décident souvent du succès; comment les obtenir au milieu du tumulte où seront les malades? Je vous ai parlé des inconvéniens du bruit; mais ce n'est pas la seule chose qu'on ait à craindre pour les blessés, pour ceux qui sont atteints de maladies graves; le passage des voitures occasionne encore des secousses, et par là des douleurs redoutables aux personnes affectées de plaies de tête, d'inflammation du cerveau ou de ses membranes; à celles atteintes de fractures; il excite des tressaillemens, quelquefois des convulsions à ceux qui viennent de supporter une amputation des membres ou une autre grande opération. Aurait-on oublié tout ce que le zèle si courageusement

n'en présentait que quatre. M. Muller détermine les deux premiers tubercules, qu'il considère avec raison comme les deux maxillaires rudimentaires. Les trois autres sont si évidemment les tubercules costaux, qu'un simple coup d'œil sur la figure suffit pour les faire reconnaître. Cet anatomiste ne dit rien des fissures intermaxillaires et intercostales, qui les séparent, quoique cet embryon soit cité par M. le docteur Ascherson (1) au nombre de ceux qui étaient pourvus de fissures branchiales. M. Burdach, au contraire, ne dit rien des tubercules maxillaires; mais il détermine exactement les tubercules costaux (2), ainsi que les plis transversaux qui servent de parois à la moelle allongée. Sur un embryon du vingtième jour, que décrit M. Velpeau (3), il n'y avait qu'un tubercule costal volumineux, très éloigné du rudiment du maxillaire inférieur, et dans l'intervalle il n'existait ni plis ni vestiges de fissures.

Les tubercules maxillaires et costaux, ainsi que les rainures plus ou moins profondes qui les séparent, diffèrent peu chez le jeune embryon du chien et du lapin, de la disposition qu'ils affectent chez l'homme. Sur l'embryon du mouton, il m'a semblé que le second des tubercules correspondait non à la première côte, mais à la grande corne de l'os hyoide, comme nous verrons que cela existe chez le têtard des batraciens.

Il en est de même chez les oiseaux. Leurs fissures cervicales ne se montrent que lorsque la tête commence à revêtir les caractères qui doivent la distinguer des autres parties. Dans les incubations que nous avons suivies cet été, dans le but de leur étude, nous n'avons distingué les supérieures que vers la quarantième et la cinquantième heure. Avant cette époque, il faut comprimer et aplatir légèrement la tête, pour en apercevoir les premiers vestiges. Leur plus grand développement nous a paru exister entre la soixante-douzième et la quatre-vingt-quatorzième heure de l'incubation, ainsi que les représentent nos figures.

Sur l'embryon du poulet de la soixante-douzième heure, nous avons reconnu cinq fissures. Les trois premières séparaient les deux tubercules d'où sortent plus tard les maxillaires. Les deux dernières correspondaient à l'intervalle des tubercules costaux qui n'étaient qu'au nombre de deux. Sur l'embryon de la quatre-vingt-quatorzième heure il y avait un tubercule costal et une fissure de plus.

Si, à partir de la soixante-douzième heure on place l'embryon sur le dos, de manière à le voir de face, on distingue l'ouverture buccale entre les deux tubercules supérieurs. Cette ouverture se prononce de plus en plus les quatrième, cinquième, sixième, septième et huitième jour de l'incubation (4). Or pendant cette période la métamorphose de ces tubercules en maxillaires ne laisse aucun doute sur le caractère et la nature des fentes et des fissures qui les séparaient (5). La transformation des tubercules costaux ne s'opère que plus tard, ainsi que nous l'avons exposé dans nos RECHERCHES SUR L'OSTÉOGÉNIE.

Chez l'embryon des oiseaux, de même que chez celui des mammifères et de l'homme, les tubercules et les fissures du côté droit sont plus prononcés que du côté gauche, ce qui tient à l'inégalité de développement des deux moitiés du corps, déjà sensible à cette période si peu avancée de sa formation.

La détermination des tubercules maxillaires entraîne nécessairement celle des fissures ou du vide qui les sépare; les deux premières fissures sont donc les espaces intermaxillaires, et les suivantes, quel que soit leur nombre, sont donc aussi l'état primitif des espaces intercostaux. Quand elles sont libres, les premières doivent déboucher comme elles le font dans le pharynx, de même que les secondes ont leur issue dans le thorax.

En général les fissures intermaxillaires et thorachiques s'effacent peu de temps après que l'embryon s'est revêtu entièrement de la lame réfléchie de l'amnios. Mais quelquefois elles persistent au-delà de cette période; et comme alors l'embryon a acquis des formes qui nous sont familières, on peut plus facilement que dans la période qui précède en préciser la nature. Nous allons en rapporter quelques cas.

Je reçus, en mai 1836, un œuf humain de la fin du deuxième mois. L'embryon qu'il renfermait offrait à la partie antérieure du crâne et de la face une hernie de l'encéphale des plus compliquées: par l'effet mécanique de cette hernie, le maxillaire inférieur appliqué sur le sternum avait conservé sa position primitive, ce qui d'une part donnait à cet os l'aspect qu'il affecte dans son ostéosarcome, et avait empêché d'autre part le cou de se développer en avant. On remarquait au-dessous la fissure sous-maxillaire, située entre le bord inférieur de l'os et la partie supérieure du sternum; un peu en arrière et immédiatement au-dessus du membre supérieur on remarquait également la première fissure pectorale. L'une et l'autre étaient imperforées (1). La convexité du cou, aussi prononcée chez notre embryon qu'elle l'est chez le poulet du troisième au quatrième jour de l'incubation, était lisse sur les parties latérales; il n'y avait dans cette région nul vestige de fissures ni de plis.

Le 19 octobre 1838, une femme de 37 ans prise d'une hémorragie utérine, à la suite de laquelle un avortement eut lieu, dans la salle des femmes de ma division (2). L'œuf, qui était régulièrement conformé, appartenait à la fin du deuxième mois. L'embryon paraissait mort depuis quelque temps; car la lame réfléchie de l'amnios était soulevée en divers points, notamment en arrière le long de l'épine dorsale, et en avant où existait une hernie volumineuse, étendue du bassin à la base de la mâchoire inférieure.

Un tubercule costal très gros occupait la partie latérale du thorax, dont la hernie avait empêché la clôture en avant; un second tubercule costo-claviculaire était placé au-dessus du précédent; entre eux se trouvait une première fissure costale; une seconde occupait le bord supérieur de la première côte. L'une et l'autre nous parurent imperforées; mais toutes

(1) Thèse soutenue à Berlin, 1832.

(2) L. C., p. 4.

(3) P. 88, pl. 12, fig. 1, 1 bis.

(4) M. Trœlern a très bien représenté cet état de la bouche, dans les fig. 3, 4, 5, 6, 7 et 8 de sa DISSERTATION INAUGURALE. *Ovi avium hist. et incub. prodromum.*

(5) *Le due appendici situate sotto il capo, che sono i rudimenti della mascella inferiore, state da Hutscke e da altri prese per rudimenti di organi respiratori o branchie.* (Rolando, MEMOIRES DE L'ACADEMIE DE TURIN, t. XXXV, p. 371, fig. 53. Embryon de poulet, soixante-douzième heure de l'incubation.) Voyez également M. de Baër pour la conversion de ces tubercules en maxillaires, ainsi que les fig. de M. Trœlern L. C.

(1) M. le docteur Martin Saint-Ange a dessiné avec le plus grand soin l'œuf et l'embryon sur ses diverses faces. Pl. 9, fig. 1, 2, 3, 4, 5.

(2) L'œuf fut reçu par M. Gosselin, interne de garde à la Pitié. Examiné une heure après, il fut dessiné par M. Estévenet, prosecteur de l'école d'anatomie des hôpitaux.

soutenu des Moreau, des Desault, des Pelletan et des Dupuytren, a fait pour surmonter ces obstacles? Aurait-on oublié les résultats fâcheux qui en provenaient? Puis, malgré une expérience si pénible et si cruellement acquise, on n'a pas reculé devant l'idée de placer des salles de malades sur deux rues où le bruit ne cessera jamais un seul instant.

Ce local d'ailleurs si peu propre à sa destination ajoute en outre à ces différens désavantages, celui non moins gênant de ne pas avoir de dépendances accessoires convenables. On sera obligé de multiplier les allées et venues à travers les salles, puisque dans les dispositions de ses différens offices, il a fallu se conformer aux espaces fixés par ses gros murs. Cette disposition des pièces accessoires dans l'intérieur des salles influe sur le service qu'elle gêne beaucoup et expose les malades à un bruit continuel, surtout ceux dont les lits sont adossés à l'office, dans le lieu où se font tous les récurages. Vues dans leur ensemble ou prises isolément, ces nouvelles salles sont loin d'offrir des modèles à consulter; leur irrégularité les met en opposition avec les premiers principes de l'architecture, et chacune des parties de l'amalgame de ces antiques murailles présente des imperfections assez sensibles. On ne peut s'empêcher de remarquer que ces salles, qui contiennent environ vingt-cinq à trente lits, sont séparées en travers par un mur de refend, sont divisées en trois compartimens inégaux, d'où il résulte qu'il y a des chambrées de quatre ou cinq lits qui n'ont pas ce renouvellement d'air nécessaire à l'entretien de la salubrité, que l'air n'y parvient que d'un seul côté, de celui du nord, qu'elles reçoivent la fumée, le bruit et l'humidité de l'office qui s'ouvre dans les petites pièces; elles offrent d'autres inconvéniens encore; on y passe pour aller à la chambre de la religieuse, aux fourneaux, aux pièces de dessertes dont elles ne sont séparées que par une simple cloison vitrée. D'un autre côté, le service de cette partie méridionale de l'Hôtel-Dieu sera extrêmement pénible et sujet à beaucoup d'incommodités; il faudra sortir de l'hôpital, passer par un souterrain sombre, humide, dont le passage pourra bien parfois être interrompu par la crue des eaux; il faudra ensuite traverser le pont Saint-Charles, etc. Les dispositions sont telles, que les secours ne sont point placés à la portée de l'homme qui en a besoin. Par exemple, l'éloignement de la cuisine, de la pharmacie, de la lingerie, des salles d'opérations situées dans les bâtimens septentrionaux et sur la rive droite de la Seine, deviendra la cause d'une importunité continuelle par les allées et venues des personnes qui s'y rendent, et fera naître, surtout en hiver, des accidens graves chez les opérés, qui ne pourront être apportés ni remportés sans danger pour le succès des opérations. Pour éviter ces funestes résultats opérera-t-on dans les salles? Disposera-t-on, en présence des malades, les appareils dont on a besoin pour opérer? Il est utile, il est indispensable de faire ces préparatifs effrayans dans des endroits retirés, afin de ménager, non seulement la susceptibilité des malades, mais encore de leur épargner ce soulèvement de la nature qui pourrait leur être préjudiciable et nuire au succès de l'opération. L'opération se fera-t-elle sous les yeux des malades, de sorte que celui qui la supporte actuellement tourmente et par le spectacle qu'il offre et par ses cris les malades qui bientôt seront soumis aux mêmes douleurs et ceux qui depuis peu les ont endurées; il tire les premiers du calme où il fallait les laisser, leur fait éprouver une souffrance anticipée; il rappelle aux seconds le souvenir de leurs douleurs passées: ces terreurs, ces émotions, il les reçoit au milieu des accidens de l'inflammation ou de la suppuration, au préjudice de son rétablissement et au hasard de sa vie.

les deux étaient recouvertes par une pellicule mince, transparente, qui les oblitérait en forme d'opercule. Un opercule semblable et de même nature recouvrait l'œil, l'entrée des fosses nasales et la bouche. Il n'y avait pas de vestige d'oreille; la région cervicale était moins bombée que chez l'embryon précédent; on remarquait sur sa partie latérale de légères dentelures correspondant aux lames transverses des vertèbres cervicales, dorsales et lombaires. Deux des embryons représentés dans l'ouvrage de M. Velpeau offraient également la persistance des fissures costo-pectorales, l'un à la partie supérieure, l'autre à la partie inférieure du thorax (1).

Ainsi les fissures que l'on rencontre sur la partie latérale et supérieure du jeune embryon de l'homme sont les espaces primitifs qui, dans l'ordre naturel des développemens, séparent en haut les maxillaires, et en bas les côtes. Leur manifestation coïncide avec l'apparition de ces os, et elle cesse quand leurs intervalles ont été comblés par les rudimens des muscles destinés à les mouvoir.

Aux preuves directes que nous venons de donner de cette détermination nous en joindrons d'indirectes, qui peut-être ne seront pas moins concluantes.

L'embryon humain ne débute pas dans ses développemens par l'état qui caractérise les animaux vertébrés; primitivement, il est invertébré, en prenant ce mot dans le sens rigoureux des zoologistes.

Or, pendant la période invertébrée, période qui m'a paru s'étendre jusqu'au milieu de la deuxième semaine de la conception, l'embryon humain est privé de maxillaires et de côtes, et, d'après ce qui précède, il doit être, et il est réellement privé de toute espèce de fissures. Lors même que, par des causes que nous chercherons à apprécier dans un autre mémoire, il ne franchit pas ce degré inférieur de l'organisation animale, le résultat final des développemens est de former un être qui rappelle, à certains égards, les annélides et les mollusques. Si des fissures de nature branchiale étaient nécessaires pour la respiration primitive de l'embryon, ce serait bien, sans doute, lorsqu'il s'arrête dans cet état, le plus bas de l'échelle organique auquel il puisse descendre. Or, il n'en a pas et il ne saurait en avoir, puisqu'il manque des élémens sans lesquels les fissures ne sauraient se produire. Les dessins que nous plaçons sous les yeux de l'Académie en mettant hors de doute ce fait, donneront en même temps une idée de ce que peut devenir l'homme, entravé dans l'ordre naturel de ses développemens.

D'après le plan général du règne animal, tous les vertébrés ont des maxillaires, et, selon nous, leurs embryons doivent avoir des fissures qui leur correspondent; mais tous n'ont pas de côtes. La famille des batraciens, déjà si remarquable sous plusieurs autres rapports, l'est aussi parce qu'elle est dépourvue de ces arceaux de cloisonnement du thorax (2). Si donc les fissures sont intimement liées au développement de ces parties, leurs embryons devront se distinguer des autres, parce qu'ils seront privés de fissures costales, tout en ayant des fissures maxillaires. C'est, en effet, là le caractère qui les distingue.

Si on observe les têtards des batraciens, du troisième au quatrième jour de leur développement, on remarque d'abord en arrière de la tête un large pli, en forme de bourrelet, d'où doivent sortir les branchies. Un peu au-dessus, on trouve également deux autres bourrelets parallèles et un peu obliques. Le premier correspond au rudiment du maxillaire inférieur, le second est l'état primitif de l'appareil hyoïdien. Ces bourrelets tuberculeux sont délimités par trois sillons ou fissures, l'un supérieur intermaxillaire, le second placé entre le maxillaire et la grande corne de l'hyoïde, et le troisième sous-hyoïdien. C'est ce dernier dont j'ai cru reconnaître l'analogue chez l'embryon du mouton. Au-dessous du bourrelet branchial, c'est-à-dire au niveau que devraient occuper les tubercules costaux, il n'y a nul vestige ni de pli ni de bourrelet, ni par conséquent de sillon ou de fissure. Cette absence, déjà remarquable à cette époque, le devient surtout si l'on continue l'observation les quatrième, cinquième et sixième jours du développement du têtard; car alors on voit l'appareil branchial se dessiner de plus en plus, tandis que leur partie inférieure reste toujours lisse, à cause de l'absence des tubercules costaux.

Enfin, chez l'embryon des poissons, dont les branchies, qui ne sont que temporaires chez les têtards des batraciens, doivent constituer l'organe respiratoire permanent, les fissures sont plus nombreuses et plus prononcées que chez l'embryon des reptiles. Mais, ici encore, les trois fissures supérieures délimitent deux tubercules obliques, de la métamorphose desquels M. Rathe a vu sortir les maxillaires, l'hyoïde et les os pharyngiens des poissons. Or, les os pharyngiens me paraissent représentés transitoirement chez les embryons des mammifères et de l'homme, par l'hyoïde et le maxillaire inférieur temporaires, dont l'existence ne dépasse pas ordinairement le premier tiers de la gestation.

Quant aux changemens qu'éprouvent les fissures dans leur forme et leurs diverses profondeurs; quant à leur effacement successif, sur lequel M. de Baër a donné des notions si précises chez les oiseaux, je crois inutile de répéter ce que j'en ai dit dans les lois de l'ostéogénie. Je rappellerai seulement qu'en traitant dans cet ouvrage du développement binaire des maxillaires, de l'hyoïde et des côtes, j'ai montré ce que confirment les faits que nous venons de rapporter, que cette partie du système osseux devait être ramenée dans sa composition à un seul et même type, le type costal, et non au type vertébral, comme l'avaient admis beaucoup d'anatomistes.

Des faits qui précèdent, il suit donc :

1° Que les tubercules digités de la moitié supérieure du corps des jeunes embryons des mammifères et de l'homme sont les rudimens des maxillaires et des côtes;

2° Que les fentes ou les fissures qui les séparent correspondent à l'état primitif des espaces intercostaux et intermaxillaires;

3° D'où il suit encore que les embryons des vertébrés, pourvus à la fois de maxillaires et de côtes, sont doués de deux ordres de tubercules et de fissures; tandis que ceux privés de côtes, comme les batraciens, mais possédant les maxillaires, ont bien les tubercules et les fissures qui correspondent aux mâchoires, mais ils sont dépourvus des fissures costales, parce qu'ils manquent des tubercules dont les côtes doivent provenir;

(1) OVOLOGIE HUMAINE, pl. 5, fig. 8; pl. 6, fig. 5.

(2) J'ai signalé dans les lois de l'ostéogénie les côtes rudimentaires, faisant suite aux apophyses transverses des trois vertèbres qui suivent la première chez l'*obstetricans vulgaris*, et, d'après MM. Mertens et Dugés, chez le *B. igneus*. Mais ces rudimens costaux, très significatifs pour la théorie analogique des développemens de notre illustre collègue M. Geoffroy-Saint-Hilaire, sont sans valeur et en quelque sorte nuls pour la question qui nous occupe.

Mais compterait-on pour rien les douleurs de tant de pauvres qu'on opère, encore qu'il soit constaté par l'expérience qu'on ne les sauvera point? Le chirurgien peut avoir le courage d'entreprendre une grande et cruelle opération, le malade lui-même se résoudre à la supporter, quand l'un et l'autre sont soutenus par l'espérance et la probabilité du succès; mais lorsqu'on sait qu'elle échouera par des causes connues, pourquoi l'entreprendre et faire souffrir au malade des douleurs inutiles? Pourquoi plutôt ne pas faire cesser des causes qui s'opposent au succès des opérations et à la conservation de l'homme.

Je voudrais, mon cher confrère, que les dispositions fâcheuses que je viens de vous signaler fussent les seules à l'Hôtel-Dieu; mais plus je l'examine en détail, plus il me semble qu'il n'est rien contre lequel on ne pourrait trouver à redire dans tout ce qui s'y fait; ainsi s'il est nécessaire de placer les salles de bains près des malades, encore faut-il que leur rapprochement ne soit pas tel qu'il puisse nuire à la salubrité des salles en y portant une humidité dont il est si utile de se préserver. C'est, je crois, ce qu'il y aura à craindre des bains qu'on dispose dans ce moment à l'Hôtel-Dieu, dans sa partie méridionale... Il vous souvient sans doute qu'à l'hôpital Saint-Louis de pareils inconvéniens ont forcé d'éloigner les bains des salles au-dessous desquelles ils étaient placés.

Je regrette encore d'être obligé d'accuser les nouvelles constructions, mais elles me paraissent offrir des fautes graves, qui pourront causer leur prochaine ruine et qui demanderont encore de nouveaux travaux pour leur conservation. Les murs du nouveau bâtiment sont posés en porte à faux sur les voûtes des caves. Ces voûtes, construites sous Louis XIII, en 1625, et sur lesquelles passera le quai, seront ébranlées à chaque minute par les grosses charrettes; pressées par un poids pour lequel elles n'ont point été faites, minées dans leur fondement par les eaux de la Seine, qui les inondent chaque année, ne présentant pas une résistance égale aux poids qu'elles auront à supporter, ne pourront-elles pas occasioner des écrasemens? Il faudra étayer les chaînes de chaque arceau pour les empêcher de tomber : déjà quelques parties des murs baignés par la rivière ont besoin d'être reprises et menacent ruine.

Enfin, et ce n'est pas encore tout, comme par le passé, l'Hôtel-Dieu n'aura ni jardins ni promenoirs, bien plus il va perdre ce double vestibule qui lui était si nécessaire à chacun de ses quatre étages, seuls endroits où les malades pouvaient se promener. L'espace que donnaient ces vestibules et la galerie qui les précédait était d'une grande utilité pour les malades sur le point d'entrer en convalescence; c'est là qu'ils venaient essayer leurs premières forces; ils ne pourront plus sortir des salles que pour quitter tout à fait l'Hôtel-Dieu. Je pourrais encore parler de la réunion des sexes dans les corridors, qui formera un mélange d'où résulteront de graves inconvéniens pour les mœurs; entre des personnes livrées à l'oisiveté, les liaisons ne sont pas difficiles, et l'exécution des accords qui en sont souvent la suite donne lieu au scandale le plus répréhensible. Vous jugerez facilement par ce simple aperçu de combien d'incommodités un semblable état de choses sera l'occasion; et si l'on ne pouvait pas construire un nouvel Hôtel-Dieu dans ce même quartier, assurément il eût été plus louable que le projet d'embellissement proposé pour les quais s'arrêtât là où il a fallu toucher aux antiques fondations de la piété et de la charité de nos pères, puisque les travaux qu'on vient d'exécuter, qu'on exécute encore tous les jours ne doivent être considérés que comme des réparations, des arrangemens, qui, cette fois, n'ont pas, comme les années précé-

4° Il suit, enfin, que les fissures ne deviennent visibles et ne se forment chez les embryons qu'après l'apparition des tubercules maxillaires et costaux.

Ces points arrêtés, nous chercherons à établir, dans un autre mémoire, que les fentes ou les fissures cervicales sont complètement étrangères à la respiration primitive de l'embryon.

MATIÈRE MÉDICALE.

DE L'EMPLOI DU MONÉSIA EN MÉDECINE; par G.J. MARTIN SAINT-ANGE, D. M. P.

On connaît, sous le nom de *monésia*, une substance végétale nouvellement importée de l'Amérique du Sud, sous forme de gâteaux épais, durs et d'environ cinq cents grammes. Ces espèces de pains, très aplatis, sur lesquels adhère fortement un papier de couleur jaunâtre, sont composés d'extrait, tel qu'il est préparé dans le pays, avec l'écorce d'un arbre dont on ignore jusqu'à présent le nom botanique. Cet extrait est d'un brun foncé, très friable, ; la cassure offre le même aspect que celle d'une amande de cacao bien torréfiée. Il est entièrement soluble dans l'eau, et sa saveur, qui est d'abord sucrée comme la réglisse, devient bientôt astringente et laisse à sa suite une âcreté très prononcée et très persistante, qui se fait surtout ressentir aux amygdales.

L'écorce du monésia est lisse et grisâtre comme celle du platane, mais avec cette différence pourtant qu'elle est beaucoup plus épaisse, que sa cassure est imbriquée et que sa saveur douce contraste singulièrement avec l'amertume des plaques minces qui se détachent du platanier.

L'analyse chimique de l'écorce du monésia et de l'extrait importé (d'après MM. Bernard Derosne et O'Henry) a fait reconnaître en principes solubles : 1° de la chlorophylle; 2° de la cire végétale; 3° une matière grasse et cristallisable; 4° de la glycyrrhizine; 5° une matière âcre un peu amère; 6° un peu de tannin; 7° un acide organique non étudié; 8° une matière colorante rouge, analogue à celle du quinquina; 9° des phosphates de chaux à acides organiques.

Les préparations pharmaceutiques qui ont été faites avec cette substance sont : 1° un extrait aqueux; 2° un sirop contenant par once trente centigrammes; 3° une teinture hydro-alcoolique, contenant deux grammes environ; un chocolat contenant trente centigrammes par tablette de trois décagrammes; 5° une pommade contenant un huitième de son poids d'extrait; 6° la matière âcre, ou monésine, indiquée dans l'analyse.

L'extrait contient à peu près huit pour cent de glycyrrhizine, et vingt pour cent de matière âcre.

Il existe déjà sur le monésia : 1° un mémoire manuscrit, qui est entre les mains des commissaires nommés par l'Académie de médecine; 2° un tableau synoptique présentant l'essai analytique, l'indication de quelques préparations pharmaceutiques, et les préparations médicinales du monésia; 3° un résumé très circonstancié de ces deux travaux, intitulé : NOTICE SUR LE MONÉSIA; 4° enfin, un article inséré dans le BULLETIN THÉRAPEUTIQUE. Je vais faire connaître sommairement les faits qui ont été publiés avant d'indiquer les résultats que j'ai obtenus.

Les observations médicales qui figurent sur le tableau synoptique relatif au monésia ont été faites par plusieurs médecins de la capitale; elles indiquent la nature de la maladie, le sexe, la profession, l'âge, la constitution du malade, le mode de traitement, la durée de la maladie, sa terminaison, enfin, les remarques que chaque mode de traitement a suggérées. Ces observations n'ont pas été rédigées d'après une classification méthodique des maladies, mais bien dans l'ordre où elles se sont présentées, et cela afin de mieux faire ressortir les maladies de même genre observées par chaque praticien. C'est ainsi que M. Alquié, professeur de pathologie interne au Val-de-Grâce, a observé : 1° que, sur 42 soldats atteints de diarrhée à différens degrés, 36 ont été guéris en 12 jours, 24 par l'extrait de monésia en pilules, à la dose de quatre-vingts centigrammes à un gramme et plus par jour, et 12 par la teinture en lavement, à la dose de huit grammes dans deux cent cinquante grammes d'eau de son; 2° que, dans deux cas de métrorrhagie, l'extrait et la teinture de monésia à l'intérieur ont promptement réussi à calmer les douleurs et à faire cesser les pertes utérines; 3° que, chez quatre femmes atteintes de fleurs blanches abondantes, l'extrait de monésia à l'intérieur et les injections vaginales, faites avec la teinture mêlée à l'eau, ont eu un bon résultat; 4° que chez deux hémoptysiques, où la saignée, la ligature des membres et les astringens ordinaires avaient été employés sans succès, l'extrait de monésia a complètement réussi; que plusieurs cas de bronchorrée à l'état chronique ont été avantageusement modifiés par le sirop de monésia, associé quelquefois à l'opium.

M. Baron cite : 1° un cas très remarquable de vaginite chronique, de nature syphilitique. On avait d'abord employé sans succès les bains, les saignées locales, les injections émollientes, astringentes, le nitrate d'argent, et, un an plus tard, le nitrate acide de mercure étendu, les bains sulfureux, les sangsues, les vésicatoires et les sinapismes à plusieurs reprises; malgré cela, écoulement vaginal plus abondant. On en vint alors aux injections avec trente grammes d'extrait de monésia dans cent cinquante grammes d'eau. Au bout de huit jours, l'écoulement avait beaucoup diminué, et, en trois semaines, la malade se trouva guérie. Un mois après, l'écoulement reparut, pour céder bientôt aux injections de monésia faites comme il vient d'être dit.

2° Une observation de leucorrhée. L'écoulement en blanc-jaunâtre abondant était accompagné de douleurs aux aines et dans les lombes; les bains, les sangsues, les injections avec l'eau de guimauve et le laudanum n'avaient produit aucune amélioration. On eut recours aux injections de monésia (30 grammes dans 180 grammes d'eau) une fois par jour, et, au bout de deux semaines, la malade fut guérie.

3° Plusieurs cas de diarrhées rebelles aux moyens généralement employés et traités avec succès par l'extrait de monésia à l'intérieur, et les lavemens avec la teinture à des proportions variables.

M. Buchez a employé l'extrait de monésia : il a remarqué qu'il ralentissait la marche de la carie des dents, et qu'uni à l'opium il avait souvent calmé les douleurs plus efficacement que cette dernière substance seule. Il recommande l'emploi de la teinture pour entretenir le bon état des gencives.

M. Daynae parle des bons effets qu'il a obtenus des préparations de monésia (sirop, pastilles, pâtes) dans plusieurs cas de catarrhes chroniques des vieillards, des personnes cacochymes et chez les phthisiques au troisième degré. Il cite aussi des exemples remarquables d'engorgemens

---

dentes, le mérite de l'utilité : les dépenses qu'ils entraînent auraient pu contribuer à la réédification d'un hôpital. Vous en seriez étonné si je vous disais que de 1803 à 1839 on a dépensé, pour l'Hôtel Dieu, en maçonnerie, réparations, modifications ou changemens, la somme énorme de 2,150,621,94. Toutes ces dépenses, tout ce remuement de pierres, qu'on décore du titre pompeux d'améliorations, ne décèlent-ils pas l'insuffisance absolue du local; que l'Hôtel-Dieu est toujours construit, réparé contre l'intérêt des pauvres, de la société, ses propres intérêts, des règles de l'art de guérir et en même temps contre celles de la prudence?

Une mesure qu'on paraît vouloir adopter pour les nouvelles constructions qui seront faites sur le Petit-Pont, dans la rue St-Jacques, et dans l'enclos St-Julien-le-Pauvre, c'est de construire autour des bâtimens des boutiques qu'on louerait, dans le but bien louable assurément d'augmenter les revenus des hôpitaux. Entourer ces nouvelles salles de semblables dépendances sera, à coup sûr, accroître leurs dispositions défavorables. Pour faire voir tout ce qu'il y a de déplorable dans cette mesure, que repoussent toutes les règles de l'hygiène et de l'art, je me contenterai de rappeler qu'il existait autrefois de pareilles bâtisses adossées à l'Hôtel-Dieu, et qu'il a fallu les faire disparaître. Depuis longtemps on avait reconnu qu'elles refroidissaient et entretenaient l'humidité, qu'elles retranchaient l'air et la lumière, disposition d'autant plus déplacée que l'Hôtel-Dieu est déjà assez resserré. Je le demande, serait-il donc raisonnable de rétablir ce qu'une longue expérience a démontré nuisible et dangereux?

Voyez l'hôpital de Lyon, nous disent les personnes qui défendent l'Hôtel-Dieu de Paris, n'est-il pas sur les quais, sur le bord de la rivière, exposé au bruit, etc., etc.? J'ai souvent entendu citer comme modèle cet hôpital, qu'on devrait bien imiter dans ce qu'il a de bien seulement; mais parce que l'Hôtel-Dieu de Lyon est le plus beau, le plus convenable de ceux que nous avons en France, pense-t-on sérieusement qu'on ne puisse rien faire de mieux; croit-on qu'il perdrait de son avantage s'il était plus éloigné des quais, moins exposé au bruit, et débarrassé des maisons qui l'encadrent? Si sa disposition intérieure est admirable et peut en effet être prise pour modèle, il n'en est pas de même de son extérieur. Et, d'ailleurs, quelle différence immense entre l'Hôtel-Dieu de Paris et celui de Lyon, sous le rapport des constructions, des dispositions des salles, des cours, des promenoirs! Sous le rapport même de la position, etc., il n'y a pas de comparaison possible. Une autre remarque que je ferai, d'après Tenon, c'est qu'un hôpital qui, à Lyon, à Naples ou en Angleterre, réunirait toutes les conditions exigées, pourrait ne pas convenir à Paris. Dans cette dernière ville elle-même, tous les hôpitaux ne doivent pas se ressembler, ni être construits sur le même plan; ils devraient offrir des changemens suivant les quartiers, suivant qu'ils sont au centre ou à l'extérieur, et l'espèce de malades qu'ils sont destinés à recevoir. « On doit, dit Tenon, dans la construction d'un hôpital, bien saisir ce qui est applicable au besoin de chaque ville, à la nature de leurs hôpitaux, à leur climat, aux productions du pays, au culte, aux lois, aux mœurs; car tout cela introduit des différences plus ou moins grandes dans ces sortes de maisons. Ainsi, ajoute-t-il, quand un homme d'état, un administrateur de maisons de charité, un architecte, voyagent pour étudier les hôpitaux, ils doivent prendre garde de tomber dans l'erreur de ceux qui, ne connaissant pas ces sortes de matières, se persuaderaient qu'en allant visiter les hôpitaux d'un pays, il ne serait question que d'en lever

scrofuleux, notablement améliorés par l'usage de la teinture de monésia à la dose de huit grammes par jour, pendant un temps plus ou moins long. Enfin, l'extrait de monésia en pilules, à la dose de 60 à 90 centigrammes, et même plus, lui a beaucoup mieux réussi pour diminuer les pertes utérines en pareil cas.

M. Laurand parle d'un cas bien prononcé de scorbut, qu'il a guéri au moyen du monésia. Le malade avait eu des fréquentes épistaxis, qui avaient nécessité plusieurs fois le tamponnement des fosses nasales. On lui fit inspirer par les narines de l'eau acidulée, contenant 30 grammes de teinture pour un demi-kilog. d'eau. Ces inspirations firent cesser l'hémorragie. Celles faites avec l'eau acidulée sans addition de monésia n'avaient pas réussi. Le malade prenait aussi à l'intérieur un gramme à un gramme et demi par jour. Le même médecin a constaté l'efficacité du monésia dans un grand nombre de circonstances, notamment contre les escarres gangréneuses à la région du sacrum.

M. Manec a employé avec succès les diverses préparations de monésia : 1° chez un homme qui portait, depuis six ans, un large ulcère serpigineux au pli de l'aîne, ulcère qui avait résisté à toute espèce de traitement et qui s'améliora promptement par l'usage de la pommade de monésia ; 2° chez un grand nombre de femmes âgées, atteintes de diarrhée, et chez des personnes affectées de bronchite chronique.

M. Monod a fourni des observations très intéressantes : les unes sont relatives aux ulcères du nez, les autres à des affections du canal intestinal. Dans le premier cas, les ulcères ont été pansés avec la poudre d'extrait et guéris au bout de quelques jours; dans le second cas, c'est l'extrait en pilules, à la dose de 60 à 120 centigrammes par jour qui a été administré avec un plein succès.

M. Payen, qui a employé le monésia dans un grand nombre de cas, a vu une malade chez laquelle ce médicament, administré à deux reprises différentes par l'estomac, augmenta considérablement le flux leucorrhéique; le monésia fut tenté une troisième fois, mais alors en injections, et l'écoulement, qui jusque là avait résisté à tout ce qu'on avait fait, céda pour ne plus reparaître. Le même praticien cite deux cas de métrorrhagie où les malades étaient obligés de garder le lit pendant une quinzaine de jours à chaque époque menstruelle, et dans lesquels le monésia a ramené l'écoulement à sa mesure normale. Enfin M. Payen a également obtenu la cicatrisation d'un ulcère à la mâchoire inférieure, qui, depuis dix mois, avait résisté à tout traitement intérieur et extérieur, et celle d'engelures ulcérées, au moyen de la pommade et de la poudre d'extrait de monésia.

Comme on le voit le monésia a été employé extérieurement et intérieurement. Il a été fréquemment administré dans la période chronique des bronchites, le plus souvent seul, quelquefois avec de l'opium, et dans le plus grand nombre des cas il a paru modifier avantageusement la maladie: l'expectoration et la respiration ont été rendues plus faciles.

Dans plusieurs cas où l'hémorragie pulmonaire se prolongeait et avait résisté à des moyens variés et pour l'ordinaire efficaces, l'extrait de monésia a fait cesser le crachement de sang.

Contre les faiblesses d'estomac, le monésia exerce une influence très favorable sur la digestion et secondairement sur la nutrition. Ce médicament a aussi produit des effets très avantageux chez des malades atteints d'entérite chronique : il a principalement réussi contre la diarrhée, à quelque cause qu'elle se rattachât.

L'efficacité du monésia pris à l'intérieur a été moins marquée dans les leucorrhées que dans les cas de diarrhée : il a pourtant été utile au plus grand nombre des malades qui en ont fait usage; les injections ont été plus avantageuses, et c'est sous cette forme que le monésia aura le plus d'efficacité contre les fleurs blanches en général.

Dans tous les cas de métrorrhagie où le monésia a été donné, ce médicament a réussi à modérer et à supprimer l'hémorragie plus promptement que les autres moyens qui avaient été mis en usage avant lui.

Le monésia a également produit d'excellens effets dans les affections scorbutiques et scrofuleuses, et a constamment exercé une modification très avantageuse sur les ulcères de mauvais caractère, soit qu'on ait eu recours à la pommade ou à la poudre d'extrait pur ou à la matière âcre.

Tel est le résumé des observations qui ont été publiées jusqu'à ce jour si on en excepte les quatre de M. Forget qui ont donné lieu à l'article qu'il a inséré dans le BULLETIN THÉRAPEUTIQUE, et qui ne sauraient, d'après l'auteur lui-même, rien décider en faveur du monésia ou contre ce médicament.

On peut donc dire d'une manière générale que le maximum d'activité du monésia s'est exercé contre les maladies des organes digestifs, contre l'hémoptysie, la métrorrhagie et contre les ulcères de la peau ou de l'origine des membranes muqueuses.

Ce médicament a aussi présenté de remarquable que, quoique doué de propriétés énergiques, il ait, dans quelques cas, exercé sur les amygdales ou sur des ulcérations une stimulation très vive, il n'a déterminé aucun symptôme d'irritation à l'estomac comme le font souvent les toniques proprement dits. Du reste il ne faut pas perdre de vue que c'est toujours après avoir employé d'autres moyens qu'on a eu recours au monésia, afin d'apprécier son activité relative.

J'arrive actuellement aux observations qui me sont propres et dont voici en peu de mots les résultats généraux :

Le monésia, lorsqu'il est employé à l'extérieur à la dose de 75 à 125 centigrammes d'extrait par jour, pendant huit à dix jours, soit sous forme pilulaire, en teinture ou en sirop, suivant les circonstances, exerce d'abord une action directe sur les voies digestives, et accélère d'une manière fort remarquable l'action stomacale. Si la dose du médicament est portée à 4 grammes d'extrait par jour pendant quinze à vingt jours de suite, l'appétit augmente, mais les malades éprouvent quelquefois un sentiment de chaleur à l'épigastre; il peut aussi survenir du ténesme plus ou moins douloureux et de la constipation opiniâtre; il faut donc modérer son action sur le tube digestif, en diminuer la dose suivant l'effet produit, et faire administrer des lavemens émolliens ou de légers laxatifs au besoin.

A l'extérieur, sur les plaies, la pommade de monésia peut être employée dans tous les cas, mais avec plus ou moins de succès suivant les circonstances; c'est ainsi que je l'ai vu réussir sur de larges ulcères excessivement douloureux résultant de l'action des vésicatoires, sur des plaies produites par des brûlures plus ou moins récentes, sur des ulcères variqueux et d'anciennes blessures; en un mot, toutes les fois que la plaie est douloureuse et qu'elle tient à une affection purement locale. Dans le cas contraire, et si les ulcères sont entretenus par un vice syphilitique, scrofuleux, scorbutique ou cancéreux, il est impossible d'en obtenir la guérison durable, si l'on se borne à appliquer la pommade de monésia, à laver

---

des plans, pour les imiter indistinctement dans tout autre pays. » Il est inutile d'insister pour montrer combien ce système est fautif; ce n'est que parce qu'on l'a embrassé sans avoir réfléchi, que nous voyons en France des hôpitaux défectueux pour notre climat, copiés sur ceux d'Italie où ils auraient dû rester. Que MM. les architectes se pénètrent donc bien de ces idées, et qu'ils fassent comme Poyet; cet architecte habile et honnête, dont le nom fera époque dans l'histoire de nos hôpitaux, comme dans celle des beaux-arts, s'empressait de consulter Tenon, d'accueillir ses idées, de s'en pénétrer, afin de leur donner le caractère d'architecture qui leur convenait.

Puisqu'il était démontré, reconnu que la reconstruction de l'Hôtel-Dieu était devenue indispensable, soit par l'état de caducité des bâtimens, soit par la nécessité de remplacer par des lieux appropriés à leur destination, des bâtimens humides, malsains, obscurs, source inépuisable de dépenses en réparations et d'insalubrité, n'aurait-il pas été plus convenable de jeter sur-le-champ les fondemens d'un nouvel Hôtel-Dieu, et dans le même quartier, où sa présence y est d'une absolue nécessité. Se borner à des démolitions partielles, réparer, dépenser beaucoup d'argent, et laisser subsister des salles qui offrent encore plus d'inconvéniens que les anciennes, et menacent évidemment la vie des malades, nous paraît une faute grave. L'économie en ce genre entraîne certainement de grandes pertes d'hommes et d'argent. L'Hôtel-Dieu en est la preuve affligeante; l'état souffre du déchet de sa population, la fortune publique du mauvais emploi de fonds appliqués à des constructions trop resserrées, mal construites, et les malades qui ne périssent point ont des maladies et des convalescences plus longues. A ces réparations, la ville de Paris y gagnera un quai, mais elle y perdra un hôpital; je dis qu'elle y perdra un hôpital, car l'on ne doit plus regarder que comme provisoires les bâtimens de la rive droite de la Seine; bientôt on les démolira pour débarrasser entièrement les bords de la rivière et continuer le quai de ce côté. Alors disparaîtront les cuisines, la pharmacie, la lingerie, les amphithéâtres; enfin, si je peux m'exprimer ainsi, tout ce qui est l'âme d'un hôpital, et sans lequel il n'a pas d'existence possible. Un autre bâtiment, monument inutile, qu'on élève à grands frais sur le parvis Notre-Dame, pour achever les bureaux de l'administration des hôpitaux, aura probablement le même sort dans peu d'années; il faudra démasquer Notre-Dame et rendre le parvis digne de la cathédrale de Paris. Que d'argent perdu !!!

Un besoin généralement senti et sur lequel tout le monde paraît d'accord, c'est la nécessité, dans une grande ville comme Paris, de plusieurs hôpitaux placés au centre. Sans aucun doute, pour la salubrité des villes, pour les malades eux-mêmes, les hôpitaux excentriques sont bien préférables et doivent être éloignés du sein des villes où ils sont trop à l'étroit; mais si toutefois des considérations obligent d'en avoir de centraux, il faut autant que possible compenser les inconvéniens de leur position par des travaux d'art, user de certaines précautions, de manière à ne pas retomber dans les défauts qu'on remarque à l'Hôtel-Dieu; car si la ville doit aux pauvres des hôpitaux, il ne faut pas qu'à leur tour ces hôpitaux nuisent à la ville en préjudiciant à la santé de ses habitans. On ne pouvait en conséquence prendre trop de précautions pour construire un autre Hôtel-Dieu, avec toutes les conditions d'hygiène qu'il réclame, et c'est ce qu'on n'a pas fait. Les personnes qui prétendent qu'on améliore l'Hôtel-Dieu accepteraient-elles un pareil séjour si elles étaient malades et forcées d'entrer dans un hôpital?

Un hôpital au centre de la Cité, abordable par une infinité de rues qui vien-

les plaies avec la teinture ou à la saupoudrer avec l'extrait ou avec la matière âcre du monésia. Toutefois en employant convenablement ces diverses préparations, on peut espérer de modifier les plaies et même de les guérir momentanément. En général, la pommade, lorsqu'elle est appliquée sur une plaie, calme la douleur locale; la teinture y produit un sentiment de chaleur qui cesse promptement; l'extrait pulvérisé l'excite plus ou moins; et la matière âcre en poudre, lorsqu'elle est bien préparée, a une activité spéciale qui est plus énergique que le nitrate d'argent; aussi est-ce un puissant remède contre les ulcères fongueux, atoniques, de mauvais aspect; mais aussitôt que les plaies deviennent douloureuses, et surtout lorsqu'elles se recouvrent d'une pellicule blanchâtre, il faut cesser l'emploi de la matière âcre, car c'est ordinairement cette pellicule qui en garantissant la surface de la plaie du contact de l'air, et peut-être en s'organisant en partie, produit la cicatrisation. J'ai dit à dessein qu'il est impossible d'obtenir la guérison durable des plaies syphilitiques cancéreuses, etc., toutes les fois qu'on se borne à l'emploi de ce médicament à l'extérieur; il faut donc, dans ce cas, avoir recours à un traitement spécial capable de modifier l'organisme. Or j'ai observé que pour obtenir la guérison des ulcères scrofuleux, il faut employer le monésia à l'intérieur, pendant vingt-cinq à quarante jours et même plus suivant les cas, et à des doses assez fortes, 4 à 5 grammes d'extrait par jour, soit en pilules, en teinture ou en sirop. Par ce moyen, je suis parvenu à guérir et à améliorer l'état de quelques scrofuleux; en voici deux exemples remarquables.

ENGORGEMENS SCROFULEUX GUÉRIS PAR L'EMPLOI DU MONÉSIA A L'INTÉRIEUR.

OBS. I. — Un jeune homme, âgé de 17 ans, imprimeur, né de parens très sains, vint me voir en février 1839 pour se faire amputer le petit doigt de la main gauche. A l'aspect des parties malades je reconnus une affection scrofuleuse, dont l'origine ne remontait qu'à huit mois. La première phalange était fortement tuméfiée; les parties molles qui la recouvrent présentaient un aspect livide; il y avait trois ouvertures fistuleuses à la peau : deux correspondaient à la région dorsale de la phalange, et la troisième à sa face palmaire; elles étaient entourées de végétations calleuses d'une couleur brunâtre, et communiquaient entre elles au moyen de trajets fistuleux sous-cutanés. On pouvait, à l'aide d'un stylet boutonné introduit dans les petites plaies, arriver facilement sur l'os du doigt, et s'assurer du décollement de la peau et de la carie d'une portion de la phalange. La suppuration était d'une odeur fade, séreuse, jaunâtre, et contenait quelques flocons de matières comme caséeuses. Les tissus malades, pressés fortement, ne déterminaient presque pas de douleur. Il existait aussi sur le dos de la main et au coude gauche un gonflement de la peau et des parties sous-jacentes qui avait le même aspect que celui du petit doigt. La plaque tuméfiée et livide du coude s'étendait jusqu'à la partie interne du pli du bras; sa partie centrale était ulcérée et recouverte d'une croûte épaisse, qui se renouvelait au dire du malade tous les deux ou trois jours.

Ma première idée fut de saupoudrer les petites plaies du doigt avec la matière âcre du monésia; après quelques jours de pansement, les parties molles commencèrent à se détuméfier, et au bout de vingt jours environ les ouvertures fistuleuses se fermèrent entièrement; alors les tissus malades du dos de la main s'ulcérèrent; on employa ainsi la matière âcre comme ci-dessus, et au bout de peu de jours encore la guérison s'effectua. Il ne restait que la plaie du coude, qui à dessein avait été pansée avec du cérat; elle continua à suppurer et à se recouvrir de temps en temps d'une croûte plus ou moins épaisse.

C'est dans cet état que je présentai le malade à M. le docteur Bailly, chargé de rendre compte à l'Académie des effets du monésia. La nature de l'affection lui parut évidemment scrofuleuse, et le résultat qu'on avait obtenu très satisfaisant. Peu de temps après pourtant la maladie reparut : les fistules du doigt commençaient de nouveau à suppurer; il y avait tuméfaction et rougeur livide des parties molles, engorgement et induration sur le dos de la main; la plaie du coude devint plus large et plus profonde, et le malade entra à l'hôpital Saint-Louis; il subit un traitement intérieur, prit des fumigations, des bains sulfureux, etc. Un mois après il en sortit ayant les parties malades dans un état plus fâcheux que jamais. Cette fois je prescrivis l'usage du monésia à l'intérieur, douze pilules d'extrait par jour composées chacune de 20 centigrammes et deux cuillerées de teinture. Les plaies furent pansées avec du cérat ordinaire. A l'aide de ce traitement, le malade fut guéri au bout de trente-cinq jours. Il continua néanmoins jusqu'au cinquantième à prendre cinq pilules dans chaque journée.

Depuis le mois de juillet, les parties qui avaient été malades s'améliorèrent de plus en plus, et on peut espérer une guérison durable. Il est bon de dire ici que les préparations du monésia n'ont point eu l'inconvénient de déterminer du ténesme et de la constipation, bien que le malade n'ait eu recours à aucun purgatif; il ne se plaignait que d'une chose, c'était d'avoir trop d'appétit.

ENGORGEMENT SCROFULEUX DES GANGLIONS, DES AÎNES ET DES FOSSES ILIAQUES, AVEC TROIS ULCÉRATIONS PROFONDES; TRAITEMENS DIVERS SANS RÉSULTAT SATISFAISANT; BONS EFFETS DU MONÉSIA A L'INTÉRIEUR.

M. ..., âgé de 40 ans, ayant toujours joui d'une parfaite santé, vint en France il y a deux ans, et s'aperçut, dans les premiers jours d'avril 1839, qu'il avait une tumeur indolente à la région inguinale gauche. Plusieurs médecins de la capitale furent consultés; ils reconnurent l'engorgement d'un des ganglions lymphatiques superficiels, situé au pli de l'aine. Le 21 du même mois, je fus aussi consulté par le malade, et le diagnostic ne me parût point douteux; mais on voulait savoir ce qui en adviendrait. Mon pronostic fut rassurant comme celui des autres médecins, si l'on en excepte toutefois M. Lisfranc, qui regarda la tuméfaction légère du ganglion comme liée à une affection générale. Le 2 mai, la glande de l'aine continuait à faire des progrès, et, depuis ce moment, tous les autres ganglions de cette région et ceux de la fosse iliaque gauche se tuméfièrent considérablement; il en fut bientôt de même des ganglions du côté opposé. La marche de cette affection a été des plus insidieuses; les progrès rapides qu'elle a faits vers le mal et les complications qui sont survenues peuvent seuls rendre compte des obstacles qu'on a rencontrés. Quant au traitement, vingt pages suffiraient à peine pour indiquer tout ce qui a été prescrit par les médecins et exécuté avec une rare résignation par le malade. On peut dire seulement que toutes les médications ont échoué, et que, si quelques substances ont semblé produire une légère amélioration, elle n'a jamais été durable. Il était permis, dans cet état de choses, d'essayer d'un médicament qui avait déjà réussi en pareille occasion. Je proposai donc le monésia à la dose de 150 centigrammes d'extrait par jour. Il est bon de dire que le malade était alors d'une faiblesse extrême, qu'il mangeait peu et qu'il avait tous les jours la fièvre. Au bout d'une huitaine, les fonctions digestives s'exécutaient déjà mieux; il n'y avait plus de fièvre et les forces reprenaient sensiblement. On pansait les plaies avec la pommade de monésia. D'après ces résultats j'essayai d'augmenter la dose du médicament, et le malade prit en sus des 150 centigrammes d'extrait en pilules deux cuillerées par jour de teinture et quatre à six de sirop dans une infusion de houblon. Quant aux plaies, qui s'amélioraient sensiblement, on continua matin et soir le même pansement, et tout faisait présumer une guérison prochaine, lorsqu'il survint la constipation et un ténesme des plus douloureux, qui obligea à suspendre le traitement. A peine quelques jours s'étaient-ils écoulés que les plaies devinrent de plus en plus larges, fongueuses et de mauvais aspect.

Le pansement fut alors modifié : on employa la poudre d'extrait de monésia et la teinture; mais ces moyens devinrent presque aussi inutiles qu'une foule d'autres tour à tour essayés. Il me sembla évident alors que le monésia à l'intérieur avait seul produit l'amélioration, et l'on revint à son usage, en ayant soin toutefois de faire coïncider ce traitement avec les laxatifs. A cet effet, le malade prit tous les matins deux verres d'eau d'Enghien et un lavement émollient. Après deux semaines, le bon effet du monésia se fit de nouveau remarquer; on devait d'autant plus l'attribuer à ce médicament pris à l'intérieur que le pansement était fait avec du cérat simple.

nent y aboutir est nécessaire, indispensable. Son élévation sur la rive gauche de la Seine, dans l'espace compris entre la place Maubert et la rue Saint-Jacques, répondrait à tous les besoins et pourrait réunir tous les avantages que possède l'Hôtel Dieu actuel, sans en avoir les inconvéniens. Le conseil municipal, en achetant les maisons et les terrains que nous proposons pour bâtir, ferait à la ville de Paris un bien inappréciable. Il ferait disparaître de hautes et vieilles maisons, privées pour la plupart de cours, généralement humides, malsaines, séparées par des rues étroites où le jour et l'air pénètrent difficilement et qui font de ce quartier le plus insalubre de la capitale. Ce serait une occasion favorable pour assainir cette partie de la ville et ajouter aux améliorations nombreuses que nous devons à la prévoyance du gouvernement. Jamais, sous aucun règne, on ne s'est plus occupé d'ouvrir les rues, d'élargir les ponts, de former des quais, d'étendre et de multiplier nos marchés publics, nos fontaines, d'écarter les cimetières, de reculer les voiries; en un mot, de faire circuler l'air, de dessécher le sol, de garantir des dangereux effets des amas de matières putrides. Toutes ces précautions favorisent de plus en plus la salubrité de la ville, et ce sont autant d'obligations dont on est redevable à la bienfaisance du gouvernement et au zèle des administrateurs chargés du département de la Seine. Ne serait-il pas à désirer qu'on étendît ces bienfaits jusque sur les hôpitaux, qu'on déblayât la Cité pour y bâtir un hôpital central, où seraient trouvés constamment ces secours improvisés et abondans, qui doivent toujours être à la disposition de l'autorité si elle ne veut pas avoir de grands reproches à se faire? Il faut que les malheureux qui demeurent dans le centre de Paris et qui sont gravement malades ne soient pas forcés à faire, le plus souvent à pied, exposés à l'humidité et au froid, à la chaleur, un long trajet, pour aller chercher un lit dans un hôpital excentrique. Il faut enfin que cet hôpital soit assez considérable pour contenir 600 à 700 lits.

Maintenant cet hôpital étant construit, il est une autre considération non moins importante qu'on ne doit pas oublier, l'enseignement et les progrès de la médecine et de la chirurgie. Il est évident que sous ce double rapport la construction d'un hôpital central est loin d'être étrangère à cette haute question qui se rattache très étroitement au bien-être de l'humanité. Qu'on se représente l'importance des services rendus par les hôpitaux du centre; celui des cliniques, la Charité et l'Hôtel-Dieu. Quel vide ces hôpitaux laisseraient dans le service des secours publics et dans l'enseignement médical, si on avait l'imprudence coupable de ne pas pourvoir convenablement à celui qu'on démolit! Rien ne peut remplacer l'éducation clinique, et cette éducation ne peut se faire que dans les hôpitaux au lit des malades. Il est donc urgent de prendre toutes ses dispositions pour conserver et accroître ces études clinique, que l'intérêt des malades et celui des élèves rendent également si désirables. Les cours de clinique réunissent seuls toutes les conditions nécessaires pour que l'élève puisse se former à l'observation et acquérir les principes d'une véritable expérience. A la faculté où l'enseignement est purement doctrinal et sans exercices cliniques, on apprend à disserter plutôt qu'à observer, on apprend des systèmes et des théories, dont on ne peut faire l'application plus tard. S'il m'était permis de former un vœu, je voudrais que tous les médecins des hôpitaux, mais surtout ceux des hôpitaux du centre, fussent tenus de faire des leçons cliniques près des salles qui leur sont confiées; ils n'auraient que 25 ou 30 malades à soigner au lieu d'en avoir 70 et 80. La clinique médicale doit n'avoir qu'un nombre de lits assez peu considérable, pour que le professeur et les

Aujourd'hui, les ganglions engorgés des aînes se ramollissent et disparaissent sans qu'il y ait de la suppuration. Ceux des fosses iliaques diminuent sensiblement de volume; les plaies sont cicatrisées, et la maladie, loin d'envahir, comme cela arrive le plus ordinairement, les ganglions lymphatiques des autres régions du corps, s'est localisée pour ainsi dire, et notablement améliorée. Le malade mange d'un très bon appétit, dort bien et se promène trois heures par jour, ce qui nous fait espérer une heureuse terminaison de la maladie.

Un autre résultat que j'ai obtenu de l'emploi du monésia, et que plusieurs praticiens ont aussi observé, c'est son action sur l'utérus dans les cas de métrorrhagie, sans lésion organique de cet organe. Je n'en rapporterai que deux exemples.

Obs. III.—Madame ..., d'une constitution pléthorique, fut prise, après l'époque menstruelle, d'une perte qui l'obligea à garder le lit et à rechercher des soins. Après avoir employé sans succès les boissons froides, les ligatures sur les membres, les ventouses et autres révulsifs, je fis prendre à la malade cinq pilules de monésia, de 20 centigrammes chacune. Le lendemain, elle était d'une faiblesse extrême; la peau très brûlante; le pouls à peine sensible; la face pâle; les yeux abattus; elle éprouvait parfois des frissons, de la pesanteur dans les lombes, des coliques passagères, de la céphalalgie avec tendance au sommeil, et, de plus, l'hémorragie ne diminuait pas. Je prescrivis alors douze pilules d'extrait de monésia à prendre d'heure en heure. La perte s'arrêta le même jour et ne reparut plus.

Obs. IV.—Madame ..., âgée de 20 ans, mariée depuis six mois, ressentait souvent des douleurs de reins; au bout de quelques jours, il lui survint une perte qui l'obligea à garder le lit. L'hémorragie redoublait aussitôt que la malade se levait; du reste, il n'y avait aucune douleur à l'abdomen; point de constipation; le pouls était faible, irrégulier (76 à 80 pulsations par minute). Les révulsifs, les boissons froides et acidulées, les lavemens à l'eau froide, les compresses trempées dans l'eau à la glace et appliquées sur les cuisses n'avaient produit aucun effet. On eut recours alors au seigle ergoté, qui, ayant provoqué des vomissemens, fut suspendu et remplacé par les pilules d'extrait de monésia à prendre d'heure en heure jusqu'à effet. Après quatorze pilules, l'hémorragie cessa; on fit prendre à la malade quelques bouillons froids, et malgré la légèreté de cette nourriture, le soir, la perte revint avec force, pour discontinuer de nouveau après l'emploi de dix pilules de monésia.

Les jours suivans, on diminua la dose du médicament (75 centigrammes), et après six jours, la malade était complètement rétablie.

Tout récemment encore, j'ai employé la matière âcre en poudre, à la dose de 15 centigrammes pris dans un pruneau; c'était pour arrêter une hémorragie utérine survenue brusquement pendant la nuit; la perte cessa le jour même. Toutefois, cette observation étant la seule, de nouveaux faits sont nécessaires pour faire admettre que la matière âcre est, dans cette circonstance, la partie active. Dans tous les cas, le monésia agit d'une manière remarquable sur l'utérus, lorsque cet organe n'est pas dans un état physiologique. Ainsi, les applications qu'on peut faire de ce nouveau médicament sont différentes, et son action s'exerce sur divers organes, surtout lorsqu'ils ont besoin d'être tonifiés sans trop d'excitation. Le passage suivant emprunté à M. Buchez, vient à l'appui de ce fait.

« J'ai essayé l'extrait de monésia, dit cet habile praticien, dans diverses affections de la bouche, notamment dans l'inflammation des gencives, et j'ai constamment observé un bon résultat. Son application produit surtout un effet bien remarquable en calmant presque à l'instant la douleur qui accompagne souvent l'inflammation. Un mode de traitement qui m'a particulièrement réussi dans le gonflement scorbutique des gencives malades, et après l'application immédiate du monésia. J'ai vu disparaître plusieurs fois sous l'influence de ce traitement des affections de cette nature, qui avaient résisté à d'autres soins. Dans la carie des dents, l'emploi du monésia est d'un effet certain; la douleur, lorsqu'il y en a, disparaît peu d'instans après son application. »

Si l'on rapproche actuellement tous les faits déjà obtenus et pour la plupart relatés dans cet article, on est frappé de l'action tonique toute particulière que le monésia exerce sur nos organes. Quant aux résultats, ils ont été constatés un assez grand nombre de fois (plus de 400 observations), pour qu'il soit permis de regarder le monésia comme un des médicamens *très utiles* en plusieurs circonstances, notamment contre les affections scrofuleuses et les pertes utérines. C'est donc une véritable acquisition que la thérapeutique vient de faire, et que l'on ne croie pas que ce tonique ait quelque analogie avec ceux déjà connus; tout récemment on a essayé comparativement une pommade au tannin et celle au monésia l'avantage a été pour cette dernière. Il est bien évident, du reste, que chaque médicament agit à sa manière, qu'il ne doit pas et qu'il ne peut pas y en avoir dont les effets *particuliers* soient les mêmes. Les praticiens éclairés savent bien qu'il n'est pas indifférent d'employer un purgatif plutôt qu'un autre, que tous les narcotiques n'ont pas, au même degré, la propriété de calmer et de produire le sommeil, que l'action des divers toniques est aussi bien différente, et qu'il en est des effets *généraux* des médicamens comme de la diversité des visages : beaucoup peuvent se ressembler au premier abord, mais aucun ne soutient la comparaison rigoureuse.

C'est, du reste, d'une manière générale que l'on peut parler ainsi des médicamens, et cela ne veut pas dire que chaque substance ait une action toujours identique sur notre économie. Qui pourrait, en effet, déterminer d'une manière rigoureuse cette action, lorsqu'il est reconnu qu'une même substance agit différemment, suivant les doses, suivant le mode d'administration, suivant qu'elle est identique ou combinée avec les principes qui modifient son action, et qui peuvent même la détruire entièrement; enfin, suivant l'état aigu ou chronique de la maladie, et surtout le degré de sensibilité organique de chaque individu. Aussi, que de résultats inexplicables dans la pratique, que de théories diverses sur les effets produits (1)!

REVUE CLINIQUE.

DES EMBARRAS GASTRIQUES, FIÈVRES GASTRIQUES SIMPLES ET COMPLIQUÉES DE LA SAISON D'ÉTÉ, observés à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. Gendrin; par F.-A. Aran, interne des hôpitaux, élève de l'école pratique.

De toutes les affections de la saison d'été, aucune n'a montré plus de

(1) Au moment où je termine cet article, M. Bernard Derosne, pharmacien auquel on doit d'avoir fait connaître le monésia, m'adresse de nouveaux renseignemens qu'il a recueillis sur l'origine de ce médicament. Il paraîtrait que l'écorce du monésia a été appelée, par quelques voyageurs, *gorahem*; par d'autres, *buranhem*. Mais, ce qu'il est plus important de savoir, si l'on veut, c'est que les naturalistes qui l'ont examiné pensent que l'arbre qui le fournit est un chrysophillum, et qu'il appartient à la famille des sapotées.

élèves puissent donner à l'étude des maladies toute l'attention convenable. Dehaen et Stolt n'en eurent que 12, la moitié pour chaque sexe. Franck en avait à Pavie 22. La clinique chirurgicale doit être plus nombreuse. Dans tous les temps on a connu les vrais principes de cette étude clinique, mais c'est surtout de nos jours qu'on a su apprécier ses bienfaits. Elle donne, en effet, les meilleurs moyens de former à l'expérience les jeunes médecins; mais encore elle offre en même temps aux professeurs la possibilité de bien soigner les malades, de travailler avec succès à l'avancement de la science, et de réaliser les projets que tant d'hommes célèbres avaient conçus pour le perfectionnement de la médecine et l'espoir le plus légitime de lui procurer à la fois un développement immense et une précision aussi rigoureuse que le comporte sa nature.

Le caractère distinctif de l'hôpital qu'on devrait bâtir dans la Cité serait de n'avoir que des malades et point de convalescens, de n'avoir que des maladies graves et toujours des accidens nouveaux. On se conduirait à l'égard des convalescens comme on le fait dans certains hôpitaux de Londres, qui les envoient dans un hôpital particulier. Ils y sont en bon air et en état de recouvrer leurs forces. En leur procurant cet avantage, on s'en ménage un autre, des lits toujours prêts, dont le public disposera en cas d'accidens. A Paris on pourrait destiner à cet usage l'hôpital qu'on se propose de bâtir sur les terrains St-Lazare. Cet hôpital déchargerait les autres hôpitaux et aurait pour les malades les avantages que j'ai signalés déjà dans un autre article.

Nous savons, d'après les recherches de Tenon, que les blessés sont aux fiévreux dans la proportion d'un à cinq; que les blessées sont aux blessés comme un est à trois. Si nous faisons l'application de ces données pour l'hôpital que je désire voir édifier, je diviserais nos six ou sept cents lits de la manière suivante : 260 ou 270 lits pour les femmes, 60 ou 70 pour les blessées, 150 ou 160 pour les fiévreuses, et le reste pour les femmes en couches. Pour les hommes, 350 ou 360 lits. Les fiévreux en auraient 200 et les blessés 150 ou 160. Il resterait encore quelques lits pour les cas imprévus, si l'hôpital contenait 700 lits. Comme par le passé, il y aurait trois chirurgiens, avec 70 ou 80 malades chacun; mais le nombre des médecins serait augmenté, puisque nous réduirions chaque service médical à 25 ou 30 malades, ce qui suffit amplement à l'observation attentive et aux soins d'un médecin consciencieux. La mesure que je propose d'obliger tout médecin d'hôpital à faire une clinique me paraît d'autant plus avantageuse qu'elle appellera d'abord un plus grand nombre d'hommes éclairés à donner leurs soins aux malades, et qu'ensuite on obtiendrait par elle plus de zèle, plus de guérisons, de plus rapides progrès d'avancement pour la science, en même temps qu'une meilleure position pour ceux qui la cultivent.

Boinet.

— A dater de novembre 1839, on paiera les inscriptions dans la première quinzaine de chaque trimestre.

Les élèves seront tenus de faire acte de présence dans la dernière quinzaine du trimestre, sous peine de perdre leur inscription.

fréquence, n'a revêtu de formes plus variées que l'embarras gastrique. Loin de nous l'idée de tracer l'histoire complète de cette épidémie; Stoll, Tissot, Finke, Pinel ont laissé en ce genre des descriptions inimitables; et nous ne sommes pas assez téméraire pour vouloir les suivre dans une pareille voie.

Ce mémoire ne contiendra que ce que nous avons vu. Après avoir décrit les altérations anatomiques, que quelques cas heureusement fort rares nous ont permis d'examiner, après avoir parlé de la fréquence relative de ces affections, de leurs conditions de développement, nous examinerons successivement les formes variées qu'elles ont revêtues. Quelques considérations sur le traitement compléteront notre tâche.

ALTÉRATIONS ANATOMIQUES.

Qu'il nous soit permis; pour ne pas scinder notre description, de placer ici deux observations d'embarras gastrique avec fièvre (fièvre gastrique bilieuse des auteurs), terminé par la mort; notre description y gagnera en clarté, et nous n'aurons pas l'inconvénient de séparer les lésions anatomiques des symptômes qui en sont le plus souvent la représentation.

Obs. I. — Au n. 8 de la salle Notre-Dame, est couchée, le 17 juin, la nommée Mignot, âgée de 54 ans, marchande. Depuis quatre à cinq jours, cette femme, dont la santé est habituellement bonne, qui n'est plus réglée depuis longtemps, éprouve des frissons, état fébrile, amertume de la bouche, soif vive, évacuations alvines abondantes et fréquentes.

Examinée le 18 juin, elle présente une peau chaude et sèche, langue desséchée recouverte d'une couche saburrbale à sa base, teinte jaunâtre des ailes du nez et du pourtour de la bouche, prostration assez prononcée, évacuations alvines fréquentes; ventre un peu sensible à la pression surtout à l'épigastre, ni tendu ni météorisé; bouche amère, pâteuse; soif vive, pouls fréquent, ni nausées ni vomissemens; au sommet du poumon droit la respiration est soufflante dans une petite étendue. Saignée de six onces.

19 juin. La prostration fait des progrès; fièvre toujours intense, peau chaude et sèche, langue aride. Limonade citrique.

20 juin. Collapsus plus profond; la malade se remue à peine et peut difficilement articuler quelques mots; langue sèche; pouls petit très fréquent; dents encroûtées, plus d'évacuations alvines, pas de pétéchies, ventre souple et indolent. Un éméto-cathartique amène quelques évacuations alvines et pas de vomissement.

A la visite du soir, collapsus très profond, extrémités froides couvertes d'une sueur visqueuse; la malade ne répond pas aux questions; elle meurt quelques heures après.

Autopsie, 36 heures après la mort.

L'estomac présente, au niveau de son grand cul-de-sac, un ramollissement de couleur noirâtre, qui cesse brusquement et en ligne droite sur la limite de cette portion de l'organe. Au niveau du pylore, on trouve quelques follicules développés, recouverts d'une couche muqueuse peu prononcée.

Le duodénum présente des follicules développés sans ulcération, dans sa première et sa deuxième portions; la surface interne du jejunum et de l'iléon est parfaitement saine, sans apparences de plaques tuméfiées, sans épaississement de la muqueuse, qui a conservé sa consistance normale, aucune lésion apparente dans le cœcum et le reste des gros intestins; mésentère parfaitement sain.

Foie peu volumineux, jaunâtre, ayant sa densité normale.

Rate augmentée de volume, remplie d'un sang noirâtre qui s'écoule en entraînant les granulations de l'organe.

Poumon sain, très peu infiltré; le cœur n'est pas volumineux.

Les vaisseaux sous-arachnoïdiens sont gorgés de sang noir; il y a de la sérosité infiltrée dans le tissu de la pie-mère; mais l'arachnoïde s'enlève avec facilité; et lorsqu'on l'a lavée pendant quelque temps, elle ne conserve ni opacité ni augmentation d'épaisseur. Le tissu cérébral parfaitement sain et d'une consistance peu ordinaire pour la saison chez un sujet mort depuis 36 heures.

Obs. II. — Bidaud, âgé de 28 ans; journalier, est entré, le 14 juillet, au n. 10 de la salle Saint-Benjamin. Cet homme rapporte qu'il y a huit jours, sans cause connue, il a été pris tout à coup d'une céphalalgie intense, de courbature, de fatigue dans les membres, de malaise. Depuis il a eu quelques évacuations alvines. La céphalalgie augmentant, le malade entre à l'hôpital le 14 juillet. Une saignée lui a été faite en ville. Examiné le 15 juillet, il présente l'état suivant:

Pouls très fréquent, chaleur de la peau développée mais sans âcreté, langue très sèche et comme rapeuse, gencives fortement injectées, ventre ni tendu ni météorisé; la pression à l'épigastre peu douloureuse; il n'en est pas de même dans la fosse iliaque droite: le malade accuse assez de sensibilité dans ce point. Quelques nausées; les ganglions inguinaux sont engorgés des deux côtés; une empreinte de stupeur règne sur ses traits; rien du côté de la respiration; point de mouvemens spasmodiques; point de pétéchie. Saignée du bras de six onces; une infusion froide avait déjà été ordonnée le 14 juillet; on en prescrit une nouvelle pour le 15.

16 juillet. Le malade est plongé dans une grande prostration; la chaleur de la peau est très vive; il se réchauffe très facilement après l'affusion; le pouls, qui avait un peu fléchi, a repris son développement. (Saignée de six onces, limonade citrique.)

17 juillet. Le malade a cinq ou six selles diarrhéiques par jour; le ventre ni tendu ni météorisé, douleur sensiblement égale à la pression dans les deux fosses iliaques; soif très vive; céphalalgie; fréquentes envies de vomir. (Deux affusions froides et limonade citrique.)

18 juillet. Même état. Délire, agitation pendant la nuit précédente. On a mis la camisole au malade.

19 juillet. Fièvre intense, chaleur de la peau moins vive, soif moins ardente, prostration et accablement moins considérables, moins d'évacuations diarrhéiques, douleurs moins vives dans les fosses iliaques, langue rouge et sèche devenant humide sur les côtés. (Deux affusions froides.)

20 juillet. Stupeur profonde, fièvre plus vive, langue plus rouge, soif très vive; le délire, qui avait diminué la nuit précédente, reprend son cours. (2 affusions froides, limonade citrique.)

21 juillet. Décubitus horizontal; le malade ne peut pas tirer la langue; extrémités déjà froides, accablement profond. Mort quelque temps après la visite.

Autopsie, 22 heures après la mort.

L'estomac, de volume ordinaire, présente dans sa portion pylorique une foule de petites granulations de couleur légèrement rosée, sans injection à la surface de la muqueuse, sans ramollissement de son tissu. Ces granulations ne sont recouvertes que d'une couche légère d'un mucus adhérent et jaunâtre. Ces follicules du duodénum sont également développées; quelques vaisseaux injectés s'y dessinent. La portion supérieure de l'intestin grêle jusqu'à la moitié de l'iléon est saine. La dernière moitié de l'iléon offre en quelques points un développement vasculaire et un degré léger d'épaississement de la muqueuse. Mais le développement des plaques elliptiques de Peyer est surtout sensible; ces plaques, sans saillie bien sensible, sans érosions à leur surface, présentent à l'œil nu une multitude de pertuis, indiqués par des points noirs; quelques-unes sont rosées et ramollies, mais à un faible degré. En approchant de la valvule iléo-cœcale, les follicules isolés deviennent de plus en plus apparens; cette altération se continue dans une petite étendue du gros intestin; on n'y rencontre non plus aucune trace d'ulcération.

La rate a plus que triplé de volume; son enveloppe se déchire avec la plus grande facilité; il s'en écoule alors une matière rougeâtre, sanieuse, diffluente.

Le foie n'est pas volumineux; sa couleur et sa consistance sont normales. Les poumons, le cœur, le cerveau n'offrent aucune lésion appréciable.

Certes, les lésions anatomiques que nous venons de décrire sont bien loin d'avoir l'importance de celles que M. Bouilland, dans son Traité des fièvres, avait assignées aux fièvres gastriques bilieuses. Quelle distance n'y a-t-il pas entre ce simple développement des follicules intestinaux, sans saillie appréciable, sans ulcération; ces couches muqueuses à la surface de l'estomac et des intestins; ces injections vasculaires si peu prononcées, et cette rougeur, cette infiltration sanguine, cet épaississement, ces plaques ovalaires, ces ulcères, cette gangrène, ce ramollissement de la muqueuse, ce gonflement, ce ramollissement, cette injection, cette rougeur des ganglions mésentériques, tous caractères que M. Bouilland attribue à ces états fébriles? D'où vient la différence si grande qui sépare ces observations? C'est que M. Bouilland, regardant la fièvre bilieuse comme n'entraînant la mort que lorsqu'elle revêt la forme ataxique ou adynamique, n'a décrit, sous le nom de fièvre bilieuse, que des fièvres bilieuses typhoïdes.

Les états saburrhaux simples présentent encore bien moins d'occasions où l'on puisse étudier les altérations anatomiques. Quoi qu'il en soit, des circonstances particulières nous ayant favorisé, nous allons placer ici ce que nous avons observé:

Chez un homme, entré avec les symptômes d'un état saburrhal et un écoulement purulent par l'oreille; mort le lendemain de son entrée, après l'ingestion d'un éméto-cathartique; indépendamment d'une méningite purulente, d'une carie du rocher, la muqueuse stomacale était recouverte d'un mucus épais, grisâtre, adhérent; le mucus présentait au-dessus un aspect mamelonné, sans injection; muqueuse intestinale, parfaitement saine dans toute son étendue.

Chez une jeune fille affectée d'un rhumatisme, avec état saburrhal, morte le jour d'une ingestion d'éméto-cathartique, indépendamment d'un ramollissement des ventricules latéraux du cerveau, d'une rupture du *septum lucidum*, la muqueuse gastro-intestinale, dans sa partie supérieure seulement, est rosée, sans épaississement ni ramollissement. Léger développement des follicules de l'estomac, qui sont recouverts d'une couche muqueuse très légère; la muqueuse de la moitié inférieure du tube digestif est complètement saine.

Quel est le rapport qui existe entre le nombre des malades entrés dans notre service pour des maladies aiguës et celui des malades atteints d'affections saburrhales?

Le tableau suivant donne la solution de la question;

MALADES ENTRÉS DANS LE SERVICE DE M. GENDRIN.

			Maladies diverses.	Malad. aiguës.	Emb. gastriq.	Rapport.
JANVIER.	FEMMES.	70	143	87	1	1/73
	HOMMES.	73				
FÉVRIER.	FEMMES.	58	125	69	1	1/69
	HOMMES.	67				
MARS.	FEMMES.	66	133	59	8	Plus de 1/7
	HOMMES.	67				
AVRIL.	FEMMES.	78	153	70	7	1/10
	HOMMES.	75				
MAI.	FEMMES.	70	127	63	16	Plus de 1/3
	HOMMES.	75				
JUIN.	FEMMES.	67	127	80	27	Plus de 1/3
	HOMMES.	60				
JUILLET.	FEMMES.	95	190	129	43	1/3
	HOMMES.	95				
AOUT, JUSQU'AU 31	FEMMES.	98	180	74	37	1/2
	HOMMES.	82				
TOTAL.	FEMMES.	602	1178	651	140	Plus de 1/4
	HOMMES.	576				

Tel est l'ensemble des cas que nous avons eu l'occasion d'observer; encore n'y comprenons-nous pas tous les embarras gastriques que nous avons vus se développer, pour ainsi dire, sous nos yeux, peut-être par l'influence de l'alimentation peu nutritive de l'hôpital, de l'accumulation des malades, enfin des conditions atmosphériques; rien n'était plus commun, en effet, que de voir (au milieu d'une affection utérine, par exemple) survenir tous les symptômes d'un embarras gastrique, qui ne tardait pas à disparaître sous l'influence des évacuans.

En jetant un coup-d'œil rapide sur le tableau précédent, on ne tarde pas à reconnaître la fréquence que ces affections ont acquise à mesure que la saison d'été suivait son cours. Presque nulles pendant les deux premiers mois de l'année, elles commencent à paraître en mars et en avril, prennent rapidement une marche ascendante en mai et en juin, atteignent enfin leur maximum de fréquence en juillet et en août.

Les embarras gastriques se sont répartis de la manière suivante relativement à leurs formes :

		Emb. gast. simpl.	Emb. gast. féb.	Emb. gast. compl.
JANVIER.	HOMMES.	1	0	0
	FEMMES.	0	0	0
FÉVRIER.	HOMMES.	1	0	0
	FEMMES.	0	0	0
MARS.	HOMMES.	5	0	1
	FEMMES.	1	0	1
AVRIL.	HOMMES.	2	2	1
	FEMMES.	1	1	0
MAI.	HOMMES.	6	0	1
	FEMMES.	7	0	2
JUIN.	HOMMES.	5	2	2
	FEMMES.	14	2	2
JUILLET.	HOMMES.	13	3	4
	FEMMES.	16	4	3
AOUT, JUSQU'AU 31	HOMMES.	12	3	7
	FEMMES.	13	1	1
RÉSUMÉ.	HOMMES.	45	10	16
	FEMMES.	52	8	9
EMBARR. GASTR. SIMPLES.		97	AVEC FIÈV. 18	COMPLIQ. 25
TOTAL.			140	

CONDITIONS DE DÉVELOPPEMENT.

Les conditions de développement de ces affections nous ont le plus souvent échappé. Des sujets que nous avons observés, 25 avaient de 10 à 20 ans; 60, de 20 à 30; 22, de 30 à 40; 8, de 40 à 50; 9, de 50 à 60; 5, de 60 à 70; 3, de 70 à 80.

Ainsi, l'âge de 10 à 40 ans nous a paru une condition favorable au développement des embarras gastriques.

Bien que le nombre des sujets des deux sexes atteint d'affections saburrhales ait été à peu près le même, nous croyons pouvoir établir que c'est surtout chez les hommes qu'elle se développe avec le plus de facilité, nos observations ayant porté sur quarante-neuf lits de femme et seulement sur vingt-six lits d'homme. Les professions ne nous ont pas paru exercer d'influence sur leur développement, et nous ne pouvons rien établir de particulier à cet égard. Parmi les causes que nous avons pu saisir, nous citerons l'influence d'une alimentation insuffisante et peu réparatrice, l'usage de certaines substances résineuses (telles que le copahu), l'ingestion des boissons froides, les travaux excessifs, l'exposition à une chaleur sèche, le travail dans l'eau froide, les peines morales, enfin le séjour dans les hôpitaux, où un grand nombre d'élèves en a été frappé.

Il nous reste à parler d'une cause bien plus puissante, des variations atmosphériques. A quelle époque de l'année les affections saburrhales se sont-elles le plus multipliées? N'est-ce pas vers la fin du mois de juin, dans la première moitié du mois de juillet? Mais tout le monde se rappelle que la température, qui, dans le courant de juin, s'était élevée à 22 et 24 degrés, baissa subitement dans les derniers jours de ce mois, et que les pluies froides et l'humidité amenèrent la température à 10 degrés.

FORMES DES EMBARRAS GASTRIQUES.

La division qui se présente la première à l'esprit est la suivante : séparer les embarras gastriques sans fièvre des embarras gastriques avec fièvre; nous y ajouterons une troisième classe, les embarras gastriques avec complication.

§ Ier. EMBARRAS GASTRIQUES SIMPLES.

Cette forme, que nous avons eu l'occasion d'observer le plus souvent, nous a présenté les caractères suivans :

SIGNES PRÉCURSEURS. Quelques jours avant, lassitude spontanée, douleurs dans les membres et dans le dos, épigastre tantôt indolent, tantôt le siége de douleurs habituelles gravatives; céphalalgie sous-orbitaire ou générale, variable en intensité.

SYMPTÔMES. Bouche pâteuse, sèche, amère; langue sale, recouverte d'un enduit léger comme granulé; d'autres fois d'une mucosité blanchâtre ou jaunâtre, marquant quelquefois les dents et les gencives; haleine souvent fétide, anorexie; dans quelques cas pesanteur à l'épigastre, ventre le plus souvent indolent; d'autres fois la région épigastrique, les hypocondres, les fosses iliaques douloureux au toucher, nausées, efforts de vomissemens; dans quelques cas seulement, vomissement de matières jaune-verdâtres et amères, le plus souvent constipation; dans quelques cas, diarrhées, survenant de prime-abord ou succédant à la constipation; pouls faible, rarement fréquent; sommeil agité et court, peu réparateur; face pâle; chez quelques-uns teinte jaunâtre des ailes du nez et des lèvres; peau sèche sans chaleur anormale; dans quelques cas, gonflement et injection de la muqueuse buccale et gingivale; aphtes plus ou moins profonds.

La durée moyenne du séjour de ces malades dans l'hôpital a été de trois à huit jours.

§ II. — EMBARRAS GASTRIQUES AVEC FIÈVRE.

(FIÈVRES GASTRIQUES BILIEUSES DES AUTEURS.)

Moins fréquente que la première, cette forme de maladie nous a présenté les circonstances suivantes :

SIGNES PRÉCURSEURS. Quelques jours, un mois même avant son développement, douleurs dans les membres, lassitude spontanée, frisson revenant à des intervalles irréguliers, céphalalgie sus-orbitaire plus ou moins intense; quelquefois douleurs gravatives à l'épigastre; langue blanche, souvent jaunâtre, recouverte d'un enduit muqueux assez tenace; bouche pâteuse, amère; haleine fétide, anorexie, souvent des nausées; le plus souvent de la constipation; quelquefois de la diarrhée; sommeil agité, sans utilité réparatrice; face pâle, pouls sans fréquence; un certain degré de morosité.

SYMPTÔMES. Alternatives irrégulières de frissons et de chaleurs, bouche amère, langue recouverte d'un enduit blanchâtre ou jaunâtre, tantôt léger, d'autres fois de plusieurs lignes, qui se sèche à mesure que la maladie fait des progrès. Soif vive, désirs de boissons froides et acidulées, anorexie plus ou moins complète, nausées; dans quelques cas, vomissemens

de matières bilieuses, ventre le plus souvent indolent dans toute son étendue; d'autres fois sentiment de douleur déterminé par la pression sur l'épigastre ou sur les fosses iliaques; pouls fort et fréquent, peau chaude et sèche au début; à la fin des paroxismes ou vers la terminaison de la maladie, on observe quelquefois des sueurs, surtout le matin; constipation dans la majorité des cas; diarrhée dans un certain nombre; céphalalgie sus-orbitaire très intense; insomnie ou sommeil fatigant; urine très colorée en petite quantité; fatigue et brisement général, douleurs contusives dans les membres; ictère le plus souvent borné aux contours des lèvres et aux ailes du nez dans les cas où une terminaison funeste a lieu, sécheresse de la langue portée très loin, fièvre très intense, soif très vive, anorexie complète, chaleur âcre à la peau, quelquefois des vomissemens, d'autres fois des selles bilieuses diarrhéiques; dans un cas, la constipation a augmenté; prostration, stupeur profonde, quelquefois du délire. Dans les autres cas, sous l'influence d'évacuations naturelles ou provoquées, diminution graduelle des accidens; le plus souvent la terminaison a lieu par des sueurs abondantes, des urines sédimenteuses; dans quelques cas, la solution est seulement graduelle, sans phénomènes critiques appréciables.

La moyenne du séjour de ces malades à l'hôpital a été de huit à quinze jours; un petit nombre a mis plus de temps à se rétablir.

§ III. — EMBARRAS GASTRIQUES COMPLIQUÉS.

Nous regardons comme complication des embarras gastriques toute maladie dont l'apparition coïncide avec le développement de ces affections, dont les symptômes se combinent avec ceux de ces mêmes états pathologiques et dont la cessation ou l'atténuation coïncide avec la disparition des symptômes saburrhaux.

Ces complications peuvent se réduire à deux espèces : complications externes et complications internes.

Parmi les premières, nous comptons 1° ces éruptions furonculeuses successives, qu'accompagne ordinairement le mauvais état des fonctions digestives, chez des sujets qui se nourrissent mal, qui travaillent au-delà de leurs forces.

La disparition de l'embarras gastrique met bientôt un terme à ces éruptions plus incommodes que dangereuses.

2° L'érysipèle, surtout l'érysipèle de la face, que nous avons toujours vu accompagné d'accidens saburrhaux, et qui a bientôt cédé aux moyens thérapeutiques dirigés contre ces accidens.

3° La scarlatine; elle nous a fourni, chez deux sujets, l'occasion d'observer cette complication; les éméto-cathartiques ont amené la disparition de l'état fébrile.

4° L'urticaire (fièvre ortiée); cette éruption, formée de taches diffuses, larges, rougeâtres, blanches à leur centre, avec brûlures, démangeaisons continuelles, disparaissant par la chaleur pour revenir sous l'influence du froid, n'a cessé définitivement qu'après la disparition des phénomènes saburrhaux.

5° La variole; dans deux cas, nous avons vu la disparition de l'embarras gastrique rendre la période de l'éruption plus courte et moins orageuse.

6° Les ophthalmies; ces affections compliquées d'embarras gastriques nous ont aussi paru fréquentes, soit qu'elles fussent bornées à la conjonctive, ou qu'elles envahissent à la fois cette membrane et les conduits lacrymaux; la disparition de l'affection saburrhale imprimait une marche rapide à la guérison.

Parmi les complications internes, nous plaçons :

1° Les angines; tantôt bornées à une rougeur du voile du palais, de la luette, de l'arrière-gorge; tantôt consistant dans la tuméfaction d'une des deux amygdales; ces affections se compliquent de phénomènes saburrhaux; c'est dans ces cas que nous avons vu les éméto-cathartiques agir merveilleusement; dans un cas, un abcès, qui existait déjà dans l'amygdale s'est ouvert pendant les efforts du vomissement.

2° Les fièvres intermittentes; plusieurs fois, des accès de fièvre, survenant à des intervalles réguliers ou irréguliers, compliquaient les embarras gastriques; ils affectaient le plus souvent la forme quotidienne, et disparaissaient en même temps que l'état saburrhal; plusieurs fois, ces fièvres continuant leur marche, il devint nécessaire de recourir aux fébrifuges; le type qu'elles affectaient alors était le type tierce, rarement le type quarte; dans peu de cas, il nous a été donné de reconnaître une tuméfaction de l'organe splénique.

3° Rhumatisme; cette complication s'est montrée fréquemment, surtout le rhumatisme articulaire aigu; l'observation suivante en fournit un bel exemple.

Obs. III. — Richard, âgé de 27 ans, tonnelier, d'une constitution robuste, d'un tempérament pléthorique, entré le 5 juin au n. 10 de la salle St-Joseph. Santé habituellement bonne; les parens bien portans et non rhumatisans. Quelque temps avant son entrée, malaise; anorexie; langue blanche; haleine fétide: bouche amère; il a continué son travail. Depuis deux jours, fièvre, douleur dans les genoux; puis dans les coudes; les malléoles sont aussi douloureuses et tuméfiées; le malade a appliqué quatre à cinq sangsues autour du genou; elles ont déterminé des pustules suppurantes; des verrues qu'il a excisées suppurent aussi; sur la partie antérieure des jambes, taches rouges, ovales, un peu élevées vers leur centre, d'une étendue de quelques lignes, s'élevant un peu au dessus du niveau de la peau, et formant de véritables nodosités. (*Erythema nodosum.*)

7 juin. Administration de 24 grains d'ipécacuanha et de 2 grains de tartre stibié, en trois prises.

9 juin. Etat saburrhal persistant, ainsi que les douleurs rhumatismales. (Une bouteille d'eau de sedlitz.)

12 juin. L'affection gastrique persiste; les douleurs articulaires changent de lieu sans diminuer beaucoup d'intensité. (Chicorée sauvage.)

14 juin. Légère amélioration; bouche moins amère; langue moins chargée; douleurs articulaires moins vives; l'*erythma nodosum* persiste. (Continuation du traitement expectant.)

17 juin. L'état saburrhal, qui avait diminué ces jours derniers, fait de nouveaux progrès; bouche plus amère; langue très saburrhale; anorexie complète; léger mouvement fébrile; recrudescence dans les douleurs articulaires. (Un éméto-cathartique).

19 juin. Persistance de l'état saburrhal, mais à un moindre degré; état fébrile presque nul; encore quelques douleurs articulaires; l'*erythma nodosum* a disparu; mais il laisse après lui des points indurés dans le tissu cellulaire, au niveau de la face interne du tibia.

21 juin. L'amélioration ne s'est pas soutenue; quelques douleurs épigastriques; toujours de l'état saburrhal et des douleurs dans les membres. (Apozème purgatif.)

26 juin. Cessation des douleurs dans les membres; encore quelques traces d'embarras gastrique. (Même apozème, mais moins purgatif.)

Le malade sort parfaitement guéri.

Cette observation est remarquable sous le point de vue de la ténacité de l'embarras gastrique, qui n'a cédé qu'avec peine aux évacuans; cette complication saburrhale a toujours empêché, chez ce malade, l'emploi, si avantageux en pareille circonstance, du nitrate de potasse à haute dose.

4° Les hémoptysies; un seul cas s'est offert à nous; c'est le suivant :

Obs. IV. — Duchateau, âgé de 19 ans, plaqueur, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution peu forte, entré le 1er août au n. 13 de la salle St-Joseph. Depuis cinq jours, le malade crache du sang et a la fièvre; à différentes fois, il a eu des sueurs.

Le 2 août, bouche amère; légère teinte ictérique de la face; langue blanche, lanugineuse; anorexie; pas de dévoiement ni de fièvre; ventre indolent; le malade ne crache plus de sang; aucune matité anormale dans toute l'étendue de la poitrine; la respiration paraît nette dans toute la partie supérieure et sans râle crépitant. A la base et en arrière, quelques bulles disséminées de râle muqueux. (Un éméto cathartique.)

3 août. L'éméto-cathartique a produit des évacuations abondantes; l'état saburrhal a comme disparu; l'hémoptysie ne s'est pas renouvelée.

Le malade sort guéri de son hémoptysie le 5 août.

Signalée par Baillon, cette coïncidence de l'hémoptysie avec une affection saburrhale fut principalement indiquée par Schroeder, qui insista beaucoup sur la nécessité de traiter ces affections comme si l'hémoptysie n'existait pas.

Barthez, Finke, Pinel, Corvisart en reconnurent l'existence, et tous témoignèrent de l'innocuité de l'éméto-cathartique dans cette circonstance.

5° Pneumonies; parmi celles que nous avons observées, la suivante nous paraît devoir trouver ici sa place.

Obs. V. — Cafin, âgé de 34 ans, terrassier, constitution robuste, tempérament sanguin, entré le 25 juillet au n. 4 de la salle St-Joseph. Il est allé le 22 à la barrière, où il s'est enivré; dans la soirée du 23, vomissemens; évacuations alvines fréquentes; douleurs dans le côté gauche de la poitrine.

Le 26 juillet, il présente l'état suivant : du côté du tube digestif, bouche amère; langue recouverte d'enduit jaunâtre; anorexie; évacuations alvines liquides sans colique; ventre indolent, du côté de la poitrine, douleur pongitive à la base du côté gauche; crachats rouillés et visqueux; dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche, matité et souffle tubaire; en avant, et des deux côtés, respiration supplémentaire; pouls fréquent sans dureté; le malade n'a pas été saigné en ville. (Un éméto-cathartique.)

28 juillet. Plus d'amertume à la bouche; langue encore un peu saburrhale; râle crépitant en arrière et à gauche.

30 juillet. Respiration et sonorité rétablies dans la poitrine; quelques bulles de râle muqueux. Le malade demande et obtient sa sortie.

6° Fièvre typhoïde; cette complication, sans être bien commune, est loin d'être rare; dans ce cas, une affection saburrhale suit sa marche normale jusqu'au huitième jour; et, à cette époque, l'éruption pétéchiale lève tous les doutes. Nous ne croyons pas, en effet, qu'il soit possible de distinguer, au début, les embarras gastriques typhoïdes des embarras ou

des fièvres gastriques proprement dits. Vainement s'appuierait-on sur chacun des signes suivans en particulier : épistaxis, taches typhoïdes, insomnie, stupeur, râle sibilant; tous ces signes donnés par les auteurs suffisent dans leur ensemble pour établir le diagnostic; mais rarement on les rencontre au début; on bien ils ne surviennent que successivement, et perdent par cela même une grande partie de leur valeur. Pour nous, les pétéchies constituent le *criterium* de l'affection typhoïde. Malheureusement, leur apparition n'a lieu que du huitième au dixième jour. Il faut donc suspendre son jugement, et chercher dans la marche ultérieure de la maladie la confirmation de son diagnostic.

TRAITEMENT.

Qu'on ne s'attende pas à trouver ici un résumé comparatif de plusieurs traitemens; nous n'avons promis de dire que ce que nous avons vu, nous tiendrons notre promesse.

La fréquence et la dureté du pouls ont rarement nécessité des évacuations sanguines. Ce n'est pas que nous ne les ayons vu employer : l'observation II en fournit la preuve. Mais leur usage a paru exercer bien peu d'influence sur la marche de ces maladies. Il n'en est pas de même des évacuans : aujourd'hui, il est bien reconnu que l'administration des vomitifs et des purgatifs n'a pas les inconvéniens que l'école broussaisienne leur a si gratuitement attribués. Si ce n'était aujourd'hui une question tranchée, nous pourrions porter en preuve les résultats que M. Gendrin a obtenus. Pendant trois mois, nous avons vu ce praticien les administrer sans inconvénient, sans qu'ils aient produit d'exacerbations dans les symptômes.

Dans les embarras gastriques simples, il suffisait souvent d'un éméto-cathartique (ipécacuanha, 24 grains; tartre stibié, 2 grains, en trois prises) pour en enlever jusqu'à la dernière trace.

Chez d'autres, on était forcé d'administrer une bouteille d'eau de sedlitz, tout en laissant un jour d'intervalle entre les médications actives. Des tisanes acidules et amères complétaient le traitement.

Dans les fièvres gastriques on suivait la même marche. Plusieurs fois la ténacité de l'affection saburrhale nécessita l'emploi de l'apozème purgatif suivant :

Follicule de séné............	3 gros.
Sulfate de soude............	demi-once.
Sirop de fleurs de pêcher......	2 onces.
Eau bouillante...............	1 livre.

Dans les cas de fièvre gastrique grave, on a eu recours aux affusions froides et à une boisson acide (limonade citrique). Lorsque des douleurs gastriques ou abdominales continuaient avec l'anorexie, après la disparition des phénomènes saburrhaux, la racine d'*arnica montana* en poudre, à la dose d'1 à 2 gros (comme la donnait Stoll), a produit les meilleurs effets.

Quant aux embarras gastriques avec complications, le même traitement leur était appliqué. Seulement, lorsque l'état saburrhal ayant disparu, l'affection intercurrente persistait, les moyens thérapeutiques étaient dirigés contre elle. Ainsi, certaines fièvres intermittentes ont nécessité l'emploi de fébrifuges à haute dose (24 grains de sulfate de quinine).

Ici se termine notre tâche; nous n'avons pas eu la prétention de décrire une maladie nouvelle; nous avons voulu seulement appeler l'attention sur un de ces états pathologiques que l'école physiologique a si mal à propos rangés dans les gastro-entérites. Nous avons évité avec soin de parler de la nature intime de l'affection saburrhale; non pas que nous croyions à une phlegmasie gastro-intestinale; mais nous avons voulu éviter toute discussion théorique. Quel rapport peut-il exister, en effet, entre une phlegmasie et une lésion de sécrétion d'une membrane muqueuse; à moins de faire de l'inflammation une hydre à cent têtes, il est impossible d'admettre une pareille théorie. Encore une fois, nous ne faisons pas ici de la doctrine médicale; nous nous contentons de l'observation des faits, laissant à de plus exercés d'en tirer les conséquences.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 8 OCTOBRE.

THÉORIE DU PROCÉDÉ DE MM. NIEPCE ET DAGUERRE.

M. Golfier Besseyre lit un mémoire sur ce sujet. Il commence par des remarques sur l'aspect que présente la feuille d'argent qui doit recevoir l'image quand elle a été poncée de la manière indiquée dans les instructions publiées par M. Daguerre. Si on examine cette feuille au microscope, on voit, dit M. Golfier, sa surface toute mamelonnée, d'une manière assez semblable à celle d'une peau fine, de celle, par exemple, dont on fait des gants glacés. Je pense, ajoute-t-il, que cette disposition mamelonnée est pour beaucoup dans les résultats, à cause du groupement des globules de mercure, et je crois que M. Daguerre n'a préféré l'emploi du plaqué à celui de l'argent que parce que l'argent qu'on emploie dans cette fabrication est le plus fin possible, et peut-être aussi parce que les planeurs, livrant les plaques avec des stries parallèles, ces sillons microscopiques sont aisément convertis par l'opération du ponçage dans les mamelons symétriques dont nous venons de parler.

Relativement à l'opération suivante, l'exposition de la plaque à la vapeur de l'iode, M. Golfier n'essaie pas de rendre compte de l'action des languettes métalliques dont il faut border la plaque pour qu'elle se recouvre uniformément d'iode; seulement il dit avoir remarqué qu'il n'est nullement besoin que ces bordures soient en métal, et qu'en les mettant en bois on a le même résultat; il ajoute qu'on peut même, sans inconvénient, les supprimer tout à fait, si la boîte dans laquelle on fait se produire la vapeur d'iode est beaucoup plus grande que la plaque, et que celle-ci y soit plongée assez profondément.

La plaque saturée d'iode, examinée à la loupe et avec les précautions nécessaires pour n'exposer que successivement et à propos ses diverses parties à l'action de la lumière, offre un aspect soyeux, surtout quand on la regarde obliquement. Sa couleur jaune d'or passe à des teintes plus foncées, qui se montrent d'abord sur de petits points isolés et s'étendent ensuite par irradiation; il se fait alors un petit mouvement de retrait, et la couche colorée présente, en miniature, l'aspect feuillé de la vieille faïence. Il y a lieu de croire que la lumière agit ici d'une manière analogue à la chaleur, c'est-à-dire que l'iodure d'argent passe à l'état corné; c'est seulement une modification de l'état moléculaire de la substance, sa transformation en un corps isomère.

Le mercure en vapeurs qui arrive sur l'iodure d'argent, ainsi modifié par la lumière, s'y condense et y reste sous la forme de petits globules très brillans, tandis que l'iodure d'argent, sur lequel la lumière n'a point agi, cède de l'iode à la vapeur mercurielle qui passe outre à l'état d'iodure jaune de mercure, qui se dépose en grande partie sur les parois supérieures de l'instrument en bois qui porte la plaque d'argent. L'iodure d'argent, modifié ou non par la lumière, fait donc fonction de réserve, soit pour recevoir et retenir le mercure, soit pour détourner la vapeur qui, en définitive, ne doit y rester que pour figurer les clairs de l'image. Il est probable que chacune des sphérules de mercure repose sur un petit disque d'iodure de ce métal; car si le mercure était en contact avec l'argent, il ne pourrait s'y maintenir sans mélange et sous la forme sphérique, à cause de la forte action chimique qui existe entre ces deux métaux.

M. Golfier Besseyre donne plus loin une explication de la nécessité où l'on est d'exposer sous un angle de 45 degrés à l'horizon la plaque préparée à la vapeur du mercure; mais nous craignons de n'avoir pas bien saisi cette partie de sa théorie et nous n'essaierons pas de la reproduire ici.

Dans un autre endroit de son mémoire, il présente le résultat d'expériences qu'il a faites pour déterminer l'influence du *recuit* et de l'*écroui* sur la lame métallique qui reçoit l'image : deux plaques d'argent pur, l'une recuite et l'autre écrouie, ont été fixées sur une même planchette qu'on a placée dans la boîte où se fait l'évaporation de l'iode; la plaque recuite s'était chargée de la quantité nécessaire d'iode en 25 minutes; la planche recuite, après 70 minutes, n'était pas encore arrivée au même point de saturation.

DU RÔLE QUE REMPLIT LA LUMIÈRE DANS LE MONDE INTRA-STELLAIRE; DE SES TRANSFORMATIONS EN CORPS GRAVES, ET RÉCIPROQUEMENT.

M. Geoffroy commence la lecture d'un mémoire sur ce sujet, dont il a été conduit à s'occuper à l'occasion de ses études sur le sujet des monstruosités doubles, l'un et l'autre lui présentant des applications de son principe d'attraction de soi pour soi. Dans le cours du mémoire qui, comme nous venons de le dire, n'a été lu qu'en partie, et dont par conséquent nous ne pouvons donner une idée d'ensemble, l'auteur cite à l'appui de ses idées un passage emprunté aux questions qui terminent l'*Optique* de Newton, et qu'il traduit dans ces termes :

« Ne peut-il pas se faire une transformation réciproque entre les corps grossiers et la lumière? Les corps ne peuvent-ils pas recevoir une grande partie de leur activité des particules de la lumière qui entrent dans leur composition? Car tous les corps fixes qui sont échauffés jettent de la lumière pendant tout le temps qu'ils conservent une température suffisante, et, à son tour, la lumière s'arrête dans les corps toutes les fois que ses rayons viennent à donner sur les parties de ces corps, ainsi que je l'ai déjà montré... » Dans un passage suivant, Newton ajoute : « L'eau se change en terre fixe après de fréquentes distillations. » Et plus loin : « Le changement des corps en lumière et de la lumière en corps est une chose très conforme au cours de la nature, qui semble se plaire aux transformations. Par la chaleur, elle change l'eau, qui devient un sel fluide et sans saveur, en vapeur qui est une espèce d'air, et par le froid elle change l'eau en glace, qui est une pierre dure, pellucide, cassante et fusible, et cette pierre repasse en eau par la chaleur, comme la vapeur y repasse, d'un autre côté, par le froid. »

Après que M. Geoffroy Saint-Hilaire a cessé de lire, M. Arago prend la parole. Je n'ai pas l'intention, dit il, d'entrer dans le fond de la question et de la discuter avec M. Geoffroy; mais je lui ferai seulement remarquer que certains points, sur lesquels il s'appuie, auraient eux-mêmes besoin d'être établis par de nouvelles preuves. Par exemple, la transformation de l'eau en terre fixe, par suite de distillations multipliées, transformation à laquelle on pouvait croire au temps de Newton, ne peut plus être admise aujourd'hui, sans qu'on fasse voir, par des expériences nouvelles, la discussion de celles qui ont obligé à abandonner cette opinion, la nécessité où l'on serait d'y revenir. J'en dirai autant pour la transformation de la lumière en corps graves; il faudrait commencer par prouver que la lumière est un corps, et c'est un point qui, de nos jours, est au moins douteux. On avait des faits qui semblaient indiquer une combinaison de la lumière avec certains corps; mais ces faits peuvent très bien

s'expliquer aussi dans le système des ondes, et l'on en a de nouveaux qui s'expliqueraient difficilement dans le système de l'émission. Je citerai la décoloration du chlorure d'argent sous l'influence de la lumière. Cela s'expliquait par une combinaison de la lumière, considérée comme corps, avec cette substance, et cela s'explique également bien en considérant la lumière comme une onde, puisque cette onde peut déterminer des mouvemens moléculaires, faire naître ou détruire des combinaisons; mais voici ce qui ne s'explique pas également bien dans les deux hypothèses : on fait arriver, par un certain chemin, un rayon de lumière sur du chlorure d'argent, et la décoloration a lieu; on fait arriver ensuite un autre faisceau de lumière, par un chemin différent, sur une portion de chlorure d'argent située dans le lieu qu'occupait la première, et la décoloration a encore lieu. Maintenant on fait arriver simultanément les deux rayons sur ce même point, et la couleur du chlorure ne change point. Si c'était quelque chose de matériel qui arrivât sur ce point, si c'était une combinaison de la lumière avec le chlorure, les effets de cette combinaison, quand le corps arriverait en quantité double, devraient être encore plus manifestes; cependant il ne se produit aucun changement.

M. Geoffroy répond : Je ne prétends point nier les résultats de l'expérience, mais je les interprète différemment. D'après mes idées, en effet, il ne doit pas y avoir de combinaison de la lumière avec le chlorure, mais avec la lumière elle-même. Le fluide impondérable, quand il arrive par deux chemins différens, se trouve dans le cas où s'exerce la force que je désigne par le nom d'attraction de soi pour soi. Il y a attraction des particules lumineuses d'un rayon sur celles de l'autre, combinaison de changement d'état. Seulement le corps qui en résulte est en quantité trop minime pour être appréciable à nos sens.

M. Arago : Je ferai remarquer à M. Geoffroy qu'on peut, sans changer rien à la direction des deux rayons dont j'ai parlé, faire qu'ils exercent une action décolorante sur le chlorure. Pour cela, il suffit d'interposer sur le passage d'un de ces rayons une plaque de verre d'une épaisseur déterminée à surface parallèle.

M. Geoffroy : Le rayon qui a traversé la lame de verre s'y est modifié; dès-lors, quand il arrive sur le point où il rencontre l'autre rayon, ce ne sont plus des parties similaires qui se trouvent en présence, et l'attraction de soi pour soi ne peut plus avoir lieu.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 15 OCTOBRE.

CORRESPONDANCE.

La correspondance renferme 1° divers documens relatifs aux vaccinations; 2° une lettre de M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris annonçant à l'Académie que l'ouverture du concours pour la chaire de pathologie interne aura lieu le 10 novembre prochain, avec demande de procéder à la nomination de cinq membres de l'Académie, qui doivent faire partie du jury. M. le doyen adresse en même temps la liste des concurrens inscrits : ce sont MM. Piorry, Sanson (Alphonse), Gibert, Gendrin, Guillot, Hourmann, Gouraud, Dalmas, C. Broussais, F. Dubois, Cazenave, Chrestien, Combette, Legroux.

A la suite de cette communication, M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre du ministre, et d'un arrêté du conseil de l'instruction publique concernant la nomination des juges pris dans le sein de l'Académie. A l'avenir, chaque section choisira dans son sein les membres qui devront la représenter dans la branche correspondante des sciences médicales pour laquelle le concours aura lieu.

Cette nomination se fera en séance extraordinaire.

En conséquence, les deuxième et quatrième sections de l'Académie se réuniront pour procéder à l'élection de quatre juges et d'un suppléant.

M. Polinière, membre correspondant de l'Académie, médecin de l'hôpital de la Charité de Lyon, est présent à la séance.

QUINQUINA DE LA NOUVELLE-GRENADE.

M. Soubeiran fait un rapport sur une nouvelle espèce de quinquina très riche en alcaloïde fébrifuge.

NOUVEAU FORCEPS CÉPHALOTRIBE.

M. Capuron fait, au nom de M. Villeneuve et au sien, un rapport sur un nouveau forceps céphalotribe envoyé par un fabricant d'instrumens de Brest. Ce céphalotribe réunit à la fois un forceps, un brise-crâne et un perce-crâne; cet instrument fort compliqué ne peut être d'aucune utilité.

APPLICATION DU MÉTRONOME A L'EXPLORATION DU POULS.

M. Dubois (d'Amiens) lit une courte note sur l'application du métronome à l'exploration du pouls; le toucher, la vue, l'ouïe, étant mis en action dans cette exploration, devront fournir des résultats bien plus exacts et plus complets que l'emploi exclusif de la montre à secondes.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES FONCTIONS DE L'ENCÉPHALE CONSIDÉRÉ DANS SES RAPPORTS AVEC LE SENTIMENT ET LES MOUVEMENS DE STATION ET DE PROGRESSION.

M. Nonat lit un mémoire sur ce sujet. Il s'est livré à de nombreuses expériences dans le but de déterminer le rôle de chacune des parties de l'encéphale dans la perception des impressions extérieures, et dans la production des mouvemens de station et de progression. Suivant lui, les lobes du cerveau, le corps calleux, la voûte à trois piliers, les corps striés, les couches optiques, le cervelet, les pédoncules du cerveau, sont dépourvus de la sensibilité générale, tactile. Dans le lobe du quatrième ventricule, ainsi que MM. Magendie et Desmoulins l'ont parfaitement établi, réside la faculté de sentir les impressions générales, tactiles. C'est à tort qu'on a placé le siége de la sensibilité dans le cervelet; car un animal auquel on enlève cet organe conserve la faculté de voir, d'entendre, de goûter, de palper et de sentir les odeurs.

Pour ce qui regarde l'influence de l'encéphale sur les mouvemens de station et de progression, M. Nonat est arrivé aux résultats qui suivent : 1° les lobes du cerveau dirigent les mouvemens; ainsi, quand nous voulons aller d'un lieu dans un autre, c'est à l'action des lobes cérébraux que nous sommes redevables d'exécuter les mouvemens nécessaires pour atteindre le but que nous nous sommes proposé de remplir. Privez un lapin des lobes du cerveau, il exécute encore les mêmes mouvemens qu'avant; il est seulement affaibli; mais il ne sait plus éviter tel ou tel obstacle; il ne peut plus trouver sa nourriture; en un mot, il est privé de ce principe qui donnait à ses mouvemens une direction déterminée.

2° Les corps striés président au mouvement en arrière.

3° Les couches optiques exercent une grande influence sur les mouvemens nécessaires à la station; elles fournissent en grande partie le principe qui entretient l'énergie de la contraction musculaire.

4° Le cervelet préside à la coordination des mouvemens en avant; il paraît tenir sous son empire le mouvement des membres inférieurs, et il n'est probablement pas sans influence sur l'équilibration des mouvemens.

5° Le cercle formé par le cervelet, ses pédoncules et les fibres transversales de la protubérance cérébrale coordonne les mouvemens de rotation autour de l'axe de l'animal.

6° Les tubercules quadrijumeaux sont nécessaires à l'exercice régulier des mouvemens. Leur lésion entraîne une désharmonie très remarquable dans les mouvemens de station et de progression. Ce résultat s'accorde avec les expériences de M. Serres.

7° Le lobe du quatrième ventricule renferme un principe qui commande et coordonne les mouvemens respiratoires, le vomissement, le cri. Dans cette partie de l'encéphale réside un principe en vertu duquel un animal a la conscience des impressions tactiles et même des impressions sonores, et il réagit avec ses membres contre l'objet qui le blesse.

En résumé, dit M. Nonat en terminant, l'encéphale renferme diverses parties qui ont toutes un rôle différent. Les unes reçoivent les impressions extérieures, et donnent la conscience de ces impressions à l'animal; d'autres parties sont privées de la faculté de sentir les impressions extérieures et sont exclusivement chargées de percevoir les impressions reçues. Ainsi les lobes du cerveau sont insensibles aux irritations générales, et c'est dans leur tissu que s'accomplit la perception des sensations. De même la nature a donné au cerveau la faculté de vouloir et de diriger tel ordre de mouvemens, tandis qu'elle a chargé les corps striés, le cervelet, les pédoncules du cervelet, les fibres transversales de la protubérance cérébrale de coordonner les mouvemens en arrière, en avant, et ceux de rotation sur l'axe de l'animal. Ainsi la faculté de vouloir et de diriger les mouvemens occupe dans l'encéphale des parties qui diffèrent de celles qui président à la coordination des mouvemens.

Commissaires : MM. Ribes, Bouillaud, Blandin, Amussat, Ollivier (d'Angers).

AMPUTATION SUS-MALLÉOLAIRE.

M. Blandin présente à l'Académie une jeune fille à laquelle il a pratiqué l'amputation de la jambe dans son tiers inférieur. A l'aide de la jambe artificielle de M. Martin, cet enfant marche, court, saute à la corde avec une grande facilité.

Il est quatre heures et demie. L'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport sur les candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

BIBLIOGRAPHIE.

STUDIEN IM GIEBIETE DER HEILWISSENSCHAFT : ÉTUDES MÉDICALES; par le docteur HEYFELDER. — Un volume. Stuttgardt, 1835.

Sous ce titre M. Heyfelder publie une série d'articles, de sujets différens qui n'ont que peu ou point de rapports ensemble, mais presque tous sont pleins d'intérêt. L'auteur, déjà si favorablement connu de nos lecteurs, sera encore mieux apprécié par cette nouvelle production que nous allons analyser. M. H. annonce avec une franchise louable dans sa préface, que la médecine française a, sous le rapport des recherches anatomico-pathologiques et de l'exploration acoustique, une grande prépondérance sur l'Allemagne, et il ne croit pas devoir, d'après la mode du jour, faire des concessions à l'amour propre national.

Nous suivrons l'auteur article par article, en laissant de côté la vaste bibliographie qu'il a mise à profit; en même temps nous passerons les histoires des maladies qui prouvent, plus que tout le reste, le talent d'observation de l'auteur.

I. De la pleurésie chronique. Les sept observations de pleurésie chronique, dont trois ont déjà été rapportées par la Gazette Médicale, p. 24, 1835, hâteront probablement la solution des questions qui ont été naguères soulevées et tranchées si différemment dans le sein de l'Académie, au sujet de la ponction de la poitrine. La terminaison de tous les sept cas a été heureuse; une fois elle a eu lieu par résorption, une autre fois par élimination par les bronches au milieu d'un violent accès de toux; chez les autres cinq malades on a fait la thoracentèse; il est évident que, par les lumières que nous a fournies l'exploration acoustique, jointe à l'anatomie pathologique de cette maladie, la ponction de la poitrine peut être faite avec plus de sécurité, et que nous n'avons pas besoin d'attendre que la nature nous indique l'endroit où l'opération doit être exécutée; sans doute il existe une foule de circonstances qui rendent le pronostic plus ou moins fâcheux, comme la présence de tubercules, de pseudo-membranes, des maladies organiques du cœur, des épanchemens doubles, etc.; mais il est très important qu'une fois qu'on a essayé inutilement de produire la résorption, et le diagnostic étant bien posé, on n'attende pas trop longtemps pour faire l'opération; car plus tôt l'on évacue le pus ou le liquide épanché dans la poitrine, plus on a droit d'espérer que le poumon comprimé puisse de nouveau se dilater et reprendre ses fonctions; par contre, un délai trop prolongé fait craindre qu'une pseudo-membrane, augmentant toujours en consistance, n'empêche le poumon de se dilater; cette raison avec d'autres déjà indiquées par notre ami M. Michel Lévy, professeur au Val-de-Grâce, dans sa thèse, à laquelle nous renvoyons nos lecteurs, doit engager à ne pas trop longtemps retarder l'opération, pour qu'elle puisse réussir.

M. Heyfelder cherche à évacuer à la fois autant de pus que possible; pourtant il n'est jamais parvenu à vider complètement la poitrine, car l'écoulement a continué pendant un temps plus ou moins long. La présence de l'air qui, d'après M. Larrey, pourrait corrompre l'épanchement, ne paraît pas très dangereuse, en jugeant d'après une des observations (la septième), où l'entrée et la sortie de l'air étaient évidentes.

Toutes les opérations ont été faites avec le bistouri, quoique l'auteur ne loi donne pas la préférence sur le trocart; il a eu toujours soin d'introduire dans la plaie un bourdonnet pour empêcher l'agglutination trop rapide et favoriser l'écoulement du liquide qui pourrait encore se trouver dans la cavité thoracique. D'après M. Heyfelder, l'endroit le plus favorable pour faire la ponction serait l'espace entre la sixième et la septième côte, à moins que certaines circonstances, comme une tumeur développée spontanément (3e obs.), n'en indiquent un autre. Les tumeurs ne sont pas ordinairement à la partie inférieure de la poitrine, comme on pourrait le croire; ainsi dans un des cas elle se trouvait entre la troisième et la quatrième côte, et une autre fois entre la sixième et la septième. Sur vingt observations de pleurésies chroniques recueillies chez différens auteurs, quinze étaient à gauche et cinq à droite. Sur ces vingt il n'y avait qu'une femme.

II. Des abcès du poumon. M. Heyfelder, après avoir fait mention de quelques observations rares d'abcès du poumon comme suite de pneumonie, tels que ceux rapportés par Laennec, Bouillaud, Andral, Honoré, Becker, Bartels, Hope, Arowssohn et Robert, y ajoute un nouveau cas. A l'examen acoustique du côté droit et malade du poumon, M. Heydelfer a trouvé la partie supérieure, siége ordinaire des tubercules, à l'état sain; par contre, l'inférieure jusque vers le mamelon enflammée; tout-à-coup le malade rend pendant la toux une grande quantité de pus; immédiatement il est soulagé, et l'exploration acoustique fait entendre de la pectoriloquie, et du râle caverneux là où on ne trouve pas ordinairement des excavations tuberculeuses. M. Heyfelder pose donc en principe le diagnostic suivant pour les abcès du poumon: lorsqu'après l'existence de symptômes de pneumonie, un malade rend par la toux du véritable pus, qui se laisse facilement distinguer de la masse tuberculeuse ramollie et qu'on entend la pectoriloquie et le râle caverneux au milieu ou à la base du poumon, tandis que le lobe supérieur est complètement sain.

III. Du cancer du poumon. A une première observation de cancer du poumon, publiée dans les Archives générales de médecine (Gazette médicale, p. 522, 1837), M. Heydelfer en ajoute une autre qui a été diagnostiquée sur le vivant. En général, rien n'est moins constant que les signes qui ont été indiqués pour reconnaître le cancer du poumon; souvent il prend un tel accroissement qu'il fait proéminer les côtes correspondantes; alors le diagnostic, du reste très douteux, acquiert quelque probabilité, probabilité qui augmente encore lorsqu'il existe un cancer à un autre organe. M. Heyfelder rapporte tout ce qu'on a écrit sur cette matière, et fait la remarque que, d'après les observations connues jusqu'aujourd'hui, le cancer du poumon se présente sous deux formes: plusieurs masses squirrheuses de grandeur et de forme variables, entourées d'un kyste, ou sans lui, sont disséminées dans les poumons, ou le parenchyme des poumons eux-mêmes est converti en une masse squirrheuse.

IV. Du cancer du foie. En citant les ouvrages des auteurs qui ont traité de cette maladie, M. Heyfelder remarque que presque tous ne se sont occupés que de l'anatomie pathologique de cette affection, et ne parlent pas du tout, ou que très brièvement, des symptômes, des causes éloignées et du diagnostic de cette affection. M. Heyfelder rapporte six cas qu'il rapproche des observations d'un grand nombre d'autres auteurs, et cherche ainsi à rendre le diagnostic moins vague: la couleur des malades est tantôt d'un jaune de paille ou de cire; tantôt terreuse ou plus ou moins ictérique; la peau est sèche; le plus souvent il y avait anorexie; les selles sont rares et limoneuses; l'urine parcimonieuse, brûlante, d'un jaune-orange chez trois malades; de couleur variable chez un quatrième; le pouls est, au commencement, peu ou pas du tout accéléré, et ce n'est que vers la fin qu'on remarque de la fréquence. Chez quelques-uns, il existait du malaise et des vomissemens passagers; chez tous, la respiration était difficile; la région du foie donnait à la percussion un son mat, qui s'étendait très loin à la poitrine et au bas-ventre; la maigreur était générale.

En explorant le bas-ventre, on trouva une tumeur bosselée, qui ne se bornait pas seulement à l'hypochondre droit, et qui, plus tard, devint le siége de violentes douleurs. Chez un malade, il existait une grande accumulation de liquide dans le bas-ventre; par là, la tumeur paraissait mobile et le diagnostic devint d'autant plus difficile. Presque les mêmes symptômes se trouvent dans les peu décrits par Audral et autres, mais ils n'étaient pas toujours constans; l'un ou l'autre de ces symptômes manquait; le plus sûr, c'est l'augmentation du volume du foie avec sensation, à travers les parois du bas-ventre, d'une surface bosselée et douloureuse au toucher; mais ce symptôme n'est rien moins que constant, et le diagnostic devient d'autant plus douteux, que ces bosselures, après avoir existé, viennent à disparaître; on connaît en outre un grand nombre de cas où le foie était plus petit qu'à l'état normal.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans ses recherches très nombreuses d'anatomie pathologique. La maladie paraît être plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et à un âge avancé. Les causes qui déterminent cette affection sont inconnues. M. Heyfeldert admet, avec Lobstein, une certaine prédisposition pour cette maladie dans le corps; sans elle, aucune cause occasionnelle ne pourrait la développer; cette hypothèse est d'autant plus vraisemblable, qu'en même temps qu'on rencontre le cancer du foie, on trouve encore d'autres tumeurs cancéreuses dans le poumon, dans la rate, dans l'estomac, dans les testicules, etc.

V. Mélanose du foie. Le cas observé par l'auteur est très intéressant; quant à la nature de cette maladie, il partage les opinions de Lobstein (Anatomie pathologique, t. 1, p. 456).

VI. Hémorrhagie du foie. Les cas d'hémorragie du foie, apoplexie du foie, d'après les médecins français, sont très rares; au peu d'exemples rapportés par les auteurs, M. Heyfelder ajoute une observation qui ressemble à une autre décrite par Andral (Clinique médicale, 1827, t. iv, p. 13). Un individu, âgé à peu près de 60 ans, souffrant depuis un temps assez long d'une tuméfaction du foie et d'hémorrhoïdes, tomba tout à coup en défaillance, en rentrant d'une promenade, et mourut au boot d'une demi-heure. Lors de l'autopsie, on trouva sur la face convexe du lobe droit du foie une déchirure très béante par laquelle on entrait dans une cavité pleine de sang et de l'étendue d'un poing médiocrement fort; cette cavité communiquait par un canal avec la veine-porte.

VII. Squirre et fongus médullaire de la rate. Haashauer, Wardrop, Meckel et Falloti rapportent des cas de cancer de la rate; Lobstein et Andral n'en font pas mention dans leurs ouvrages d'anatomie pathologique; pourtant ce dernier cite un exemple, dans la Clinique médicale, où il existait un cancer du foie et de la rate chez un même individu; deux faits analogues qui ont été trouvés par M. Heyfelder ne laissent pas de doute sur la présence du cancer dans la rate, que MM. Bouillaud et Hope ne disent pas, mais disent n'avoir jamais rencontrée. Mais rien n'est plus difficile que de diagnostiquer sur le vivant la présence du cancer dans la rate; on est aussi embarrassé d'affirmer que la maladie soit idiopathique ou consécutive à la dégénérescence cancéreuse d'un autre organe; car, dans les cas connus, il y avait toujours consistance du cancer de la rate avec désorganisation d'un autre organe.

VIII. Sur le cancer de l'estomac. L'auteur commence dans cet article, riche en bibliographie, surtout française, par citer les différentes contrées de l'Allemagne où cette affection paraît malheureusement endémique, entre autres celle de la Souabe supérieure, dont il habite les frontières; puis il rapporte, avec une clarté digne d'éloges, neuf observations

qui, rapprochées de tant d'autres, prouvent qu'il n'existe pas un seul symptôme qui soit constant dans cette maladie: dans deux cas, l'appétit resta excellent du commencement jusqu'à la fin. M. Cruveilhier a fait la même remarque chez deux individus âgés; les vomissemens manquent souvent, et dans les cas où ils existent, la matière rejetée offre des caractères très variables. M. Heyfelder partage, en général, tout en citant des observations qui le contredisent, l'axiôme de Ferrus, que là où il n'existe pas de vomissemens, le pylore est sain, et que les vomiturítions sans vomissemens dénotent plutôt une affection du cardia. La douleur au creux de l'estomac est souvent très vive; d'autres fois, elle est à peine sensible, et dans quelques cas rares, elle manque complètement; tantôt elle est bornée à la région épigastrique; tantôt elle s'étend plus ou moins à tout le bas-ventre. Quelques malades souffrent d'éructations amères ou fétides; souvent aussi l'haleine a une mauvaise odeur, surtout vers la fin de la maladie; il y en a, et principalement des femmes, qui ne supportent pas des alimens faciles à digérer, mais, par contre, les plus indigestes. Rien n'est moins constant qu'une tumeur dans la région épigastrique. La constipation existe presque toujours, souvent elle passe, surtout vers la fin, en diarrhée, ou elles alternent. Quelques malades sont tourmentés par une soif ardente; l'hydropisie est un symptôme assez fréquent vers la fin de la maladie. La couleur de la face est ordinairement d'un jaune de cire ou de paille; en général, les malades sont dans une disposition d'âme fort triste.

Les exemples ne manquent pas non plus, où on a trouvé lors de l'autopsie des cancers de l'estomac qui ne se sont manifestés pendant la vie par aucun symptôme. Il résulte de toutes ces recherches que rien n'est plus difficile que le diagnostic du cancer de l'estomac, et que ce n'est que l'ensemble des symptômes qui permet de porter un jugement avec plus ou moins de sûreté.

Les maladies qui peuvent être confondues avec le cancer de l'estomac sont les cancers du foie, de la partie inférieure de l'œsophage et du cardia, des tumeurs de différente nature, des affections nerveuses, une hernie de l'estomac, mais surtout une inflammation chronique de ce dernier organe.

Les recherches anatomico-pathologiques sont très bien faites et gagnent encore en intérêt, en ce que M. Heyfelder les a rapprochées de celles d'autres auteurs, presque tous français. L'opinion généralement admise que le cancer de l'estomac attaque plus fréquemment les hommes que les femmes, et qu'il ne se rencontre presque toujours qu'à l'âge avancé, a été confirmée par M. Heyfelder. Ainsi que nous l'avons dit, le cancer paraît endémique dans quelques contrées de l'Allemagne, en outre, dans la Laponie, la partie supérieure de l'Ecosse et des montagnes de la Barbarie. M. Heyfelder, en recherchant les cancers qui s'engendrent dans la couche supérieure, les trouve dans les circonstances suivantes: un climat rude et très variable, une nourriture de difficile digestion, telle que les mets de farine, la choucroûte, le lard, la salade en abondance et préparée avec un mauvais vinaigre, une bière malsaine et l'eau-de-vie; les enfans sont sevrés trop tôt ou même entièrement privés du sein; on leur donne des alimens lourds préparés avec du lait et de la farine, et le suçon. Les habitations en général sont sales et malsaines: dans plusieurs localités l'eau est fort mauvaise.

M. Heyfelder a vu des familles dans lesquelles le cancer de l'estomac était héréditaire. La diète et les narcotiques sont les principaux moyens dans le traitement de cette maladie contre laquelle l'art est presque sinon toujours impuissant.

IX. Cancer du clitoris, des grandes et des petites lèvres. Deux femmes chez lesquelles on ne pouvait découvrir aucun symptôme syphilitique furent opérées; le cancer se déclara de nouveau avec la plus grande intensité, chez l'une au bout de treize mois, et chez l'autre au bout de quinze. Toutes les deux sont mortes.

X. Cancer de la langue. Sur quatre individus opérés, trois ont eu des récidives. L'auteur a employé sans le moindre résultat l'alun, le charbon animal, et la créosote; il croit qu'on peut attendre quelque chance de succès, lorsque le squirrhe n'est pas encore passé en état de cancer, qu'on éloigne toutes les causes qui peuvent hâter cette transition, et en mettant le malade à une diète convenable. M. Heyfelder préfère l'excision à la ligature, parce que cette dernière est très douloureuse et provoque une inflammation vive de la langue et des parties internes de la bouche, qui peut même mettre en danger la vie du malade.

XI. Sur un tremblement particulier des doigts de la main droite en écrivant. L'affection dont il est question paraît être très rare, et ce n'est qu'en ces dernières années qu'on en a parlé dans les journaux médicaux. Le premier cas a été décrit par le docteur Gierl; après lui, il en a été fait mention par le docteur Eitner. Deux années plus tard M. Heyfelder publia un nouveau cas, et récemment un autre encore plus remarquable (Gazette médicale, page 457, 1839). Albert à Berlin dit en avoir observé trois faits dont il livra un au public; après lui, Ed. de Siebold fit connaître une pareille observation, et Kopp déclare l'avoir vu et traité sans amélioration; enfin MM. les docteurs Hardegg et Riecke ont communiqué deux cas à M. Heyfelder. Dans ces derniers temps les feuilles périodiques ont publié des faits analogues; nous venons d'en lire un très curieux dans le journal de Casper, n. 2, 1839; comme à notre connaissance cette maladie n'a pas été abordée par les auteurs français, nous croyons devoir nous en occuper plus longuement.

Cette affection consiste en ce que le malade à chaque tentative d'écrire est pris d'un tremblement des doigts qui tiennent la plume; aucune autre occupation ne provoque cet effet. Dans le cas décrit par M. Heyfelder, le malade peut tailler la plume, la tenir longtemps entre les doigts comme pour écrire; il peut se laver, se raser, jouer du piano sans être pris de cette affection; mais à peine touche-t-il le papier avec la plume et commence-t-il à écrire, que le tremblement se déclare et devient quelquefois si fort qu'il lui serait impossible de tracer quelques lignes lisibles; aussitôt qu'il cesse d'écrire, le tremblement disparaît; souvent les malades n'éprouvent aucune sensation désagréable ou douloureuse dans les parties affectées de tremblement. Chez le malade observé par Kopp, le tremblement du pouce et du doigt indicateur de la main droite était accompagné, en écrivant d'une sensation désagréable et douloureuse sans diminution de force de ces parties, sensation qui augmentait en écrivant et forçait souvent le malade de reposer sa plume; elle existait souvent dans la paume de la main droite, même quand le malade n'écrivait pas.

Gierl rapporte que son malade en écrivant ressentait aussitôt des contractions rapides et successives du pouce, de l'index et du médius, elles étaient accompagnées d'un sentiment particulier de pression, comme si une attelle métallique était fixée sur le dos et la racine du poignet; si le malade continuait encore peu de temps à écrire, le tremblement des fléchisseurs et des extenseurs s'étendait le long de tout le bras jusqu'à l'aisselle, en sorte qu'on pouvait voir le jeu des muscles; en même temps le malade se plaignait d'un sentiment de pression sur le côté externe du bras, à l'endroit où le deltoïde s'insère à l'humérus; les autres muscles du bras restèrent en repos; ce n'est que quand le malade s'obstinait à continuer d'écrire que ces muscles commençaient aussi à trembler; il survenait alors un malaise général et le patient tombait dans une sueur profuse et même dans un état voisin de lipothymie. Aussitôt que la plume ou le crayon est déposé, tout symptôme disparaît; les malades peuvent soulever avec la main les fardeaux les plus lourds, exécuter à l'aide des doigts les travaux les plus subtils.

Tels sont en général les symptômes décrits dans toutes les observations connues jusqu'aujourd'hui et rapportées par l'auteur. Cette affection paraît ne se développer que très lentement, au point que dans le principe les malades ne sont que peu incommodés en écrivant; aussi n'y ont-ils porté leur attention que lorsque le mal était arrivé à un certain degré et que leur écriture était pour ainsi dire devenue illisible. Cette maladie n'a été observée jusqu'aujourd'hui que chez des hommes, au reste bien portans auparavant, tous avaient plus de 30 ans, sauf le cas que nous avons récemment rapporté, d'après M. Heyfelder, d'un petit malade de 7 ans.

Les boissons spiritueuses, des affections vives de l'âme, des pertes séminales, semblent augmenter le tremblement; chez aucun des malades la circulation n'était dérangée; on ne pouvait trouver aucune autre maladie à laquelle ces symptômes pouvaient être rattachés; aussi la nature de cette affection n'est-elle pas connue, et les auteurs se trouvent obligés de la ranger parmi les névroses et la rapprocher plus ou moins de la chorée.

Le pronostic est très fâcheux; car jusqu'aujourd'hui on n'est pas encore parvenu à faire disparaître ce tremblement particulier à l'aide des traitemens les plus variés et les plus rationnels. Quelques malades seulement sont parvenus à écrire d'une manière passable par des procédés ingénieux; l'un en entourant les plumes de grands morceaux de liége, pour les rendre plus volumineuses; un autre en fixant la plume à l'aide d'anneaux métalliques sur les doigts; d'autres encore, en appliquant sur le côté interne de la main un morceau de bois qui empêche la main de trembler et de se renverser en dedans; un malade aussi s'est avisé de placer la plume entre l'index et le médius.

XII. La péricardite rhumatismale. De nouvelles observations sont venues confirmer un premier travail, publié par l'auteur dans les Annales d'Heidelberg. (Gaz. Méd., p. 245. 1835.)

XIII. Sur la cyanose. Il est évident que cette maladie est toujours le résultat d'une gêne dans la circulation. L'auteur cite des observations qui démontrent évidemment que cette gêne ne dépend pas toujours seulement d'un vice organique du cœur, mais aussi d'un vice organique du poumon ou des gros vaisseaux. D'un autre côté, il rapporte deux cas,

l'un appartenant à Breschet et l'autre à Blumbardt, où il existait un des gros vaisseaux qui paraissait avoir dû produire la cyanose, sans que celle-ci eût été observée pendant la vie. M. Heyfelder rapporte aussi un cas de cyanose qui était causé par l'hépatisation du poumon et par un vice de conformation du cœur; enfin, un autre, qui eut sa cause uniquement dans une maladie du poumon, et il finit par citer une observation de M. Aronssohn, où un déplacement du cœur, conché transversalement, a donné lien à cette affection.

D'après M. Heyfelder, rien n'est moins constant que le gonflement et la conrhure des ongles, ainsi que des dernières phalanges des doigts; par contre, il a vu survenir dans toutes ses observations, qui sont au nombre de six, des hémorragies surtout du nez, mais qui n'étaient jamais copieuses. M. Heyfelder, sans admettre l'hérédité de la cyanose, rapporte l'histoire de la famille d'un confrère, M. Le Aet, à Gammertingen, qui a perdu successivement de cette maladie quatre enfans; il connait, en outre, une femme, mariée en secondes noces, qui a mis au monde trois enfans qui ont succombé avec des symptômes de cyanose.

XIV. CYNANCHE SUBLINGUALE TYPHOÏNE. Sous cette dénomination, M. Heyfelder rapporte une observation, qui est absolument la même maladie dont, depuis deux à trois ans, il est souvent parlé dans les journaux de Wurtemberg (GAZ. MÉD., p. 37. 1836). Le malade dont il est question a eu de la fièvre; la prostration était extrême; une tumeur nullement dure, peu douloureuse, s'est déclarée au côté du cou, sous la mâchoire; l'abcès ouvert donna issue à beaucoup de pus et de gaz fétide; il survint du délire, et un état paralytique général précéda la mort, qui arriva le onzième jour de la maladie. A l'autopsie on trouva tout le tissu cellulaire du cou gangréné, changé en une masse de noir grisâtre et imprégné de gaz et de pus fétides, les nerfs vague et recurrent d'un rouge sale, et même les poumons, à leur partie postérieure et interne, contenaient des abcès remplis de pus fétide; la rate et la muqueuse de l'estomac ramollies, le foie friable.

M. Heyfelder ne partage pas, sur la nature de cette maladie, l'opinion de M. Ludwig, qui, comme nous avons vu (GAZ. MÉD., p. 578) la regarde comme tenant à l'érysipèle, passant plus tard à l'état d'induration, et par suite à celui de gangrène; par contre M. Heyfelder la considère comme la nécrose du tissu cellulaire proprement dite et se demande si la fièvre thyphoïde et les dégénérescences qu'il a rencontrées dans les poumons et la rate ne sont que consécutives, ou si la nécrose du tissu cellulaire n'est qu'un reflet d'une maladie profondément cachée dans l'organisme. Les faits ne sont pas encore assez nombreux pour se prononcer sur cette matière si curieuse et si importante: le traitement que M. Heyfelder a employé est absolument analogue à celui de Ludwig.

XV. NAISSANCES TARDIVES. Les observations de naissances tardives sont assez nombreuses pour qu'on puisse regarder aujourd'hui cette question comme complètement résolue. M. Heyfelder rapporte à cet égard trois faits nouveaux; une femme accoucha le trois cent unième jour; la seconde, l'épouse de l'auteur, dans la quarante-deuxième semaine; la troisième, dans la quarante-troisième semaine. Il est digne de remarque que dans presque tous les cas de naissances tardives citées par les auteurs, on a observé, vers la fin du neuvième mois de la grossesse, des phénomènes plus ou moins marqués d'un commencement de travail d'accouchement, et assez fort pour qu'il s'en suivit une plus ou moins grande ouverture de l'orifice utérin, et un commencement de formation de perte.

XVI. GROSSESSE TUBÉRO-UTÉRINE. Aux neuf observations de grossesse interstitielles connues dans la science (Menière, ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, 1826, juin), M. Heyfelder ajoute un nouveau cas; une femme enceinte, au deuxième mois reçut un coup sur le bas-ventre et mourut avec tous les symptômes d'une hémorragie interne. A l'autopsie, on trouva un épanchement de plusieurs livres de sang dans le bas ventre; il se trouvait dans cette masse un fœtus d'à peu près dix semaines, et dont le cordon ombilical conduisait dans une déchirure de huit lignes de longueur sur autant de largeur, qui se trouvait à l'endroit où la trompe gauche s'enfonce dans l'utérus. Par cette fente, on arrivait dans une cavité assez large pour contenir un fœtus, et dans laquelle adhérait le placenta. Aucun canal particulier ne passait de là dans la cavité de l'utérus.

Sur les dix cas de grossesses interstitielles connues, sept fois sur trois, elles ont eu lien à gauche.

Sur huit cas, la mort est survenue dans les trois premiers mois; une fois dans la vingtième et une autre fois dans la trente-deuxième semaine.

XVII. POLYPE UTÉRIN. Dans un cas de polype énorme, l'auteur, ne pouvant pas l'exciser, en fit la ligature; la femme guérit complètement. Dans un autre cas où il administra le seigle ergoté, les contractions seules de l'utérus expulsèrent un polype d'un ponce de long.

XVIII. COLOBOME DE L'IRIS. L'auteur rapporte douze cas de colobome de l'iris, dont les dessins offrent les formes les plus variées. Une note curieuse du même auteur et sur le même sujet a déjà été rapportée par la GAZETTE MÉDICALE (p. 330, 1834).

A une autre occasion, nous rendrons compte du second volume, qui contient encore une série d'articles très intéressans.

VARIÉTÉS.

A M. LE RÉDACTEUR DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

Monsieur,

J'ai lu avec d'autant plus d'intérêt l'article bibliographique de la GAZETTE MÉDICALE, du 21 septembre, qui rend compte du premier volume du TRAITÉ PHILOSOPHIQUE DE MÉDECINE, de M. Gendrin, que cette analyse présente, dites-vous, des opinions entièrement neuves sur les organes générateurs de la femme. Les recherches de M. Gendrin l'auraient condait à penser que les hémorragies menstruelles ne seraient que le résultat d'une congestion périodique, et régulière provenant d'une fonction qui s'opère, chaque mois, dans les ovaires. Cette opinion, monsieur, je la professe dans mes leçons, à l'école secondaire de médecine d'Angers depuis l'année 1830, et j'ai montré plusieurs fois aux élèves, sur les ovaires, ces diverses évolutions par lesquelles passent les vésicules ovariques, depuis leur apparition jusqu'à leur rupture, en même temps que je leur faisais remarquer l'état de l'utérus à ses diverses phases.

Je peux donc réclamer l'antériorité sur M. le docteur Gendrin pour ce que son ouvrage contient de relatif à la menstruation, avec d'autant plus de raison que tout ce que cet auteur a exposé de neuf sur ce sujet se trouve dans un mémoire que j'ai lu, sur ce point de physiologie, à la société de médecine d'Angers, le 2 novembre 1832 (le procès-verbal de la séance pourrait l'attester au besoin). Vous vous en convaincrez par sa lecture, car il sera bientôt imprimé. Ce mémoire a été communiqué à Angers, au mois d'octobre 1837, à M. le professeur Adelon, et au mois d'avril 1838, il a été lu, à Paris, par MM. Paul Dubois, Bérard aîné, Cullerier neveu et Ollivier d'Angers. Tous ces hommes, haut placés dans la science, me félicitèrent sur ce travail de dix années; plusieurs me firent des objections sur les faits nouveaux que je proclamais; M. Bérard en exposa les corollaires dans une de ses leçons à l'école de médecine.

Quoique je fusse encouragé à la publication de mon mémoire, je ne le fis pas alors, parce que j'étais effrayé des frais que devait occasionner la reproduction des nombreux dessins qui l'accompagnent. Le manuscrit resta chez M. le libraire Béchet jeune, qui le garda plusieurs mois pour le faire copier. M. Béchet le remit à M. le professeur Dubois, des mains duquel il est passé dans celles de mon compatriote et ami le docteur Ollivier d'Angers. Tous ces faits, monsieur, seraient certifiés, s'il était nécessaire, par ceux dont j'ai invoqué les noms. Je ne me plains pas d'avoir été prévenu dans la publication de ces faits importans par M. Gendrin. Je suis, au contraire, fort heureux que mes observations et les conséquences que j'en ai déduites aient été aussi pleinement confirmées par un auteur d'un nom connu dans la science.

Je suis, etc. C. NÉGRIER, professeur d'accouchement à l'école de médecine d'Angers.

Angers, 5 octobre 1839.

— La réunion des professeurs particuliers pour la distribution des amphithéâtres de l'Ecole pratique aura lieu à la Faculté, lundi prochain 21 octobre, à onze heures.

— MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX ET URINAIRES, exposées d'après la clinique chirurgicale de l'hôpital de Bordeaux; par J. MOULINIÉ, ex-chirurgien en chef de l'hôpital, et professeur à l'école secondaire de médecine de Bordeaux. Paris, 1839; 2 vol. in-8, fig. Prix: 12 fr.

— RAPPORT STATISTIQUE SUR LE SERVICE DES ALIÉNÉS DE L'HOSPICE DE L'ANTIQUAILLE, suivi de considérations générales sur le traitement de la folie; par ALEXANDRE BOTTEX, médecin de l'hospice de l'Antiquaille. Paris 1839; brochure in-8. Prix: 1 fr. 50 c.

Ces deux ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

— COMPTE-RENDU DE LA PRATIQUE MÉDICALE DE L'HOSPICE DE L'ANTIQUAILLE, DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES SYPHILITIQUES; par P. BIENVENU, docteur en médecine de la Faculté de médecine.

Lyon, imprimerie de Bajat, rue des Trois-Rois.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 43. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 26 OCTOBRE 1839.

Gazette Médicale DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On en reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

ÉPIDÉMIES.

HISTOIRE DE L'ÉPIDÉMIE DE SUETTE MILIAIRE QUI A RÉGNÉ DANS PLUSIEURS COMMUNES DE L'ARRONDISSEMENT DE COULOMMIERS, PENDANT LES MOIS DE MAI ET JUIN 1839; par MM. Barthez, Guéneau de Mussy et Landouzy, docteurs en médecine, anciens internes des hôpitaux de Paris, etc., etc.

(Suite. — Voir les numéros du 28 septembre et du 12 octobre.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Trois autopsies seulement ont eu lieu pendant l'épidémie; elles ont été faites par M. le docteur Bourgeois, médecin des épidémies de l'arrondissement de Coulommiers. En voici les résultats principaux, que nous donnons textuellement, d'après la note qu'il a bien voulu nous remettre:

Aut. Ire. — Temps chaud et humide. Femme Duruy, âgée de 47 ans, morte depuis dix heures, le huitième jour de la maladie. L'éruption complète avait disparu.

Poitrine Partie postérieure des poumons gorgée d'un sang noir et liquide.

Cœur petit, flasque, cavités vides.

Abdomen. Injection extérieure du péritoine; engorgement des ganglions mésentériques.

Estomac. Surface interne arborisée; quelques plaques emphysémateuses.

Duodénum. Injecté; boursouflement de la muqueuse.

Intestins. Quelques plaques de Peyer, développées, saillantes, blanchâtres.

Eruption vésiculeuse dans tout l'iléum et dans le gros intestin. Dans ce dernier, les vésicules paraissent ombiliquées, ce qui tient à ce que leur partie moyenne est transparente et vésiculeuse; il en sort un liquide d'un blanc nacré.

Quelques plaques arborisées et injectées. (Je crois que ceci ne se rapporte pas aux plaques de Peyer, mais que M. Bourgeois a voulu dire qu'il y avait par places de l'injection.)

Rate engorgée, molle, friable; foie normal; reins idem.

Un sang noir et liquide distend l'aorte.

Cerveau. Injection légère des méninges: substance cérébrale saine.

Aut. II. — F. Lamiesse, 27 ans, nourrice de deux mois. Trois jours de maladie. Poumons engorgés en arrière du cœur, *ut supra*; foie idem; rate engorgée, ramollie. Sang noir, fluide; rein sain; injection légère du péritoine.

Estomac: arborisation très prononcée dans le cul-de-sac; muqueuse légèrement ramollie; duodénum: injection légère; ascarides nombreux.

Injection vers le tiers inférieur de l'iléum, dans le cœcum et dans le colon. Cerveau sain.

Aut. III. — F. Bourgeois, malade depuis cinq jours: ancienne affection du cœur; poumon très volumineux, sous injecté. Mort depuis trois heures.

Vésicules très nombreuses sur toute la surface cutanée, surtout dans la région dorsale; couleur violacée des tégumens en arrière.

Cœur. Vent. g. hypertrophié; ossifications et ulcérations de la valvule mi-

Feuilleton.

DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE ET DE LA GRAINE DE MOUTARDE.

> Sed deerat pisci patinæ mensura. Vocantur
> Ergo in consilium proceres.....
>
> (Rhombus, Juvénal. Sat. IV.)

J'entends dire souvent autour de moi que la comédie est morte, que le secret en est perdu, qu'on n'en fait plus; c'est une erreur. La comédie est toujours quelque part, ainsi que la tragédie. La vie humaine n'est qu'une suite de scènes tragiques et comiques; mais comme dans le domaine du réel nous sommes nous-mêmes sur le théâtre et toujours acteurs à quelque degré, il arrive que nous ne voyons jamais les choses d'ici-bas comme un spectacle véritable. Pour ceux qui parviennent à sortir du cadre et à laisser passer sous leurs yeux la lanterne magique à la distance voulue pour qu'il y ait perspective et tableau, les hommes sont des comédiens, et les choses des drames larmoyans ou burlesques. L'assemblage d'un petit savoyard, d'un chien et d'un singe habillés et d'un âne est bouffon dans l'œil de Decamps; il arrache une larme à l'œil d'une mère qui y voit un enfant abandonné et malheureux. Je n'avais certainement pas besoin de ces explications savantes (qui même n'expliquent rien) pour convaincre tout homme d'un sens rassis, qu'une séance d'académie en général et particulièrement une Académie de médecine (car c'est là l'objet de la présente élucubration) peut tenir lieu au besoin d'une soirée aux Variétés. Généralement parlant même, on peut assurer que l'élément bouffon est en chaque chose toujours exactement proportionné à l'élément sérieux. Le ridicule étant un contraste, si vous voulez le trouver dans la perfection adressez-vous à tout ce qu'il y a de plus grave en ce monde, la science et la politique, la recette est infaillible.

La graine de moutarde est, au su et vu de tous les promeneurs de la galerie vitrée du Palais-Royal à Paris (qui forment une portion très respectable du public), une chose qui se vend dans de petits sacs fort joliment étiquetés, à une belle boutique, éclairée au gaz, ornée de glaces, et où le consommateur est servi promptement, proprement et à juste prix. Cette définition, résultat d'une observation superficielle, pourrait s'appliquer aussi bien à toute autre denrée d'épicier, le poivre, par exemple, ou la cannelle. La moutarde, en effet, répond fondamentalement à une idée culinaire. Mais depuis peu elle s'est élevée dans l'échelle sociale des substances, elle a passé de la cuisine à la pharmacie; ce n'est plus un assaisonnement, mais un médicament; et l'honnête industriel qui la débite n'est pas un épicier, c'est un homme qui guérit ses semblables pour de l'argent, c'est-à-dire une manière de médecin. Plusieurs substances ont eu dans ces derniers temps des prétentions de ce genre, telles que le tapioka, le nafé, le kaïffa, le racahout, mais malgré leur mérite incontestable, la graine de moutarde, toute petite qu'elle est, les a totalement éclipsées. Elle a été à ce qu'il

trale ; estomac fortement injecté, dans quelques endroits violacé, noirâtre ; la muqueuse conserve sa consistance ; injection très prononcée dans toute l'étendue de l'intestin ; vésicules nombreuses depuis le duodénum jusqu'à la fin du rectum ; rate volumineuse et molle, moins que dans les cas précédens ; sang fluide.

Nous avons regretté vivement de ne pouvoir vérifier par nous-mêmes les résultats qui nous ont été transmis par M. Bourgeois ; mais deux malades seulement ont succombé pendant notre séjour à Saint-Cyr, et, malgré tous nos efforts, il nous a été impossible d'en faire l'ouverture. Existait-il seulement dans ces trois cas un développement très prononcé des follicules isolés de Brunner, comme on le voit si souvent dans les affections éruptives, ou était-ce véritablement une éruption vésiculeuse? Nous ne pouvons résoudre complètement la question; mais nous devons dire que, d'après la note de M. Bourgeois, et d'après les renseignemens qu'il nous a donnés de vive voix, cette éruption avait tout-à-fait l'aspect d'une éruption vésiculeuse, formée de boutons transparens, ombiliqués au centre et laissant écouler par la section un liquide blanchâtre.

D'un autre côté, l'un de nous (M. Landouzy) fit, il y a quinze jours, à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. le professeur Dubois, l'autopsie d'une femme morte à la suite d'une métro-péritonite compliquée de miliaire intense. L'intestin tout entier fut examiné avec le soin le plus minutieux, et l'on trouvait, en même temps qu'une saillie légère des plaques de Peyer, un développement considérable des follicules isolés, depuis le duodénum jusqu'à la fin du rectum, mais sans la moindre apparence vésiculeuse. En était-il de même dans les trois autopsies de fièvre miliaire? Nous sommes loin de l'affirmer ; mais comme, malgré la science bien connue de M. le docteur Bourgeois, un développement considérable des follicules de Brunner a pu lui en imposer, comme il en a si souvent imposé à d'autres pour une éruption particulière, nous ne pouvons proclamer comme hors de doute les résultats qu'il nous a transmis, et nous regardons comme non résolue encore cette question importante d'anatomie pathologique.

Pour compléter la description d'une maladie épidémique, pour légitimer la place qu'on lui assigne dans le cadre nosologique, il faut la mettre en parallèle avec les affections analogues consignées dans les annales de la science; il faut chercher à faire ressortir leurs analogies et leurs différences; telle est la marche qui nous a été tracée par les anciens observateurs, et c'est la seule qui puisse conduire à des classification fondées sur les rapports pathogéniques des maladies.

M. Rayer, dans sa monographie de la suette du département de l'Oise, après avoir analysé l'histoire des épidémies antérieures, les a comparées à celle qu'il avait observée; nous nous croyons dispensés d'entreprendre une tâche déjà accomplie par une main plus habile, et nous nous contenterons de faire un court parallèle entre l'affection décrite par cet auteur et celle que nous avons étudiée.

A l'exception de quelques nuances légères que nous allons signaler ici, ces deux épidémies ont présenté dans leurs caractères une similitude presque complète; sous le rapport de pronostic, l'épidémie de Saint-Cyr a été beaucoup moins grave que celle du département de l'Oise; elle a sévi dans un rayon beaucoup plus limité, a persisté moins longtemps dans les communes envahies; sa forme est en général plus bénigne, les complications cérébrales ont été plus rares, et se sont exprimées par des symptômes moins graves.

D'ailleurs, mêmes phénomènes au début, même marche de la maladie, même degré de chaque symptôme, mêmes sueurs, mêmes picotemens de la peau, même éruption, même constriction épigastrique, même constipation, etc.; et enfin, pour rendre l'analogie plus complète, les moyens thérapeutiques dont l'observation a constaté les avantages ont été les mêmes dans les deux cas.

Disons cependant que, dans l'épidémie de Seine-et-Marne, les symptômes encéphaliques ont été beaucoup moins prononcés que dans celle de Seine-et-Oise. D'après une lecture attentive des observations publiées à différentes époques sur la suette, on peut croire que la constriction épigastrique et l'étouffement ont été dans certains cas beaucoup plus prononcés que dans les précédentes épidémies; mais contrairement à ce qui a existé en 1824, nous n'avons jamais observé la moindre complication du côté des organes thoraciques.

Enfin, comme en 1821, nous avons observé plusieurs fois un phénomène remarquable, c'était, en l'absence de vésicatoires ou de cause capable d'amener une modification dans l'appareil urinaire, des douleurs profondes à l'hypogastre accompagnées de dysurie et de diminution notable dans la sécrétion urinaire, et ce phénomène ne peut guère être attribué à l'absence de sueurs, car il n'a été noté que très rarement et non dans les cas où elles étaient le plus abondantes.

Nous remarquerons en outre une variété bien tranchée dans la forme de l'éruption. M. Rayer décrit la *miliaris rubia* comme étant ferme, solide, conique, semblable à des parties molles injectées de sang; et pour lui cette forme était la plus fréquente. Dans l'épidémie actuelle au contraire, nous avons toujours observé au sommet de ces papules des vésicules qui quelquefois n'étaient perceptibles qu'à l'aide d'un examen très attentif. Plusieurs fois même nous avons été obligés de nous servir de la loupe pour en déterminer l'existence, et nous nous demandons si cette dernière circonstance ne pourrait pas expliquer la différence que nous signalons ici.

TRAITEMENT.

Le traitement employé pendant l'épidémie actuelle fut, à quelque chose près, le même pour tous les médecins appelés à soigner les malades. La médecine des symptômes, une hygiène et un régime convenables furent presque seuls mis en usage. Cependant quelques moyens spéciaux ayant été dirigés contre les symptômes les plus graves, nous avons à indiquer :

1° Le traitement employé à l'époque des sueurs et de l'éruption ;

2° L'influence des saignées, des sangsues, des potions calmantes, des cataplasmes et des révulsifs dans les cas d'étouffement, d'épigastralgie, etc.;

3° Enfin, l'emploi des purgatifs et des lavemens contre la constipation.

SUEURS. Le traitement de ce symptôme fut toujours hygiénique; aucun sudorifique ne fut employé.

Empêcher la suppression brusque de la transpiration, sans chercher à l'augmenter, fut le soin de presque tous les médecins.

Cependant quelques-uns, regardant sans doute la sueur comme un

---

paraît semée et cultivée par des travailleurs transcendans; car en ceci tout tient à la culture, le terrain lui-même, c'est-à-dire la sottise et la crédulité de l'espèce, étant toujours vierge, toujours neuf et d'une infatigable fertilité. La graine de moutarde est donc en ce moment au niveau de ce qu'il y a de plus grand en ce genre, par exemple, le sirop de Lamouroux, la pâte de Regnauld, la drogue de Leroy, les pilules de Rouvière, etc.

Mais il manquait à sa gloire un suffrage au prix duquel tous les autres ne sont rien, celui du premier corps médical du royaume, pour ne pas dire de l'Europe, ce qui serait impertinent. La graine de moutarde a certes le droit de se présenter, rue de Poitiers, à côté des petits pâtés du sieur Griccini, des capsules antigonnorrhéiques, et de tant d'autres belles inventions auxquelles l'Académie ne saurait échapper. Voici comment s'y est prise la graine de moutarde. N'espérant pas se faire accepter sous sa forme naturelle, qui aurait pu allarmer les consciences et soulever même une protestation des puritains de l'Académie, elle s'est enduite du sucre; rien de plus ingénieux. De plus fins que des académiciens s'y seraient laissés prendre.

L'homme qui a imaginé ce coup peut se flatter d'avoir eu ce que tout le monde cherche à présent, et qui se trouve si difficilement.... une idée. C'est là, en effet, une idée, dans toute la rigueur du mot; car, qu'est-ce qu'une idée aujourd'hui ? C'est une chose qui a la vertu de rapporter beaucoup d'argent, sans peine, ni travail, ni génie aucun. Quand cette idée se trouve être une idée médicale (car il y en a de toutes sortes), voici le procédé qu'il y a à suivre, et qui a été suivi en cette circonstance. D'abord, on écrit à Son Excellence M. le ministre de l'intérieur, pour demander un brevet d'invention. Le ministre, je veux dire les bureaux, qui naturellement ne connaissent rien à la question et s'y intéressent encore moins, ne s'informent que d'une chose, la nature ou genre de l'idée. Si c'est une machine à vapeur ou un casse-noisette, on renvoie à l'Académie des sciences; si c'est une préparation anti-syphilitique, ou une seringue à jet-continu, elle renvoie à l'Académie royale de médecine. Voilà un premier pas, et qui est très beau et agréable à tout le monde. En effet 1° les bureaux sont débarrassés jusqu'à nouvel ordre, et de la pétition, et du pétitionnaire, et, bureaucratiquement parlant, une affaire prorogée est une affaire terminée. 2° Par ce renvoi, le demandeur, avec son idée dans sa poche ou sous le bras, se trouve, comme il le souhaitait, nez à nez avec le président de l'Académie, qui le fait entrer de par la loi. 3° L'Académie a l'occasion et la matière d'une de ces discussions savantes et profondes qui réclament de la GAZETTE un feuilleton spécial, et se donner le plaisir de remplir la principale de ses attributions normales, qui consiste à décacheter et à lire des lettres du ministre, et à renvoyer au ministre des lettres que le ministre ne décachète ni ne lit.

Dans l'affaire du grain de moutarde sucré, tout s'est passé régulièrement. La correspondance ministérielle, le rapport de la commission, la délibération et la décision : tout a été fait dans les règles. La discussion a été sérieuse, animée, profonde, proportionnée de tout point à l'importance du sujet. Nous ne pouvons louer en particulier chaque orateur des belles choses qui ont été dites pour, contre et sur la graine de moutarde, car il nous faut être brefs; mais nous pouvons, en général, dire qu'on ne saurait être plus exact dans les inutilités, plus grave dans les puérilités, plus grand dans les petites choses.

La critique, cependant, aurait bien, à la rigueur, à dire son mot. Ainsi, par exemple, sans prétendre rabaisser le mérite et l'à-propos du rapport, on

moyen naturel pour déterminer l'évacuation d'une sorte de matière morbifique, la favorisaient par tous les moyens possibles.

Ainsi le lit était strictement entouré de rideaux, et les malades, étouffés sous d'épaisses couvertures, restaient baignés dans une sueur abondante et fétide.

D'autres, au contraire, voulaient, à l'exemple de Wilson et de Sydenham, que les malades restassent levés pendant toute la période des sueurs afin d'en diminuer l'abondance et même de les arrêter; mais aucun malade ne se prêta à cette méthode.

Pour nous, également éloignés de ces deux systèmes, nous nous sommes toujours bien trouvés de suivre un terme moyen; désireux de ne pas laisser les malades au milieu d'une atmosphère épaisse et fétide aussi nuisible pour eux que pour ceux qui leur donnaient des soins; voulant surtout ne pas augmenter une transpiration dont l'abondance entraînait un rapide décroissement des forces et de l'embonpoint; nous avons eu soin constamment de faire renouveler l'air des chambres; de ne laisser sur les malades que des couvertures proportionnées à la saison, et d'ordonner que l'on changeât de temps à autre le lit et les linges. Mais d'autre part, craignant l'effet d'un arrêt brusque de la transpiration, effet que nous ne connaissons pas par expérience, il est vrai, mais qui pouvait être nuisible, nous veillions avec soin à ce qu'on employât dans les changemens toutes les précautions nécessaires.

Ainsi on choisissait, pour changer le lit et les linges, le moment où il n'y avait pas de sueurs, ou tout au moins celui où il n'y avait pas de paroxysme; des serviettes chaudes servaient à essuyer le malade pendant qu'on lui passait promptement une autre chemise; puis on le transportait dans un lit tout voisin légèrement bassiné où il restait un jour ou deux, jusqu'à ce que le besoin de changer se fît de nouveau sentir. Jamais nous n'avons eu à nous plaindre de cette méthode qui nous semble la plus rationnelle et la plus prudente; c'est d'ailleurs celle employée par M. Rayer dans l'épidémie de 1821.

L'éruption elle-même ne nous a pas paru exiger un traitement plus spécial; et nous n'avons eu besoin d'employer aucun moyen de rappeler l'exanthème.

Épigastralgie. Tous les efforts de la médecine active se portèrent contre la constriction épigastrique, les étouffemens et la céphalalgie. La saignée fut rarement mise en usage contre ces symptômes; M. le docteur Chatelain, médecin de St-Cyr, qui vit les premiers malades et les plus gravement affectés, l'employa une fois avec succès au début, tandis que, dans d'autres cas il n'en retira aucun avantage.

Un autre médecin, M. Allard, nous a assuré ne l'avoir jamais employé qu'avec de grands succès. Pour nous, nous n'avons pas rencontré de cas qui nous ait paru nécessiter la phlébotomie.

Les sangsues parurent beaucoup plus efficaces. Appliquées au creux de l'estomac, au nombre de 10, 25 ou 30, en une ou plusieurs fois, elles n'ont jamais manqué leur effet; sous leur influence, la constriction épigastrique et les étouffemens diminuaient ou disparaissaient, la fièvre perdait de son intensité. On les appliquait à la vulve lorsque la suppression des règles paraissait avoir été la cause de cette anxiété, ou du moins coïncidait avec elle et paraissait en augmenter l'intensité. On les mettait à l'anus lorsque les symptômes cérébraux et la céphalalgie dominaient.

Cependant, l'un de nous, se fondant sur la nature toute nerveuse des accidens, se borna à les combattre par les anti-spasmodiques, les opiacés et les révulsifs fréquemment répétés; sans jamais employer d'émissions sanguines dans aucun cas, et sa pratique fut constamment heureuse, puisqu'il ne perdit pas un seul malade.

L'action des sangsues fut souvent secondée par des potions éthérées, avec ou sans addition de laudanum. Toujours employées en même temps que d'autres médications, on ne peut savoir si elles seules auraient suffi pour faire disparaître les symptômes nerveux et les étouffemens auxquels elles ont paru apporter quelque soulagement.

Nous en dirons autant des cataplasmes émolliens et laudanisés, appliqués sur l'abdomen.

C'est encore contre les mêmes symptômes qu'étaient dirigés avec assez de succès les sinapismes et les vésicatoires.

Moins employés cependant contre les symptômes abdominaux que contre les symptômes encéphaliques, on les appliquait lorsque le malade avait le délire, ou bien lorsque la maladie avait la forme adynamique et se rapprochait dans son aspect de la forme typhoïde. Dans ce cas, ils ont paru avoir une influence favorable. M. Chatelain paraît les avoir placés avec succès à la région épigastrique.

De tous les symptômes que nous avons passés en revue plus loin, la constipation était un de ceux qu'il était le plus difficile de traiter rationnellement; certes, lorsque les malades restaient trois, quatre, ou même huit jours sans avoir aucune évacuation, l'indication semblait précise; mais, d'autre part, on redoutait de faire passer des purgatifs, et par conséquent des irritans sur la muqueuse stomacale et intestinale déjà malade; on pouvait craindre même d'opérer ainsi une révulsion fâcheuse de l'extérieur à l'intérieur. C'était presque toujours par des symptômes épigastralgiques et les étouffemens que mouraient les malades. Devait-on risquer d'amener des symptômes aussi intenses, ou de les augmenter pour en combattre un autre qui, bien qu'important, était loin cependant d'avoir la même gravité?

Dans l'épidémie actuelle, nous avons vu des malades constipés pendant plus de huit jours; d'autres avoir chaque jour des selles naturelles; d'autres, enfin, avoir quelques évacuations. Eh bien! dans tous ces cas, les uns n'ont pas été plus gravement affectés que les autres. Toute la différence que présentèrent ces malades consista dans l'intensité et l'étendue des douleurs abdominales.

Dès-lors, il était bon d'amener ces évacuations par des moyens peu actifs, sans trop s'inquiéter si l'on ne réussissait pas. Aussi a-t-on fait un fréquent usage de lavemens au lait, à l'eau de guimauve, avec addition de quelques cuillerées d'huile, ou même d'une cuillerée de sel commun chez les personnes âgées dont l'intestin était plus paresseux.

Par ce moyen, il est rare que nous n'ayons pas obtenu la cessation de la constipation, après un, deux ou trois jours de traitement. Dans certains cas, elle n'a cessé que lorsque les malades ont pu prendre, après les lavemens, un peu d'exercice; c'est-à-dire sortir de leur lit et faire quelques pas dans la chambre.

Rarement nous avons administré des purgatifs par la bouche; et dans ces cas, nous avons obtenu des garderobes plus rarement, il est vrai, que par les lavemens, mais aussi avec un soulagement moins évident et moins prompt; enfin, dans aucun cas, nous n'avons rien trouvé qui pût justifier l'anathème absolu porté par M. Rayer, contre les purgatifs, pendant l'épidémie de 1821.

Tisanes. Les tisanes étaient nécessaires pour calmer la soif lorsqu'elle

---

y pourrait signaler des laennes. Vous lisez le *prospectus* de l'affaire, c'est très bien et très ingénieux; car un prospectus *lu à l'Académie royale de médecine* figurera merveilleusement sur les affiches des coins des rues et à la quatrième page des *annonces* payantes des grands journaux; mais n'y avait-il donc rien de mieux à dire sur la moutarde!! Est-ce que les Académies ne sont donc pas faites pour pousser la science, pour poser des questions nouvelles, pour agrandir la sphère des connaissances? Pourquoi ne pas suivre l'exemple de votre collègue l'Académie des sciences, dont les rapports rédigés par les Cuvier, les Arago, les Gay-Lussac, les Poisson, sont des textes de si riches développemens, et autant de petits traités lumineux sur la matière? Pourquoi vous en tenir sur la moutarde à ce qu'en sait et en dit un apothicaire qui n'a pas eu la prétention d'en parler scientifiquement, mais seulement de la vendre?

Vous auriez pu nous dire, par exemple, en quel lieu croît cette précieuse plante, sur quel sol elle est née, et en quel temps et par qui transportée. De son origine passant à ses propriétés et qualités chimiques, physiques, physiologiques et thérapeutiques, vous aviez un champ immense à parcourir. Mais, vous bornant à l'essentiel, à l'action médicale, peut-on rien concevoir de plus maigre, de plus insignifiant, que votre jugement sur les effets de cette graine? Pourquoi ne pas instituer d'abord, avant de vous permettre un jugement, des expériences faites en grand, comme vous avez fait pour les saignées ou les lavemens coup sur coup et les purgatifs à haute dose, pour les chlorures, etc., et déduire vos conclusions d'un nombre de chiffres alignés selon les règles? Est-ce donc ainsi qu'on doit procéder dans les sciences d'observation et dans des questions qui touchent de si près à l'intérêt le plus sacré de l'humanité? Et quant aux propriétés hygiéniques, qui ne sont qu'une dépendance des propriétés pharmaceutiques, qu'avez-vous su nous dire? Rien, ou presque rien. La moutarde est légèrement stimulante; elle peut activer la digestion, etc.; mais il faut que vous sachiez qu'il y a moutarde et moutarde: il y a des moutardes digestives et il y en a d'anti-digestives; il y en a de détestables, comme, par exemple, la moutarde ordinaire, qu'on vend toute faite chez les épiciers; il y en a d'excellentes, comme la moutarde de Maille; celle de Camus est appétissante; mais ni l'une ni l'autre ne valent pour le goût et pour l'estomac la moutarde de Bordin, et encore ici il faut s'entendre, car Bordin a deux moutardes, l'une brune, qui est bonne, sans doute, mais qui ne s'élève pas beaucoup au-dessus de celle de Dijon; l'autre verte, verte entendez-vous, qui est tout ce qu'il y a de superlatif: c'est de celle-ci que nous voulons parler. Vous voyez donc qu'il faut distinguer, spécifier, en médecine. Sans ces distinctions, on ne fait pas de la science, mais de l'empirisme. La moutarde ne saurait échapper à cette règle logique.

Voilà, entre autres choses, ce qu'un rapport plus approfondi aurait pu apprendre à l'Académie, qui, étant disposée à s'occuper ce jour-là *ex-professo* de moutarde, en aurait été très satisfaite. L'auditoire, qui vient là comme à la source des lumières médicales et des travaux originaux, n'aurait pas perdu son temps. Vous l'avez égayé, c'est bien; c'est un résultat fréquent sinon le but des académies; mais il aurait fallu aussi l'instruire.

A propos de cette mémorable séance, nous prendrons la liberté de faire une petite question. L'Académie décida, il y a un an, à l'occasion de quelques gentillesses analogues à la moutarde, et sur la motion énergiquement et dignement motivée de M. Cornac, qu'une députation serait envoyée au ministre pour lui représenter l'intolérable abus des rapports académico-ministé-

était vive, et pour réparer en partie au moins les liquides perdus par une transpiration si abondante. Aussi quelques malades les demandaient-ils avec une instance que nous n'aurions pas toujours voulu satisfaire aussi souvent et surtout aussi abondamment qu'ils le désiraient. Guidés en effet par cette idée déjà émise qu'il n'était pas nécessaire d'augmenter les sueurs et de pousser à la peau, nous recommandions aux malades de boire peu à la fois, et seulement des tisanes tièdes. Nous avons, du reste, employé indifféremment toutes les tisanes émollientes, ordinaires, soit selon le goût des malades, soit selon les indications spéciales qui se présentaient. Chiendent, violette, orge, gomme, mauve, pariétaire, tilleul, petit lait, bouillon de veau, etc.; telles étaient à peu près les boissons que nous avions à disposition, et que nous avons presque toutes mises en usage.

5° RÉGIME ET HYGIÈNE.

Dans une maladie où les voies digestives étaient évidemment atteintes, le régime était certainement une des parties du traitement les plus importantes à bien établir et à bien suivre. Aussi nous sommes-nous tenus constamment en garde contre nos malades si difficiles à diriger sous ce rapport, surtout dans les campagnes; enfin nous ne devions pas négliger les ressources de l'hygiène, et celles non moins importantes de la médecine morale. Au début de l'épidémie, la consternation et l'effroi régnaient dans tous les esprits, et nous avons été trop à même d'apprécier d'une part la triste influence qu'eut sur la population d'une commune la fuite honteuse de son maire, et, d'une autre part, les heureux résultats du zèle du sous-préfet, pour ne pas comprendre que là résidait un des principaux points du traitement.

CHIRURGIE PRATIQUE.

CONSIDÉRATIONS SUR QUELQUES POINTS DE L'HISTOIRE DES HERNIES ÉTRANGLÉES; par M. DIDAY.

Aucune affection n'a peut-être été l'objet de plus de recherches que les hernies; chaque pays, chaque siècle a payé à cette partie de la science son tribut d'études spéciales, de sorte qu'aujourd'hui la plupart des questions qui s'y rattachent paraissent à quelques personnes définitivement résolues. Cependant, on peut se le demander, ces progrès ont-ils réellement exercé sur la pratique une influence très prononcée? et, pour prendre un exemple, le traitement des hernies étranglées, que l'on dit néanmoins basé sur des indications rationnelles, a-t-il atteint de nos jours le dernier degré de perfection? Ce n'est sans doute pas de ceux qui fréquentent nos hôpitaux que l'on obtiendrait, à cet égard, une réponse affirmative. Pour donner un caractère d'utilité aux travaux ultérieurs sur cette matière, il faut donc s'attacher surtout à revoir les principaux points de doctrine, ceux-là mêmes que l'opinion publique est habituée à regarder comme irrévocablement fixés. C'est ce but que je me suis proposé dans les considérations suivantes.

§ I. — CO-EXISTENCE CONSTANTE DE LA PÉRITONITE ET DE LA HERNIE ÉTRANGLÉE.

S'il est en chirurgie un précepte important, un précepte sur lequel s'accordent tous les auteurs, c'est celui de ne jamais séparer d'une lésion, soit de continuité, soit de rapport, l'inflammation qui en est la suite inévitable. La lecture des meilleurs ouvrages publiés sur les hernies étranglées m'a fait soupçonner qu'il existe peut-être, dans leur histoire, une violation de cette règle; aussi j'ai voulu commencer par montrer toute l'influence que pourrait avoir sur le diagnostic et le traitement de ces affections, l'étude si négligée de la péritonite qui les accompagne constamment.

Ceux qui ont voulu s'expliquer le mode de production des symptômes de l'étranglement herniaire les ont rapportés à l'interruption du cours des matières dans l'intestin. Sans doute, quelques-uns de ces phénomènes, tels que la suppression des selles et les vomissemens, découlent si naturellement de cette cause, qu'on ne saurait la révoquer en doute; mais peut-on de même lui attribuer l'ensemble des symptômes généraux qui se développent dès les premières heures de l'étranglement? Je ne le pense pas, et voici les motifs sur lesquels je m'appuie pour le nier.

Si l'on doit trouver quelque part l'exemple d'une interruption du cours des matières, dépourvue de toute complication, c'est, sans contredit, dans les cas de rétrécissement par lésion organique des parois intestinales; or, l'histoire de la science fourmille d'observations de ce genre, où les accidens diffèraient essentiellement de ceux que produit l'étranglement, soit par le défaut d'acuité de leur marche, soit par le peu de tendance à provoquer une réaction générale. J'ajouterai que la hernie épiploïque étranglée dans laquelle on ne peut trouver de cause capable de suspendre le cours des matières, s'accompagne cependant des mêmes désordres sympathiques que l'entérocèle. L'on sait, d'ailleurs, que c'est la tunique péritonéale de l'intestin qui subit, dans l'étranglement, l'effet le plus immédiat de la constriction. Si nous rappelons enfin que l'on a trouvé (je le prouverai plus tard) des traces évidentes de péritonite sur la plupart des sujets morts à la suite de hernie étranglée, ne sera-ce pas plus qu'il n'en faut pour porter à admettre qu'une péritonite a lieu dans toute hernie étranglée, puisque son existence, d'ailleurs démontrée par l'autopsie, est nécessaire pour rendre compte de phénomènes que l'interruption du cours des matières serait insuffisante à expliquer.

Quoique l'on fût presque invinciblement conduit à chercher dans cette inflammation de la séreuse abdominale la cause première de quelques uns des effets de l'étranglement, on ne la regardait presque que comme une complication accidentelle, lorsque M. Tessier (1) vint éclairer cette intéressante question. En rappelant que les symptômes de la péritonite, tels qu'ils sont signalés par les auteurs, se retrouvent sans aucune exception dans l'étranglement herniaire, il montra toute la part qui doit être faite à cette inflammation, lorsqu'on veut assigner à chacun des phénomènes de l'étranglement son véritable point de départ.

Si, pour mieux remonter à leur source, on les divise en deux groupes, on verra que les uns, qu'on appelle symptômes généraux (pouls petit et serré, altération de la face, prostration des forces, etc.) se rapportent à

(1) ARCHIVES GÉNÉR. DE MÉD., année 1834, t. IV, p. 434.

riels à l'endroit des remèdes secrets et des brevets d'invention. Cette décision a-t-elle été exécutée? Si elle ne l'a pas été, la dernière séance la rend plus urgente que jamais; mais si elle l'a été, la susdite séance prouverait malheureusement qu'il était très inutile de la rendre, et qu'il serait plus inutile encore de la renouveler.

On sait ou on dit que Domitien convoqua un jour, à grande hâte, le sénat romain, pour qu'il eût à délibérer sur la manière dont il fallait apprêter un énorme turbot dont on lui avait fait présent. Ce conte est banal et l'application qu'on en fait d'ordinaire ne l'est pas moins. M. le ministre et l'Académie se chargent souvent de le remettre en pratique avec la gravité des premiers acteurs. Des logiciens trop rigoureux trouveront, dans l'espèce, que la comparaison pèche un peu : la moutarde représente assez bien le turbot; mais voilà tout : car les académiciens, même avec l'habit galonné et le chapeau à plumes, ne sont pas tout-à fait des sénateurs romains; et M. le ministre du commerce n'a pas grande analogie, je pense, avec ce digne empereur, *lamiarum cæde madenti*, qui faisait jeter aux bêtes les récalcitrans. Mais c'est précisément ce qui fait que nos académiciens devraient être dispensés de donner leur avis sur la cuisson du turbot.

— L'administration des hôpitaux vient d'apporter dans le service des aliénés de Bicêtre deux améliorations que nous nous empressons de signaler. Un réfectoire a été disposé; 80 malades aliénés y sont admis; ils sont divisés par 10 : l'un d'eux préside au repas, et tout se passe avec une tranquillité et un ordre admirables. C'est la première fois que les aliénés sont réunis de la sorte, et chargés de se faire entre eux les honneurs de la table. M. Leuret a choisi les malades les plus tranquilles pour commencer, et l'épreuve ayant réussi, elle va être étendue, grâce aux fonds votés par l'administration à 500 malades environ.

Déjà on voit quelques résultats avantageux produits par cette mesure sur le moral des malades, qui deviennent plus sociables et plus *vivans*. Les mélancoliques servis seuls mangeaient à peine; servis à table, ils se nourrissent bien.

L'autre amélioration est la création de deux écoles, où les aliénés apprennent à lire, à écrire, à compter, et où ceux qui ont de l'instruction se réunissent pour lire. M. Leuret a donné la première leçon de lecture.

— Sur la proposition de M. Orfila, le conseil général des hospices vient de décider que le service chirurgical de la Maternité se composera désormais d'un titulaire et d'un adjoint; celui ci devra faire une partie du cours d'accouchement, et sera, en outre, tenu de suppléer le titulaire en cas d'absence. M. Danyau, chirurgien de Bicêtre et ancien membre du bureau central, nommé à la suite d'un concours, a été désigné par le conseil pour remplir la place de chirurgien adjoint. On sait que M. Danyau, en sa qualité d'agrégé en exercice, a été chargé, par la faculté, de faire à la clinique, pendant deux ans, le cours départemental des sages-femmes, et qu'il s'est acquitté de cette tâche de la manière la plus satisfaisante. La place vacante à Bicêtre sera probablement donnée à M. Lenoir et le bureau central aura à nommer deux chirurgiens.

la péritonite; tandis que les autres (suppression des selles et vomissemens) dépendent de la diminution qu'a subie le calibre de l'intestin. C'est donc par les symptômes réunis de ces deux lésions, *péritonite* et *rétrécissement de la cavité intestinale*, que se trouvent constitués les signes de l'étranglement, de telle sorte qu'il serait impossible d'expliquer la totalité de ces signes en refusant de croire à la réalité de l'une ou de l'autre. D'après cette analyse, il est évident que les symptômes de la hernie étranglée doivent différer d'avec ceux d'une inférinrité ordinaire; mais, comme on pourrait invoquer ces différences pour contester le fait même que je veux établir, savoir la co-existence constante de l'inflammation péritonéale, il faut, avant tout, rechercher en quoi elles consistent, et de quelles causes elles dérivent.

Si la péritonite aiguë idiopathique était une maladie fréquente, ou susceptible de s'offrir quelquefois sous la forme épidémique, l'on pourrait aisément avoir une description générale qui servirait de point de départ, et, le type une fois bien déterminé, il deviendrait facile de comprendre dans la classe des péritonites, ou d'en exclure toute observation qui offrirait des rapports ou de la dissemblance avec l'ensemble de phénomènes constituant, pour ce genre de maladies, le terme de comparaison. Mais, en comparant tous les faits particuliers de péritonite, on voit qu'il est impossible de faire pour cette affection le même travail que pour la variole, la pneumonie, etc.; et de les rapporter tous à un modèle commun. Variable dans ses symptômes comme dans ses causes, la péritonite doit, si l'on veut l'étudier avec fruit, être suivie séparément dans les phénomènes spéciaux qu'elle présente, suivant chacune des éventualités au sein desquelles elle a pris naissance. Ainsi, les perforations de l'intestin, les plaies pénétrantes de l'abdomen, l'infiltration tuberculeuse dans le tissu sous-séreux, l'état puerpéral, voilà autant de circonstances produisant toutes une péritonite, mais une péritonite bien différente pour sa gravité, ses symptômes, etc., selon que l'une ou l'autre de ces causes aura présidé à son développement.

Peut-on maintenant s'étonner de rencontrer quelques différences dans la péritonite qui se produit à la suite de hernie; et, si les circonstances ci-dessus mentionnées influent sur la manière dont cette inflammation se traduit à l'extérieur, pourquoi l'étranglement ne serait-il pas capable, lui aussi, de développer un mode tout spécial de péritonite, avec des phénomènes, une marche et un traitement bien distincts de ceux qui appartiennent aux autres espèces? C'est ce qui arrive effectivement, et la forme particulière que prend alors cette maladie est probablement ce qui a si longtemps empêché les observateurs de la reconnaître.

Quels sont donc les traits qui viennent s'ajouter ici au tableau symptomatologique de la péritonite, de manière à lui imprimer, dans le cas de hernie étranglée, une physionomie tout individuelle? Ce sont, nous l'avons déjà dit, la suppression des selles et les vomissemens stercoraux. Mais, pour déterminer la véritable valeur de ces deux phénomènes, au point de vue clinique, il faut remonter à leur cause première. Or, quand, pour établir le diagnostic, l'on cherche à interpréter tous les symptômes d'une maladie, l'on oublie trop souvent qu'il ne faut exiger de chacun d'eux que les conséquences de sa signification rigoureusement déduite suivant les lois de la physiologie pathologique. Si ces règles avaient été observées, n'aurait-on pas vu depuis longtemps que les deux signes précités dépendent uniquement de la diminution du calibre de l'intestin; et ce qui le prouve, c'est qu'ils se produisent également dans toute condition semblable. Les oblitérations et les rétrécissemens de nature si variée qui portent sur la cavité du tube digestif, les hernies dites engouées, toutes les constipations opiniâtres, en un mot, nous offrent, en effet, souvent à leur suite l'exemple de pareils désordres. Je ne considère donc pas la suppression des fèces et leur évacuation par la bouche comme des signes de péritonite, ni même comme des preuves de hernie étranglée; mais, quoique insuffisans pour donner à eux seuls la certitude de l'existence d'un étranglement, ces deux symptômes n'en conservent pas moins une grande importance dans l'étude séméiologique de cette affection. A la vérité, ils ne nous annoncent qu'une interruption du cours des matières, et rien de plus; mais si les phénomènes généraux de la péritonite viennent s'ajouter à eux, alors, mais alors seulement, nous serons assurés qu'il existe un étranglement.

Je le répète donc, signes de péritonite d'une part, de l'autre, indices de la suspension dans la marche des matières intestinales, voilà les deux conditions également indispensables au diagnostic de l'étranglement. Il resterait douteux en l'absence de l'un de ces élémens: car il est facile de voir que, considéré comme entité distincte et appréciable par des effets propres à lui seul, l'étranglement n'existe réellement pas en nosologie, puisqu'il n'a aucun signe pathognomonique, et ne se manifeste que par la réunion de ces deux ordres de symptômes.

Ces considérations peuvent sans doute contribuer à faire plus facilement reconnaître une hernie étranglée, en permettant d'étudier séparément chacune des questions sur la solution desquelles repose la possibilité de ce diagnostic: mais elles montrent aussi d'où proviennent les difficultés presqu'insurmontables dont s'entoure quelquefois ce problème important. Une hernie simplement irréductible co-existant avec les signes de la péritonite est déjà un écueil assez embarrassant, lorsque le défaut de renseignemens empêche de déterminer quelle est la cause première des accidens. Et cependant on peut alors s'aider de l'indolence de la tumeur, et de l'absence des vomissemens stercoraux dont, à la vérité, il serait parfois dangereux d'attendre l'apparition, pour poser son diagnostic; mais que sera-ce donc si, avec une hernie irréductible et une péritonite, il se rencontre quelque cause capable d'entraver le cours des matières dans le tube digestif? Que sera-ce surtout, si (comme je l'ai observé avec M. Laugier, en 1836, à l'hôpital Beaujon), une hernie étranglée ayant diminué de volume sous l'influence du taxis, le reste de la tumeur est encore un peu sensible à la pression, et les accidens généraux persistent, ainsi que les vomissemens et la suppression des selles? Le chirurgien, restant incertain sur le résultat de la réduction partielle qu'il a obtenue, est alors dans un embarras cruel: car, même en supposant les viscères entièrement rentrés dans l'abdomen, l'étranglement pourrait cependant être simulé par les symptômes de la péritonite joints à ceux de l'arrêt des matières stercorales, arrêt que prolonge souvent, même après la réduction, l'état de torpeur du tube digestif.

Dans ces conjonctures délicates, l'on ne sait donc s'il faut attribuer les accidens aux seuls progrès de la péritonite, ou à la persistance de l'étranglement. Si l'on ne peut, pour sortir d'incertitude, consulter avec fruit ni les commémoratifs, ni l'état de la tumeur, il est cependant quelques autres données qu'on ne doit pas négliger. Ainsi les matières fournies par le vomissement ont-elles perdu, depuis la réduction, le caractère stercoral; les vomissemens eux-mêmes se sont-ils changés depuis lors en simples hoquets; quelques vents commencent-ils à s'échapper par l'anus; les symptômes dus à l'interruption du cours des matières se dessinent-ils moins nettement que les phénomènes de réaction générale, voilà autant de circonstances qui doivent porter à présumer que la péritonite est la seule cause des accidens. On pourrait encore, pour lever plus promptement les doutes, administrer un purgatif par la bouche. Vomi de suite et restant sans effet, dans le cas où l'étranglement aurait persévéré, il déterminerait, au contraire, des évacuations alvines si l'on n'avait plus affaire qu'à une péritonite, et ce moyen de diagnostic serait, dans l'une et l'autre hypothèse, sans danger pour le malade.

C'est surtout à l'occasion du traitement que les notions précédentes peuvent être avantageusement appliquées. Si la péritonite est constante dès le début d'un étranglement herniaire, si elle constitue la cause principale de la mortalité dans ces cas, ce n'est qu'en cherchant à la combattre qu'on pourra espérer d'asseoir le traitement de la hernie étranglée sur des bases rationnelles. Mais il importe de se défendre ici contre cette préoccupation involontaire qui, dans l'esprit même des chirurgiens, associe à l'idée de phlegmasie l'idée d'antiphlogistiques, comme seul remède. Pour comprendre l'importance de cette remarque, rappelons-nous que la péritonite se développe ici dans deux circonstances bien différentes: 1° pendant toute la durée de l'étranglement, et alors elle existe toujours, et comme élément indispensable de la maladie; 2° après la réduction des viscères, et dans ce cas, c'est une complication fortuite, et qui peut souvent manquer. Il est évident qu'un traitement identique ne saurait convenir à ces deux espèces.

L'inflammation péritonéale qui résulte de la constriction actuellement exercée sur l'intestin est, de tout point, comparable à une affection traumatique. Placée, comme celle-ci, sous l'influence immédiate d'une force mécanique, sa marche, sa durée diffèrent de celles des maladies spontanées. C'est l'épine enfoncée au milieu d'un tissu vivant; et la première indication est d'enlever la cause physique du mal. En vain l'on espérerait calmer l'inflammation par les évacuations sanguines: la réduction est la meilleure saignée, le seul moyen de mettre fin aux accidens; et l'intervention des antiphlogistiques proprement dits n'est justifiée que lorsqu'on les emploie dans le but de faciliter cette terminaison. Les viscères une fois réduits, les phénomènes inflammatoires disparaissent graduellement, dans la grande majorité des cas.

A la vérité, il n'en est pas toujours ainsi, et la péritonite qui préexistait se perpétue souvent à la suite des opérations le plus régulièrement pratiquées; mais faut-il en conclure que la réduction est insuffisante pour mettre fin à cette inflammation? Non, car sa persistance s'explique trop naturellement par les causes d'irritation auxquelles l'intestin a été exposé, pendant ce mode de réduction, pour qu'on doive l'attribuer à une autre influence. Et si la péritonite est la principale cause de mortalité chez les opérés, si, même dans les cas où la guérison a lieu en définitive, elle reproduit quelquefois momentanément tous les accidens, de manière à donner de graves inquiétudes sur l'issue de la maladie; d'autre part, l'at-

sence constante de suites fâcheuses, lorsque le taxis a suffi, nous apprend que la réduction est bien capable, à elle seule, de faire cesser les phénomènes inflammatoires qui accompagnent toujours l'étranglement.

Relativement au traitement de cette espèce de péritonite, qui survient parfois après la réduction, ce que je viens de dire montre assez que, si les antiphlogistiques sont l'unique ressource contre elle, une fois qu'elle est déclarée, la meilleure manière de la prévenir consiste à éviter les moyens de réduction qui peuvent avoir une action irritante sur la séreuse abdominale. Je reviendrai, du reste, plus tard sur ce traitement prophylactique.

Quelques difficultés se présentent naturellement à l'esprit lorsqu'on examine la justesse de l'assertion que j'ai énoncée, relativement à la coïncidence constante de la péritonite avec la hernie étranglée : je vais les exposer succinctement, et tâcher de répondre aux objections auxquelles elles peuvent donner lieu.

Un certain nombre de malades succombent à la suite de hernies étranglées sans qu'on trouve de traces de péritonite à l'autopsie; cela est vrai; mais, en réfléchissant à la variété extrême des cas, l'on comprendra, d'une part, que ces prétendues exceptions ne peuvent manquer de se présenter fort souvent, et de l'autre qu'elles n'ont aucune valeur pour infirmer ma doctrine. Peut-être serais-je autorisé à élaguer du cadre des faits probans contre elle les observations recueillies avant que l'observation eût été éveillée sur ce point; car l'on sait pour combien de médecins les altérations les plus réelles passent inaperçues, lorsqu'ils ne sont pas prévenus de la possibilité de leur existence. Mais sans exercer cette récusation, sans parler de la péritonite *véritablement latente*, dont j'ai vu deux exemples chez des vieillards, n'est-il pas une foule de circonstances où elle a existé avec tous ses symptômes, sans qu'on doive espérer d'en trouver des traces sur le cadavre? C'est ce qui arrivera quand cette péritonite n'aura existé qu'à l'état de simple congestion (irritation de Lawrence), ou lorsque le sujet aura succombé à une autre maladie ; dans ce dernier cas il pourra souvent ne rester aucune trace appréciable de cette inflammation, soit à cause de son peu d'intensité, soit par suite du temps qui s'est écoulé depuis sa résolution. En effet, je n'ai pas prétendu que la péritonite fait constamment périr les malades, j'ai seulement dit qu'elle existe toujours pendant la durée de l'étranglement; mais puisqu'elle est produite par lui, n'est-il pas naturel que le débridement fasse disparaître l'effet en même temps que la cause; et doit-on, dès-lors, s'étonner de ce qu'il n'est possible de constater cette inflammation sur le cadavre que lorsqu'elle aura persévéré jusqu'à la mort, ou quand celle-ci, quoique due à d'autres influences, sera survenue avant que les lésions anatomiques aient eu le temps de s'effacer? Je conviens donc que, dans quelques cas de hernie étranglée, l'on n'a pas vu sur le cadavre de vestiges de péritonite; mais je soutiens aussi (me fondant en cela sur mon observation depuis longtemps fixée sur ce point de pathologie) que son existence a été prouvée par l'autopsie, toutes les fois que les circonstances antérieures étaient de nature à rendre cette vérification possible.

On s'appuie encore, pour révoquer en doute l'existence de la péritonite dans les hernies étranglées, sur la rapidité avec laquelle survient l'amendement des symptômes, dès que la réduction a été obtenue. J'ai déjà fait observer plus haut combien la soustraction de la cause devait promptement dissiper l'effet, dans une affection qui est si analogue aux lésions produites par un agent mécanique : aussi ne reviendrai-je pas sur cette question.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LES MOYENS D'ÉTEINDRE LA PETITE VÉROLE EN FRANCE; par M. CASTÉRA, ancien magistrat.

Encore une épidémie de petite vérole ! La ville du Hâvre en est atteinte, et pourtant il y a longtemps que nous ne devrions plus avoir à les craindre. Qui empêche donc l'extinction de cette hideuse maladie? Le défaut d'efficacité et d'uniformité dans les mesures ou plutôt d'ensemble et de constance dans leur application. Je vais le démontrer. Mais avant de recourir à la preuve, qu'il me soit permis de poser la question et de la reprendre à sa source ; l'importance du sujet vaut bien qu'on lui donne quelque développement.

En France, la petite vérole continue à disputer le terrain à la vaccine. Elles sont en concurrence permanente et se balancent en sens inverse. Quand les progrès de l'une se ralentissent, les réactions de l'autre se multiplient. C'est ainsi que l'insouciance, dont la restauration avait été si prodigue pendant ses premières années, nous profita tellement que la capitale perdait, par ce fléau, 1084 habitans en 1822, et 2194 en 1825, ce qui, dans cette proportion, eût fait 60,000 individus pour le royaume entier ; tandis que précédemment le tribut annuel avait été réduit à quelques centaines de victimes pour tout l'empire.

Cette extension était effrayante. Je la signalai au gouvernement et à l'opinion. J'avais dû avertir du mal. Je crus avoir indiqué le remède et j'insistai pour son adoption, notamment en 1825, dans le 32e numéro du tome VI du JOURNAL DE LA MORALE CHRÉTIENNE; mais ce fut inutilement. En vain, il avait eu la consécration de l'expérience. On devint aveugle pour les faits, comme on avait été sourd pour les raisonnemens. Chez nous, le bien ne marche pas vite et les améliorations n'y sont pas l'œuvre d'un jour.

Sur ces entrefaites arriva enfin au ministère un homme ayant des connaissances étendues et un esprit élevé, feu M. le vicomte de Martignac. Une note sommaire lui fut remise le 13 décembre 1828. Elle eut son suffrage et celui de son médecin. Il me demanda immédiatement de lui présenter un mode d'exécution et mon mémoire, suivi d'un projet d'arrêté, fut transmis à l'Académie royale de médecine, avec invitation d'en faire l'objet d'un rapport spécial. Il y eut une commission de cinq membres de nommée : elle prit pour organe M. Gérardin.

Le zèle du rapporteur ne le cédait point au zèle du ministre. Jaloux d'élever, dans une circonstance qui intéressait aussi essentiellement la santé publique, un monument durable à la science et à l'humanité, il me pria de réclamer des administrations de nouveaux renseignemens, afin, disait sa lettre du 16 mai 1829, de pouvoir donner plus de précision et de force à ses conclusions, et lui-même puisa près des facultés des renseignemens précieux. Nous y vîmes avec douleur que des peuples qui n'avaient commencé à s'occuper de la vaccine que longtemps après nous nous avaient de beaucoup dépassés dans l'art de populariser ses bienfaits. Dans les Pays-Bas on employait concurremment, m'écrivait, le 9 juillet 1829, le ministre de l'intérieur de ce royaume, *la désignation des maisons qui recélaient le venin, les désinfectans pendant et à l'issue de la maladie, la prompte extraction des cadavres des centres d'habitations et jusqu'à l'interdiction de l'inoculation, défendue comme propre à donner à la vaccine une rivalité nuisible et à ouvrir à la contagion de nouveaux foyers*, etc. Ce système sanitaire avait porté d'heureux fruits et nous expliquait suffisamment comment en Hollande on pouvait s'étonner de recontrer dans l'une de ses villes trois maisons mises à la fois en état de suspicion, lorsqu'en France on voyait sans surprise des épidémies varioliques moissonner largement dans les rangs de la population de la capitale et des départemens.

Toutefois la commission ne prit point d'arrêté. Il paraît qu'elle jugea que ce n'était point à un corps médical de prononcer définitivement sur des réglemens administratifs, et ce motif, quoique plausible, eut alors l'inconvénient de priver la vaccine d'une manifestation utile ; mais aujourd'hui il y a été suppléé par l'Académie elle-même, qui, dans son compte-rendu des vaccinations de 1829, publié en 1831, a sanctionné implicitement de son suffrage les considérans et le dispositif de mon mémoire.

Elle y expose, ainsi que je l'avais fait en 1825 et en 1829 : « que si, dans une épidémie variolique, l'ignorance et la prévention cessent de s'opposer à la vaccine, il est à craindre que l'éloignement momentané du péril ne fasse naître les mêmes obstacles; que les autorités de quelques départemens avertissent déjà que les vaccinations diminuent avec la disparition de la variole; que l'Académie est convaincue *que des mesures administratives bien conçues et bien dirigées peuvent seules faire prospérer la vaccine ;* que, comme les non vaccinés forment une classe nombreuse en France, des épidémies de variole pouvant naître, elle croit que non seulement il faudrait leur opposer des vaccinations répétées, mais aussi que l'on pourrait faire à cette maladie, *si éminemment contagieuse*, l'application des articles des lois sanitaires qui regardent *l'isolement et la quarantaine;* car, s'il est impossible de forcer la conviction d'un citoyen et de l'obliger à faire vacciner ses enfans, il ne doit pas non plus lui être permis de compromettre la vie de ses semblables par son incurie et son entêtement ; qu'il est donc important, dans l'intérêt de la société entière, de se préserver d'un pareil fléau (p. 8 et 9). »

L'Académie royale de médecine, fidèle au principe posé par sa commission, laisse le choix et la discussion des moyens coërcitifs qu'elle sollicite à l'autorité ; mais elle en proclame l'urgence et exprime un vœu qui est celui de tous les hommes éclairés par l'esprit de la philosophie, animés par les sentimens de l'humanité. Il ne s'agit donc plus que de savoir quels sont ceux de ces moyens qui peuvent le plus sûrement atteindre le but qu'elle indique, et je ferai observer que celui que je proposais, *la*

désignation et la désinfection des lieux où la petite vérole se manifeste, a parfaitement réussi en France et dans l'étranger.

Nous l'avons vu employé dans le royaume des Pays-Bas, nous allons le voir employé dans les départemens de la Gironde et des Bouches-du-Rhône. Il résulte de la lettre de M. le maire de la ville de Bordeaux, du 12 juin 1829, et de l'arrêté de M. le préfet, baron d'Haussez, du 17 juin 1826, qu'il m'adressait en même temps, « que des accidens de petite vérole et l'approche des grandes chaleurs ayant fait craindre des désastres aussi étendus que ceux qui, en 1820, avaient porté le deuil dans une quantité de familles de ces contrées, l'administration supérieure s'était concertée avec la faculté de medecine, et sur son avis, avait pris ce même arrêté, portant *désignation et désinfection des maisons*, lequel avait déjà produit les plus heureux résultats; en sorte que, sans quelques rivalités répréhensibles et quelques négligences suspectes, qui favorisaient des infractions clandestines, la petite vérole eût toujours été concentrée dans son cercle d'éruption, et que cependant, malgré ces obstacles, elle ne se manifestait plus à Bordeaux qu'à de très longs intervalles; que ses ravages y étaient devenus insensibles. » Ce même fonctionnaire termine en rappelant, sous le rapport de la légalité, « que non seulement la loi autorise les municipalités à user de semblables précautions, mais encore qu'elle leur en impose le devoir. » Ayant vu à Paris M. le baron d'Haussez, devenu ministre, il me confirma les mêmes particularités.

Par sa lettre, également du 12 juin 1829, M. le vicomte de Montgrand, maire de la ville de Marseille, m'annonçait « qu'une épidémie variolique avait régné l'été précédent, et que quelques accidens arrivés vers la fin de l'hiver lui ayant fait craindre que la contagion pût se reproduire à l'aide d'une haute température, il avait publié, le 7 février, une ordonnance contenant toutes les mesures qui lui avaient paru devoir être employées pour provoquer la vaccine, comme le seul moyen efficace de prévenir le retour de cette cruelle maladie.

« Que, de son côté, M. le préfet avait pris, le 10 du même mois, un arrêté prescrivant, entre autres dispositions, celle qui consiste à *désigner les endroits dont la petite-vérole a fait l'invasion*; que depuis lors les accidens avaient été si rares, qu'à peine avait-il en l'occasion de mettre trois ou quatre fois cette mesure à exécution, de manière qu'il lui serait difficile d'apprécier ce qu'a pu être son influence; qu'enfin, bien persuadé de la nécessité de moyens coercitifs tendant à généraliser l'effet de la vaccine, le conseil municipal avait, sur sa proposition, demandé au gouvernement un système de législation qui contraignît les classes inférieures à s'y soumettre. »

Nous devons rendre grâce et hommage au zèle et aux lumières de ces administrateurs. Ils avaient racheté de l'épidémie deux de nos départemens; mais tous n'avaient pas été aussi heureux, et, ainsi qu'il n'arrive que trop communément lorsqu'il faut user de la loi par interprétation, et que l'autorité ministérielle ne s'est pas chargée d'en faire le commentaire et d'en prescrire l'application par ses circulaires, cette application ne fut point généralisée. L'exemple qui venait d'être donné aurait dû être mis à profit pour la France entière; il ne fut point imité, et c'est beaucoup si on y fit quelque attention. La plupart des administrateurs n'avaient point considéré que la loi qui leur ordonne *d'éloigner de la voie publique ou d'avertir, par signes apparens, des embarras et des écueils laissés sur le passage de l'habitant*, ainsi *que de détruire* ou *de bannir, hors de la portée de son habitation, tout dépôt d'exhalaisons nuisibles*, leur commande à plus forte raison de lui signaler l'existence d'un péril voilé, le voisinage d'émanations pestilentielles dont il ne pourrait traverser les rayons, subir l'influence sans en rapporter à son insu un levain de mort, d'infirmité ou du moins de maladie grave. Cependant, l'accomplissement de cette dernière obligation est une conséquence si simple de l'esprit de la loi et de la nature du danger, que toutes les fois que la terreur publique a réclamé des garanties sanitaires, on y a songé. Mais ensuite, on a hésité devant l'initiative, reculé devant le préjugé : on attendait que les ravages de la maladie fissent passer la majorité du côté de la vaccine, comme si on n'eût voulu que transiger avec l'épidémie, et ne lui disputer qu'un excédant de victimes. Cependant, elles continuaient à succomber dans l'intervalle et la contagion achevait son cours. Il en a coûté cher à plusieurs villes considérables, à quantité de communes champêtres, et le voyageur qui n'aurait pu rencontrer la petite-vérole à Bordeaux et à Marseille, aurait pu, à la même époque et sous la même législation, en mourir à Lille et à Lyon. Tâchons donc qu'on ne puisse plus désormais la rencontrer nulle part et surtout en mourir sur le sol français (1). Mon mémoire se résumait ainsi.

« La mesure que je propose fera cesser cette espèce d'équilibre, ces sortes de fluctuations entre le mal et le remède, en ouvrant au secoud le camp de réserve du premier. L'attention générale, souvent éveillée, excitera, à son tour, les sollicitudes particulières; l'égoïsme asservi secondera le zèle; l'ouvrier qui, ne songeant point à mettre son fils dans un collége, s'embarrassait fort peu de le faire vacciner, tremblera à l'idée d'être séparé momentanément du public, et de hasarder la perte de quelques-unes de ses pratiques. Ceux qui habiteront le même carré s'affligeront de sa proximité, murmureront contre son obstination et en tireront un avertissement salutaire pour eux-mêmes; ceux qui habiteront dans son voisinage, prévenus assez tôt, n'hésiteront pas sur l'alternative de mettre immédiatement leurs enfans en sûreté, soit par leur éloignement, soit par leur vaccination; la mesure applicable à tous stimulera un chacun. Il s'établira en faveur de la vaccine une solidarité d'interventions, une coalition d'intéressés qui l'introduira successivement de famille en famille, de porte en porte. Les propriétaires, dont j'ai vu plusieurs ne se soucier aucunement, pour leur propre compte, de trouver la petite-vérole parmi leurs locataires, montreront encore plus d'empressement à l'écarter; sans faire d'abord de son danger un motif d'exclusion, ils feront de son préservatif un sujet de préférence; à mesure qu'elle deviendra plus rare, on s'en effraiera davantage, et l'on verra enfin un maître de maison faire, avant de louer un appartement, la même question que fait un maître de pension avant de recevoir un élève. Insensiblement, la petite-vérole sera repoussée par le fait hors des lieux fréquentés. Cette interdiction, sagement encouragée et invariablement maintenue, peut suffire pour, dans un temps donné, en extirper le germe de nos cités populeuses, comme elle en a éloigné les ravages de nos établissemens publics, et avoir la plus heureuse influence sur la conservation de la génération actuelle et l'avenir de l'espèce humaine. »

Agréez, etc.

(1) La petite-vérole a quelquefois triomphé de la vaccine; mais dans ces cas mêmes, cas infiniment rares, elle avait toujours beaucoup perdu de sa malignité.

DEUX CAS D'ÉPILEPSIE GUÉRIS A LA SUITE D'UNE BRULURE ET DE L'AMPUTATION D'UN MEMBRE; par M. AUBANEL, interne des hôpitaux de Paris.

C'est un fait généralement connu que l'épilepsie, cette affection si rebelle à nos moyens thérapeutiques, a guéri quelquefois à la suite de l'amputation d'un doigt ou de l'ablation d'une tumeur, qui paraissaient être le point de départ de la maladie. Mais je ne sache pas que cela ait été observé dans des cas où il n'y avait pas en d'*aura*; pourtant je n'affirme rien, n'ayant pas fait des recherches spéciales à ce sujet. Quoi qu'il en soit, les deux faits suivans méritent quelque intérêt, et ils sont d'autant plus remarquables qu'ils offrent dans leur histoire des points de ressemblance extrêmement marqués. Le premier a été soumis à mon observation, l'autre est celui d'une femme que j'ai vue plusieurs fois à la Salpétrière, et dont les détails m'ont été transmis par mon collègue, M. Molloy, interne des hôpitaux.

Obs. I. — Bréfort, âgé de 40 ans, tourneur en bois, appartenant à une famille qui n'a jamais offert d'exemple de la maladie dont il est affecté, est d'un tempérament nerveux et d'une bonne constitution. Soldat dès l'âge de 21 ans, il a fait trois congés successifs, est allé en Espagne en 1823, et n'est sorti qu'en 1829 du service militaire. Il éprouva une fois en Espagne une forte frayeur, il fut poursuivi par des voleurs, et toute la journée il ressentit une espèce de tremblement.

Dix-huit mois après, sans avoir éprouvé de nouvelle frayeur et sans que quelque chose appréciable ait paru avoir agi sur lui, il fut pris dans un corps-de-garde d'un premier accès d'épilepsie : il tomba tout à coup sans connaissance; ses camarades lui dirent que les convulsions avaient été très fortes, et lorsqu'il revint à lui, il n'eut aucune conscience de ce qui lui était arrivé.

Huit jours après, un nouvel accès, pareil au premier, eut lieu. Ue troisième, quatre jours après ce dernier; et ensuite il en eut irrégulièrement tous les quinze jours ou trois semaines environ. Une seule fois il lui est arrivé de rester trois mois sans en avoir; jamais il n'avait eu plusieurs accès dans le même jour. Mais lorsqu'il a cessé d'être soldat, sa maladie s'est beaucoup aggravée, les accès se sont rapprochés, et il en a eu jusqu'à trois en un seul jour. Enfin il y a trois ans, ils devinrent tellement fréquens qu'il était obligé souvent de rester des semaines entières sans travailler. Son mal le prenait partout; on refusait de lui donner de l'ouvrage, et il était devenu très malheureux.

Ses accès arrivaient le plus souvent d'une manière subite, rien ne les annonçait; il tombait comme une masse sur le pavé. Mais quelquefois, un quart d'heure ou quelques minutes à l'avance, il était pris d'une espèce d'étourdissement : ses yeux étaient éblouis; il voyait tout tourner autour de lui, et il sentait monter du creux épigastrique quelque chose qui venait produire une sorte de constriction à la gorge; il avait souvent le temps de s'asseoir et de se dérober aux yeux du monde. Il ressentait après ses accès une grande fatigue, et toute la journée il était incapable de travailler. Jamais il n'a eu de vertiges sans accès véritable; jamais aussi il n'avait ressenti dans le bras qui, depuis, a été amputé, aucune sensation qui ait pu lui annoncer l'arrivée de son mal.

Dans le mois de janvier 1838, ce malade dont les accès avaient une fréquence de plus en plus grande est atteint de son mal au moment où il était

occupé à faire son dîner sur un fourneau, il tomba sur des charbons ardens, le feu prit à ses vêtemens, et lorsqu'il revint à lui, il s'aperçut qu'une brûlure extrêmement profonde occupait toute l'étendue du membre supérieur gauche, et un point circonscrit sur le genou du même côté.

Le malade entra le même jour à l'hôpital Necker, et dans la huitaine qui suivit l'accident, il fut soumis à l'amputation du bras dans un point très élevé. La plaie fut réunie par première intention; tout était fini de ce côté au bout d'un mois. Mais la brûlure du genou le retint très longtemps à l'hôpital; il me serait difficile, par ce que me dit le malade, de préciser au juste la nature des accidens qui ont eu lieu de ce côté; ils ont dû être graves, puisque le malade n'a été guéri qu'au bout de sept mois de traitement, et qu'il lui est resté une ankylose complète de cette articulation.

Pendant le temps qui a précédé l'amputation, Bréfort n'a pas eu d'accès d'épilepsie; il assure en avoir eu un très léger au moment où on lui coupait le bras. Mais celui-ci a été le dernier; il n'a pas eu le moindre accès ni le plus léger étourdissement pendant les sept mois qu'il est resté à l'hôpital Necker.

Il est entré le 28 août 1838 dans le service des épileptiques de Bicêtre, dans l'espoir d'être admis plus facilement à la division des indigens. Il est encore dans ce moment dans celle des épileptiques, et depuis plus d'un an qu'il est avec nous, soumis à une surveillance de tous les instans, il n'a plus eu d'accès d'épilepsie, ni rien qui y ressemblât, il jouit de la meilleure santé.

Obs. II. — La nommée Fleury, âgée de 50 ans, ne s'est jamais mariée. Très bien portante dans son enfance, et née de parens d'une santé robuste, et qui n'ont jamais eu de maladie de ce genre, elle a commencé à être réglée pour la première fois vers l'âge de 14 ou 15 ans. A peu près à la même époque, et sans aucune cause connue, elle est prise subitement d'attaques d'épilepsie, qui reparaissent tous les cinq à six jours; quelquefois elle n'en avait pas moins de quinze à vingt dans une seule journée. L'épilepsie, au dire de Fleury, était on ne peut mieux caractérisée: il y avait perte de connaissance, mouvemens convulsifs des membres, qui se raidissaient, déviation des traits de la face, écume à la bouche, etc. Ces attaques survenaient sans symptômes précurseurs, sans aucune sensation d'*aura* dans une partie quelconque du corps. Elles laissaient ensuite la malade dans un profond abattement, qui durait plusieurs heures et qui était même souvent accompagné de la perte de la parole.

Fleury vécut dans ce malheureux état jusqu'à l'âge de 25 ans, époque à laquelle, à la suite d'une attaque, elle tombe dans le feu: la main droite est devenue le siége d'une brûlure très profonde. Cependant une cicatrisation imparfaite survient, et il reste sur le dos de la main une fistule qui donne toujours issue à un liquide sanieux. Les attaques ne subirent d'abord aucun changement dans leur apparition et dans leur intensité; mais plus tard elles ne consistèrent plus que dans un anéantissement général et une suffocation telle que les membres ne pouvaient plus se remuer; la parole était perdue, l'intelligence était conservée; la malade avait parfaitement conscience de ce qui se passait autour d'elle, voyait bien les objets qui l'entouraient et reconnaissait les personnes qui lui portaient secours.

En 1825, Fleury reçoit un coup sur sa main malade: la cicatrice est rompue, l'engorgement des tissus survient, et les accidens deviennent assez graves pour que l'amputation soit jugée indispensable et pratiquée au mois d'octobre de la même année. Immédiatement après son amputation du poignet, qui ne présenta aucune complication, ses attaques d'épilepsie ont été suspendues pour toujours. Jamais, en effet, depuis cette opération, Fleury n'a ressenti rien qui pût lui rappeler ce qu'elle éprouvait ordinairement dans ses attaques. Ses règles ont continué à couler régulièrement, et ce n'est que depuis deux ans qu'elles ont cessé de paraître, sans altérer en aucune manière la santé.

Ces deux faits, ai-je dit, offrent plusieurs points de ressemblance qui en augmentent l'intérêt. Les deux épilepsies étaient bien caractérisées; elles ont duré pendant plusieurs années sans éprouver aucune amélioration; il n'y avait jamais eu dans les membres ce que l'on a appelé l'*aura epileptica*. La même cause, un accès, produit une chute dans le feu; une brûlure a lieu dans un des membres supérieurs; l'amputation est pratiquée au bout de huit jours chez le premier malade; elle n'est faite que longtemps après chez l'autre à la suite d'un accident survenu sur la cicatrice. Chez celui-ci les accès, qui d'abord étaient restés les mêmes, se modifièrent plus tard; ce ne furent plus que quelques mouvemens nerveux, qui paraissaient tenir à l'hystérie. Chez l'autre, peut-être une modification quelconque aurait eu lieu, puisqu'après la brûlure il n'y eut plus qu'un accès très léger et déterminé probablement par la douleur de l'opération. Mais l'amputation une fois pratiquée, la maladie a disparu radicalement chez les deux malades, et il est rationnel de rapporter à cette opération le bénéfice de leur guérison, tout en ne refusant pas à la brûlure une certaine part dans la disparition de l'épilepsie. On sait que les auteurs ont cité des cas de guérison survenus à la suite de ce dernier accident. Je ne chercherai point à déterminer comment, dans ces deux faits, la cause a agi pour amener la cessation de la maladie; ce serait difficile à préciser, tant la nature intime de cette affection est couverte de ténèbres. On me dira peut-être que ces guérisons ne sont qu'apparentes et que les accès pourront revenir après une suspension plus ou moins longue; je crois la chose possible, et tous les jours, en effet, nous voyons dans notre service des malades qui restent longtemps sans accès. Mais cela ne détruit pas l'influence que la brûlure et l'amputation ont exercée sur la marche de l'épilepsie. Le temps qui s'est écoulé depuis me laisse espérer que la guérison aura été complète, elle date de 18 mois chez Bréfort et de 14 ans chez la femme de la Salpêtrière.

OBSERVATION DE LARYNGOTOMIE PRATIQUÉE, POUR EXTRAIRE UN CORPS ÉTRANGER INTRODUIT DANS LES VOIES AÉRIENNES, CHEZ UN ENFANT DE SEPT ANS; par M. MAISONNEUVE, docteur en chirurgie.

Obs. — Un jeune garçon de 6 à 7 ans, habitant le bourg de Saint-Herblain, près Nantes, venait de manger à son déjeuner quelques prunes sèches. Il suçait encore le dernier noyau quand l'idée lui vint de se suspendre par les mains aux barreaux d'une échelle et d'essayer ainsi de grimper par la seule force de ses bras. Dans un effort violent qu'il fit pour arriver à son but, la respiration lui manqua tout à coup; il se laissa choir, et fut incontinent pris d'un accès de suffocation, tel que pendant quelques instans il ne put se relever ni appeler au secours. Un voisin le trouvant dans cet état s'empressa de le ramener chez son père. Il respirait avec peine; la face était rouge et tuméfiée; la voix inarticulée et rauque. Dès les premiers mots qu'il put émettre, il dit avoir avalé de travers un noyau de prune, et le sentir là, dans la gorge, qui l'étouffait (en indiquant de la main la région du larynx). Deux médecins habiles, MM. Boquin et Devin, furent appelés aussitôt. Dans la pensée que le corps étranger pouvait s'être arrêté dans l'œsophage, ils firent diverses tentatives pour l'expulser ou pour le repousser dans l'estomac. Quelques grains d'émétique provoquèrent des vomissemens et parurent apporter du soulagement. La voix cependant restait rauque, la respiration difficile; et pendant la nuit l'enfant fut pris d'un accès de suffocation qui faillit le faire périr. Les médecins furent mandés de nouveau. Mais à leur arrivée, la voix était plus claire, la respiration plus facile, et le résultat de la consultation fut que le corps étranger n'avait pas pénétré dans les voies aériennes, et qu'on devait chercher une autre cause aux accidens qui s'étaient manifestés. Cet état de calme dura deux jours entiers, ce qui confirma ces honorables praticiens dans leur opinion.

Un autre accès cependant survint le troisième jour, il dura près d'une heure, et d'après le dire des parens, le malade fut alors plusieurs fois sur le point d'étouffer. Les médecins appelés derechef trouvèrent cette fois encore le calme rétabli, et ne changèrent rien à leur première opinion.

Le sixième jour, les accidens se renouvelèrent avec les mêmes caractères et la même intensité, et M. Devin qui, cette fois, put en être témoin, me dit qu'ils avaient la plus grande ressemblance avec ceux d'un accès de croup: la voix était rauque et saccadée, la respiration bruyante et laborieuse; mais ce qui le frappa surtout, ce fut un bruit singulier, semblable à celui d'une soupape qui s'ouvre et se ferme violemment; il avait lieu dans les efforts d'expiration, et principalement dans la toux. L'enfant, en proie à une angoisse inexprimable, essayait de se déchirer la gorge avec les mains, afin, disait-il, d'arracher le noyau qui l'étouffait. La face était tuméfiée, les yeux brillans, et cependant le pouls n'avait qu'une accélération légère.

La pensée d'un corps étranger dans les voies aériennes se présenta derechef à son esprit, et dans l'idée d'une opération, il manda en consultation M. Leroux, chirurgien distingué de Nantes. Ce confrère ne put arriver que le lendemain; les accidens avaient cessé comme précédemment, et cette fois encore on éloigna l'idée d'un corps étranger pour s'arrêter à celle d'un spasme de la glotte. Dans cette opinion, des sangsues furent appliquées au cou du malade, des antispasmodiques énergiques lui furent administrés, ce qui n'empêcha pas les accidens de reparaître à plus court intervalle que les autres fois. Ce que voyant les parens, ils prirent le parti d'abandonner leur fils à la nature, s'attendant à le voir mourir d'un instant à l'autre.

Les choses en étaient là quand, pendant un voyage que je fis à Nantes pour voir ma famille, j'eus accidentellement connaissance de ce fait. Je ne doutai pas, au simple récit des circonstances que j'ai relatées, que le mal ne fût produit par la présence d'un noyau de prune dans la trachée, et je n'hésitai pas à signaler l'opération de la bronchotomie comme la seule planche de salut. Le père de l'enfant eut connaissance de mon opinion, et sur le champ me dépêcha un courrier pour me prier de me rendre auprès de son fils. Je m'y rendis aussitôt, et le lendemain matin, assisté des honorables confrères dont j'ai parlé, du docteur Lavallée, mon beaufrère, et de madame Minot, sage-femme de l'endroit, je procédai à l'opération. Elle n'offrit rien de bien remarquable si ce n'est que le cartilage thyroïde fut fendu dans toute sa hauteur afin de permettre l'exploration des ventricules du larynx où je soupçonnai un instant que pouvait être logé le corps étranger. Je ne l'y trouvai pas, et n'insistai pas davantage. L'enfant avait besoin de repos.

Le lendemain, en présence des mêmes confrères, j'écartai avec deux crochets mousses les lèvres de la plaie, et tout d'un coup, au milieu d'un effort d'expiration, le noyau sortit avec force et fut lancé à quelques pieds de distance à la grande joie du malade qui voulut le voir et de tous les voisins et voisines auxquels il fallut le faire toucher.

L'enfant, depuis lors, a repris sa gaîté habituelle. Aucun accident inflammatoire ne s'est manifesté du côté des voies aériennes; et trois semaines après, grace aux soins éclairés des deux habiles praticiens qui continuèrent à voir le malade, la guérison était complète, l'enfant ne conservait qu'un peu d'enrouement et surtout une horreur profonde pour les pruneaux.

Cette observation nous offre de l'intérêt, non par sa singularité, mais bien parce qu'elle résume assez complètement l'histoire des corps étrangers introduits dans les voies aériennes. Un noyau de prune, corps peu volumineux et glissant, pénètre tout à coup dans la trachée pendant une forte inspiration et donne aussitôt lieu à un accès horrible de suffocation, qui peu à peu se calme et disparaît, au point de permettre à des praticiens éclairés de méconnaître sa véritable cause. Les accidens reparaissent à de longs intervalles et avec une régularité qui put faire croire à une affection nerveuse intermittente. Or on sait que ce phénomène cou-

stitue l'un des points remarquables de l'histoire pathologique de cette affection.

« Dans certains cas, dit Boyer, la suspension des accidens est si complète, que des chirurgiens recommandables ont méconnu la présence du corps étranger, et se sont opposés à l'extraction, persuadés qu'une cause semblable doit produire des effets continuels. » (Boyer, L. 7, 113.)

Ce passage ne semble-t-il pas avoir été écrit sous l'impression du fait qui nous occupe?

Je signalerai encore un symptôme important noté par Dupuytren (Leçons cliniques, t. iii, p. 493) et dont l'existence est un signe pathognomonique de la présence d'un corps étranger libre dans la trachée-artère. C'est un bruit *semblable à celui d'une soupape qui s'ouvre et se ferme*. Il est dû au choc du corps étranger contre la partie supérieure du tuyau vocal, dans les mouvemens d'expiration. Ce phénomène ne s'observe guère que pendant les accès, alors que le corps étranger est mobile.

Dans le cas particulier dont nous parlons, nous avons trouvé des stries sanguines mêlées aux crachats, ce qui ne tenait probablement qu'à la forme un peu pointue et à la dureté du corps étranger. Un baricot, un noyau de cerise ne produirait pas ce résultat.

Nous avons préféré l'opération de la laryngo-trachéotomie aux autres méthodes, pour deux raisons qui ne sont pas sans importance. La première, parce qu'elle est d'une exécution plus facile; la seconde, qu'elle expose moins à l'introduction du sang dans les voies aériennes, et aux fusées purulentes derrière le sternum.

Le corps étranger n'a pas été extrait immédiatement, mais seulement le lendemain. Le malade en effet n'était pas un moment d'un accès; le corps étranger par conséquent, au lieu d'être flottant, était fixé dans quelque tuyau bronchique; souvent au moment où l'on ouvre la trachée, quelques gouttes de sang pénètrent dans les voies aériennes, et déterminent des efforts de toux et d'expuition qui peuvent déplacer le corps étranger; mais il n'est pas toujours prudent de solliciter de semblables efforts, et nous avons, je l'avouerai, pris toutes les précautions possibles pour les éviter. L'incision du larynx s'est faite sans, pour ainsi dire, que le malade s'en soit aperçu.

BLESSURE DE L'ARTÈRE FÉMORALE A SA PARTIE MOYENNE; ANÉVRISME FAUX CONSÉCUTIF; LIGATURE DE L'ARTÈRE, faite par M. Bonnet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, observation recueillie par M. Diday.

Obs. — Le nommé Redellet, garçon boucher, âgé de 19 ans, s'cofonça, par mégarde, un couteau aigu vers la partie moyenne de la cuisse droite et sur le trajet de l'artère fémorale, le 23 juin 1839. Le sang s'écoula immédiatement de la blessure, mais un lien placé autour du membre suffit pour l'arrêter. Le malade, qui, d'ailleurs, était tombé en syncope, fut apporté le même jour à l'Hotel-Dieu de Lyon. L'hémorragie se renouvela encore, avec les caractères de celles qui sont dues à la lésion d'un vaisseau artériel; mais elle fut réprimée par l'application d'un bandage roulé, qu'on laissa en place les quatre premiers jours, sans que le malade en souffrît. Le cinquième jour, une douleur assez vive s'étant manifestée autour de la blessure, le bandage fut enlevé. La plaie extérieure était cicatrisée; mais, à sa partie inférieure et au niveau du tiers moyen de la cuisse existait un gonflement assez considérable et qui, dans le point correspondant de l'artère, donnait à la main la sensation un peu obscure d'un soulèvement isochrone aux battemens du cœur et à l'oreille, l'impression plus distincte du bruit de souffle. (30 sangsues au pli de l'aîne, compresses imbibées d'eau blanche sur la tumeur.) Un moment enrayés par ces moyens, le gonflement et la douleur envahirent, les jours suivans, toute la cuisse, en s'accompagnant des phénomènes d'une réaction prononcée. Le huitième jour, les battemens de la tumeur, perceptibles dans l'étendue de la paume de la main, se reconnaissaient à la simple vue, et le bruit de souffle y était extrêmement fort.

En voyant la rapidité avec laquelle s'accroissait cette tumeur, M. Bonnet ne put douter de la nécessité de la ligature; mais il voulut, avant de recourir à ce moyen, tenter l'influence des réfrigérans et de la compression; ce délai lui donnait, d'ailleurs, le temps de soumettre le malade à un traitement antiphlogistique, toujours nécessaire dans des cas semblables, soit pour restreindre l'étendue du cercle inflammatoire qui entoure la plaie, soit pour modérer l'impulsion du sang, cause fréquente d'accidens après les ligatures d'artères. A partir du neuvième jour, la glace fut maintenue sur la tumeur, et le malade condamné à la diète la plus sévère, saigné deux fois. Sous l'action d'un traitement aussi rationnel, les douleurs et le gonflement cédèrent par degrés, et, bien que l'anévrisme eût continué ses progrès, il était alors plus circonscrit, sans tuméfaction du membre, sans apparence d'inflammation à son pourtour, et les douleurs étaient limitées à la tumeur elle-même. Les choses étant dans cet état, et la compression n'ayant pu être supportée, la ligature fut pratiquée, le treizième jour après l'accident, de la manière suivante:

La jambe fléchie à angle droit sur la cuisse, et celle-ci placée dans une forte abduction, et légèrement pliée sur le bassin (seule position que la malade pût prendre), M. Bonnet fit, dans la direction de l'artère, une incision de trois pouces et demi de longueur, commençant à deux pouces au-dessous de l'arcade crurale. Après avoir coupé l'aponévrose qui recouvre le couturier et lié quatre artérioles ouvertes pendant ce premier temps, il incisa l'aponévrose placée à la face postérieure de ce muscle. Le doigt, porté au fond de la plaie, ne faisant reconnaître que des battemens fort obscurs, l'opérateur, conduit par les seules notions anatomiques, tomba sans difficulté sur la gaine artérielle, qu'il ouvrit dans l'étendue de trois lignes; il passa alors au-dessous du vaisseau deux fils, et, après en avoir conduit un à la limite supérieure, l'autre à la limite inférieure de la dénudation, il étreignit le tube artériel par deux ligatures. Les extrémités des fils furent coupées très-près du nœud. Quoique le tissu cellulaire qui entoure le couturier eût été trouvé un peu infiltré de sang, on se décida à pratiquer la réunion à l'aide de cinq points de suture, passés à travers les bords de l'incision. L'opération ne dura que neuf minutes et demie. Le malade, couché, le membre entouré d'une couverture de laine, fut placé dans la flexion. M. Bonnet attache beaucoup d'importance à conserver cette attitude à la suite de l'opération. Il se fonde, pour la préconiser, sur des expériences faites sur des chiens, et dans lesquelles il a vu les deux extrémités d'une artère divisée s'écarter de 18 lignes, au moment où l'on étendait le membre. Les battemens avaient complètement cessé dans la tumeur aussitôt après la ligature. Une douleur assez vive au niveau de la plaie fit place, dès le deuxième jour, à un sentiment de bien-être parfait. Aucune diminution ni augmentation dans la température locale, aucun changement dans l'état du pouls ne vinrent compliquer les suites de l'opération; seulement, le troisième et le quatrième jour, une petite quantité de pus s'écoula par l'angle supérieur de l'incision, devenu le plus déclive, par suite de la flexion de la cuisse. Le cinquiétoe jour, la plaie faite à l'artère, qui, depuis vingt-quatre heures, offrait à sa surface une phlyctène remplie de sérosité rougeâtre, s'ouvrit et laissa sortir quelques gouttes d'un sang noir. Le sixième jour, on enleva les sutures. La suppuration, qui s'était toujours faite en très petite quantité, diminua graduellement, jusqu'au vingtième jour, où sortit l'un des fils qui avaient servi à lier l'artère crurale, et que l'on distingua à sa disposition en cordonnet; l'autre s'échappa sans qu'on l'ait aperçu. Le ving-troisième jour, une douleur vive autour de l'incision se manifesta sans cause connue, et s'accompagna de fièvre. Ces accidens, combattus par deux applications de trente sangsues, se terminèrent par l'issue d'une quantité assez considérable de suppuration à travers la cicatrice à peine fermée. Le malade put bientôt se lever, et aujourd'hui, quarantième jour à partir de l'opération, la plaie est depuis longtemps fermée, et il se promène dans la salle prêt à sortir au premier moment.

Cette observation peut, ce me semble, fournir matière à des réflexions importantes, soit sous le rapport du lieu où il convient de placer la ligature, dans des circonstances semblables, soit sous le rapport des précautions qui peuvent faciliter la manœuvre et assurer le succès de l'opération.

Sous le premier point de vue, ce nouvel exemple de succès, à la suite de la ligature faite au tiers supérieur de l'artère, m'a offert d'autant plus d'intérêt qu'une conduite toute différente, dans le même cas, a été récemment proposée et appuyée de l'autorité d'un nom recommandable en chirurgie. Avant de quitter Paris, au mois de juin, je vis, à l'hôpital St-Louis, une malade chez laquelle toutes les circonstances antérieures et actuelles présentaient avec celles de l'observation ci-dessus la plus frappante conformité: même âge, même lieu de la plaie artérielle, même circonscription de la tumeur anévrismale, même apparence des parties voisines, même intervalle de temps (à trois jours près) écoulé entre l'accident et la ligature; en un mot, la similitude de toutes les conditions établissait entre ces deux faits un rapport aussi exact qu'on peut le désirer en pathologie pour apprécier à leur juste valeur l'influence du traitement. La seule différence consista dans le lieu où fut placée la ligature. M. Jobert, conduit par des motifs que je ne lui ai pas entendu exprimer, lia l'artère à quatorze lignes au-dessous de l'arcade crurale, entre ce ligament et la naissance de la fémorale profonde. Or, sa malade succomba le dix-septième jour après l'opération, à la suite de quatre hémorragies provenant du bout inférieur de l'artère. Rapprochées l'une de l'autre, ces deux observations forment donc, à l'égard de ce mode opératoire, une épreuve et une contre-épreuve qui lui sont également défavorables. Mais comme ce n'est pas assez de deux faits pour établir un jugement, j'ai voulu suppléer à leur insuffisance par le raisonnement, en me demandant quelles raisons peuvent déterminer le choix entre la ligature au-dessus et celle au-dessous de la profonde, dans le cas d'anévrisme faux consécutif du milieu de la cuisse.

Il est bien entendu que, pour qu'il y ait lieu à un choix entre ces deux modes de traitement, il est nécessaire que l'un et l'autre soient applicables; qu'il faut, par conséquent, qu'entre la tumeur et l'origine de la fémorale profonde il y ait assez d'espace pour qu'on puisse présumer que l'artère soit saine dans le point où on se propose de la lier, et pour que, d'autre part, le caillot obturateur puisse se former dans une étendue suffisante du côté le plus rapproché du cœur. Ces conditions existaient chez le malade de M. Bonnet (la guérison l'a prouvé), et la ressemblance de toutes les circonstances appréciables autorise à penser qu'il en était de même chez celui de l'hôpital St-Louis.

La ligature étant donc praticable au-dessus comme au-dessous de la profonde, on doit, pour se décider en faveur de l'un ou de l'autre procédé, examiner les garanties qu'il présente 1° contre la gangrène; 2° contre le retour des battemens dans la tumeur; 3° contre l'hémorragie.

1° Relativement à la gangrène, les faits, d'accord avec la théorie, ont

démontré que, sans être aussi fréquent après la ligature de l'iliaque externe qu'on l'avait cru *à priori*, cet accident s'observe néanmoins plus souvent alors qu'après celle de la crurale à son tiers supérieur.

2° On est, au premier abord, porté à penser que la circulation sera plus sûrement empêchée dans l'anévrisme, quand l'artère aura été oblitérée au-dessus de la fémorale profonde. Il n'en est cependant pas ainsi, et l'on peut s'en convaincre en réfléchissant au mécanisme suivant lequel se rétablit le cours du sang quand un vaisseau a été lié. L'étendue dans laquelle il s'oblitère au-dessus comme au-dessous de la ligature est fort variable: cependant on peut poser en principe que cette oblitération n'est assurée et constante que dans l'espace compris entre la première collatérale volumineuse au-dessus de la ligature et celle qui est située au-dessous de cette même ligature: c'est l'opinion même de Scarpa que je rappelle ici. Ainsi, après la ligature de la fémorale au pli de l'aîne, le sang revient dans l'artère par le tronc même de la profonde, faisant l'office de veine, suivant l'expression de Deschamps; lorsque, au contraire, on a placé le fil au-dessous de l'origine de cette branche volumineuse, le sang rentre dans le tronc principal par les artères qui avoisinent le genou. Si la circulation se rétablit trop tôt, le sang recommence donc à couler dans l'artère au-dessus de la tumeur dans le premier cas, au-dessous dans le second: voilà toute la différence.

3° Mais s'il importe peu, sous le rapport du retour de l'affection, que le point de l'artère, à partir duquel la circulation se rétablit, soit situé au-dessus ou au-dessous de la tumeur, la question est loin d'être indifférente quand on l'examine au point de vue de l'hémorragie consécutive. Cet accident me semble si naturellement résulter du retour du sang au-dessous de la ligature que je m'étonne de ne pas le voir plus généralement attribué à cette cause par les auteurs. Mais la possibilité de son apparition dépend de certaines conditions anatomiques, qu'il faut maintenant étudier, et dont la rareté explique et le peu de fréquence de cette sorte d'hémorragie et l'oubli où elle est à peu près restée. Lorsque le cours du sang se rétablit dans une artère au-dessous du point où elle a été liée, ce fluide qui a perdu, à travers le système capillaire, la plus grande partie de son impulsion, n'a pas un mouvement assez rapide pour ébranler le caillot qui s'est formé immédiatement après l'opération au-dessous de la ligature. Mais si les choses se passent ainsi lorsque la première collatérale qui naît au-dessus de la ligature est petite et éloignée, on conçoit qu'il doit en être autrement lorsque cette branche est considérable et voisine du point lié. Son volume et sa proximité constituent alors deux conditions bien propres à faire compensation à la lenteur avec laquelle le sang y coule, si le caillot étant directement frappé par la colonne sanguine, il peut se faire que celle-ci quoique lente dans son cours puisse l'ébranler et le détacher: de là les hémorragies par le bout inférieur. Or, la fémorale profonde naissant souvent à un pouce de l'arcade crurale, il doit fréquemment arriver, en liant la fémorale au pli de l'aîne, qu'on portera le fil près de son origine, d'autant plus que le voisinage de l'épigastrique empêche de se rapprocher de l'arcade crurale. C'est ainsi que sont probablement survenues les hémorragies après l'opération de M. Jobert, qui avait placé sa ligature sur l'artère crurale immédiatement au-dessus du point où la profonde naissait chez ce sujet, comme on l'a vu à l'autopsie. C'est ainsi qu'on peut s'expliquer les hémorragies qui suivent la ligature de la carotide primitive (obs. de M. Lambert de Valvorth), du tronc innominé (obs. de M. Mott), de l'iliaque primitive (obs. de M. Crampton), lorsqu'on place la ligature près de la bifurcation du vaisseau. Enfin, cette considération pourrait aussi devenir la source d'une modification à apporter dans l'exécution de la méthode de Brasdor, en montrant aux chirurgiens que si la crainte de tomber sur un lieu où l'artère soit altérée leur fait un devoir de placer dans ces cas la ligature loin de la tumeur anévrismale, il n'importe pas moins, sous le rapport de l'hémorragie consécutive, de laisser un espace suffisant entre le fil et l'origine de la première branche qui naît au-dessous de lui, surtout si elle est volumineuse. Mais je m'arrête: il me suffit d'avoir démontré que, dans un anévrisme faux, consécutif du milieu de la cuisse, on doit lier l'artère non au-dessus, mais au-dessous de la profonde, parce que les chances de récidive ne sont pas plus fortes en agissant ainsi, et qu'on est d'ailleurs plus en sûreté contre la gangrène et contre l'hémorragie consécutive.

Quant aux précautions à prendre durant l'opération, M. Bonnet nous fit remarquer une cause d'erreur bien capable d'embarrasser le chirurgien dans son exécution, et qui tient à la manière vicieuse dont on a l'habitude de répéter cette ligature dans les amphithéâtres. Lorsqu'en effet on la pratique, comme cela se fait souvent, sur un membre dont la direction est la même que celle du tronc, l'artère, à trois pouces de l'arcade crurale, est cachée par le couturier qu'il faut soulever pour arriver jusqu'à elle; tandis que ce muscle laisse, au contraire, le vaisseau à découvert, lorsque la cuisse a été fléchie et placée dans une forte abduction. Or l'on conçoit à quels tâtonnemens, à quelles difficultés serait exposé le chirurgien qui ne serait pas prévenu des modifications qu'un changement d'attitude détermine, dans les rapports, si utiles à connaître de l'artère avec le muscle.

Une autre précaution sur l'importance de laquelle M. Bonnet insiste avec raison, est celle qui consiste à pratiquer deux ligatures portant sur les extrémités de l'espace dans lequel l'artère se trouve dénudée. Inattaquable en théorie, le procédé si rationnel dont je parle est encore recommandé à ce chirurgien par le succès qu'il a obtenu à la suite de son application dans six cas, dont quatre de ligature simultanée de la radiale et de la cubitale, pour des blessures de la paume de la main, et deux de ligature de la brachiale à sa partie inférieure.

NOTE SUR UN NOUVEAU CAS D'ABLATION TOTALE D'UNE PARTIE DU CORPS; RÉUNION; GUÉRISON; communiquée par M. le docteur H. Brochin.

La Gazette médicale, du 21 septembre dernier, rapporte un fait de réunion d'une portion de doigt complètement séparée, observé par M. Dubroca et consigné dans le Bulletin médical du Midi.

Depuis longtemps je possédais devers moi plusieurs faits du même genre que je m'étais abstenu de publier. Convaincu cependant que dans une question qui ne paraît pas encore complètement résolue aux yeux de tous, le nombre et l'authenticité des faits devront trancher la difficulté sans conteste, je m'autorise aujourd'hui de ce motif pour les livrer à la publicité. Je pense aussi qu'à mesure que des faits de ce genre deviendront plus nombreux et qu'ils seront plus circonstanciés, il sera possible, en les comparant et en rapprochant les conditions analogues qu'ils présenteront, d'en obtenir quelques déductions qui ne manqueront ni d'intérêt pour la physiologie ni d'utilité pour la chirurgie pratique. En effet, au lieu de se demander comme on le faisait naguère: un organe périphérique du corps d'une étendue plus ou moins considérable, étant complètement séparé ou retenu par un simple pédicule charnu ou un lambeau de peau, devra-t-on affronter les parties séparées dans l'espoir d'en obtenir l'adhésion; on se demandera quelles sont les parties du corps, relativement à leur distance des centres circulatoires et nerveux, qui offrent le plus de chances d'adhésion; dans quelles conditions ces chances sont-elles plus favorables?

Depuis le fait si connu et devenu si vulgaire de Garengeot, fait qui souleva une opposition telle que le ridicule seul sembla propre à le qualifier, assez de faits tout aussi bien constatés lui sont venus en aide de preuves et de démonstrations péremptoires, pour qu'il ne reste plus aucun doute sur la valeur et l'opportunité de cette première question. S'il restait encore des incrédules assez endurcis pour répéter avec Lanfranc: « Eos deriden et mendacii impudentissimi arguo, qui affirmare audent aliquot portasse nasum incisum in manu, qui illis postea fuerit in suum locum restitutus; » il suffirait de leur opposer une vingtaine de faits bien avérés et irrécusables de doigts, de phalanges, de nez et d'oreilles bien et dûment agglutinés, et le fait plus surprenant encore, mais non moins authentique, rapporté par Stevenson, d'un bras presque complètement divisé et dont la réunion fut obtenue en moins de quarante jours. (Gaz. Méd., 24 juin 1837.)

Quant à la seconde question, le temps seul et un plus grand nombre de faits rapportés avec les détails suffisans, aideront à résoudre et à poser les principes qui devront à l'avenir guider les chirurgiens en pareille occurrence. Or comme nous ne sommes plus ni au temps ni aux lieux de barbarie juridique où le Code pénal eût fourni de nombreuses occasions d'expériences, et que les faits de ce genre s'offrent assez rarement à notre observation, nous pensons qu'il peut être utile pour la solution définitive de cette question physiologique et chirurgicale, que tous les faits fortuitement recueillis soient religieusement enregistrés.

GREFFE D'UNE PORTION DE LA TROISIÈME PHALANGE DU DOIGT MÉDIUS, ENTIÈREMENT SÉPARÉE DE SA BASE.

Obs. I. — Laurent, ouvrier fondeur, âgé de 28 à 30 ans, le 15 novembre 1837, ayant introduit le doigt médius de la main gauche dans la gâche d'une serrure pour en repousser le pène, au moment où l'on poussa violemment la porte contre lui, eut l'extrémité de ce doigt coupée et séparée de sa base. Appelé auprès de lui à l'instant où l'accident venait d'arriver, je fus à temps à ramasser moi-même le fragment de doigt qui avait été projeté à plus de deux pieds de distance de cet homme, et le trouvant chaud encore et saignant je l'appliquai immédiatement sur sa base.

La section avait lieu au niveau du tiers inférieur environ de la base de l'ongle, circulairement, et comprenait toute la pulpe du doigt, l'extrémité de la troisième phalange et les deux tiers de l'ongle. Elle était nette comme si elle eût été faite par un instrument tranchant; l'os ne faisait de saillie ni à l'un ni à l'autre des deux segmens; la plaie était saignante sans contusion. Je pus donc, après avoir lavé les deux surfaces avec de l'eau tiède, les réappli-

quer exactement sans aucune difficulté. Je maintins le fragment ainsi appliqué par deux bandelettes agglutinatives croisées sur le sommet et venant s'appliquer sur les deux côtés du doigt et une troisième bandelette circulaire ceignant la plaie.

Je levai ce premier appareil après deux fois vingt-quatre heures. Les bandelettes enlevées avec précaution, je trouvai le bout du doigt fortement adhérent à son tronc, d'une température égale au reste du doigt et également sensible au toucher. La petite plaie circulaire extérieurement n'était point réunie Je continuai l'application des bandelettes et d'un plumasseau de cérat; la plaie circulaire se maintint ainsi sans faire de progrès pendant deux jours. Le cinquième environ, je la trouvai plus étendue, d'un aspect ulcéreux, répandant une odeur gangreneuse; le bout du doigt sec et noirâtre conservait néanmoins sa chaleur et sa sensibilité ordinaire. Je cautérisai avec le nitrate d'argent la surface ulcérée, et j'enveloppai tout le bout du doigt de charpie imbibée d'une dissolution très concentrée de chlorure de chaux. Je continuai cette application que j'alternais avec des lotions d'eau vineuse chaude et des cataplasmes de mie de pain faits du vin chaud.

Au bout de trois ou quatre de ces pansemens la plaie reprit un bon aspect, le bout du doigt conserva toujours son adhérence et se maintint au même degré de chaleur et de sensibilité.

La plaie conservant un bon aspect, je la pansai pendant plusieurs jours avec du cérat, maintenant toujours l'extrémité par des bandelettes.

Vers le quinzième jour environ la plaie prit de nouveau un aspect gangreneux qui me fit d'autant plus craindre cette fois de perdre le fruit de mes soins, que le bout semblait avoir perdu de son adhérence. Je répétai les lotions chlorurées et les cataplasmes de vin chaud.

Au bout de deux jours la plaie reprit de nouveau un bon aspect; et je reconnus bientôt (le dix-huitième jour), en soulevant légèrement l'épiderme détaché, que le petit moignon était parfaitement sain et adhérent, qu'une petite étendue de la peau seulement avait été en partie détruite et que l'épiderme menaçait de tomber entièrement avec l'ongle (Pansemens simples.)

Au bout de trois semaines, chute complète de l'ongle avec l'épiderme.

Au bout d'un mois, réunion complète. L'ongle repoussé recouvre entièrement la face dorsale du doigt. Une petite cicatrice semi-circulaire indique le lieu de séparation. La pulpe est légèrement atrophiée. Le doigt a perdu au plus une ligne de sa longueur et est un peu déprimé d'avant en arrière.

A l'occasion de ce fait, un des praticiens les plus distingués de Parisme communiqua un cas d'insuccès d'une tentative qu'il avait faite dans une circonstance beaucoup plus grave il est vrai. Le pouce avait été violemment arraché par la morsure d'un cheval, dans l'articulation métacarpo-phalangienne. La plaie offrait une large surface contuse, inégalement déchirée, et deux surfaces articulaires à mettre en rapport. L'adhésion paraissait avoir eu lieu, malgré ces circonstances contraires; mais au bout de quelques jours la gangrène s'empara du membre avec perte de la chaleur et de la sensibilité. Ce médecin se vit obligé de séparer le pouce et de cicatriser la plaie.

Voici un autre fait de la même époque à peu près et qui m'a été communiqué par mon ami, M. le docteur Cabanes, ancien interne à l'Hôtel-Dieu de Marseille, où ce fait a été observé par lui et par la plupart des médecins et des chirurgiens de cet hôpital.

Obs. II. — Dans le mois de juin 1837, D..., sergent au douzième de ligne, en garnison à Marseille, reçut en duel un coup de sabre sur l'indicateur de la main droite, l'articulation de la première avec la deuxième phalange fut ouverte et la portion de doigt séparée n'était maintenue que par un petit pédicule de peau du côté de son bord cubital. Le doigt était pendant et venait s'appliquer sur la face dorsale de la main. Ce pédicule parut de si peu d'importance au premier abord que le chirurgien de service avait déjà saisi les ciseaux pour le diviser, lorsque l'auteur de cette observation l'arrêta en faisant remarquer qu'il s'agissait d'un sous officier qui, en perdant son indicateur, perdait en même temps sa profession, et qu'il pensait qu'on pourrait lui conserver l'un et l'autre en essayant la réunion immédiate. On se rangea de cet avis. Deux heures environ s'étaient écoulées depuis l'accident. La température de la portion détachée était moindre que celle du reste du corps; mais elle n'était pas froide. Il ne s'écoulait que très peu de sang. Les surfaces étaient très régulières. Les parties affrontées convenablement furent maintenues par des bandelettes agglutinatives, un peu de charpie, quatre petites attelles et une bande roulée.

Pendant les trois premiers jours on se borna à toucher l'extrémité du doigt pour s'assurer que la mortification n'eût pas lieu.

Le quatrième jour, on leva l'appareil et l'on reconnut avec satisfaction que la réunion avait eu lieu sans la moindre suppuration. L'appareil réappliqué fut ainsi maintenu jusqu'au trente-sixième jour de l'accident. Alors le doigt offrait une simple cicatrice linéaire et déprimée légèrement, un peu de raideur, une sensibilité un peu obtuse, mais point anéantie.

Ces deux faits, indépendamment de l'intérêt commun qui s'y rattache, m'ont paru offrir un intérêt particulier par leur rapprochement. Ils présentent en effet, avec la circonstance commune du succès, deux conditions différentes qui devront se reproduire isolément dans des accidens de ce genre; savoir : dans l'un, la division d'une phalange avec séparation complète; la séparation des surfaces articulaires dans le second avec persistance d'un petit lambeau de peau. C'est à cette circonstance heureuse, sans nul doute, qu'on doit en grande partie attribuer la réunion des parties dans le second cas, comme dans le fait de Stevenson, ainsi que l'absence des accidens qui entravent souvent ou retardent cette réunion dans les cas de division complète, tels que le refroidissement, la flétrissure, la coloration noire, la dénudation du derme par la chute de l'épiderme et de l'ongle; enfin peut-être même la nécrose, tout autant de phénomènes qui ont été observés, soit isolément, soit simultanément toutes les fois que l'organe a été complètement séparé. Tels sont, en effet, la plupart des accidens signalés dans le premier fait, et qui m'ont fait craindre un moment de perdre le fruit de mes soins, accidens communs à presque tous les faits qui ont été publiés, notamment celui de Beau, rapporté par la GAZETTE MÉDICALE, il y a deux ans. On devra néanmoins à l'avenir se tenir en garde contre l'apparence de ces phénomènes qui pourraient en imposer pour une mortification complète des parties, et ne point se hâter, sur ces simples indices, de séparer les parties rejointes, ainsi que l'ont fait quelquefois trop hâtivement quelques chirurgiens.

Dans le premier des deux faits que nous avons rapportés, la phalange a été divisée, et cette circonstance n'a nullement paru nuire au succès de la réunion; celle-ci nous a semblé même avoir commencé par la partie centrale. Or c'est ce que l'on a également observé dans plusieurs cas où des os plus volumineux ont été divisés, tels que le cubitus, l'humérus; d'où l'on pourrait conclure qu'il en est des os comme des parties molles et que les plaies par instrument tranchant de ces deux sortes de tissus se réunissent plus facilement que les autres.

En résumé, sans prétendre déduire encore, de tous les faits connus de ce genre, des conclusions définitives, nous pensons qu'on pourrait provisoirement ériger en précepte : que toutes les fois qu'une partie récemment séparée du corps aura conservé sa température normale, que la plaie sera nette, saignante, qu'elle n'aura pas perdu, en un mot, toutes ses propriétés vitales; la réunion en devra être tentée; et que le succès sera d'autant plus certain et plus rapide, qu'il restera encore un pédicule charnu ou un lambeau de peau suffisant pour maintenir la continuité de quelques petits vaisseaux sanguins.

Nous ne donnons d'ailleurs ces deux faits que comme documens ou matériaux à joindre à ceux que possède la science, et dont un jour on puisse s'autoriser pour des déductions et des applications pratiques qui ne seront point sans valeur.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SUITE DE LA SÉANCE DU 8 OCTOBRE.

DÉVELOPPEMENT SPONTANÉ D'UN AXE VÉGÉTAL SUR UN ORGANE APPENDICULAIRE.

M. Auguste de Saint-Hilaire cite un cas de pareil développement observé sur un échantillon de *drosera intermedia*, recueilli en Sologne par M. Naudin.

M. Turpin, dit M. A. de Saint-Hilaire, a distingué, il y a déjà longtemps, deux systèmes dans la partie aérienne des végétaux, l'axile et l'appendiculaire. Cette distinction a été généralement admise par les botanistes, et M. Claude-Louis Richard, qui a rendu tant de services à la science, avait même cru pouvoir établir en principe que les axes n'étaient jamais produits par des feuilles. Cette règle est cependant bien loin d'être sans exception. Tout le monde connait aujourd'hui l'exemple du bryophillum. Hedwig, ayant mis sous presse des feuilles de *fritillaria imperialis*, vit s'élever de leur surface des bulbilles qui reproduisirent la plante; et MM. Poiteau et Turpin ont obtenu le même résultat avec les feuilles d'*ornithogalum thyrsoïdes*. Tout récemment, des racines et des bourgeons se sont développés sur des morceaux de feuilles de *theophrasta*, qu'avait enfoncés dans la terre M. Neumann, jardinier en chef du Jardin-des-Plantes de Paris. Enfin, M. H. de Cassini a vu naître sur quelques pieds de *cardamine pratensis* d'autres individus de la même espèce.

Pendant que j'étais en Sologne, au mois de septembre dernier, ajoute M. A. de Saint-Hilaire, M. Naudin me fournit l'occasion d'observer sur un pied de *drosera intermedia* des productions analogues à celles qui ont fait le sujet du mémoire de M. Cassini. Ce *drosera* offrait sur l'une de ses feuilles deux autres petits *drosera*, dont l'un était long d'environ six lignes, et l'autre un peu plus petit. Tous les deux offraient une tige filiforme, avec de petites feuilles caulinaires alternes, spatulées et chargées de longs poils glanduleux; c'étaient, en un mot, de petits *drosera caulescens*, mais en miniature. Sous l'un des deux pieds, la feuille n'avait éprouvé aucune lésion; sous l'autre, elle avait pris une couleur noire, et s'était altérée.

M. Turpin, à l'occasion de cette communication, cite un cas très fréquent de production d'une partie axile de végétal par une partie appendiculaire. Ce n'est pas, remarque-t-il, une production spontanée comme dans l'exemple observé par M. Cassini, et dans celui que vient de faire connaître M. A. de St-Hilaire, et ce n'est pas aussi une production artificielle opérée par les soins de l'homme, comme celle qu'Hedwig a produite sur la feuille de la *fritillaria imperialis*, ou celle que nous avons obtenue, M. Poiteau et moi, des feuilles de

l'*ornithogalum thyrsoides*; ici, c'est un insecte qui est l'artisan de cette reproduction. Dans les lieux où croît le cresson de fontaine, on trouve souvent en abondance une espèce de frigane dont la larve coupe les pétioles de cette plante pour en fabriquer l'étui dans lequel elle vit (comme le font dans des étuis semblables, quant à la forme, mais différens quant aux matériaux, selon les espèces, toutes les larves de ce genre d'insectes); or, on remarque qu'à la base pétiolaire des folioles détachées naissent, d'abord de petites radicelles, du centre desquelles sortent bientôt de petits bourgeons. Les radicelles s'enfoncent dans l'eau, arrivent jusqu'à la vase, y pénètrent, le bourgeon se développe, et la plante-mère se multiplie ainsi par suite des mutilations qui semblaient menacer de la détruire.

M. Flourens ajoute de nouvelles observations qui lui sont propres à celles qui ont été précédemment citées relativement à la production de nouveaux individus par le développement de parties appendiculaires des végétaux. On vient de voir que M. Neumann avait reproduit des *theophrasta* en plantant des fragmens de feuilles, M. Flourens avait depuis longtemps obtenu le même résultat pour le pourpier (*portulaca oleracea*); une feuille étant coupée en trois parties, chaque partie mise en terre a donné une nouvelle plante, tige, racine et feuilles.

VESSIE SUPPLÉMENTAIRE CHEZ LES TORTUES DU GENRE ÉMYDE.

M. Lesueur, le compagnon et le collaborateur du célèbre Perron, présente une suite de dessins destinés à faire connaître une particularité très curieuse de l'organisation de certains chéloniens, l'existence de deux vessies particulières tout à fait distinctes et indépendantes de la vessie urinaire. M. Lesueur les a observées chez douze espèces du genre émyde, vivant dans les fleuves et les rivières de l'Amérique du Nord. Deux exceptions se sont présentées à moi, dit notre naturaliste, l'une dans la tortue gopher, on le polyphémus, qui est une tortue essentiellement terrestre et fouisseuse; l'autre dans les trionyx, dont les habitudes sont tout-à-fait opposées, c'est-à-dire essentiellement aquatiques, ces tortues vivant au fond des eaux.

Il n'y a que les espèces fluviatiles du genre émyde qui offrent ces vessies que M. Lesueur nomme auxiliaires à cause des fonctions qu'il les croit appelées à remplir, ou lombaires, à cause de leur position. Elles sont situées, en effet, dans la région des lombes, aux deux côtés du rectum; elles communiquent avec le cloaque, chacune par un large canal, et peuvent se remplir d'air ou d'eau, quand on introduit l'un ou l'autre par l'anus.

Perrault, remarque M. Lesueur, avait bien aperçu ces vessies chez de petites tortues d'eau, et en a dit un mot dans une simple note, insérée dans les MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE. M. Martin, dans sa description anatomique de l'*alligator tortoise* (*chelydra serpentina*), JOURNAL ZOOLOGIQUE DE LA SOCIÉTÉ DE LONDRES, pag. 1re, 1830-31, s'est mépris sur les fonctions de ces vessies, en les prenant pour deux vessies urinaires, sans faire mention de la véritable vessie urinaire qui doit exister.

M. Lesueur annonce l'envoi prochain d'un mémoire détaillé sur ce point curieux d'anatomie comparée. Aux dessins qui s'y rapportent, il a joint des épreuves lithographiées, qui doivent paraître dans son histoire des tortues d'Amérique, dont il prépare la publication.

AMÉLIORATION DU SOL PAR LES ENGRAIS.

M. Payen lit un mémoire ayant pour titre: MÉMOIRE SUR LA NUTRITION ÉCONOMIQUE DES PLANTES. Les principaux résultats auxquels ses recherches l'ont conduit sont résumés à la fin de son mémoire de la manière suivante:

1° Toute végétation naissante contient une proportion considérable de substance très azotée, et, par conséquent, en a absorbé les élémens. On la retrouve dans les radicelles, les bourgeons très jeunes, tous les organes, chacune des cellules et même le cambium qui précède leur formation dans toute l'étendue des diverses plantes.

2° Outre ce premier emploi des alimens azotés contenus dans le sol, certaines plantes, parmi les plus épuisantes (on les plus exigeantes pour donner le *maxima* des récoltes), sécrètent abondamment des matières azotées dans leurs tissus; telles sont les différentes espèces de choux, de tabac, les mûriers, etc.

3° Bien que les agens atmosphériques, par les combinaisons azotées qu'ils renferment, puissent fournir une partie de cette alimentation, l'épuisement du sol après les récoltes nécessite généralement une compensation en fumures ultérieures.

4° Après les cultures ordinaires, ce sont surtout les substances organiques azotées, qui, plus altérables, ont été les premières dissipées en gaz, on assimilées par la végétation nouvelle; aussi font-elles défaut dans presque toutes les exploitations rurales.

5° Les engrais agissent d'autant plus utilement que la décomposition spontanée est mieux proportionnée aux progrès de la végétation.

6° En rapprochant de l'état le plus convenable les engrais dont la dissolution et la décomposition seraient trop rapides, on parvient à quadrupler l'effet réalisable. Le sang dans le charbon résidu des raffineries, et la matière fécale dans le noir animalisé en offrent des exemples frappans.

7° La chair musculaire, le sang et divers détritus des animaux, qu'on laissait autrefois s'altérer au point de perdre jusqu'aux neuf dixièmes de leurs produits, s'utilisent aujourd'hui, sans qu'on leur fasse subir à dessein aucune déperdition.

8° Les divers moyens de mettre les engrais dans l'état convenable pour que leur décomposition suive les progrès des plantes sont de deux ordres: 1° diviser ou désagréger ceux qui résisteraient trop longtemps; 2° augmenter la cohésion ou la résistance de ceux qui céderaient trop vite aux effets de putréfaction.

9° Les os, sous différens états, peuvent être rangés ainsi, commençant par ceux qui résistent le plus: A os non divisés, contenant la matière grasse infiltrée dans leur masse compacte; B les mêmes conservés humides; leur matière restant isolée; C les mêmes de plus en plus divisés graduellement; D les os débarrassés de la matière grasse; E les os dans lesquels, toutes choses égales d'ailleurs, la substance azotée du tissu fibreux, rendue soluble par la température et l'eau, est restée interposée; F ces derniers privés par des lavages de plus en plus considérables de cette matière azotée et jusqu'au point où ils deviennent sensiblement inertes. Ces différences rendent compte des anomalies apparentes observées dans l'emploi des os en agriculture.

10° Les charbons ternes en poudre poreuse, imprégnés de substances putrescibles, dissoutes ou hydratées, agissent utilement comme auxiliaires des engrais, en ralentissant la décomposition, proportionnant mieux les émanations au pouvoir absorbant des plantes, et comme intermédiaires capables de condenser le gaz, puis de le céder à la végétation, enfin en absorbant la chaleur des rayons solaires et la transmettant au sol. Lorsque, d'ailleurs, ces charbons recèlent une certaine dose de chaux, ils désinfectent mieux en décomposant le sulfhydrate d'ammoniaque et l'acide sulfhydrique.

11° La matière azotée fixée dans les plantes peut y être reprise pour servir d'engrais. C'est un but important que doivent se proposer les agriculteurs manufacturiers dans les exploitations dont le principal produit, extrait par, ne renferme pas d'azote.

12° Parmi les divers débris de l'organisation animale ou végétale, utiles comme engrais, ceux qui renferment le plus d'azote ont, en général, le plus de valeur réelle; les agriculteurs doivent donc éviter avec un grand soin la déperdition des matières azotées ou de leurs produits.

SÉANCE DU 14 OCTOBRE.

PRÉPARATION DES PLANCHES PHOTOGRAPHIQUES.

M. Daguerre, qui s'est engagé, comme on le sait, à faire connaître les perfectionnemens qu'il découvrirait ultérieurement pour ses procédés photographiques, annonce qu'il est parvenu à simplifier la préparation des planches en substituant à la ponce broyée l'émeri de Venise. Par ce changement, il suffit de deux polissages au lieu de trois, et de même de deux décapages à l'acide.

BAROMÈTRE D'UNE NOUVELLE CONSTRUCTION.

M. Arago fait, en son nom et celui de MM. Cordier et Savary, un rapport sur un baromètre portatif présenté par M. Bunten.

Au point où la météorologie et la physique du globe sont actuellement parvenues, ces deux branches si intéressantes des connaissances physiques ne peuvent espérer de progrès réels que de la discussion d'observations simultanées faites dans un grand nombre de lieux à la fois, d'après un plan uniforme et avec des instrumens parfaitement comparables. Les constructeurs qui, sans rien sacrifier de l'exactitude dont on se pique aujourd'hui avec tant de raison, simplifient les instrumens météorologiques, les rendent moins fragiles, moins chers et d'un emploi plus commode, méritent donc bien de la science.

M. Bunten se plaça, il y a quelques années, dans cette catégorie d'artistes utiles, lorsqu'il présenta à l'Académie un baromètre à siphon très léger, très portatif, et dont les voyageurs de toutes nations ont fait depuis un grand usage. Au nombre des avantages des baromètres à syphon sur les baromètres à cuvette, on avait placé l'absence de capillarité. D'après les idées généralement reçues, la dépression du mercure devant être la même dans les deux branches de l'instrument, la distance verticale des sommets des deux colonnes ne semblait pouvoir exiger aucune correction. L'expérience a prouvé qu'il n'en est pas ainsi, et, tout compte fait, mieux vaut une forte correction dont on sait calculer exactement la valeur qu'une compensation seulement approximative et variable. D'ailleurs, la disposition nécessaire des verniers dans les baromètres à siphon a souvent donné lieu chez les personnes peu familiarisées avec les instrumens divisés, à de graves erreurs qui ne sont pas possibles quand on se sert d'un baromètre à cuvette.

Il était donc désirable, dans l'intérêt de beaucoup de voyageurs, que les baromètres à cuvette pussent être rendus aussi légers, aussi portatifs que les baromètres à siphon; qu'on eût le moyen d'en nettoyer facilement le mercure, que leur prix fût notablement abaissé. Telles sont les diverses conditions auxquelles M. Bunten s'est proposé de satisfaire.

Sans entrer ici dans une description détaillée du nouveau baromètre, nous nous contenterons de dire que le fourreau en cuivre gradué qui enveloppe ordinairement le tube est supprimé; que les divisions sont tracées sur le verre même, comme dans les anciens baromètres à siphon de M. Gay-Lussac; qu'une pièce mobile, portant le voyant et le vernier, permet de visser et de lire avec la précision désirable; que la cuvette est en fer forgé, qu'elle est mastiquée et assujettie au verre par d'excellens procédés; que le niveau constant s'obtient très simplement, non à l'aide d'une poche de peau, comme dans les baromètres de Fortin, mais en vissant ou en dévissant la cuvette; que le mercure peut se nettoyer sans difficulté et très rapidement; que le baromètre proprement dit, tel qu'on l'emploiera dans les cabinets de physique et les laboratoires de chimie, ne coûtera que 40 fr.; qu'en ajoutant à cette somme 30 fr. pour le pied, le prix total de l'instrument de voyage ne sera que de 70 fr., ce qui ne fait pas même les deux tiers de la valeur des anciens baromètres à siphon.

L'Académie accorde son approbation au baromètre de M. Bunten.

PROPRIÉTÉS DU PLATINE DIVISÉ.

M. Pelouze fait, en son nom et celui de MM. Gay-Lussac et Thénard, un rapport très favorable sur un mémoire de M. Kuhlmann, dont nous avons déjà entretenu, il y a quelques mois, nos lecteurs.

La propriété singulière que Doebereiner a reconnue au platine divisé, d'enflammer un mélange d'oxigène et d'hydrogène, fut bientôt suivie de plusieurs autres résultats remarquables, parmi lesquels nous nous bornerons à citer la

tranformation de l'alcool en vinaigre; — celle de l'esprit de bois en acide formique; — et la production de l'ammoniaque, par le contact du deutoxide d'azote avec l'hydrogène. Toutefois, depuis quelques années, aucune propriété nouvelle bien remarquable n'avait été signalée sur ce sujet, si l'on en excepte la transformation de l'acide sulfureux en acide sulfurique, par l'oxigène, sous l'influence de la mousse de platine. M. Kuhlmann a, depuis peu, ramené l'attention sur cette question trop négligée; et nous avons fait connaître, à l'époque de la lecture de son mémoire, les curieux résultats auxquels il était parvenu.

Nous avons dit que, sous l'influence du platine divisé, tous les composés d'azote sont changés en ammoniaque par un excès d'hydrogène, et qu'ils le sont en acide nitrique ou hyponitrique par un excès d'oxigène. M. Kuhlmann pense que les arts chimiques utiliseront, dans un avenir peut-être peu éloigné, la propriété qu'a le platine de produire avec facilité des composés dont l'industrie fait une si grande consommation. Sans prétendre rien préjuger à ce sujet, il ne sera pas hors de propos de faire remarquer que, dans un grand nombre de cas, on laisse perdre des produits pour lesquels on établit, même quelquefois à grands frais, des moyens d'écoulement, comme, par exemple, le deutoxide d'azote et les vapeurs rutilantes dans la fabrication des acides oxalique et sulfurique, et que c'est principalement sur des produits jusqu'ici sans usage qu'opère M. Kuhlmann.

Chaque jour voit diminuer le nombre des résidus dans les fabriques; partout on cherche à les utiliser, à les faire repasser dans leur état primitif, ou dans un état quel qu'il soit qui permette de les employer de nouveau; et n'est-ce pas en effet un objet digne de la plus vive sollicitude des chimistes et des manufacturiers de voir que chaque année en Europe plus de 100 millions de francs d'acide sulfurique, après avoir servi d'intermédiaire dans la fabrication de la soude, soient perdus sans retour? Tous les efforts tentés dans le but de changer un tel état de choses doivent être encouragés. Une seconde partie du mémoire de M. Kuhlmann est relative à l'histoire de l'alcool et aux phénomènes de l'éthérification.

Les expériences qu'a faites cet habile chimiste l'ont conduit aux conclusions suivantes :

L'alcool et l'éther produisent un grand nombre de combinaisons, dans lesquelles ils paraissent jouer un rôle analogue à celui de l'eau dans les hydrates.

Quand l'alcool et l'esprit de bois entrent comme élément électro-négatif dans les combinaisons, celles-ci ne donnent jamais d'éther lorsqu'on les décompose par la chaleur.

En présence des acides énergiques et d'un grand nombre de chlorures jouant le rôle d'acides, l'alcool et l'esprit de bois se constituent l'élément électro-positif des combinaisons, et, dans ce cas, lorsque ces combinaisons sont préparées avec un excès de la substance alcoolique, il se forme toujours de l'éther sulfurique ou de l'éther méthylique à une température qui est la même, chose très digne de remarque, que celle qui a été observée pour l'éthérification par l'acide sulfurique. Il semble que la température de 140° soit celle à laquelle l'harmonie entre les élémens qui constituent se rompt le plus facilement sous l'influence des corps avides d'eau.

Il est également fort remarquable que, quel que soit le mode d'éthérification qu'on emploie, acides anhydres ou aqueux, chlorures ou fluorures, les mêmes proportions conduisent toujours à un même résultat : qu'il en faille, par exemple, un excès pour obtenir de l'éther sulfurique, tandis qu'un excès du corps électro-négatif, chlorure ou acide, ne produit que des carbures d'hydrogène, plus de l'éther hydrochlorique, si l'on a opéré avec du chlorure.

La commission annonce qu'elle a vérifié la plupart des expériences de M. Kuhlmann, et conclut à ce que son important travail soit imprimé dans le recueil des savans étrangers.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

NUTRITION DES PLANTES.

M. Payen adresse un nouveau mémoire sur ce sujet. Il résulte de ses observations que dans le cambium liquide qui préexiste aux formations végétales, on voit apparaître d'abord une substance granuleuse contractile de nature azotée, qui s'assimile par la nutrition des matières de même nature; que cette substance, développée graduellement, est bientôt enfermée dans des cellules dont les membranes sont uniquement composées de carbone et d'oxigène et d'hydrogène dans les rapports qui constituent l'eau.

L'auteur a remarqué ensuite la formation d'une substance dont la composition riche en carbone offre une proportion d'hydrogène trois fois plus considérable que celle qui constituerait l'eau avec son oxigène.

L'auteur déduit de ce nouveau fait l'explication de la nécessité d'un excès d'hydrogène dans la végétation et celle de l'eau qui le fournit. La production de cette matière hydrogénée de consistance grasse emploie la plus grande partie de l'hydrogène en excès dans les cryptogames et dans la plupart des plantes herbacées; il s'y joint pour les plantes ligneuses des proportions considérables de matière dure et incrustante.

REPRODUCTION DE TIGES NOUVELLES PAR LES FEUILLES.

M. Turpin lit sur ce sujet une note dans laquelle il cite une foule d'exemples de ces cas, qu'un botaniste célèbre avait déclarés impossibles. Les cas qu'a observés M. Turpin sont même assez nombreux pour qu'il ait cru convenable de les ranger en catégories, suivant le mode particulier de leur développement.

1° Embryons naissant naturellement et constamment sur les feuilles attachées à la plante mère et sans excitation extraordinaire.

Dans le sinus des dentelures ou crénelures qui bordent les feuilles du bryophyllum calycinum, il naît des embryons foliacés munis de petites radicelles latérales, et qui en se détachant de la feuille-mère et en tombant sur le sol y reproduisent un nouvel individu.

Dans l'aisselle des folioles et du pétiole commun des feuilles isolées de plusieurs espèces de phyllanthus, il se développe des fleurs auxquelles succèdent des fruits et des embryons reproducteurs, ce qui, au fond, revient toujours au même, car peu importe pour la reproduction que le corps embryonnaire naisse immédiatement de la feuille comme dans le bryophyllum, ou qu'il soit précédé par l'appareil foliaire de tous les organes appendiciaires de la fleur, du péricarpe et de la graine, toutes choses qui ne lui appartiennent point et qui servent seulement à le protéger jusqu'à l'époque de son isolement et de sa germination.

Quelque chose de semblable se montre sur la nervure médiane de la feuille simple du dulongia acuminata.

Dans d'autres cas, c'est un bourgeon embryonnaire, partant directement des nervures de la surface inférieure de la feuille qui s'y développe en plantule, et qui, comme une sorte de parasite attaché à la feuille-mère, pousse de la base extrême des racines et se termine par une fructuation. Tels se présentent quelquefois ceux des feuilles du cardamine pratensis, ceux du drosera intermedia observés par M. Naudin et qui ont fait récemment l'objet d'une note de M. A. de Saint-Hilaire, ceux d'un assez grand nombre de fougères, au nombre desquels on ne peut s'empêcher de parler de l'asplenium rhizophyllum, dont l'extrémité de la nervure médiane de la feuille simple en se recourbant et en touchant le sol donne lieu à des radicelles qui s'enforcent dans la terre, puis à un bourgeon qui se déroule en une touffe de feuilles, et enfin en un individu nouveau qui se sépare de la feuille-mère.

2° Par développement d'abord intestinal des globulins contenus dans les vésicules du tissu cellulaire en embryons reproducteurs de l'espèce.

Ces sortes de productions embryonnaires, presque toujours anormales ou accidentelles, se remarquent plus souvent chez les feuilles des végétaux monocotylédons que chez celles des dicotylédons, plus souvent chez les feuilles arrachées de la plante mère, et surexcitées par la pression que chez celles qui sont en place et n'ont été soumises à aucune excitation. Ces corps reproducteurs qui résultent de globulins privilégiés végétant d'abord dans la vésicule maternelle, puis venant en bulbilles s'achever à la surface de la feuille, ces corps reproducteurs, disons-nous, ont été remarqués sur les feuilles de l'eucomis regia, de la fritillaria imperialis, de l'ornithogalum thyrsoïdes, du malaxis paludosa, etc.

3° Embryons reproducteurs naissant sur le bord des plaies cicatrisées en bourrelet, soit de la base du pétiole d'une feuille entière détachée de la plante-mère, soit d'une portion de feuille employée (l'une ou l'autre) comme bouture.

Ces reproductions sont possibles avec presque toutes les plantes, mais pour les obtenir il est souvent nécessaire d'artifices qu'on doit varier suivant la délicatesse plus ou moins grande des tissus sur lesquels on agit. Il faut que ces tissus aient leur développement normal complet; les boutures doivent être posées ou sur une éponge, ou sur des végétaux en décomposition, ou sur du sablon blanc et noir, ou sur de la terre médiocrement imprégnée d'humidité nutritive; il faut les abriter convenablement pour qu'une trop grande coopération ne les épuise pas, tout en ne les privant pas entièrement d'air et de lumière.

L'oignon, comme on le sait, est un véritable bourgeon, composé d'une tige abrégée, déprimée en plateau et tronquée inférieurement par décomposition des radicelles latérales et de ses feuilles charnues et engaînantes. Si dans l'intention de multiplier les individus, on coupe en travers la presque totalité d'un oignon de jacinthe, et qu'ensuite on l'abandonne à l'air sur une planche, par conséquent privé de terre et d'humidité autre que la sienne, on voit, quelques mois après, naître sur la partie coupée, sur la tranche inférieure ou supérieure de ces feuilles surexcitées une foule de bulbilles reproducteurs de l'espèce.

PIGEON MONSTRUEUX.

M. Quatrefage lit un mémoire sur l'anatomie qu'il a faite d'un cas de monstruosité double. Le monstre, qui appartient à l'espèce du pigeon domestique, présente une seule tête privée d'encéphale, deux cous distincts, et deux corps réunis par leur face antérieure; d'où il résulte que les deux colonnes vertébrales sont devenues latérales. Le tube digestif est commun dans la moitié supérieure; au-delà il se divise, et chacun des composans recouvre en toute propriété sa moitié inférieure. Les grands organes sécréteurs de l'abdomen (foies et reins) sont très volumineux; chaque pigeon possède les siens. Il en est de même des ovaires. Les organes respiratoires et circulatoires forment deux systèmes, dont l'un est antérieur et l'autre postérieur; celui-ci presque atrophié; l'autre, au contraire, très développé; tous deux appartenant par moitié à chacun des deux pigeons. Le squelette répète cette disposition. A côté des deux axes vertébraux se trouvent deux sternums avec leurs annexes, revenant par moitié à chacun de ces axes, et placés, l'un antérieurement, l'autre postérieurement, mais tous deux à peu près également développés.

M. Quatrefage cherche à déterminer l'époque à laquelle les deux germes en question ont dû se rencontrer et ont commencé à se pénétrer pour former un monstre double. D'abord la coalescence a dû avoir lieu avant que la poitrine fût fermée, c'est-à-dire avant le sixième jour de l'incubation. Mais si lon a égard à l'absence de cerveau, à la persistance des fentes trachéales, à létat du cœur, à l'absence de fente palpébrale, on ne peut guère assigner un commencement de la pénétration une époque postérieure à la trentième heure de l'incubation, et même à la vingt-huitième et la vingt-sixième, puisque le poulet pour lequel seul ces différentes phases de la vie embryonnaire ont été bien observées, éclot un peu plus tard que le pigeon.

RECHERCHES SUR LA GLANDE PITUITAIRE.

M. Bazin fait connaître les résultats des études qu'il a faites relativement à ce corps qu'il désigne sous le nom de ganglion céphalique, et décrit les filets nerveux qui en naissent; les plus importans de ces filets se portent immédiate-

ment sur la carotide interne, la contournent et fournissent différens filamens dout les uns se rendent an plexus carotidien, les autres s'anastomosent avec quelques-uns de ceux qu'envoie à leur rencontre le plexus caverneux. L'auteur a suivi les ramuscules qui unissent son ganglion céphalique à d'autres ganglions déjà connus et à un autre qui aurait échappé jusqu'ici aux anatomistes, puisqu'il serait situé sur la première branche du nerf trifacial, nerf qu'on croyait jusqu'ici en être dépourvu.

TRAITEMENT DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES.

M. Leroy d'Etiolles lit un mémoire sur ce sujet.

Il pose en fait que les communications anormales du vagin avec la vessie présentent de grandes différences de configuration, d'étendue, de rapport, déterminées surtout par les brides et les adhérences résultant de la cicatrisation qui suit la déchirure primitive; cicatrisation presque toujours abandonnée aux seuls efforts de la nature. Ici déjà l'art pourrait intervenir utilement, et par un pansement méthodique prévenir ces adhérences qui tiennent l'ouverture de la cloison béante, oblitèrent ou masquent le col de l'utérus, suppriment les menstrues, et rendent souvent pour la suite la maladie incurable.

La conséquence pratique de cette variété qui existe entre les fistules, c'est que, pour obtenir leur occlusion, il faut aussi des procédés variés appropriés à chacune d'elles : c'est pour cela que M. Leroy-d'Etiolles s'est attaché à perfectionner presque tous les procédés déjà connus, et qu'il a été conduit à en imaginer de nouveaux.

Ainsi, la cautérisation par le fer rouge pourrait désormais être faite avec plus de sûreté et plus de chances de succès. Plusieurs systèmes d'érignes appropriés aux diverses conditions des fistules permettent d'en rapprocher les lèvres, comme déjà M. Lallemand est parvenu quelquefois à le faire. La suture enchevillée la meilleure dans cette circonstance, mais la plus laborieusement appliquée jusqu'ici, deviendrait facile au moyen d'un instrument qui, du même coup, passe trois fils à des distances convenables et ramène les bouts hors de la vulve. M. Leroy-d'Etiolles a encore imaginé de faire servir la lèvre antérieure du col de l'humérus à l'occlusion de la fistule, et pour la tirer, il emploie une sorte de collier qui s'y fixe, ou mieux lorsque le col reste libre, un instrument à deux branches qui s'écartent dans la cavité même du corps de l'organe. L'application de ce procédé, faite à l'hôpital Beaujon, il y a trois ans, n'a pas été suivie de succès, mais cette expérience ne prouve pas définitivement.

La confiance de M. Leroy dans le succès du traitement repose surtout sur deux procédés nouveaux, applicables, l'un aux fistules de peu d'étendue, l'autre aux larges perforations; le premier est *l'accollement par soulèvement de la cloison vésico-vaginale*; le second est l'occlusion par *dédoublement et rétroversion de la cloison recto-vaginale*.

L'accollement par soulèvement est très simple; les surfaces qui entourent la fistule ayant été facilement et largement avivés, au moyen de spéculum disposés *ad hoc*, la sonde de Belloc, ou une sonde de gomme, est passée de la vessie dans le vagin par la fistule, un fil très fort est attaché à cette sonde et ramené par l'urètre; à l'autre bout de ce fil est fixée une tige longue de deux lignes, terminée par une boule de deux lignes de diamètre, percée d'un trou dans lequel est passée une tige mince courbe; c'est cette tige qui, tirée en haut par le fil, attachée au bec d'une sonde évacuatrice courbe en métal, produit le soulèvement de la cloison; les surfaces avivées s'accolent au-dessous d'elle; puis, lorsque les adhérences sont formées, on l'enlève. Pour cela, on saisit son extrémité saillante dans le vagin, avec des pinces à pansement, on la dépasse de son anneau en lui faisant décrire une courbe, et on la dégage des adhérences. Quant à la petite boule faisant l'office d'anneau, elle est extraite par l'urètre avec la sonde à laquelle nous avons dit qu'elle est liée par un fil.

Le procédé de l'oblitération par retroversion de la paroi postérieure s'exécute de la manière suivante : la muqueuse vaginale est enlevée dans toute la périphérie de la fistule, dans une étendue de quatre à cinq lignes, et ici les *spéculums aviveurs* trouvent encore leur application; des fils sont passés dans les lèvres antérieure et postérieure avec l'instrument de M. Colombat, ou tout autre analogue. Après quoi, une incision semi-lunaire est pratiquée au périné; elle pénètre dans l'espace intermédiaire au vagin et au rectum, et remonte jusqu'au point où l'union plus intime des deux parois ne permet plus le décollement. Deux incisions longitudinales sont faites alors, qui circonscrivent un lambeau ayant la forme d'un trapèze; c'est ce lambeau, comprenant la totalité de l'épaisseur de la paroi postérieure du vagin, qui, refoulé dans ce canal, s'applique, au moyen des fils, par sa partie saignante, contre la cloison vésico-vaginale avivée, et ferme la fistule. Au bout de deux mois, le repli par lequel tient le lambeau à la face postérieure est coupé, et le canal est rétabli.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 22 OCTOBRE.

CORRESPONDANCE.

MM. Gélis et Conté annoncent à l'Académie qu'ils proposent l'emploi du proto-lactate de fer, comme agent thérapeutique, dans tous les cas où les préparations ferrugineuses sont indiquées. Ce médicament est essayé en ce moment dans les hôpitaux.

M. Montain, de Lyon, membre correspondant, est présent à la séance.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un nouveau membre de l'Académie pour la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

Les candidats présentés par la commission, classés par ordre de mérite, sont :

MM. Gaultier de Claubry, Piedagnel, Dalmas, Chassaignac, Brière de Boismont, Sédillot.

La feuille de présence porte 113 membres; majorité, 57.

M. Gaultier de Claubry obtient.......	89	suffrages.
M. Prus —	8	—
M. Sédillot —	6	—
MM. Piedagnel et Chassaignac, chacun.	5	—
M. Bayle obtient	1	—

M. Gaultier de Claubry est, en conséquence, proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation du roi.

PIÈCES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, REPRÉSENTÉES EN RELIEF.

M. Cruveilhier lit, au nom de M. Breschet et au sien, un rapport favorable sur les pièces préparées en carton pâte, par M. F. Thibert. Elles joignent la fidélité de la copie, à la solidité, deux avantages immenses. Le peu de frais qu'entraînent ces préparations les met à la portée de tous les praticiens. M. Cruveilhier termine en rendant justice à la perfection remarquable avec laquelle ces travaux ont été exécutés, en émettant le vœu que ces pièces fassent partie de tous les musées anatomiques; et en encourageant ce mode de reproduction des lésions morbides, qu'il est si souvent important de conserver longtemps sous les yeux, et qui s'altèrent avec tant de facilité, même avec les meilleurs procédés de conservation. En conséquence, la commission propose de faire une réponse favorable à la lettre du ministre au sujet des préparations du docteur Thibert. (Adopté.)

M. Bousquet lit un rapport, demandé par le ministre, sur la demande d'un brevet d'invention pour des dragées de graine de moutarde blanche. (La demande est rejetée.)

Une longue discussion s'engage sur ce sujet.

Plusieurs membres font connaître un certain nombre de cas dans lesquels la moutarde blanche, empiriquement administrée, a déterminé des accidens graves.

ANÉVRISME DE L'AORTE.

M. Bouillaud met sous les yeux de l'Académie une énorme tumeur, provenant d'un anévrisme de la crosse de l'aorte et de l'aorte descendante.

L'œsophage, la trachée, la colonne vertébrale étaient comprimées. La paroi de la tumeur, en rapport avec l'œsophage, était sur le point d'être détruite. La cavité de l'anévrisme renfermait un volumineux caillot.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

RECHERCHES SUR LES MOUVEMENS DU CERVEAU; par M. Bourgougnon, D. M. à Montrichard. — 30 pages in-4°. (Dissertation inaugurale.) Paris, 1839.

En voyant les mouvemens que présente le cerveau lorsqu'il vient à être débarrassé sur un point de son étendue, de son enveloppe osseuse, on en avait conclu que toute sa masse était agitée de semblables mouvemens dans l'intérieur du crâne; cependant l'organisation de la masse encéphalique, qui ne peut présenter de vide, et qui, par conséquent, ne peut se prêter à un mouvement partiel ou de totalité, ne permettait pas, après un léger examen, d'admettre cette opinion, trop évidemment contraire aux lois de la physique générale, et qui a été combattue par Abercrombie dans l'un des plus intéressans chapitres de son Traité des maladies de l'encéphale. Mais Abercrombie n'a opposé à cette opinion que le raisonnement et les faits pathologiques, tandis que M. Bourgougnon la combat dans sa dissertation par des expériences faites sur les animaux vivans et qui ne peuvent laisser aucun doute sur l'immobilité complète du cerveau, lorsque son enveloppe osseuse est intacte. Nous ne reproduirons pas les curieuses expériences que M. Bourgougnon a faites à cette occasion, et nous ne décrirons pas les ingénieux appareils dont il s'est servi pour arriver à la solution du problème qu'il examinait; il nous suffira de dire qu'à l'aide d'un tube qu'il mettait en communication avec la dure-mère ou les circonvolutions cérébrales par une perforation pratiquée sur un point des os du crâne, il a constaté les différens mouvemens que le cerveau éprouve à l'occasion de la respiration et de l'impulsion artérielle sur les points où il n'y a pas d'autre obstacle que la pression atmosphérique, et a reconnu que ces mouvemens cessent aussitôt qu'on l'a replacé dans ses conditions normales, en interrompant la communication avec l'air; maintenant nous allons reproduire les conclusions qu'il tire de ces expériences et dont quelques-unes qui ont été plus largement développées par Abercrombie peuvent fournir d'utiles applications à la médecine pratique.

« La conclusion, qui m'a semblé ressortir à chaque pas, depuis la première expérience jusqu'à la dernière, c'est que le cerveau renfermé dans un crâne, intact et inextensible, est complètement immobile; et que les mouvemens qu'on observe sur lui ne sont que le résultat des moyens employés pour les étudier, et de certaines conditions pathologiques et congéniales.

» Si l'effort des colonnes de sang qui arrivent au cerveau est impuissant à produire le mouvement que je conteste, il n'en résulte pas moins que les centres nerveux sont soumis à un certain degré de pression, en deçà et au-delà duquel leurs fonctions sont troublées et anéanties; c'est ainsi qu'à la suite des causes qui diminuent la tension des vaisseaux, telles que l'hémorragie, l'opération de la paracenthèse, l'expulsion du produit de la conception, on voit apparaître la faiblesse, l'anéantissement des forces musculaires, la syncope, les convulsions, etc. La tension est-elle augmentée, des vertiges, des éblouissemens, des tintemens d'oreille, la somnolence, le côma, les convulsions aussi se développent. »

M. Bourgougnou a observé dans ses expériences que l'injection par les veines jugulaires détermine sur le cerveau, en communication avec l'atmosphère, des mouvemens plus étendus que celle poussée par les carotides, et demande, à cette occasion, si le mouvement isochrone à la respiration qu'on observe sur le cerveau après l'opération du trépan serait dû au reflux du sang veineux dans le crâne. Nous ne pensons pas que cette question puisse être douteuse, et croyons que, dans ce cas, l'augmentation de la quantité du sang veineux dans l'encéphale entraîne la diminution d'une égale quantité de sang artériel dans le même organe. Car, comme il le dit avec beaucoup de justesse, le crâne, qui ressemble à un siphon renflé à son sommet, ne peut admettre un liquide dans sa cavité qu'à la condition qu'un autre en sortira. D'après cette explication, les choses se passeraient d'une manière inverse dans les cas où, comme lors d'une vive émotion morale, le sang artériel serait poussé avec plus d'énergie dans les artères du cerveau; ce dernier ne contiendrait pas une plus grande quantité de sang, mais le sang artériel prédominerait à son tour sur le sang veineux. Quels sont les phénomènes propres à chacune de ces deux espèces de congestion cérébrale si différentes l'une de l'autre? C'est ce qu'il nous semble impossible, dans l'état actuel de la science, d'établir d'une manière positive; bien que quelques données puissent déjà servir de guides dans cette recherche. Nous souhaitons que M. Bourgougnou, qui ne quitte pas sans regret, pour se livrer à la pratique, les travaux purement scientifiques, puisse trouver sur les bords du Cher assez de loisir pour continuer ses recherches, dont l'intérêt scientifique et le but d'utilité pratique sont incontestables.

RECHERCHES SUR UNE ESPÈCE PARTICULIÈRE D'HÉMATURIE ENDÉMIQUE A L'ILE-DE-FRANCE (ILE MAURICE), ET DANS QUELQUES RÉGIONS TROPICALES; par M. RAYER, médecin de l'hôpital de la Charité. — Brochure in-8°. Paris, 1838.

Au Bureau de la Gazette Médicale, rue Jacob, 34.

L'hématurie de l'Ile de France, qui fait le sujet de cette brochure, n'est mentionnée ni dans nos ouvrages classiques de pathologie, ni dans les encyclopédies ou les dictionnaires de médecine, et elle est probablement peu connue du plus grand nombre des praticiens de nos contrées. Cependant M. Rayer, dont on connaît le zèle pour la science et qui s'est livré à des études spéciales sur les maladies des organes sécréteurs de l'urine, ayant été consulté par plusieurs colons venus à Paris, a réuni et publié ces différentes observations dans le mémoire que nous avons en ce moment sous les yeux, et a cherché, en les résumant, à trouver les élémens d'une description de cette maladie, qui est pourtant pas entièrement inconnue en Europe. Nous rappellerons d'abord brièvement avec lui les principales observations faites sur cette maladie par les médecins français qui ont exercé à l'Ile-de-France, MM. Chapotain et Salesse. Suivant le premier, l'enfant à l'Ile-de-France est quelquefois atteint, sans différence de sexe et dans l'âge le plus tendre, d'hématuries, qui sont continuelles chez quelques-uns, et qui, chez d'autres, recommencent par intervalles, à différens degrés de force, ordinairement sans douleur et sans aucune lésion de la santé. Elles se dissipent le plus souvent à l'époque de la puberté; quelquefois aussi elles se prolongent au-delà de ce terme. M. Chapotain rapporte, en outre, l'observation d'un jeune créole qui, après avoir éprouvé dans son enfance un pissement de sang, eut plus tard un pissement d'urine albumineuse et graisseuse.

Suivant le docteur Salesse, les trois quarts des enfans de l'île Maurice seraient atteints de cette hématurie, qui serait surtout produite par la masturbation et les mets épicés. Quand le sang rendu vient des reins, le malade est sujet aux coliques néphrétiques; lorsque, au contraire, le sang provient de la vessie, il y a une douleur assez vive dans cette région et à l'anus; le périnée est le siège d'une pesanteur et d'une tension désagréables; le malade éprouve souvent le besoin d'uriner, et à chaque fois il émet une petite quantité d'urine.

Bien que le pissement de sang soit le phénomène le plus frappant et le plus constant de cette maladie, cependant lorsqu'on analyse les faits individuels qui y sont relatifs, on voit bientôt que, nés d'une souche commune, ils offrent entre eux des dissemblances assez prononcées pour que M. Rayer ait cru devoir en faire trois séries.

La première comprend les cas simples d'hématurie, qui sont au nombre de huit, dans le mémoire de M. Rayer.

La seconde se compose des cas dans lesquels le pissement de sang a été accompagné de gravelle, et qui ne sont qu'au nombre de trois; mais l'auteur soupçonne avec raison que quelques-uns de ceux de la première série, dans lesquels la nature du sédiment de l'urine n'a pas été suffisamment indiquée, devraient appartenir à la seconde. Cette supposition n'est pas sans quelque probabilité, car M. Rayer a constaté, par l'inspection microscopique, l'existence d'un semblable dépôt chez un jeune enfant de l'Ile-de-France, atteint d'hématurie, et qui n'éprouvait point de coliques néphrétiques, et chez son père, dont l'urine était albumino-graisseuse.

La troisième série contient les cas dans lesquels l'hématurie a été remplacée par une urine chyleuse ou albumineuse graisseuse.

Cette maladie paraît aussi être fréquente au Brésil, où elle a fixé l'attention de la société de médecine de Rio-Janeiro. M. Rayer rapporte les différentes opinions qui ont été émises à ce sujet dans la séance du 20 août 1833.

M. Rayer dit avoir constaté sur des individus nés en France la transformation d'un pissement de sang en une urine albumineuse; mais jusqu'ici il n'a observé que chez des individus nés dans les régions tropicales la transformation d'un pissement de sang en une urine albumino-graisseuse, d'apparence laiteuse; il décrit à cette occasion les caractères microscopiques qui ne permettent pas de confondre l'urine purulente avec l'urine chyleuse. Il pense que, sous le rapport étiologique, on doit rapprocher de l'hématurie de l'Ile-de-France celle qu'éprouvent quelquefois les Européens dans la Haute-Egypte et la Nubie, et qui a été signalée par M. Renoult, et d'autres hémorragies observées dans les régions tropicales.

Cette influence des climats chauds sur la production de l'hématurie n'a rien qui doive étonner, la fréquence des hémorragies ayant été plusieurs fois signalée dans ces climats: les hémoptysies, par exemple, dans les Indes; les hémorragies internes, dans la Guiane; mais alors il restera à expliquer pourquoi le moliment hémorragique se montre à l'île Maurice sous la forme d'une hématurie; dans l'Inde, sous celle d'une hémoptysie, et à la Guiane, sous une troisième forme; pourquoi encore, en Europe, c'est dans la vieillesse qu'on observe l'hématurie, tandis qu'à l'Ile-de-France le pissement de sang attaque surtout les enfans.

Quand l'hématurie se répète, les enfans deviennent pâles et languissans, mais elle est rarement portée à un tel degré qu'elle rende la constitution cachectique, ou que les malades soient atteints consécutivement d'hydropisie générale ou d'œdème très prononcé.

Une des circonstances les plus remarquables de l'hématurie endémique de l'Ile-de-France est, sans contredit, cette transformation plusieurs fois observée de l'urine sanguinolente en une urine chyleuse ou en une urine albumineuse et graisseuse. Cette maladie, quelle que soit celle des séries précédentes à laquelle elle appartienne, affecte toujours une marche chronique; l'hémorragie cesse quelquefois pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines; puis, elle se reproduit et se prolonge pendant plusieurs mois, présentant de temps à autre des intermissions ou des rémissions plus ou moins marquées.

Cette maladie détermine rarement des accidens assez graves pour amener la mort, et M. Rayer paraît ne pas connaître un seul cas où l'on ait constaté avec soin l'état anatomique des voies urinaires.

Les expériences et les observations faites à l'Ile-de-France et en Europe sur le traitement de l'hématurie endémique peuvent être résumées ainsi:

Abandonnée à elle-même, compliquée ou non de gravelle, elle guérit spontanément au bout de plusieurs mois ou de plusieurs années, lorsqu'elle n'est pas assez abondante pour détériorer la santé.

La saignée, combinée avec l'administration des boissons acidulées, du ratanhia et du repos à suspendu pour quelque temps l'hémorragie; mais elle est contre-indiquée chez les sujets affaiblis. Chez ces derniers, les préparations ferrugineuses, une nourriture substantielle et un exercice modéré sont utiles.

Lorsque la maladie est compliquée de gravelle, d'acide urique, on doit recourir aux moyens précédemment indiqués, la poudre et les boissons alcalines.

La dégénération de cette hématurie en une urine chyleuse, on en une urine albumineuse et graisseuse a été combattue avec succès par la teinture de cantharides; ce que la théorie n'eût certainement pas indiqué *à priori*.

Lorsque l'hématurie résiste à ces moyens, il reste à conseiller l'émigration qui, cependant, n'est pas un moyen infaillible. Les observations des médecins du Brésil sont conformes à celles des médecins de l'Ile-de-France, sur le traitement de l'urine chyleuse, tout en reconnaissant que la cessation de la maladie est quelquefois indépendante de l'action des remèdes.

DES DIVERSES ESPÈCES DE MORVE ET DE FARCIN, CONSIDÉRÉES COMME DES FORMES VARIÉES D'UNE MÊME AFFECTION GÉNÉRALE CONTAGIEUSE; par M. U. LEBLANC, vétérinaire, membre de la Société médicale d'émulation de Paris, etc. — 95 pages in-8. Paris, 1839.

Le but de l'auteur de cette brochure a été, en faisant connaître le résultat des observations qu'une longue pratique et de nombreuses expériences l'ont mis à même de faire sur la morve, de jeter quelques lumières sur la question de la contagion de cette maladie, que l'administration de la guerre vient de soumettre à l'examen d'une commission. L'importance de cette question pour le gouvernement est facile à comprendre; non seulement elle se rattache à de graves intérêts pécuniaires, mais même, jusqu'à un certain point, elle peut, dans certaines circonstances, se lier à des intérêts plus chers encore, à l'honneur et à la sûreté du pays; mais cette question, déjà grande lorsqu'elle ne s'appliquait qu'à une maladie particulière à quelques animaux domestiques, a beaucoup grandi encore, depuis qu'il a été à peu près démontré que la morve était communiquée du cheval à l'homme.

Pour M. Leblanc, la morve est une maladie générale qui se présente, il est vrai, sous des formes variables, que quelques vétérinaires ont considérées comme des maladies différentes; ainsi, la morve aiguë, la morve chronique, la morve pustuleuse, la morve gangréneuse, le farcin chronique, et le farcin aigu. Toutes ces dénominations n'indiquent donc que des degrés différens d'une même affection, mais dans le développement successif desquels on ne doit pas admettre comme nécessaire l'ordre que ces dénominations semblent indiquer. Ainsi, il n'est pas rare de voir la morve aiguë succéder à la morve chronique, et de voir apparaître, dans la *morve chronique*, pour premières lésions caractéristiques, des lésions qui n'appartiennent qu'au second on au troisième degré des autres. « J'ajouterai encore, dit l'auteur, en faveur de la consanguinité des diverses espèces de morve et de farcin, que tout le monde reconnaît que ce sont les mêmes causes qui les produisent; seulement, on n'est pas d'accord sur la contagion que les uns admettent pour la morve aiguë, la morve gangréneuse et le farcin aigu, et qu'ils contestent à la morve et au farcin chronique. »

En décrivant les différentes lésions qu'on observe pendant le cours de ces différentes formes, M. Leblanc fait remarquer les nombreuses variétés qu'offrent les lésions dans ces formes différentes et surtout dans les altérations du sang qui varient d'un jour à l'autre et qui sont très difficiles à apprécier tant que la morve et le farcin ne sont pas arrivés à un certain degré de gravité, tant que les principales fonctions ne sont pas manifestement troublées.

Nous ne pourrions suivre ici l'auteur dans les développemens dans lesquels il est entré sur les différentes altérations des solides et des fluides, ni dans les remarques qu'il présente sur quelques-uns des symptômes et sur la marche de la maladie. Nous ne pourrions non plus citer les nombreux faits qu'il rapporte à l'appui de la contagion de la morve et du farcin chronique, et qui la plupart ont été recueillis dans sa pratique ou par lui-même. Nous ne pouvons, après avoir toutefois engagé les personnes qui conservent quelques doutes sur ces questions ou qui désirent suivre la discussion qui s'est élevée sur ce sujet à lire la brochure de M. Leblanc, nous ne pouvons, disons-nous, que tirer avec l'auteur les deux conclusions suivantes :

1° Les différentes espèces de morve et de farcin doivent être considérées comme des formes variées d'une même affection générale;

2° Toutes les formes de morve et de farcin sont contagieuses, mais à différens degrés.

VARIÉTÉS.

— FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG. — Le concours d'hygiène et de physique médicale qui doit s'ouvrir le 5 novembre prochain ne compte que deux concurrens : M. Rameau, docteur ès-sciences, agrégé de la Faculté de Strasbourg; M. Beaudrimont, agrégé de la Faculté de Paris.

SÉRIE DE MÉMOIRES

POUR SERVIR A L'HISTOIRE

DES DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX;

PAR M. LE DOCTEUR JULES GUÉRIN,

Directeur de l'Institut Orthopédique de la Muette, et chargé du service spécial des difformités à l'Hôpital des Enfans malades.

PREMIER MÉMOIRE. — Mémoire sur l'extension sigmoïde et la flexion dans le traitement des déviations latérales de l'épine; lu à l'Académie royale de médecine, le 15 novembre 1835; in-8°, avec planches. Prix. . . 2 fr.

DEUXIÈME MÉMOIRE. — Mémoire sur les moyens de distinguer les déviations simulées de la colonne vertébrale des déviations pathologiques; présenté à l'Académie royale de médecine, le 2 juin 1836; précédé de trois rapports faits à l'Académie sur ce Mémoire; in-8°, avec planches. Prix. . 3 fr.

TROISIÈME MÉMOIRE. — Mémoire sur une nouvelle méthode de traitement du torticolis ancien; présenté à l'Académie royale des sciences, le 3 avril 1838; in-8°. Prix . . . . . . 2 fr.

QUATRIÈME MÉMOIRE. — Mémoire sur l'étiologie générale des pieds-bots congénitaux; lu à l'Académie royale de médecine, le 1er décembre 1838; in-8°. Prix. . . . . . 2 fr.

CINQUIÈME MÉMOIRE. — Mémoire sur les variétés anatomiques du pied-bot congénital, dans leurs rapports avec la rétraction musculaire convulsive; présenté à l'Académie royale des sciences, le 18 mars 1839; in-8°. Prix . . . . . . 2 fr.

SIXIÈME MÉMOIRE. — Mémoire sur les caractères généraux du rachitisme; lu à l'Académie royale des sciences, le 17 juillet 1837; in-8°, avec planches. Prix. . . . . . 2 fr.

Au Bureau de la GAZETTE MÉDICALE, rue Racine, 14.

— AGENDA MÉDICAL DES DÉPARTEMENS POUR 1840, contenant un calendrier pour l'inscription des visites; les lois et les réglemens sur l'exercice de la médecine; modèles de rapport et de certificat; un travail sur la substitution du poids décimal au poids de marc; un tableau des secours à donner aux empoisonnés, pendus, noyés, etc.; un formulaire pratique, indiquant les doses des principaux médicamens d'après le système décimal; les Académies, les Facultés et les journaux de médecine; la réduction des pieds, pouces et lignes en mètres et décimales du mètre. Relié en maroquin et fermant avec un crayon. Prix: 4 fr. 50 c., franc de port.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13 bis.
A Strasbourg, chez Derivaux, libraire, rue des Hallebardes, 24.
A Montpellier, chez Sévalle, libraire.

C'est à M. Eisseu, de Strasbourg, qu'est due l'heureuse idée de cette publication. Son AGENDA rendra de grands services aux médecins des départemens.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 44. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 3 NOVEMBRE 1839.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CHIRURGIE PRATIQUE.

CONSIDÉRATIONS SUR QUELQUES POINTS DE L'HISTOIRE DES HERNIES ÉTRANGLÉES; par M. Diday.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

§ II. — Indications du taxis comparées a celles de la herniotomie.

Le seul énoncé de cette question montre que je ne veux pas parler ici du taxis tel qu'on le pratique partout, durant la première période de l'étranglement, et avant de recourir à d'autres moyens. Dans cette limite (et beaucoup de chirurgiens pensent qu'il doit toujours y être renfermé), son utilité n'est contestée par personne; mais sa sphère d'application demeurant alors restreinte au début de la maladie, et s'arrêtant à l'époque où l'opération devient indiquée, il ne peut en être question ici. En effet, puisque je me propose de déterminer la valeur comparative de la herniotomie et du taxis, le parallèle ne peut porter que sur deux méthodes capables de se suppléer mutuellement; je dois donc avoir seulement en vue cette manière d'employer le taxis suivant laquelle les indications de ce procédé deviennent, pour quelques auteurs, les mêmes que celles de l'opération. Je veux parler du taxis forcé, auquel M. Amussat a attaché son nom dans ces derniers temps.

Le problème ainsi posé est surtout intéressant à cause de la solution contradictoire que semblent en donner tour à tour le raisonnement et l'expérience. Théoriquement, en effet, l'adhérence des viscères avec le sac, ou un degré extrême de resserrement du canal herniaire ne rendront-ils pas inutiles toutes les tentatives de réduction? L'incertitude où l'on reste forcément sur l'état de l'intestin ne fait-elle pas redouter un épanchement stercoral, si cet organe était gangrené? Enfin, les violences que subissent les parties, avant de rentrer dans l'abdomen, n'exposent-elles pas à une péritonite sur-aiguë? Toutes ces éventualités constituent des objections en apparence sans réplique contre le taxis forcé; et cependant, lorsque l'on consulte les observations, on se trouve frappé malgré soi de ce fait important, savoir : que quels qu'aient été les antécédens de la maladie, quelque longues et énergiques qu'aient dû être les manœuvres de l'opérateur, du moment où la réduction a été obtenue, tous les accidens disparaissent comme par enchantement dans l'immense majorité des cas.

Cette vérité acquise aux partisans du taxis forcé, et qu'il importait de mettre de suite en relief, nous permet de répondre maintenant de la manière la plus péremptoire, sinon la plus logique, aux reproches que lui font ses adversaires. Selon eux, les tentatives de taxis, lorsqu'elles échouent, ont l'inconvénient de rendre beaucoup plus graves les suites de le her-

Feuilleton.

SUR LA NOMINATION DES JUGES DE L'ACADÉMIE POUR LES CONCOURS DE LA FACULTÉ.

Notre époque marquera-t-elle un jour les progrès qu'elle voit accomplir? Je ne sais; mais c'est à coup sûr une époque de mouvement et de changement. Il n'est guère d'institution autour de nous qui ne se soit ressentie de la versatilité de l'esprit contemporain; mais nulle part elle ne s'est exercée avec plus d'abandon que dans les différentes branches de la législation. Depuis la loi jusqu'au réglement, elle a tout remué; il restait les statuts académiques, harcelés souvent par le zèle novateur, modifiés avec une lente réserve dans les menus détails de leur économie, mais intacts dans leurs dispositions capitales. Le respect qui garantissait leur intégrité tombe à son tour; l'Académie vient d'être mutilée, presque à son insu, dans l'une de ses prérogatives les plus imposantes; son réglement vient de subir une altération grave entre les mains qui ont mission de le conserver; le conseil d'administration a soumis à l'approbation de l'autorité universitaire une mesure dont il est l'auteur, et qui nous paraît aussi contestable dans sa légalité que chanceuse dans ses résultats : voici ce dont il s'agit.

Un arrêté du conseil royal d'instruction publique, en date du 21 novembre 1834, avait déterminé le mode d'élection des juges que l'Académie est appelée à fournir dans les concours pour les places de professeur à la Faculté de médecine. La désignation des juges s'opérait de la manière suivante : l'Académie procédait à la nomination de dix membres, pris indistinctement dans toutes les sections; ces dix noms étaient ensuite replacés dans l'urne et fournissaient, par un tirage au sort, quatre juges et un suppléant. Le choix de l'Académie trouvait dans ce régime électoral une double garantie d'indépendance et d'impartialité : le vote général, plus le hasard. Depuis cinq ans écoulés, ces dispositions ont été mises en pratique à plusieurs reprises; c'est sous leur empire que l'Académie a donné son contingent aux jurys qui ont décerné l'héritage de Dupuytren, de Desgenettes, de Deyeux, d'Alibert; aucune réclamation ne s'est élevée contre ce genre de nomination, ni dans le sein de l'Académie, ni dans les rangs de la Faculté; les générations de candidats que le concours a vus depuis cinq ans défiler dans son arène en ont accepté les résultats sans critique ni récrimination, et Dieu sait si la gent concurrente se tait à l'endroit des vices de forme ou des imperfections réglementaires. Rien ne semblait donc présager ni motiver un changement dans cette portion des attributions académiques, quand le Moniteur est venu, de sa trompette officielle, nous sonner aux oreilles une délibération du conseil d'administration de l'Académie, en date du 27 août 1839, et confirmée, sur l'avis du conseil royal d'instruction publique, laquelle délibération n'admet plus que dans les formes suivantes les adjonctions de juges et suppléans que doit présenter l'Académie pour le complément du jury de chaque concours :

1° Les juges pour les chaires de pathologie et de thérapeutique générales,

niotomie que l'on est ensuite obligé de pratiquer. Je ne comprends vraiment pas que cet argument puisse avoir la moindre valeur pour ceux qui connaissent le chiffre si élevé de la mortalité qui est (nous le prouverons ailleurs, voyez paragraphe 3) de plus de la moitié des cas. Eh quoi! voici deux méthodes différentes entre lesquelles il s'agit de prononcer : le taxis et l'opération. Employées isolément, l'une est presque toujours innocente, l'autre souvent mortelle. Et lorsque des accidens surviennent après qu'elles ont été successivement mises en usage, vous vous croyez autorisé à décharger de toute responsabilité celle qui s'accompagne habituellement des suites les plus fâcheuses, pour en imputer le tort à sa rivale? On peut d'ailleurs aisément s'expliquer les résultats heureux dus au taxis: son influence est toute favorable, et se borne à supprimer la cause du mal, en laissant toutes les parties dans l'état normal; aussi les accidens disparaissent-ils à sa suite d'une manière presque instantanée; mais les choses ne se passent pas ainsi après l'opération, et cela devait être, car, bien que l'étranglement soit aussi levé par le débridement, on ne peut néanmoins nier que l'incision du sac, le maniement des viscères herniés, l'introduction du doigt et des instrumens, peut-être l'accès de l'air dans la cavité abdominale, ne soient des causes bien suffisantes pour rendre compte de l'inflammation violente qui survient si fréquemment alors.

Que l'on ne croie pas cependant qu'exagéré partisan du taxis, je veuille généraliser indistinctement son application. Si, pour réfuter ses adversaires, j'ai voulu montrer que les dangers qu'on lui attribue sont imaginaires pour la plupart, je suis le premier à reconnaître que sa sphère d'application, quoique vaste, n'en doit pas moins demeurer bien circonscrite; car ce serait, je n'en doute pas, nuire à sa cause, que de le préconiser comme convenant dans tous les cas sans exception. En principe, je le rejetterais dans tout étranglement déjà ancien; dans ceux où la gangrène est probable; je le rejetterais aussi dans les hernies qui se sont étranglées dès leur première apparition, soit parce que la forte constriction d'un anneau encore vierge peut alors avoir déterminé la gangrène plus rapidement qu'à l'ordinaire, soit parce que le défaut d'adhérences entre la face externe du sac et les parties voisines expose à la réduction en bloc.

Mais ces règles, j'en conviens, ne sont pas toujours d'une application facile; les signes qui annoncent ordinairement la gangrène peuvent se dérober à l'investigation la plus attentive; et d'un autre côté l'on connaît aujourd'hui plusieurs cas de guérison dues à la réduction, alors même que l'ancienneté de la maladie et l'ensemble des phénomènes qui sont propres à la gangrène semblaient rendre son existence évidente. La nature elle-même produit quelquefois de ces exemples de réussite que l'on serait presque tenté d'appeler malheureux, quand on sait par quelle irrésistible influence ils entraînent ceux qui en ont été témoins à les prendre pour modèles dans leur pratique. J'en citerai un remarquable que j'ai observé, en 1833, dans le service de Dupuytren. Un homme entra, salle Sainte-Marthe, avec une hernie étranglée depuis huit jours, et sur laquelle Boyer avait fait appliquer, en plusieurs fois, quatre-vingts sangsues. Les tentatives de réduction avaient été nombreuses et aidées de tous les moyens usités en pareil cas. Les symptômes locaux et généraux indiquaient bien certainement la gangrène plutôt que l'inflammation des parties herniées; suppression des selles, vomissemens rares, mais de matières manifestement stercorales, indolence presque complète de la tumeur ayant succédé à une sensibilité d'abord très vive, pouls grêle, peau froide, gémissemens continuels, prostration extrême; cette réunion de phénomènes fâcheux empêcha de songer de songer au moindre essai de taxis. On se préparait à l'opérer le lendemain, lorsque, pendant la nuit, la hernie rentra spontanément, et les accidens se dissipèrent en vingt-quatre heures. Il n'est personne qui n'ait été à même d'observer quelques cas de cette espèce, où, malgré toute la gravité du mal, la guérison a eu lieu dès que les viscères ont repris leur place accoutumée.

Est-il donc possible, au milieu de tant de contradictions apparentes, de déterminer la véritable valeur du taxis comparativement à celle de la herniotomie? Je pense que l'on peut atteindre ce but en cherchant à préciser quels sont les dangers attachés à l'emploi de chacune de ces deux méthodes. Mais, si l'on veut arriver à un résultat positif, il importe de négliger, dans ce parallèle, les complications qui surviennent fortuitement pour ne tenir compte que des accidens essentiellement inhérens à l'une et à l'autre. Or avec le taxis, où l'on est exposé à réduire un intestin gangrené, ce qu'on a surtout à craindre, c'est un épanchement stercoral dans l'abdomen. Après l'opération, le principal écueil est la péritonite. Il serait sans doute impossible de décider par un calcul rigoureux lequel de ces deux accidens est, par sa fréquence et sa gravité, le plus terrible; mais heureusement un semblable travail n'est pas nécessaire pour permettre de faire un choix entre les deux méthodes; car si l'on considère, d'un côté, qu'avec beaucoup d'attention et de réserve, il sera souvent possible d'éviter l'épanchement, en s'abstenant du taxis quand la gangrène sera probable; de l'autre, qu'avec l'opération (telle du moins qu'elle se pratique aujourd'hui), nulle précaution ne peut, au contraire, prévenir la péritonite, toute hésitation devra cesser, puisque le raisonnement se trouve d'accord avec l'expérience pour assurer la préférence au taxis dans tous les cas où il peut suffire.

Je dirai donc, pour donner en deux mots l'explication des succès de cette méthode que, par le taxis forcé, on réussit (les faits le prouvent), en faisant risquer au malade quelques chances d'un épanchement stercoral, pour qu'il échappe à celles de la péritonite, beaucoup plus nombreuses et plus difficiles à éviter. Ce résumé succinct de la discussion qui précède nous servira plus tard; c'est pour cela que j'ai voulu le mettre en évidence.

§ III. HERNIOTOMIE SANS INCISION DU SAC.

L'accident qui, par sa fréquence et son extrême gravité, est le plus à redouter après la herniotomie, c'est sans contredit la péritonite. Préexistant dans tous les cas, elle acquiert souvent, dès les premières heures qui suivent l'opération, une extension d'autant plus effrayante que les agens thérapeutiques ne sont presque jamais assez efficaces pour l'arrêter dans sa marche. Cela posé, s'il est vrai, d'un autre côté, que la péritonite se montre rarement lorsque la réduction a été due au taxis, n'est-il pas naturel de conclure que l'on atténuerait de beaucoup la gravité de l'opération, si l'on pouvait parvenir à conserver, en la pratiquant, les conditions qui rendent la réduction par le taxis si avantageuse? Or, le péritoine est la partie dont l'inflammation est en même temps la plus facile à se produire et la plus dangereuse dans ses effets : on est donc conduit à penser que l'on supprimerait une cause puissante d'insuccès, en évitant les manœuvres si irritantes pour cette membrane, qui sont inséparables

---

de thérapeutique et de matière médicale, de pathologie et de clinique internes, seront élus par les académiciens appartenant aux sections de pathologie médicale, de thérapeutique et d'histoire naturelle; les membres des sections de pathologie chirurgicale, de médecine opératoire et d'accouchement nommeront les juges pour les chaires de pathologie et de clinique externes, de médecine opératoire et d'accouchement. La nomination des juges pour les chaires d'anatomie, de physiologie et d'anatomie pathologique sera faite par les membres des sections d'anatomie et de physiologie, d'anatomie pathologique et de médecine vétérinaire; les juges pour les chaires de pharmacie, d'hygiène et de médecine légale seront nommés par les membres des sections de physique et de chimie médicale, de pharmacie, d'hygiène publique, de médecine légale et de police médicale.

2° Les élections auront lieu dans une séance extraordinaire et au scrutin secret; elles ne seront valables qu'autant que les deux tiers des membres appelés à voter y auront pris part, et que chacun des juges aura obtenu la moitié, plus un, des suffrages des membres présens. Les séances seront présidées par le président de l'Académie, qui aura voix délibérative. Le résultat des élections sera notifié à l'Académie dans une de ses séances ordinaires.

Voilà, dans sa teneur officielle, le nouveau mode suivant lequel l'Académie nommera à l'avenir les juges pour les concours de la Faculté. Un membre de cette compagnie, M. Cornac, nous adresse à ce sujet quelques remarques pleines de justesse; elles nous ont été suggérées comme à lui par la lecture de l'arrêté dont nous avons rapporté le texte. Le premier effet de cet arrêté est de restreindre le nombre des académiciens qui participent au choix des juges. Jusqu'à présent tous étaient à la fois électeurs et éligibles pour ces fonctions temporaires; cette sorte de suffrage universel semble avoir effrayé; désormais l'élection est resserrée dans les limites des sections. Si l'Académie, nous écrit M. Cornac, avait continué, suivant l'ordonnance de création, à n'être composée que de trois sections : 1° de médecine; 2° de chirurgie; 3° de sciences physiques, je concevrais la possibilité de circonscrire dans chacune de ces sections le choix des juges appelés aux concours des chaires correspondantes; mais depuis la fondation de l'Académie, une autre ordonnance l'a partagée en onze sections; division beaucoup trop multiple pour n'admettre dans chacun de ses compartimens que des hommes spéciaux. Nous dirons tout à l'heure pourquoi nous ne souscrivons pas à la transaction qu'aurait acceptée M. Cornac, d'après l'ordonnance de fondation; mais rappelons d'abord que nous avons déjà signalé dans une autre occasion ce que la répartition des membres de l'Académie dans les différentes sections a d'arbitraire et d'illogique. Si, en soustrayant la nomination des juges au vote général de l'assemblée, on s'est proposé de la placer sous la sanction de la spécialité, le but n'est pas atteint; la spécialité n'a guère présidé à l'établissement des sections dont se compose l'assemblée de la rue de Poitiers; elle possède dans son sein des médecins, non des pathologistes, des thérapeutistes, des pharmacologistes, etc. Que l'on jette un regard sur le classement des noms suivant les sections, et l'on reconnaîtra que tel qui s'abrite sous la bannière de la matière médicale figurerait tout aussi légitimement dans le cadre des pathologistes; que tel autre, attribué à la phalange physiologique, exhale des syllabes de ses noms et prénoms une odeur de pharmacie. Il y a plus, et M. Cornac n'a pas manqué de le signaler, dans sa lettre, les sections de pathologie interne et de thérapeutique étant les seules qui aient eu à présenter les adjonctions pour le prochain concours, il

du procédé opératoire ordinaire. On voit que je veux parler de la herniotomie, sans incision du sac.

Quoique proposée déjà très anciennement, cette modification n'a jamais compté parmi nous beaucoup de partisans; peut-être ne sera-t il point inutile d'examiner de nouveau les causes de cette défaveur. Les principaux chefs d'accusation élevés contre elle sont les difficultés de son exécution, son insuffisance, et les dangers qui peuvent en résulter. La discussion de ces diverses objections me fournira le moyen de préciser les cas dans lesquels je pense que ce procédé convient.

A. Le reproche de difficulté ne me paraît pas susceptible de fournir contre son adoption un argument de quelque gravité. Le malade n'a-t-il pas, en effet, le droit de réclamer toujours de son chirurgien assez d'habileté pour qu'une pareille considération ne le fasse jamais hésiter, lorsqu'il lui faut choisir entre deux méthodes, dont la moins facile est en même temps la plus sûre ? D'ailleurs, je puis opposer des faits et des autorités aux spéculations de la théorie. J'ai vu M. A. Bérard pratiquer ce mode de débridement (dans un but à la vérité différent de celui que j'ai ici en vue), et l'opération fut achevée avec la même facilité que dans les cas ordinaires (1). L'habileté bien reconnue de ce chirurgien doit sans doute me rendre réservé sur les conséquences que je pourrais tirer de la promptitude avec laquelle il la termina; je me crois cependant autorisé à affirmer que nulle circonstance particulière ne me donna lieu de présumer que des obstacles sérieux pussent arrêter l'opérateur dans l'exécution de ce procédé. M. Velpeau, qui ne partage pas notre manière de voir sur ses avantages, dit cependant : « Le débridement n'a rien de plus difficile alors que dans le procédé ordinaire (2). » Peut-on, enfin, l'appeler impraticable, lorsque des hommes véridiques, des hommes éminemment praticiens, comme J.-L. Petit et A. Cooper, assurent l'avoir mis plusieurs fois en usage ?

B. Le débridement sans incision du sac ne porte que sur l'anneau, a-t-on dit, et par conséquent ne constituerait qu'une ressource illusoire, lorsque l'étranglement vient du côté du sac. Ceci est très juste; mais qu'en résulte-t-il ? Bien autre chose, si ce n'est que la modification dont je parle convient dans certains cas, et serait insuffisante dans d'autres. J'accorde donc bien volontiers que tout étranglement produit par le collet du sac est, de sa nature, réfractaire à l'application de ce procédé; mais je n'en persiste pas moins à croire qu'il serait prudent de l'essayer d'abord, toutes les fois qu'il restera au chirurgien quelque doute sur la part que prennent à l'étranglement l'anneau et le collet du sac. Or, comme il est très difficile, pour ne pas dire impossible, d'établir *à priori* ce genre de diagnostic, conseiller de commencer par inciser l'anneau lorsqu'il y a doute, c'est prescrire d'agir ainsi dans tous les cas. Que pourrait-on objecter à cette proposition ? Lors même que l'étranglement dépendrait du collet du sac, cette dilatation préalable de l'anneau n'entraînerait aucun inconvénient, car il ne serait pas difficile, son insuffisance une fois reconnue, de procéder immédiatement au débridement du sac; et la perte de temps que nécessiteraient ces manœuvres ne me paraît pas, comme à M. Laugier (1), devoir être assez considérable, ni surtout assez nuisible pour faire rejeter un plan opératoire qui, théoriquement du moins, paraît offrir tant d'avantages.

Dira-t-on, enfin, que l'étranglement a si souvent son siége au collet du sac, qu'il est inutile de créer une méthode particulière pour les cas rares où l'obstacle résulterait de la constriction exercée par l'anneau ? Mais, d'abord, il serait impossible de déterminer aujourd'hui, par des faits, la proportion suivant laquelle l'une ou l'autre de ces deux causes agit pour produire l'étranglement, car, comme le dit Scarpa (2) : « Dans toutes les opérations de hernies étranglées, les praticiens instruits ont toujours incisé en même temps l'anneau inguinal et le col du sac herniaire, sans examiner laquelle de ces deux parties était la cause principale de l'étranglement. » Et sa remarque est encore vraie de nos jours. D'ailleurs, si le collet est une cause fréquente d'étranglement dans les hernies inguinales, il est hors de doute, de l'aveu même de Dupuytren (3), qu'il n'est presque jamais pour rien dans celui des hernies crurales et ombilicales. Par conséquent, une méthode uniquement destinée aux cas d'étranglement par l'anneau aponévrotique ne pourrait subir le reproche d'être exposée à rester inutile, faute de circonstances indiquant son emploi.

C. J'aborde maintenant le reproche le plus sérieux que l'on puisse faire à ce mode de débridement, le danger d'un épanchement stercoral dans la cavité péritonéale. En effet, la gangrène de l'intestin semble parfois se jouer de toutes les règles : la rapidité de son apparition, l'absence des symptômes qui la caractérisent ordinairement peuvent mettre en défaut le chirurgien le plus expérimenté; et si la réduction a lieu dans cet état, le malade sera exposé à l'accident que je viens de mentionner, par suite de la séparation des escarres. Or, laisser le sac intact au moment de l'opération, n'est-ce pas renoncer au seul moyen précis de reconnaître si cette altération existe; n'est-ce pas par conséquent mettre volontairement les chances les plus fâcheuses contre le malade ? J'ai à présenter, en ré-

(1) Voici les principaux détails de ce fait. Une femme, âgée de 80 ans, entra, le 13 juillet 1835, à l'infirmerie de la Salpêtrière. Elle portait, depuis douze ans, une hernie crurale qui, suivant elle, avait été jusque-là complètement réductible, et qui était étranglée depuis quarante-huit heures. M. A. Bérard, après avoir vu échouer le taxis tenté à deux reprises et secondé par l'administration de deux lavemens de tabac, n'hésita pas à pratiquer l'opération dès le lendemain. Le sac incisé, on découvrit une masse épiploïque sous laquelle était caché l'intestin pincé au milieu de son calibre, offrant une couleur rouge-brun, et sans mortification évidente, bien qu'il fût tacheté de petites ecchymoses. Après avoir constaté l'intégrité organique des viscères, on voulut débrider, mais c'est en vain que l'on chercha à engager le doigt d'abord, puis la sonde cannelée entre le sac et l'intestin; un stylet même ne put passer dans leur intervalle, et l'on s'aperçut, à l'aide de ce dernier, qu'un cercle continu d'adhérences s'opposait à l'introduction des instrumens destinés à opérer le débridement. Sans chercher à détruire ces adhérences, M. Bérard, prenant sur-le-champ son parti, prolongea l'incision des tégumens jusqu'au-dessus de l'arcade crurale; puis, l'ayant mise à découvert, il glissa le bistouri entre ce ligament et la face externe du sac, qu'un aide, pendant cette manœuvre, tirait fortement en bas, et incisa le ligament de Fallope, à plusieurs reprises, dans une direction verticale. La dilatation de l'anneau permit alors d'attirer l'intestin au dehors, dans une longueur de plusieurs pouces, et la facilité de cette traction, que l'on avait inutilement essayée auparavant, montra que l'étranglement était complètement indépendant du collet du sac. La réduction de l'intestin ne souffrit non plus aucune difficulté, et la malade guérit assez promptement, malgré son âge avancé.

(2) Médecine opératoire, t. II, p. 379.

(1) Dict. de méd., en 25 vol., t. XV, article *Hernie*, p. 314.

(2) Traité pratique des hernies, p. 113.

(3) Leçons orales, t. I, p. 558.

se fait que bon nombre de médecins des hôpitaux ou de praticiens en renom, tous membres de l'Académie, se sont trouvés exclus de l'élection : quel est le jury de pathologie interne qui ne s'accommoderait de la compétence de MM. Double, Gase, Parisel, Ribes, Chomel, Fouquier, Louis, Rochoux, Kéraudren, Marc, Castel, etc.? Or, aucun de ces honorables académiciens ne fait partie des deux sections qui viennent de compléter par leurs désignations le jury du prochain concours; leurs noms gisent dispersés dans toutes les menues divisions, calquées sur le programme des cours de l'école; qui dans l'hygiène; qui dans l'anatomie; qui dans la médecine légale. En revanche, M. Velpeau s'étonne de résider dans la section de pathologie médicale, et M. Rayer dans celle de l'histoire naturelle médicale. M. Husson a place dans l'anatomie pathologique : Donc, invoquez la spécialité des sections, et voyez, s'il se peut, dans ces groupes de noms rayés à la suite, autre chose qu'un arrangement symétrique, calculé pour l'agrément visuel de ceux qui feuillètent l'annuaire de l'Académie!

Mais il est d'autres considérations qui militent contre le nouveau mode inauguré par les dernières nominations, et qui ne sont pas invoquées par M. Cornac. Que veut-on dans les juges à nommer? L'aptitude. Espère-t-on mieux remplir cette condition en restreignant les limites du choix? une réunion de cent académiciens renferme assurément plus d'aptitudes spéciales qu'une section ou deux sections. Puis, la louable composition d'un jury veut encore moins de la spécialité que de la capacité; celles-ci sont disséminées dans toutes les sections; il n'en est aucune, j'imagine, qui prétende les réunir toutes dans sa mesquine enceinte. L'Académie ne se recrute pas seulement parmi les membres de l'enseignement médical, parmi les confrères qui s'adonnent exclusivement à telle ou telle branche de l'art; elle compte, elle appelle dans ses rangs, plus de praticiens que de professeurs, et la grande majorité de ses titulaires ne sont pas plus versés dans une partie que dans l'autre. Les juges qu'elle doit fournir suffiront à leur mandat, s'ils joignent à l'instruction générale du médecin, la force d'attention d'un auditeur obligé, la sagacité du critique, la rigide intégrité du magistrat. L'ensemble de ces qualités peut se rencontrer chez plus d'un académicien, car il ne constitue le phénix des hôtes d'aucun bois; mais qu'il soit donné au choix de le chercher dans l'assemblée tout entière, et n'obligez pas une section de quinze ou vingt académiciens de s'en déclarer l'exclusif dépositaire dans la personne de cinq de ses membres.

Autre inconvénient. Nous avons une foi absolue dans l'incorruptible équité de toutes les sections en général et de chacune en particulier. Mais si l'intrigue pouvait jamais s'attaquer à elles, n'aurait-elle point plus facile jeu contre un petit nombre de votans? Les petits scrutins ne sont pas les plus réfractaires à la séduction, les plus forts contre la stratégie des intérêts; les sections, constituées isolément en comités électoraux, deviendraient-elles jamais les bourgs pourris de quelque candidature adroite ou puissante? La parenté, les alliances, les affinités sociales, les coalitions d'intérêt, les combinaisons à l'amiable, tout cela n'aura-t-il point meilleure chance à s'insinuer dans ces petits colléges à huis clos, dont les votes sont d'avance comptés, soupçonnés, travaillés, marqués, dont l'urne électorale est plus ténébreuse?... Loin de nous de pareilles appréhensions! Mais les compétiteurs s'en défendront peut-être moins, après avoir courtisé le scrutin d'une section, après avoir dépensé soins et malice à machiner une liste de juges selon leur cœur, s'ils

ponse à cette objection, deux sortes de considérations de nature différente.

1° D'abord, malgré les difficultés dont s'entoure le diagnostic de la gangrène, il est néanmoins constant que la plupart du temps, sinon toujours, on peut arriver sur ce point à des présomptions assez fondées. Il n'y aura certes pas d'erreur possible dans les cas où les phénomènes locaux et généraux qui annoncent l'invasion de la gangrène se dessinent d'une manière tranchée. Quant à ceux où les symptômes laissent quelque incertitude, la seule connaissance du temps depuis lequel dure l'étranglement suffira au chirurgien pour juger s'il peut tenter la réduction des viscères, sans inciser leur enveloppe séreuse, ou s'il doit recourir à ce moyen extrême, pour dissiper l'obscurité du diagnostic. Ainsi posée, la question ne saurait être douteuse, puisque je prescris formellement de pratiquer l'opération, suivant la méthode ordinaire, dès que l'on a le moindre soupçon sur l'existence de la mortification, et de réserver le débridement, sans ouverture du sac, pour les circonstances où l'intégrité organique de l'intestin paraît certaine.

Mais on insiste, et l'on prétend que la gangrène a une marche si variable, si insidieuse, qu'il est tout à fait impossible d'assurer que l'intestin est sain avant de l'avoir mis à découvert. Je ferai d'abord observer que l'invasion prématurée de la gangrène a lieu principalement lorsque l'étranglement est produit par le collet de sac, cercle mince et tranchant qui exerce sur les organes une constriction plus forte et plus immédiate que l'anneau. Or c'est précisément dans ces cas que l'erreur sur l'existence de la gangrène entraînerait les suites les moins graves, puisque le débridement de l'anneau restant nécessairement insuffisant, l'on serait toujours conduit par la nature même de la lésion à inciser le sac pour arriver jusqu'à son collet, ce qui permettrait de reconnaître l'état de l'intestin. En second lieu, je ne nie pas que, rigoureusement parlant, il ne soit impossible de déterminer avec assurance l'état des viscères avant de les avoir vus; mais je soutiens que le raisonnement et l'habitude de ces maladies nous fournissent des données sur lesquelles il est possible d'asseoir un jugement approximatif à la vérité, mais qui peut suffire néanmoins dans l'immense majorité des cas. Je dis même qu'en saine pratique nous devons nous contenter de cette présomption; car il est facile de voir que le désir d'une certitude mathématique nous entraînerait à des conséquences plus fâcheuses que la sage hardiesse dont j'ai posé les limites. Avec une pareille défiance, en effet, le taxis ne serait que bien rarement indiqué, car les mêmes causes d'incertitude sur le véritable état de l'intestin se présentent souvent lorsqu'on essaie la réduction par ce procédé. Et néanmoins qui a jamais donné le conseil de s'en abstenir? De ce qu'on a vu, dans des cas exceptionnels, la gangrène se manifester après quelques heures d'étranglement, s'ensuit-il que, passé ce temps, le taxis doive toujours être remplacé par l'opération? On le voit, ces principes, quoique rigoureusement justes, sous un certain point de vue, nous conduiraient à une pratique absurde. Beaucoup de malades seraient, je crois, sacrifiés, si on les adoptait; et la prudence poussée à ce point ne serait qu'une timidité condamnable et plus meurtrière peut-être que l'excès contraire.

Le procédé dont il s'agit doit donc, comme le taxis, n'être employé qu'après une minutieuse appréciation de tous les signes locaux et généraux qui peuvent éclairer sur l'état de l'intestin; mais, précédé de semblables précautions, on ne pourrait pas plus le repousser d'une manière absolue que le taxis lui-même. Pour me résumer enfin sur la valeur de ce mode opératoire comparé à celui qui est habituellement suivi, je dirai : si par le taxis l'on sauve la vie des malades, en leur faisant courir les risques d'un épanchement stercoral pour les soustraire au danger de la péritonite (1), pourquoi ce calcul, qui est alors couronné de succès, ne serait-il pas également applicable dans la question présente où les conditions, sous le rapport des avantages et des dangers, sont identiquement les mêmes.

2° Il faut donc le reconnaître, les inconvéniens attachés à ce procédé peuvent le plus souvent être évités, et tels qu'ils existent encore, ils sont compensés et au-delà par les résultats heureux que l'analogie permet d'en attendre. Mais en supposant même que l'objection tirée de l'incertitude de la gangrène conservât toute sa force, je crois néanmoins que l'on pourrait persister avec raison à lui donner encore la préférence. Je n'invoquerai pas les exemples de guérison après la réduction d'un intestin gangrené, car ce sont là des faits qui, quoique bien constatés, sont exceptionnels, et ne seraient d'aucune utilité à l'appui de ma doctrine. Pour bien faire comprendre la puissance des motifs qu'il me reste à développer en sa faveur, il est nécessaire de rappeler l'effrayante mortalité qui accompagne l'opération de la hernie étranglée, telle qu'on la pratique aujourd'hui. J'ai eu, pendant mon internat, l'occasion de la voir faire vingt-quatre fois, et quatorze fois les malades ont succombé peu de jours après l'opération. Sur ces quatorze morts, onze ont été dues à la péritonite. Un pareil résultat que je suis fondé à regarder comme l'expression de ce qui a lieu généralement (2) ne semble-t-il pas justifier en quelque sorte toute innovation dans le traitement actuellement employé; et en présence de revers si nombreux, ne se croirait-on pas presque autorisé à affirmer que le manuel de cette opération ne peut que gagner à subir un changement quelconque?

Ce serait, certes, aller trop loin que de raisonner ainsi; j'ai seulement voulu établir que les conséquences de la méthode en usage de nos jours sont assez malheureuses pour légitimer la tentative d'une modification rationnelle, alors même que celle-ci offrirait, dans certains cas, ses dangers particuliers. Or, s'il en est ainsi, avec quelle faveur ne doit-on pas

(1) Voyez la fin du paragraphe II.

(2) Les conditions variées dans lesquelles ont été recueillies ces observations prises, dans l'espace de quatre années, sur des sujets d'âges divers et affectés de hernies de toute espèce, sont, je pense, de nature à prouver la vérité de cette assertion. On peut même dire que la moyenne de la mortalité ordinaire serait vraisemblablement plus élevée que celle qui résulte de mes observations, puisque les opérations dont je parle ont toutes été faites par des praticiens habiles, par Dupuytren, MM. Sanson, Blandin, Breschet, Michon, Laugier et A. Bérard.

A la vérité, ces observations ont toutes été prises dans les hôpitaux; mais on ne peut raisonnablement pas attribuer les insuccès à l'influence d'un séjour qui, dans les cas malheureux, n'a pas été de plus d'une semaine.

Un autre motif me porterait au contraire à croire que les revers eussent été plus nombreux encore, parmi les malades d'une autre classe que celle où nous avons pu observer. Dionis a bien senti cette raison, lorsqu'il dit en parlant de la gangrène de l'intestin : « Cela arrive d'ordinaire aux gens de qualité qui diffèrent longtemps à prendre leur parti, à cause du grand nombre de personnes qui leur sont attachées et qui leur proposent plusieurs remèdes qu'ils veulent faire, avant que de se soumettre à l'opération qui, par ce retardement, est devenue inutile. »

échouent, de solliciteurs ils deviendront accusateurs à voix basse et peut-être à haute voix; la section, appelée à désigner les juges, peut d'ailleurs compter des concurrens dans son sein; quand l'Académie aura été réduite à cent membres, onze sections actuelles se composeront chacune de neuf membres; deux sections, c'est-à-dire dix-huit académiciens pourront ainsi être appelés à nommer cinq juges... qui ne prévoit la carrière qui s'ouvre ainsi, large et non sans raisons apparentes, aux insinuations de toute espèce? L'Académie en est exempte, non les sections prises isolément; elles peuvent les mépriser; mieux vaut n'y point donner prétexte.

Dans l'espèce, on pourrait se demander pourquoi les membres de la section de thérapeutique et d'histoire naturelle participent aux choix des juges pour le concours de pathologie interne. Qu'y a-t-il de commun entre l'histoire naturelle et l'enseignement qui a pour objet l'histoire des maladies internes? Il existe à la Faculté une chaire à laquelle est dévolue la controverse des méthodes de traitement; il s'y trouve une autre consacrée à l'exposition des agens médicinaux; si elles étaient vacantes, la section précitée pourrait être conviée à besogne électorale; mais la pathologie interne nous semble graviter plutôt entre la physiologie et l'anatomie pathologique, et les explorateurs assidus des vertus médicamenteuses ou des organes d'une plante sont mal assis dans un jury devant qui sont évoquées les doctrines qui ont dominé la pratique médicale des siècles, les problèmes de la séméiologie différentielle.

Toutes les fois que l'Académie rumine réglement nouveau ou modification de ce qui existe chez elle, nous tournons volontiers les yeux vers une autre assemblée dont nous lui souhaitons, en bons amis, les allures, les habitudes, les tendances et voire même l'illustration, n'en déplaise à ceux de ses membres qui prétendent en avoir assez. L'Académie des sciences est invitée fréquemment à nommer des juges pour les examens de l'école polytechnique, pour les jurys de sciences appliquées (exposition industrielle); elle dresse des listes de présentation pour un grand nombre de places dans le haut enseignement; c'est constamment l'assemblée tout entière qui procède à ces choix; les sections de médecine et de botanique concourent à la nomination d'un membre du conseil de perfectionnement de l'école polytechnique; les astronomes et les mathématiciens aident à pourvoir aux vacances du jardin des plantes. C'est que le sens d'un vote général ressort moins d'une minutieuse compétence que d'une saine et libérale appréciation; et si, malgré la disparité absolue de leurs travaux, les différentes sections de l'Académie des sciences participent au même scrutin, que dire des barrières élevées entre les sections d'une assemblée de médecins? Comment s'expliquer que les académiciens, rangés dans la catégorie de l'hygiène ou de la physiologie, ne puissent élire des juges pour la pathologie, laquelle n'existe point sans la physiologie et l'hygiène?

Les fauteurs de la mesure que nous attaquons en ont mal apprécié les effets, s'ils ont espéré renforcer par là le principe de l'élection; ils n'ont réussi qu'à le tronquer, à le défigurer; c'est une maladresse qui peut tourner contre leurs vues, et que tous, partisans du concours ou de l'élection, doivent également condamner; car il faut avant tout que les deux principes, qui sont encore en présence, et qui aspirent à s'ériger en institutions, restent intacts, inaltérés; il faut qu'ils se déroulent spontanément dans toutes leurs conséquences, qu'ils émettent leurs avantages et leurs inconvéniens, sans mélange ni atteinte du dehors. C'est à cette condition seulement qu'il sera possible de les juger, et

accueillir un procédé dont l'emploi présente tant de probabilités de succès, puisque la principale cause de mort, la péritonite, est précisément l'accident contre lequel il offre le plus de garanties. En effet, cette simple précaution de ménager l'enveloppe péritonéale prévient l'entrée de l'air dans l'abdomen, et, si les dangers du contact de ce fluide ne sont pas bien démontrés, on ne peut du moins nier qu'en respectant le sac, on ne mette la solution de continuité dans toutes les conditions d'une plaie simple non pénétrante. Or, la théorie qui établit, relativement à la gravité du pronostic, une si grande différence entre les plaies du bas-ventre, suivant qu'elles pénètrent on non, doit nous faire penser que l'expérience ne viendra pas démentir les espérances que tant d'auteurs célèbres ont fondées sur ce procédé. On évite également ainsi le maniement des viscères herniés, l'introduction du doigt et des instrumens dans la cavité abdominale, toutes causes manifestes d'inflammation.

D'autres avantages ont encore été reconnus à ce mode opératoire, ce sont : l'impossibilité d'un épanchement de sang dans le péritoine, en supposant qu'une artère ait été lésée ; l'assurance de prévenir l'inflammation du sac, dangereuses dans les hernies d'un certain volume ; enfin, la certitude de ne pas léser l'intestin au moment où l'on introduit le bistouri pour débrider, accident que j'ai vu arriver au plus grand chirurgien de notre époque, à Dupuytren.

§ IV. Utilité de la traction du sac au dehors, pendant le débridement.

Lorsqu'on pratique la herniotomie suivant la méthode ordinaire, il est quelques règles propres à en diminuer le danger. J'indiquerai seulement ici un précepte, sur l'adoption duquel j'ai souvent entendu insister M. Sanson : c'est celui qui consiste à faire saisir les bords de l'incision du sac, avec trois on quatre pinces à disséquer, par des aides, qui tirent sur elles pendant le débridement et jusqu'à la fin de l'opération. Je ne saurais trop vivement recommander cette manœuvre, qui donne, pour le débridement et pour la réduction, des garanties incontestables de sûreté et de facilité.

Par elle, le collet du sac est attiré jusqu'à l'extérieur, et son incision peut alors être faite, non plus dans l'abdomen, comme suivant le procédé ordinaire, mais tout à fait sous les yeux du chirurgien ; ce qui permet de calculer exactement l'étendue et la direction qu'il convient de lui donner, et met l'intestin à l'abri de toute lésion de la part du bistouri, lésion si difficile à éviter lorsque l'instrument est porté profondément et hors de la vue.

En se conformant à ce précepte, on est assuré de ne jamais omettre le débridement du sac, faute que l'on peut commettre, surtout quand le sac a été incisé par en haut dans une trop grande étendue; car l'opérateur, n'ayant plus alors, pour se guider, une portion intacte de cette enveloppe séreuse, est exposé à conduire, par mégarde, entre la face externe de celle-ci et les parties ambiantes le bistouri, qu'il aurait dû porter dans sa cavité. J'ai, à la vérité, préconisé cette conduite dans les cas où l'orifice aponévrique constitue à lui seul l'étranglement; mais on sent de quels dangers elle serait accompagnée si on la suivait inconsidérément dans des cas où l'irréductibilité de la hernie peut dépendre de la constriction exercée par le collet du sac. En maintenant ainsi la tunique péritonéale attirée au-dehors, la réduction en bloc des viscères et du sac derrière l'anneau devient impossible, ainsi que celle qui consisterait à repousser soit ces deux parties ensemble, soit les viscères seulement, dans l'intervalle des couches qui constituent la paroi abdominale.

Cette manière d'opérer rend encore la lésion des vaisseaux beaucoup moins probable. En effet, on peut facilement, après avoir fait un débridement de très peu d'étendue, l'agrandir par le seul effort de la traction que les pinces exercent en sens inverse sur les deux lèvres de l'incision ; les fibres aponévrotiques ainsi tiraillées se déchirent, et des vaisseaux que l'instrument tranchant aurait infailliblement divisés demeurent en sûreté, puisqu'ils peuvent fuir devant l'éraillure des parties qui les entourent. Mais, en supposant même que ces vaisseaux eussent été intéressés, comme la traction opérée sur les bords du sac les aurait en même temps attirés à l'extérieur, on pourrait, sans changer les parties de place, découvrir la source de l'hémorragie et porter immédiatement une ligature, sans laisser au sang le temps de s'épancher dans la cavité péritonéale.

Quant à la réduction des parties, outre que cette traction sur toute la circonférence de l'ouverture herniaire agrandit réellement son diamètre, on a encore l'avantage, si les movemens de l'opérateur et des aides sont bien combinés, de porter l'anneau à la rencontre des viscères qui doivent le traverser pour rentrer dans l'abdomen : le mécanisme de la réduction est alors tout-à-fait semblable à ce qui se passe lorsque, dans le cathétérisme de l'urètre, on porte les parois de ce canal au-devant de la sonde, en même temps qu'on fait pénétrer celle-ci.

Tels sont les nombreux motifs qui recommandent ce procédé aux praticiens; ses résultats sont si avantageux, son exécution tellement simple, qu'il doit assurément suffire de l'avoir mentionné pour qu'il soit généralement admis.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS HEBDOMADAIRES.

I. THE LONDON MEDICAL GAZETTE.

OBSERVATION D'UN CAS DE PARALYSIE DE LA PORTION DURE DE LA SEPTIÈME PAIRE.

Malgré la fréquence des cas de paralysie de la face, qui dépendent d'nne altération de la portion dure de la septième paire, on a lieu d'être étonné du doute qui règne encore dans l'esprit d'un grand nombre de médecins sur la nature réelle de ces affections si communes. L'observation suivante, différant, sous certain point de vue, de celles qu'on rencontre le plus communément, nous en allons donner une analyse rapide.

Obs. — Ch. Whuler, 22 ans, est admis à l'hôpital de Charing-Cross, le 2 février, et rappelle que, six semaines auparavant, se trouvant à bord d'un paquebot en qualité de commis, il fut pris au milieu de la meilleure santé d'une douleur d'oreille qui, en peu d'instant, devint si aiguë qu'il fut obligé de se concher. Il employa en vain plusieurs moyens qui lui furent conseillés, la douleur alla toujours en augmentant, et se compliqua d'étourdissemens et de fièvre;

---

le moment est proche où ce jugement devra s'inscrire en tête d'une législation nouvelle sur la médecine enseignante et militante.

M. L.

AU RÉDACTEUR.

Paris, le 24 octobre 1839.

Monsieur,

Les concours pour les chaires de professeurs à la Faculté de médecine de Paris ne sont pas, je le sais, appuyés du suffrage général. Il est même des médecins qui n'ont obtenu le professorat que par suite d'un concours, et cependant ils cherchent à détruire cette institution, que je n'ai pas l'intention de défendre en ce moment. Mais je désire à ce sujet entrer dans quelques détails qui me paraissent très importans pour l'Académie royale de médecine, dont j'ai l'honneur de faire partie.

Le conseil royal de l'instruction publique avait décidé, le 21 novembre 1834, par un arrêté relatif au choix des juges que doit fournir l'Académie dans les concours de la Faculté de médecine de Paris, que toute l'Académie procéderait à la nomination de dix membres pris indistinctement dans *toutes* ses sections, et que quatre juges et un suppléant seraient désignés par le sort entre les dix membres élus. Par suite de cet arrêté, qui rendait *tous* les membres de l'Académie *électeurs et éligibles*, des élections de juges ont eu lieu dans cinq ou six concours différens.

Le conseil d'administration de l'Académie a pensé que le suffrage universel ne devait pas être continué, et, sans consulter l'Académie, il a adopté une forme qui a déterminé le conseil royal de l'instruction publique à prendre l'arrêté rapporté ci-dessus.

Cet arrêté restreint beaucoup trop, à mon avis, le nombre des électeurs. Si l'Académie avait continué, suivant l'ordonnance de création, à n'être composée que de trois sections : 1° de médecine ; 2° de chirurgie ; 3° de sciences physiques, chimiques et pharmaceutiques, je concevrais la possibilité de circonscrire dans chacune de ces sections le choix des juges appelés aux concours des chaires correspondantes ; mais depuis l'ordonnance de création de l'Académie, une autre ordonnance a décidé une division en onze sections, division beaucoup trop nombreuse pour n'admettre dans chacune de ces sections que des hommes spéciaux ; aussi la classification des membres de l'Académie dans telle ou telle section est-elle presque toujours arbitraire.

Pour en donner un exemple, je vais examiner la conséquence de l'exécution du dernier arrêté pour les chaires : 1° de pathologie et de thérapeutique générale ; 2° de thérapeutique et de matière médicale ; 3° de pathologie interne ; 4° de clinique interne. Les sections de pathologie médicale et de thérapeutique sont les deux seules sections de l'Académie qui doivent élire des juges pour ces quatre chaires. Il en résulte qu'un très grand nombre de médecins d'hôpitaux, tous membres de l'Académie, ne sont pas aptes à élire. Je puis citer MM. les docteurs Gasc, Dumeril, Pariset, Piorry, Ribes, Baron, Chomel, Cruveilhier, Fouquier, Husson, Magendie, Louis, Petit, Rochoux, Emery, Esquirol, Renauldin, Guéneau de Mussy. D'autres médecins, bien connus comme praticiens, sont dans le même cas, MM. les docteurs Double, Castel, Ollivier d'Angers, Adelon, G

en même temps il éprouvait quelque trouble de la vision, et voyait souvent les objets doubles et triples. Il était malade depuis six semaines, lorsqu'il entra à l'hôpital, se plaignant de douleurs d'oreille extrêmement vives qui duraient le jour et la nuit et qui n'étaient pas limitées à l'oreille d'où elles semblaient irradier. Les symptômes généraux étaient ceux d'une fièvre légère avec irritabilité; il accusait un sentiment de chaleur à la face, du côté où étaient les douleurs.

Du 6 au 19, il fut soumis à un traitement actif par les saignées locales et générales, les vésicans, les rubéfians, les purgatifs, les fébrifuges et sans autres changemens qu'une coloration plus prononcée de la face et un léger gonflement de la face du côté où s'étendaient les douleurs qui se faisaient sentir vivement jusqu'au front et au sourcil; jusqu'alors l'oreille n'avait fourni aucune trace d'écoulement.

Le 20 février apparut pour la première fois la paralysie, que le malade reconnut, parce qu'ayant voulu boire, il vit le fluide couler d'un côté hors du verre. La paralysie du mouvement de la face était très prononcée, et s'était développée dans l'espace d'une nuit. La sensibilité était intacte; les paupières pouvaient être ouvertes, mais non fermées, à cause de la paralysie de l'orbiculaire des paupières. Les traits de la figure étaient extrêmement changés, comme il arrive dans ces cas, surtout lorsqu'il cherchait à serrer quelque chose entre ses lèvres. Il lui était difficile de boire sans laisser couler du liquide par le côté malade; il ne pouvait déplacer, sans le secours du doigt, les parties d'alimens engagés entre la joue et la gencive du côté paralysé, et, de ce côté, mordait avec moins de force que de l'autre; la langue, tirée hors de la bouche, n'a été trouvé aucune déviation. Il accuse un mauvais goût du côté malade de la bouche, ce qui paraît dépendre des alimens qui se logent entre les gencives et la joue, et qu'il ne peut déplacer commodément. La luette est fortement tirée en haut et du côté gauche, c'est-à-dire du même côté de la face. Il peut flairer, priser et sentir également avec les deux narines; mais il ne peut, en se mouchant, pousser l'air avec une force égale du côté paralysé. S'il sourit, sa bouche est tirée d'un côté; s'il rit, elle l'est plus fortement, et lorsqu'il éternue, la différence est extrême. Le calme d'un côté de la figure contrastait vivement avec l'action violente de l'autre. Cette différence devenait bien plus sensible, si pendant ces mouvemens on lui appliquait sur la figure un morceau de carton, de manière à ce qu'on pût voir chaque côté séparément, alors on croyait voir deux figures tout à fait différentes.

Le traitement suivi chez ce sujet n'a rien offert de très notable. On prit cependant le plus grand soin pour empêcher que l'œil gauche, qui re[s]tait constamment découvert ne s'enflammât pas. Au bout de quelque temps, tous les symptômes généraux, et même la douleur de la face et de l'oreille avaient disparu, et il ne restait plus qu'un certain bruit dans l'oreille, que le malade comparait au cri du grillon. Quant à la paralysie, les traitemens les plus variés n'ont eu qu'une influence peu active; cependant, d'après le rapport du 1er juillet, il paraissait qu'elle allait en diminuant, mais très lentement.

DE LA DÉCOMPOSITION DE L'ACIDE IODIQUE PAR L'ACIDE URIQUE ET PAR L'ALBUMINE ET DE LA VALEUR DU MÊME ACIDE POUR CONSTATER LA PRÉSENCE DE LA MORPHINE DANS LE CAS D'EMPOISONNEMENT PAR LES PRÉPARATIONS OPIACÉES; par le docteur DAVINSON.

C'est Serullas qui le premier fit connaître que l'acide iodique est décomposé par la morphine, cette dernière se combinant avec l'oxigène du premier, pendant que l'iode est mis en liberté, et qu'on pourrait l'employer comme un réactif très délicat de cet alcaloïde. Depuis, plusieurs médecins ont signalé de nouveau cette propriété de l'acide iodique et l'ont recommandé comme extrêmement délicat et comme pouvant indiquer un centième de morphine. Il était donc important de constater, surtout pour ce qui concerne l'empoisonnement avec la morphine, s'il y a dans l'économie animale quelque substance douée de la même propriété, car alors l'acide iodique perdrait beaucoup de sa valeur comme réactif de la morphine.

L'auteur, ayant remarqué, en faisant quelques expériences sur l'urine d'un malade, que, traitée par l'acide iodique, elle dégageait l'odeur de l'iode, et qu'elle prenait une couleur bleue lorsqu'on y ajoutait de la fécule gélatineuse, fut amené à rechercher quel était le principe constituant de l'urine qui jouissait de cette propriété et reconnut que l'acide urique seul la possédait, que l'urine vînt d'un individu bien portant ou malade. Le sérum du sang, traité par le même acide, fournit aussi le même résultat, mais plus lentement, et avec une couleur moins foncée que dans l'urine d'une personne en santé. Voici quelques-unes des expériences qu'il a faites à cette occasion : si on met dans une forte solution d'acide iodique un grain ou deux d'acide urique incolore et qu'on agite pendant quelques minutes, l'odeur d'iode devient graduellement sensible, et si on met un peu d'amidon, on voit aussitôt une teinte pourprée, qui prend graduellement une couleur bleue foncée ; on obtient le même effet avec les calculs dans lesquels l'acide urique est le principe prédominant. On l'observe aussi dans l'urine normale et rendue depuis peu ; mais si l'urine est alkaline, l'action de l'acide iodique est plus lente; elle elle peut être activée par quelques gouttes d'acide sulfurique étendu, et alors la couleur bleue ne tarde pas à disparaître. Lorsqu'on traite le sérum du sang par l'acide iodique et l'amidon, on n'observe quelquefois aucune action pendant quelque temps; mais si on agite un peu, on voit, au bout de vingt à trente minutes, une teinte rougeâtre, qui se forme de plus en plus, avec exhalation d'odeur d'iode. La couleur du fluide et du précipité n'est pas permanente, mais disparaît après quelques heures.

Si on met dans une fiole une égale proportion de blanc d'œuf et d'eau, et qu'on y ajoute de l'acide iodique, puis de l'amidon, et qu'on agite, le liquide, après cinq ou dix minutes, devient rougeâtre, puis pourpre, puis indigo bleu, puis précipite et offre l'odeur de l'iode.

Il résulte de ces expériences que l'acide iodique peut être décomposé par des substances qui existent en grande quantité dans les élémens constituans du sang et dans différens fluides et solides de l'économie, et que l'urine contient à l'état normal un élément doué de la même propriété. Aussi, en analysant les matières contenues dans l'estomac, dans un cas d'empoisonnement par la morphine ou l'opium, la certitude de trouver de l'albumine, et la possibilité de rencontrer de l'acide urique dans ces matières, doivent rendre la distinction de la morphine de ces deux substances si difficile et si compliquée qu'on ne pourrait tirer aucune conclusion positive des indications fournies par l'acide iodique employé comme réactif.

OBSERVATION D'UN CAS DE MÉLANOSE DE LA PEAU CHEZ UNE FEMME CHEZ LAQUELLE LA PLUS GRANDE PARTIE DE LA SURFACE DU CORPS PRIT UNE COULEUR NOIRE; par le docteur GILKREST.

Cette observation offrirait déjà assez d'intérêt par son étrangeté pour que nous crussions devoir en reproduire les principaux traits ; d'autres motifs encore, que nous ferons connaître, nous engagent à ne pas la négliger.

OBS. — Maria Angler, âgée de 25 ans, vint demeurer à Gibraltar en 1828,

---

raudin, Keraudren, Londe, Marc, Nacquart, Bourdon, Burdin, et le docteur Gauthier de Claubry, que l'Académie vient de nommer l'un de ses membres à la presqu'unanimité.

Je ne veux pas rechercher les motifs qui ont pu déterminer le conseil d'administration à diminuer ainsi les prérogatives de toute l'Académie, bien moins susceptible d'être influencée lorsqu'elle est réunie en totalité que lorsqu'il n'y a qu'un petit nombre de membres qui élisent; je craindrais de mal apprécier ces motifs; mais je ne crains pas de dire que le conseil d'administration aurait dû signaler à l'Académie, après convocation expresse et en séance privée, les inconvéniens de l'exécution du choix des juges pour les concours; je ne doute pas que si l'Académie avait été convaincue de ces inconvéniens, elle n'eût trouvé un meilleur moyen que celui qui sera mis à exécution.

Je suis, etc. CORNAC, D. M.

— M. le docteur Gendrin nous adresse la lettre suivante :

Paris, le 26 octobre 1839.

Monsieur,

J'ai lu, dans votre dernier numéro, une lettre de M. le docteur Négrier, d'Angers, qui réclame la priorité pour la théorie de la menstruation que j'ai établie, d'après des faits; dans le deuxième volume de mon TRAITÉ PHILOSOPHIQUE DE MÉDECINE PRATIQUE.

Jusqu'à ce que M. Négrier ait publié son mémoire, on ne pourra savoir si les résultats de ses recherches sont conformes à ceux que j'ai obtenus. Jusqu'à ce jour, on n'a point considéré comme constituant un titre de priorité, de consigner ses idées dans un mémoire manuscrit qu'on montre à ses amis.

Je n'ai jamais eu connaissance du travail de M. Négrier, et je ne suppose pas qu'il accuse ses amis d'infidélité.

Si cet honorable confrère a professé depuis 1830 à Angers, je puis lui assurer que je professe depuis le même temps à Paris. Il verra, s'il veut lire le chapitre de la menstruation dans mon livre, que j'ai établi la doctrine de la menstruation sur le travail organique qui s'accomplit dans l'ovaire, d'après des observations de 1828.

Je ne manquerai, du reste, jamais d'invoquer le témoignagne de mon confrère d'Angers, quand il aura montré, par la publication de son mémoire, qu'il a ajouté par ses propres observations à celles que j'ai faites de mon côté, d'autant plus qu'il a l'avantage de connaître mes résultats, lorsque je n'ai pu connaître les siens.

J'ai l'honneur, etc.

GENDRIN,
Médecin de l'hôpital de la Pitié.

---

après avoir eu la rougeole, la scarlatine et la petite vérole; elle est brune, de tempérament bilieux, et avait un certain embonpoint avant sa maladie.

Le 22 octobre 1838, elle fut prise, après un dîner très simple, de vomissemens, auxquels elle resta ensuite sujette pendant longtemps, et qui étaient accompagnés de sensibilité à l'épigastre, de faiblesse et de toux, qui durèrent jusqu'aux premiers jours de 1829. A cette époque, elle observa un léger gonflement de ses pieds, où elle éprouvait une sensation de picotement très insupportable. Les vomissemens revinrent, sans aucune cause manifeste, avec une toux sèche, de la diarrhée et de violentes palpitations. Quelques-uns de ces symptômes ne tardèrent pas à disparaître; mais l'état des pieds empira: elle éprouvait une chaleur vive, avec des douleurs aiguës, et les mains commençaient aussi à présenter les mêmes symptômes. On s'aperçut aussi alors que la peau de la malade prenait une couleur plus foncée, ce qui était surtout très sensible au col, sur le tronc et sur les fesses: la peau de la face et des extrémités conservait sa couleur normale. L'eau de Seltz et un vésicatoire appliqué sur la région épigastrique calmèrent presque complétement l'estomac; mais l'état des pieds et des mains allait empirant, et la couleur de la peau sur les parties désignées offrait une couche de plus en plus foncée, qui gagnait les cuisses et la partie supérieure des bras. La conjonctive conservait toujours la même couleur.

Le 16 février, la malade souffrait tellement des pieds et des mains qu'elle ne pouvait se mouvoir dans son lit; elle était très amaigrie. La douleur lui paraissait passer des pieds à la partie postérieure des jambes. Le pouls était à 140, petit; il y avait insomnie, causée par la douleur des jambes; une toux fatigante et des palpitations qui disparaissaient pendant le jour; les douleurs des pieds et des mains étaient continuelles, mais moins fortes aussi le jour. Les parties du corps déjà désignées étaient parfaitement noires. Cette couleur perdait de son intensité sur les bras et les cuisses, et ne se retrouvait plus du tout sur les mains ni les pieds; sur les parties seulement où cette couleur est le moins prononcée, il y avait de nombreuses granulations dont le volume variait depuis plus d'un petit pois jusqu'à une tête d'épingle.

Le sang de cette femme, examiné, n'offrit rien d'anormal; un vésicatoire ayant été appliqué sur le côté, l'épiderme que recouvrait la sérosité parut un peu plus noir que d'habitude, mais le fond même du vésicatoire offrit l'apparence ordinaire. En avril et en mai, la desquamation commença à s'opérer, sans diminution, au commencement, des douleurs des pieds et des mains, les premiers étant dans la position à peu près où ils sont chez les personnes paralysées, tandis que les doigts étaient dans un état de contraction convulsive. En juin, l'état de la malade s'améliore; la desquammation de la couche superficielle et noire de l'épiderme est achevée, et celle d'une seconde couche qui est brune est déjà bien avancée; on voit déjà sur quelques points la peau reprendre sa couleur normale; les douleurs si vives des extrémités ont aussi presque cessé, et la malade peut se servir de ses mains; les pieds restent toujours très sensibles et n'ont encore que très peu de mobilité.

L'auteur cherche à rattacher cette affection bizarre à quelqu'une des formes morbides décrites par les auteurs, et finit par reconnaître qu'il n'a trouvé rien de semblable chez aucun. Pour nous, elle nous paraît avoir offert un grand nombre de symptômes les plus graves et les plus tranchés de cette maladie singulière qui régna épidémiquement à Paris en 1828 et 1829, et qui, si elle n'a pas entièrement disparu, n'a laissé que des traces tellement légères qu'elles passent inaperçues pour le plus grand nombre des praticiens. En rapprochant l'histoire de la femme Angler des nombreuses observations d'acrodysie que nous avons recueillies et publiées ailleurs (1), nous trouvons une ressemblance frappante dans la marche de la maladie, la nature des accidens, leur succession et leur mode de développement.

II. THE LANCET.

EXTIRPATION DE LA MATRICE PAR LA LIGATURE; par le docteur J. WILLIAMS.

OBS. — Ann Jones, âgée de 29 ans, d'une forte constitution, accoucha, le 17 mars 1838, entre les mains d'une sage-femme, qui, en tirant le placenta, détermina le renversement de la matrice. MM. Edwards et Williams furent appelés deux jours après. Alors une tumeur presqu'aussi volumineuse que la tête d'un enfant sortait par le vagin; elle était si dure qu'elle ne cédait pas le moins du monde à la pression. On fit des efforts de réduction qui déterminèrent de si vives douleurs qu'il y eut nécessité d'y renoncer.

Plusieurs mois se passèrent durant lesquels la santé de la malade fut considérablement affaiblie par d'abondantes hémorragies, d'abord périodiques et plus considérables à chaque période menstruelle, et devenant plus tard continues. (On essaya inutilement les injections astringentes et d'autres moyens.)

Le 10 novembre, M. Williams revit la malade, qui avait considérablement maigri; elle était pâle, ses lèvres étaient décolorées; légère enflure des extrémités inférieures; tendance à la syncope; défaillances toutes les fois qu'elle essayait de prendre la position droite ou assise.

Ne voyant aucun autre moyen de sauver la vie de cette malheureuse, M. Williams se décida à appliquer la ligature au moyen d'une double canule sur le col de l'utérus, qui avait alors repris son volume normal. Immédiatement après la constriction du fil, la malade ne se plaignit pas. Mais au bout de dix minutes, la douleur devint si vive qu'on fut obligé de la relâcher; la moindre pression était extrêmement douloureuse, même quinze jours après. Cependant on la serra graduellement pendant environ trois semaines, après lesquelles l'organe fut détaché.

Peu à peu la malade recouvra ses forces; maintenant sa santé est parfaite.

Cette observation, qui n'est malheureusement pas accompagnée de détails suffisans, n'en est pas moins intéressante.

Le renversement de l'utérus constitue, dans le plus grand nombre des cas, un accident fort grave, sinon immédiatement, du moins consécutivement. Les hémorragies répétées qu'il cause épuisent graduellement les femmes, et finissent par amener la mort. Il est impossible aux femmes de se lever, de faire le moindre exercice sans être menacées de syncope, sans ressentir un poids et des tiraillemens insupportables. Deux moyens sont à tenter : 1° la réduction; 2° l'extirpation de la tumeur.

Mais si l'on a trop attendu, si l'on a passé les premières heures ou les premiers jours de l'accident, il est impossible d'obtenir la réduction; la portion retournée n'est plus souple, le collet qu'elle a traversé s'est tellement resserré et endurci que la réascension est devenue impossible: à plus forte raison, s'il s'est écoulé plusieurs mois, plusieurs années; le tissu de la matrice s'est modelé sur sa nouvelle forme, dans sa nouvelle position. « Sa surface muqueuse, dit M. Velpeau (MÉD. OPÉR., t. IV, p. 421), a pris les dimensions de son ancienne surface externe, tandis que cette dernière s'est contractée en dedans, de manière à ne plus représenter qu'une petite cavité. Revenu sur lui-même, le col est trop étroit pour livrer passage au corps et au fond de l'utérus, qui sont au-dessous. »

Dans le cas dont il vient d'être question, on se trouvait dans cette fâcheuse circonstance: des efforts de réduction furent tentés, mais il fallut bientôt y renoncer.

La ligature a déterminé des douleurs si vives qu'il est devenu nécessaire de la relâcher; toutefois une constriction graduellement opérée a suffi pour détacher la matrice au bout de quelques semaines. Cette intensité des douleurs s'est montrée dans presque tous les cas où la ligature a été faite. Dans l'opération de M. Laserre (ARCH. DE MÉD., 2e série, t. VIII, p. 395), la ligature fut appliquée sur le collet de la tumeur dix-huit mois après l'accouchement; la douleur fut si vive que le chirurgien dut songer à l'excision qu'il pratiqua. La malade finit par guérir. (Velpeau. *Loc. cit.*, p. 421.)

Chez la malade opérée par M. Bloxam, en juillet 1835, la ligature eut un succès complet. On crut d'abord avoir affaire à un polype, plus tard on reconnut qu'il s'agissait de la matrice. On resserra graduellement la corde à boyau, et seize jours après la matrice était séparée. Les douleurs furent assez vives. On insista sur les opiacés. (GAZ. MÉD., 1837, p. 122. Extrait du THE MEDICO-CHIRURGICAL REWIEW, dernier cahier de 1836.)

L'ablation de la matrice par la ligature a ses dangers comme l'excision. La première méthode donne à craindre les douleurs et les phénomènes nerveux, qui en sont la conséquence; plus tard, la phlegmasie et son extension au péritoine. Dans la seconde, on redoute l'hémorragie, l'ouverture du péritoine, indépendamment des phénomènes nerveux communs à toutes les opérations. Si l'on ajoute aux dangers de la ligature, qu'elle expose à comprendre dans le lien, soit l'uretère, comme l'a vu Ruisch, soit une anse d'intestin, comme cela arriva au charlatan dont parle Klein, soit la vessie, on sera disposé, je crois, à donner la préférence à l'excision, avec la précaution de lier les vaisseaux à mesure qu'on les incise: en procédant de cette manière tous les dangers de l'hémorragie seront évités.

DE L'INFLAMMATION RHUMATISMALE DES MEMBRANES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE; par le docteur HUTCHINSON, médecin de l'hôpital de Nottingham.

Si nous en croyons l'auteur, il arriverait assez fréquemment pendant le cours ou à la suite du rhumatisme articulaire que les enveloppes de la moelle seraient affectées d'une inflammation d'une nature spéciale, comme celle qui, dans les mêmes circonstances, frappe le péricarde, mais différant cependant de cette dernière par ses produits. Car, tandis que l'inflammation rhumatismale du péricarde se termine le plus fréquemment par des adhérences, celle des membranes de la moelle se terminerait le plus souvent par un épanchement séreux, et rarement seulement par des adhérences. De même encore que dans l'inflammation rhumatismale du péricarde, les fonctions du cœur sont notablement troublées, de même aussi celles de la moelle doivent l'être et le sont également dans l'inflammation rhumatismale de ses membranes.

Voici les symptômes qui indiquent pendant le cours d'un rhumatisme

(1) ARCHIVES DE MÉDECINE, année 1828, t. XVIII, p. 232.

articulaire que ce dernier vient de passer ou de s'étendre aux membranes spéciales; le malade éprouve d'abord un accroissement de sensibilité à la surface des extrémités inférieures. Les douleurs, dans ces cas, ne sont plus bornées aux articulations; mais elles s'étendent aux muscles des membres et à la peau; ce qui donne à toute la surface du corps une sensibilité exagérée, et quelquefois si vive que le moindre mouvement ou le plus léger contact de la main procure une douleur extrêmement vive. La peau conserve son apparence ordinaire; mais elle est âpre et sèche; et la transpiration qui, ordinairement, existe pendant la première période du rhumatisme, se suspend le plus souvent. Cette exagération de la sensibilité de la surface gagne les extrémités inférieures, bientôt le tronc, puis les extrémités supérieures, et est fréquemment accompagnée de mouvemens spasmodiques des muscles des extrémités et de spasmes permanens de ceux de l'abdomen. Peu à peu, le malade perd le libre usage des muscles des membres, et bientôt la paralysie devient générale et complète; mais l'excès de sensibilité cutanée persiste jusqu'à ce que le malade succombe accablé par les vives douleurs et le manque de repos. On observe ordinairement, en même temps, les symptômes propres à la pression sur la moelle épinière, tels que la paralysie des sphincters.

Obs. I.—Thomas Shey, âgé de 23 ans, commis chez un marchand de draps, a eu, il y a trois mois, un rhumatisme aigu qui s'est porté aux deux genoux, au poignet droit et aux deux coudes, et pour lequel il a été saigné et purgé avec avantage. Admis à l'hôpital le 17 mars 1833, il s'y plaint de douleurs d'une nature chronique dans la hanche droite, la jambe du même côté et les reins. La douleur de la jambe est accompagnée de mouvemens spasmodiques et de crampes qui paraissent névralgiques; le pouls est faible, sans fréquence; constipation légère; l'urine dépose un sédiment briqueté. (Tous les trois jours une dose de calomel et de jalap en poudre pour purgatif; deux drachmes de sous-carbonate de fer, trois fois par jour; un bain chaud, deux fois par semaine, et l'acupuncture avec huit aiguilles aux environs du nerf sciatique.)

Le 23 mars, il croit avoir eu froid à la suite de son bain. Les douleurs de la hanche sont beaucoup plus continues et bien plus vives la nuit; absence de fièvre. (Continuer le sous-carbonate de fer; le soir, donner 10 grains de calomel avec un grain d'opium; le matin, poudre de jalap composée, à dose purgative.)

Le malade éprouve de l'amélioration jusqu'au 10 avril, époque où la douleur de l'extrémité inférieure droite augmente considérablement, et s'accompagne de temps en temps de mouvemens spasmodiques; le membre malade n'offre ni chaleur, ni gonflement. (On prendra toutes les quatre heures dans une tasse d'eau de menthe, une dragme de teinture ammoniacale de gaïac, et 20 gouttes de teinture de colchique.)

Le 15 avril, douleurs et faiblesse dans les deux genoux, qui n'offrent ni gonflement, ni sensibilité à la pression. (Vésicatoire sur les genoux, qu'on applique de nouveau le 18.)

Le 29, la douleur des genoux est diminuée; il y a un peu de fièvre.

Le 30, la douleur a entièrement disparu, mais la sensibilité des deux jambes a diminué; quelques spasmes dans les muscles qui, les jours suivans, deviennent beaucoup plus fréquens, en même temps que la sensibilité de la surface augmente, et que les urines ne peuvent plus être rendues. (Cathétérisme; 4 grains de sulfate de quinine par jour, dissous avec 8 gouttes d'acide sulfurique et dans une once et demie d'eau de menthe.)

Au bout de quelques jours, les accidens persistent; on ajoute à chaque dose de la mixture 10 gouttes de teinture de cantharides, et l'on pratique sur le trajet de la colonne vertébrale une friction avec 12 gouttes d'huile de croton, qui détermine une éruption très abondante, sans aucune espèce de soulagement.

La paralysie des deux jambes devient complète; les forces du malade diminuent rapidement; il conserve toute l'intégrité de sa raison et se plaint vivement de tout le corps. Un cautère est appliqué sur la région sacrée. L'insensibilité, les spasmes et la paralysie persistent jusqu'au dix-huitième jour, époque où le malade perd la connaissance. Il reste insensible jusqu'au 29 juin, jour de sa mort.

Autopsie 40 heures après la mort. Le cerveau et ses cavités n'offrent rien de notable. La quantité du fluide cérébro-spinal que renferment les méninges est si considérable qu'elles se déchirent d'elles-mêmes, avant qu'on les ait ouvertes; vis-à-vis de la deuxième dorsale, et en dehors des méninges, on trouve une petite tumeur blanchâtre qui sort du périoste de la vertèbre, mais qui n'est pas assez volumineuse pour avoir exercé aucune influence sur la moelle; cette dernière n'a offert elle-même aucune trace de lésion appréciable.

La seconde observation offre une grande analogie avec la précédente; les seules différences sont dans la durée de la maladie qui a été de près de trois ans, et dans la contraction des muscles de l'abdomen et dans la présence de vomissemens dès le début de la maladie. L'autopsie n'ayant pas été faite nous nous contenterons de cette simple mention, et passerons à la troisième observation dont nous négligerons les nombreuses médications employées afin d'abréger.

Obs. III.—E. Marshall, âgée de 28 ans, est reçue à l'hôpital, le 25 juillet 1838; elle souffrait depuis six jours et pour la première fois d'un rhumatisme aigu qui avait attaqué le coude droit, le genou et les deux poignets, sans toux; sans dispnée, sans embarras dans la région précordiale. Elle a été saignée deux fois et très abondamment. Elle a en ce moment ses règles. Les articulations ci-dessus indiquées sont rouges et tuméfiées, pas de transpiration.

Le 3 août elle éprouve dans la région hypochondriaque droite une vive douleur avec fièvre; diminution de la douleur des articulations, et constipation.

Les jours suivans, elle éprouve de l'amélioration.

Puis, le 10, les douleurs reviennent dans le genou gauche et la hanche, d'où elles passent dans le poignet gauche, et ainsi avec différentes variations jusqu'au 21 septembre. Alors la douleur s'étend des hanches aux deux jambes, offrant un caractère intermittent, plus forte le soir que le matin et accompagnée de spasmes qui deviennent de plus en plus fréquens pendant que le malade s'affaiblit et que la sensibilité exagérée qui étant d'abord bornée aux jambes devient excessive et s'étend aux bras et à l'abdomen. Les jambes un peu fléchies sont incapables d'aucun mouvement; le moindre effort pour les étendre produit les douleurs les plus atroces; le pouls est à 115 et petit.

23 septembre. La strychnine qu'on a employée détermine de violens spasmes des muscles du col qui augmentent la douleur et empêchent la déglutition. Il n'y a plus de spasme dans les jambes; les bras sont aussi immobiles et aussi douloureux que les jambes et les cuisses. Les spasmes gagnent la mâchoire inférieure et y sont constans; le pouls faiblit encore; la sensibilité générale est extrêmement vive.

Le 30, il n'y a plus de spasme; la paralysie des extrémités supérieures et inférieures est complète, sans diminution de douleurs; il y a incontinence d'urine; la malade conserve toute sa raison, mais se plaint vivement; elle s'affaiblit beaucoup; des ulcérations se forment sur le sacrum et sur les hanches. On a beaucoup de peine à les panser, même sur le lit hydrostatique, tant le moindre mouvement détermine de douleur.

Dans les derniers jours d'octobre, son état s'aggrave encore; elle éprouve des douleurs par tout le corps; la déglutition devient difficile, puis impossible, et la malade meurt le 30 octobre.

Autopsie, 36 heures après la mort.

Etat exsangue de tous les organes. En coupant les vertèbres on ne put s'empêcher d'ouvrir les méninges qui donnèrent issue à une quantité considérable de sérosité qui les distendait et qu'on ne put recueillir, de manière à en préciser exactement la quantité. La pie-mère était sur beaucoup de points fortement injectée; la moelle elle-même était ferme et tout à fait à l'état normal. Le névrilement du nerf sciatique qui avait été pendant longtemps le siége de vives douleurs était rouge; l'artère qui l'accompagne était d'un calibre tout à fait extraordinaire, et le nerf lui-même était plus vasculaire que d'habitude.

L'auteur conclut de ces observations que les méninges sont quelquefois le siége d'une inflammation rhumatismale aiguë, d'où résulte un épanchement qui détermine une pression permanente sur la moelle et conséquemment la paralysie. Il ne pense pas qu'on puisse attribuer cet épanchement à l'anémie, car les premiers symptômes s'observent toujours avant les premiers signes de débilité et pendant que l'économie possède encore toutes ses forces.

CAS REMARQUABLE DE GANGRÈNE SÈCHE CHEZ UN ENFANT DE TROIS ANS ET DEMI; par le docteur S. Solly, T. R. S., professeur d'anatomie à l'hôpital St-Thomas.

Obs. I.—William Chandle, fils d'un riche batelier, mieux nourri que ne le sont d'ordinaire les enfans des pauvres, présentait à la visite du docteur Barry, de Farnham, le 29 janvier dernier, une gangrène avancée de trois membres, la jambe gauche et les deux bras. Trois jours avant cette première visite, l'avant-bras du côté droit s'était détaché naturellement au niveau du coude; mais la gangrène s'était étendue au-dessus de la jointure; il s'établit dans ce point un travail d'élimination. Le pied gauche avait été complètement détaché au dessus du coude pied, entre les épiphyses et la diaphyse du tibia et du péroné, laissant à découvert les extrémités osseuses. Au pied droit, les phalanges des deuxième et troisième orteils étaient tombées.

M. Solly apprit de la mère de l'enfant que la maladie avait commencé en août 1838, par le pied, qui était devenu d'une couleur pourpre. La gangrène commença en septembre à la jambe droite. Les escarres se détachèrent; au bout d'un mois la plaie était guérie. Celle de la jambe gauche ne se cicatrisa jamais, elle s'étendit graduellement, et une ligne de démarcation s'était établie, la séparation commença à se faire; le 30 décembre, le membre était complètement détaché.

Le moignon du bras droit annonçait d'être conique; mais ceux de la jambe et du bras gauche seront arrondis et charnus, aussi bien que des moignons artificiels résultant de l'amputation.

Ce fait intéressant, qui a été communiqué par l'auteur à la Société royale médico chirurgicale (28 mai 1839), a donné lieu, de la part d'autres membres, à quelques observations intéressantes.

M. Arnolt rapporte l'histoire d'une *gangrène sénile* développée chez une femme âgée de 19 ans. Dans ce cas, le cœur était malade.

Le docteur Bright rapproche de ce fait l'observation d'une très jeune femme affectée de la même gangrène. En outre, le bout du nez fut aussi atteint. On trouva à l'autopsie que l'aorte était ossifiée; un cercle osseux complet s'était formé dans sa circonférence.

M. Davies dit avoir vu la gangrène sénile affecter la jambe d'un homme âgé de 30 ans. La mortification s'arrêta au milieu. L'amputation fut faite au-dessus du genou, sans qu'il y eût la plus légère hémorragie. L'artère de ce côté, jusqu'à la bifurcation de l'aorte, était oblitérée par de la matière caséeuse; du côté opposé, le même vaisseau était tout-à-fait sain,

M. Brodie, pendant son séjour à l'hôpital St-Georges, observa le fait suivant :

Obs. II. — Un homme, âgé de 53 ans, ressentit pendant un jour chaud une sorte de tintement dans ses deux jambes, et rentra chez lui avec peine. Cette sensation disparut d'un côté, mais persista de l'autre. Le lendemain, il y avait une tache brune sur le pied; la gangrène, qui s'établissait, marchait lentement, et mit six semaines pour arriver au milieu de la cuisse. Les parties frappées de mort étaient complètement desséchées, et la peau assez transparente pour qu'il fût possible de distinguer la blancheur des tendons. On constata à l'autopsie que l'artère et la veine fémorales jusqu'aux troncs iliaques étaient obstruées par de la lymphe coagulable.

Dans un autre cas, où M. Brodie fut appelé avec le docteur Bryant, une dame ressentit de la douleur le long du trajet de l'artère fémorale. Peu de jours après, le pied était mortifié. La gangrène s'arrêta au milieu de la jambe; les parties molles se séparèrent. L'os fut détaché, un peu au-dessous de la ligne de séparation, et s'exfolia légèrement; il se forma un bon moignon. Il n'y a pas de doute que, dans ce cas, ce ne soit la même cause qui ait produit la gangrène.

M. Macilwain parle d'un jeune homme qui ne faisait aucun excès, chez lequel la phalange entière d'un doigt et la pointe d'un autre se gangrénèrent. Les parties mortifiées se séparèrent, un moignon non conique put se former. Dans ce cas, le cœur était malade, mais on commit une erreur de diagnostic, on crut qu'il s'agissait d'une maladie du foie, on agit en conséquence. Le malade guérit.

Tous les faits qu'on vient de lire sont confirmatifs des idées répandues en France sur l'artérite. C'est un point de doctrine trop bien établi maintenant pour nous y arrêter davantage.

PLAIE PÉNÉTRANTE DE L'ARTICULATION DU GENOU; DIVISION DU LIGAMENT ROTULIEN; par M. S.-B. SAMUEL, chirurgien interne (house surgeon) du dispensaire de New-York.

L'observation qu'on va lire est intéressante sous plus d'un rapport; la lésion dont l'histoire est rapportée a eu une terminaison heureuse, malgré sa gravité; mais ce qu'il y a de plus remarquable, pour nous du moins, c'est le mode de traitement employé.

Obs. — Thomas Tebb, marchand de drèche (*maltster*), âgé de 28 ans, entra au dispensaire de New-York, le 9 juillet 1838, pour une plaie qu'il venait de se faire au genou, en tombant sur le tranchant d'une faux.

Il s'était fait une plaie demi-circulaire, de six pouces de longueur, contournant le sommet du genou, et pénétrant dans l'articulation après avoir intéressé le ligament rotulien, mettant ainsi à découvert toute la surface articulaire. La synovie s'était écoulée, et la plaie était remplie de boue. La pointe de l'instrument avait pénétré profondément dans les muscles de la cuisse. On nettoya les surfaces saignantes, les bords furent rapprochés et maintenus réunis par quatre points de suture. (Opiat, lotions spiritueuses.)

10 juillet. Le malade a passé une assez bonne nuit; pas de trouble constitutionnel; pouls 82; constipation.

Prescription : Jalap, 30 grains; gingembre, 5 gr., à prendre le matin; — pilules bleues, 3 gr.; savon et opium, 3 gr., pour deux pilules à prendre le soir.

11. La nuit a été bonne; la peau est moite, la langue humide; pouls 72; pas de selles le matin : elles ont lieu dans la journée. (Pilules répétées.)

12. Pouls 78. Le malade va bien. (Continuer la poudre purgative.)

13. La nuit a été supportable; plusieurs selles. Léger écoulement par la plaie, mais point de douleur; pouls 76. (Pilules réitérées.)

14 et 15. Bien.

16. On enlève une partie des bandes et un point de suture. La réunion a été obtenue dans une étendue considérable. Il s'écoule une petite quantité de pus de bonne nature; il devient moins albumineux que d'ordinaire. (On cesse les lotions et l'opiat.)

17. La plaie est mise entièrement à découvert. La réunion s'est opérée dans toute son étendue. Il reste encore au côté interne du genou une petite ouverture qui laisse écouler une grande quantité de synovie. (On revient à l'opiat; un demi-grain d'acétate de morphine le soir.)

18. L'état du malade est excellent. (Côtelette de mouton; 4 onces de porter; opiat réitéré.)

19, 20 21. Idem.

22. L'aspect de la blessure est excellent; elle se recouvre de granulations de bonne nature. (L'opiat est suspendu.)

24. Mixture de quinine; une pinte de porter dans le jour.

26. L'écoulement de synovie est considérablement diminué.

Dans le courant d'août, amélioration graduelle. (Deux pintes de porter par jour.)

Septembre. La plaie qui restait ouverte au côté interne du genou est fermée; toutefois elle suppure encore superficiellement. Le malade prend des forces et engraisse pendant ce mois. Tout remède est supprimé.

Octobre. Il ne reste plus qu'un très petit ulcère qu'on panse une fois par semaine.

Le 28 novembre, le malade est considéré comme guéri; il quitte l'hôpital. L'articulation reste ankylosée. La rotule est entraînée en haut, au-dessus de sa position normale; Thomas Tebb ne peut éloigner le talon que d'un pouce et demi de la terre. A part cela, il est aussi bien qu'avant l'accident : il a repris ses occupations.

Ainsi, voilà une lésion traumatique, qui, selon toutes les prévisions, devait s'accompagner des accidens inflammatoires les plus graves. Elle semblait réclamer un traitement antiphlogistique énergique, les irrigations froides, la diète, etc. Eh bien! on ne fait pas une seule saignée; point de sangsues; le malade mange de fort bonne heure, et on donne des excitans, des purgatifs. Il est vrai que l'opium fut administré à dose assez forte (cinq grains) plusieurs jours de suite. Qu'en est-il arrivé? On n'a point observé d'accidens inflammatoires. Les saignées coup sur coup pourraient-elles espérer un plus beau triomphe?

Nous avons rapporté ailleurs un fait à peu près semblable; toutefois le traitement fut bien différent. Le malade guérit. (JOURN. DES CONN. MÉDICO-CHIRURG., janvier 1838 : *Mémoire sur les plaies.*)

L'heureux effet de l'opium, comme moyen préventif de l'inflammation à la suite des lésions traumatiques, n'est peut-être pas assez connu en France; tout récemment M. Malgaigne vient de l'administrer à la suite d'opérations chirurgicales; il nous a dit en avoir retiré de grands avantages.

NODUS RHUMATISMAL; POMMADE D'IODURE DE SOUFRE; GUÉRISON.

Bien que la lecture de l'observation suivante laisse quelque doute sur la nature de la tumeur que portait la malade, cependant l'analyse nous semble encore devoir être de quelque intérêt.

Obs. — S. Robestshon, âgée de 17 ans, fut admise au dispensaire de Bleinheim Street, le 3 avril, paraissant extrêmement faible. Les os étaient petits et courts; son appareil musculaire dans l'état le plus pitoyable; elle était brune, à peau très transparente, et offrait un type presque parfait des derniers degrés de la cachexie scrofuleuse.

Vers l'âge de six ans, elle eut des ophthalmies scrofuleuses dont la cornée portait encore des traces; à la même époque, elle commença à se plaindre de douleur dans la plupart des articulations du corps et surtout dans celles des bras et des jambes. Les douleurs des genoux et des chevilles s'étendirent graduellement et en suivant le trajet du périoste.

Vers sa quatorzième année, la jambe commence à offrir une saillie vers la partie moyenne, laquelle continua à augmenter jusqu'à l'époque de son admission à l'infirmerie où on trouva une tumeur du volume de deux œfs de pigeon, résistante, et offrait les autres caractères extérieurs des nodus placés sur la partie moyenne de la jambe. La pression y déterminait une vive douleur. La chaleur du lit n'augmentait point la douleur dont elle était le siége; et, au contraire, le plus ordinairement la chaleur la calmait. Elle continuait encore à éprouver des douleurs dans les articulations et quelquefois dans la région du cœur, surtout lorsque le vent tournait au nord et à l'est. L'auscultation et la percussion ne révèlent rien d'anormal, bien que la maigreur de la malade permette de suivre de l'œil les battemens du cœur. Elle n'est point encore menstruée et n'éprouve ni douleurs dans la région des reins ni aucun autre symptôme chlorotique.

On lui prescrivit d'abord l'iodure de potassium à doses graduellement croissantes et la teinture de chlorure de fer qui furent continuées pendant une quinzaine, sans effet évident; le nodus resta dans le même état et les douleurs articulaires n'éprouvèrent aucune diminution.

L'examen de cette jeune fille et de sa famille n'ayant pas permis de supposer que ce nodus dépendait de quelque affection syphilitique héréditaire, on en conclut qu'il se rattachait au rhumatisme dont elle avait souffert et dont elle souffrait encore et on dirigea le traitement en conséquence. On lui prescrivit de frictionner trois fois par jour la tumeur avec de la pommade d'iodure de soufre qu'on préparait en faisant fondre dans un tube de verre une égale quantité de soufre et d'iode et mêlant ensuite un gros du composé qui en résultait et réduit en poudre très fine avec une once de cérat simple. Elle devait prendre aussi un verre d'infusion de gentiane avec un gros de carbonate de soude deux fois par jour et une petite purgation au besoin.

Après huit jours de ce traitement, le nodus avait déjà perdu la moitié de son volume. On continua encore pendant huit jours; mais à partir de ce moment l'amélioration s'arrêta, et on eut recours à la contre-irritation, au moyen d'un vésicatoire qui fut appliqué sur toute la surface du nodus; le vésicatoire fut entretenu pendant huit jours et la tumeur avait entièrement disparu; comme les douleurs rhumatismales avaient cessé aussi, on la renvoya après deux mois de traitement. Depuis cette époque, elle est revenue plusieurs fois se plaignant de quelques douleurs dans les épaules qui ordinairement cédaient à l'emploi d'un purgatif combiné à l'action d'un rubéfiant et d'une boisson alcaline; mais elle n'a éprouvé aucun retour ni du nodus ni des douleurs dont il était le siége, bien qu'on puisse encore retrouver en passant avec soin le bout du doigt à la surface du tibia, quelque trace du nodus lui-même.

DE LA NATURE DE L'ALTÉRATION QUE PRÉSENTENT LES GLANDES DE PEYER CHEZ LES SUJETS QUI ONT SUCCOMBÉ A LA FIÈVRE TYPHOÏDE; par le docteur STAHEROH.

Le docteur Staheroh, de Berlin, qui a observé la dernière épidémie de fièvre typhoïde à Glascow, pense que la première période de l'altéra-

tion des follicules intestinaux qu'on observe chez les sujets qui ont succombé à cette maladie consiste en une infiltration d'une matière particulière, sans congestion vasculaire, et que l'inflammation de la muqueuse de l'iléum, qu'on observe dans les mêmes cas, n'est que le résultat de la réaction déterminée par la présence de la matière morbide infiltrée dans les follicules. La même opinion a déjà été émise par l'un de nous, dès 1834 (LEÇONS DE CLINIQUE MÉDICALE SUR LA FIÈVRE TYPHOÏDE). Mais cette opinion était trop opposée à celle qui existait alors dans nos écoles, qui y existe même encore presque aussi généralement, et d'après laquelle toutes les lésions organiques ne seraient que des produits de l'inflammation, pour qu'elle fût examinée avec toute l'attention que méritaient les faits sur lesquels elle était appuyée.

Le docteur Paterson, de Glascow, a présenté récemment à la Société médicale de Dublin une série de préparations en cire, et coloriées d'après nature, qui représentent les formes différentes qu'affectent aux diverses époques où on les observe ces altérations. Si nous en croyons le docteur Stokes, plusieurs de ces préparations confirment l'opinion qu'il attribue ici au docteur Staberoh, et émise longtemps auparavant en France par M. Genest, sur la nature de la lésion des follicules intestinaux dans la fièvre typhoïde et pendant la première période.

DE LA NARCOTINE DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE; par le docteur O'SHANGHNESSY.

L'auteur de cette communication a présenté, en août 1838, à la société médicale de Calcutta, un mémoire contenant l'histoire de trente-deux cas de fièvre rémittente et intermittente dans le traitement desquels la narcotine fut employée au lieu de la quinine et dont trente et un se sont terminés par la guérison. Ces cas, réunis avec vingt-sept autres qui avaient déjà été communiqués auparavant à la même société, font en tout soixante-six cas de fièvre intermittente traités par la narcotine, et dans deux desquels seulement elle est restée sans effet. Nous ne traduirons pas les détails relatifs à chacun de ces cas; il nous suffira de dire que dans un bon nombre d'entr'eux on avait déjà employé inutilement la quinine, et même dans quelques-uns les préparations arsenicales. Toutes ces observations n'ont pas été recueillies par le docteur O'Shanghnessy lui-même, un certain nombre lui a été communiqué par des confrères, dont l'un qui, pour sa part, a employé la narcotine dans seize cas, non compris parmi ceux dont nous avons déjà parlé, s'exprime ainsi sur le mode d'action de cette base végétale. « Jusqu'ici j'ai employé la narcotine dans seize cas de fièvre rémittente, et telle est la haute opinion que je me suis faite de ce moyen que dans les cas de fièvre rémittente et intermittente, chez les sujets dont la santé n'a point été détériorée, et chez lesquels il n'y a aucune complication de lésion organique grave, je l'administre avec la certitude de couper immédiatement la fièvre et d'empêcher le développement de prochains accès; c'est ce qui est arrivé dans dix des seize cas dont j'ai parlé. Je regarde la narcotine comme un antipériodique plus puissant que la quinine. L'action de cette substance n'est pas comme celle de la quinine dissimulée et mystérieuse. On observe à la suite de son administration d'abord une élévation appréciable de la température générale du corps, et ensuite de la transpiration; en sorte qu'elle paraîtrait agir en déterminant dans l'économie une réaction assez forte pour arrêter la concentration qui s'opère pendant la fièvre. Dans les cas que j'ai observés, elle n'a produit aucun trouble local. »

Voici maintenant la manière dont le docteur O'Shaughnessy prépare la narcotine, méthode qui peut être appliquée partout où on peut se procurer de l'opium.

PRÉPARATION DU MURIATE DE NARCOTINE.

Prenez : Opium du Bengale........ 2 livres.
Alcool .... 20 »

Faites le mélange dans un grand mortier, en ajoutant graduellement l'alcool, jusqu'à ce que l'opium soit entièrement privé de ses parties solubles; décantez la solution et pressez la partie insoluble.

Versez de l'ammoniaque sur la solution jusqu'à ce que cette dernière soit légèrement troublée, puis distillez jusqu'à ce que vous ayiez retiré quinze livres d'alcool.

Le liquide en refroidissant dépose une masse de cristaux colorés et qui sont composés de narcotine, de méconate d'ammoniaque et de résine. Lavez d'abord avec de l'eau, qui dissout le méconate d'ammoniaque, et ensuite avec une pinte d'eau et une drache d'acide muriatique, qui dissout la narcotine et laisse la résine, puis filtrez et faites évaporer jusqu'à siccité la solution, qui est de couleur rosée.

Le muriate de morphine préparé par cette méthode est une masse transparente, résineuse, rosée, d'une texture vitrée, très soluble dans l'eau et l'alcool et extrêmement amère.

On peut obtenir en beaux cristaux le muriate de narcotine en le précipitant par l'ammoniaque et dissolvant le précipité par l'alcool bouillant, qui, en se refroidissant, laisse déposer la narcotine pour former de beaux cristaux. Ces derniers, placés dans un tube, et soumis à l'influence d'un courant de gaz acide muriatique, se combinent avec l'acide, tout en conservant leurs formes cristallines primitives. Cependant ce procédé, quoique fournissant des produits beaucoup plus beaux, est trop coûteux pour être adopté pour l'usage général; car le muriate de narcotine non cristallisé est doué d'autant d'énergie que le produit le plus élégant.

L'auteur entre ensuite dans quelques détails économiques sur la quantité de narcotine et de morphine qu'on peut obtenir par le procédé que nous venons de reproduire, et d'où il conclut que la narcotine pourrait être facilement obtenue à un prix de moitié inférieur à celui auquel elle se vend aujourd'hui, et égalant à peine le quart de celui que coûte la quinine.

RECHERCHES SUR LA SUPPURATION; par G. GULLIVER.

L'auteur de ce mémoire cherche à démontrer par des preuves de différente nature qu'on peut trouver des globules de pus dans le sang des sujets qui ont succombé à des fièvres inflammatoires, ou à la suite d'une suppuration abondante, et emploie successivement les moyens chimiques et les recherches microscopiques. Après avoir parlé de l'action de l'eau qui fait disparaître les globules du sang, tandis qu'elle ne produit aucun effet sur ceux du pus, et de celle de l'ammoniaque qui produit presque le même effet que l'eau, l'auteur rapporte qu'il a reconnu la présence des globules de pus dans le sang tiré des grosses veines chez des animaux chez lesquels il avait déterminé une inflammation artificielle d'un ou de plusieurs organes. Ainsi, il dit avoir vu, à l'aide du microscope, des globules de pus dans le sang du ventricule droit du cœur d'un chien chez lequel il avait déterminé une inflammation aiguë par l'injection d'une faible solution de sublimé corrosif dans le tissu cellulaire de la cuisse; dans le sang pris dans la veine cave d'un autre chien chez lequel des expériences sur la nécrose avaient déterminé l'inflammatinn des deux tibias et du tissu cellulaire; et, enfin, dans le sang d'un troisième chien enlevé par une péritonite produite artificiellement.

Il injecta aussi du pus dans la plèvre d'un chien, dans le péritoine d'un second et dans les veines crurales de deux autres chiens, et, dans ces trois cas, il constata la présence du pus dans le sang après la mort.

M. Gulliver rapporte une autre série de cas dans lesquels il soumit à l'examen microscopique le sang des personnes qui étaient mortes de maladies pendant le cours desquelles il s'était établi une suppuration; telles que la petite vérole, la péritonite, un ulcère de la jambe, une inflammation de la veine, la pleurésie, l'inflammation diffuse de la cuisse, la phthisie pulmonaire; et dans tous ces cas il trouva les globules du pus dans du sang pris, soit dans le centre du cœur, soit dans quelque grosse veine.

Appuyé sur ce fait et sur les recherches microscopiques sur les globules du sang, l'auteur paraît disposé à admettre l'opinion émise par M. A. Cooper et d'autres pathologistes, que les globules du pus ne sont que les globules du sang modifiées par le travail de l'inflammation.

La matière liquide et d'apparence purulente qu'on trouve quelquefois au centre des caillots de fibrine n'est pas, si nous en croyons M. Gulliver, du pus, mais de la fibrine ramollie qui, bien qu'offrant quelques-uns des caractères extérieurs et superficiels du pus, en diffère cependant par les caractères que fournit la chimie et l'examen microscopique.

La théorie qu'il propose pour la formation de la suppuration est ingénieuse, sinon évidente. D'après lui, la suppuration serait une espèce d'analyse physiologique du sang. Comme la fibrine épanchée dans les tissus détermine leur gonflement, les globules du sang altérées par la stagnation deviennent inutiles et sont rejetées sous forme de matière purulente. La suppuration du sang serait donc la voie d'écoulement excrémentiel pour la portion du sang qui est devenue inutile ou nuisible pendant le travail de réparation, soit que ce travail eût pour but de limiter l'étendue d'un abcès ou de réunir une solution de continuité. Si cependant le pus se forme dans les capillaires par l'effet de la stagnation et de la coagulation de leur contenu, il pense que dans les cas où il n'y a pas de suppuration manifeste à l'intérieur, le pus peut être mélangé en grande quantité avec le sang. La présence du pus dans le sang serait, dans cette hypothèse, la cause des symptômes d'irritation et de la fièvre que l'on observe dans les maladies où l'inflammation se termine par la suppuration.

III. DUBLIN MEDICAL PRESS.

OBSERVATION DE FRACTURE NON CONSOLIDÉE, TRAITÉE AVEC SUCCÈS PAR LE SÉTON.

Les cas de fracture non réunie dans lesquels l'emploi du séton a déterminé la formation d'un col solide ne sont pas assez nombreux pour que l'observation suivante ne soit pas lue avec intérêt :

OBS. — Eliza Kavanagh, âgée de 24 ans, eut les deux os de la jambe fracturés, à cinq pouces environ au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, à la suite d'une chute qu'elle fit le 7 mai dernier. Au moment de l'accident, sa santé était parfaite; jamais elle n'avait été malade. Entrée à l'hôpital (Meath hospital) le jour même de l'accident; un bandage fut appliqué, et le reste du traitement surveillé avec le plus grand soin. Malgré ces précautions, la réunion ne put être obtenue; on essaya inutilement de frotter les fragmens les uns contre les autres.

Le 23 juillet, onze semaines après l'accident, M. Rynd introduisit un séton fait de fil de soie, au niveau des extrémités des fragmens; pour cela, une aiguille courbe à séton fut introduite en dehors de la jambe, et poussée dans la direction du bord postérieur et interne du tibia. Alors, en lui faisant suivre un trajet demi-circulaire sur les fragmens osseux, on fit sortir de l'autre côté, de manière à ce que la fracture fût comprise entre ses points d'entrée et de sortie. On maintint les extrémités du séton, et la malade fut assujettie au repos parfait.

1er août. Il existe une violente inflammation du membre, principalement dans le trajet du séton. (Purgatif salin, tartre émétique.)

8 août. L'inflammation est considérablement diminuée; du pus s'écoule par les ouvertures que traverse le séton; pas de douleur dans le siége de la fracture. (Cataplasmes de farine de graine de lin; repos parfait.)

18 août. Il résulte de l'examen du membre que la réunion est complète. La crainte de troubler la marche de la nature empêcha de pousser les recherches plus loin. Le séton ne donne pas lieu à un écoulement beaucoup plus abondant; il n'y a ni douleur ni ulcération, si ce n'est dans une étendue d'un demi-pouce à son entrée et à sa sortie. (Le repos est continué.)

22 août. La réunion est parfaite; on ne perçoit pas la plus légère mobilité dans la partie fracturée. La malade a marché en s'appuyant sur une béquille.

24 août. La marche est de plus en plus assurée; la malade n'éprouve d'autre incommodité qu'un peu de douleur et de raideur au cou-de-pied, résultat sans doute du repos. (On ôte le séton; douche chaude d'un quart d'heure sur les articulations; frictions avec la flanelle.)

1er septembre. Douches d'eau froide, bandage roulé sur la jambe; à part la gêne dans les mouvemens des articulations; le malade va très bien.

Les causes qui mettent obstacle à la consolidation des fractures sont assez nombreuses et fort diverses; tantôt c'est dans le lieu même de la solution de continuité qu'il faut les chercher; d'autres fois, c'est dans l'organisme en général, dans le reste de la constitution. Il semble que, dans certaines circonstances, le travail inflammatoire local n'ait pas eu assez d'énergie; l'organisation osseuse ne se fait pas du tout, ou se fait très lentement; c'est dans ces cas que le frottement des deux fragmens l'un contre l'autre, que l'emploi du séton se trouvent indiqués. L'un et l'autre de ces moyens ont souvent réussi; toutefois, le dernier est plus grave par ses conséquences, malgré qu'il le soit beaucoup moins que la résection dans la continuité.

Une autre cause locale de non consolidation des fractures réside dans la mobilité des fragmens l'un sur l'autre; si l'appareil contentif ne remplit pas exactement les conditions indispensables d'immobilité, il est nécessaire de le changer; cela s'applique plus spécialement aux fractures du fémur et de l'humérus; cette question vient d'être tout récemment discutée dans ce journal (GAZ. MÉD., 24 août; 14 et 21 septembre 1839); les expériences de M. Bonnet et l'appareil qui en a été la conséquence pratique nous semblent avoir élucidé une question depuis longtemps débattue.

ANÉVRISME POPLITÉ TRAITÉ AVEC SUCCÈS PAR LA COMPRESSION; par le docteur E.-G. BRUNKER.

OBS. — Owen Mathews, âgé de 32 ans, entra à l'infirmerie (Louth infirmary) le 20 août 1839.

Il s'aperçut par hasard il y a quinze mois de la présence d'une tumeur pulsative dans le creux poplité du côté gauche, sans pouvoir se souvenir d'une sensation particulière qui aurait signalé sa première apparition. Il continua de travailler quelque temps encore.

A son entrée à l'hôpital, il présentait toutes les apparences d'une bonne santé; un examen attentif ne put faire découvrir aucune maladie des organes internes. La respiration était normale; le pouls à 72, régulier; rien du côté du cœur.

Le creux du jarret était complètement rempli par une tumeur pulsative, ayant des battemens isochrones à ceux du pouls, légèrement compressible, mais revenant promptement à son volume primitif quand on cesse de comprimer. Les pulsations sont perçues dans toute l'étendue de la tumeur. Il n'existe ni bruit de soufflet ni autre bruit anormal. Si l'on presse sur l'artère fémorale au pli de l'aine, les battemens cessent immédiatement dans la tumeur pour reparaître aussitôt qu'on ne comprime plus. Pendant qu'on exerce la compression, le volume de la tumeur est notablement diminué pour reprendre ses premières dimensions quand la circulation est rétablie. On ne sent pas les pulsations des artères tibiales antérieure ou postérieure. Le malade n'accuse aucune douleur dans le creux du jarret; il se plaint seulement d'un sentiment de malaise dans quelques orteils et dans le pied; parfois ces parties sont froides et engourdies. On prescrit au malade le repos au lit; diète légère.

Deux jours après, on applique sur la tumeur du jarret un morceau d'éponge sèche, maintenu par un bandage roulé, lâchement serré.

Au bout de cinq jours, en enlevant le bandage et l'éponge, on fut grandement surpris de voir que la tumeur avait considérablement diminué de volume, et, chose plus remarquable, qu'à l'application de la main ou du sthétoscope elle était plus dure et ne remplissait plus l'espace poplité. On continue la compression, et le repos le plus parfait dans la position horizontale. Peu de jours après, le malade quitta l'hôpital, contre la volonté du docteur Brunker.

Le 12 septembre, Owen vint raconter lui-même qu'il avait gardé exactement le repos, et continué la compression depuis sa sortie de l'hôpital. M. Brunker eut de la peine à découvrir quelques traces de la tumeur dans le creux poplité, et à retrouver la moindre pulsation. L'artère tibiale antérieure commençait à battre, ce qui n'avait pas lieu quelques jours avant. La sensation pénible qui existait primitivement dans le pied avait disparu presque entièrement; Owen marchait sans claudication ni douleur.

Je ne doute pas, dit M. Brunker, que la compression modérée exercée par l'éponge et le bandage n'ait amené l'oblitération complète du sac anévrismal, et épargné ainsi au malade les dangers inséparables de la ligature de l'artère fémorale, à laquelle il eût nécessairement fallu avoir recours, sans le succès obtenu par ce moyen si simple, employé seulement comme simple essai.

On pourra rapprocher de ce fait l'observation suivante, relative à la lésion d'une artère moins volumineuse, qui, devenue anévrismatique, consécutivement à une plaie faite par la lancette, s'oblitéra sous l'influence de la compression.

ANÉVRISME DE L'ARTÈRE TEMPORALE TRAITÉ PAR LA COMPRESSION; par le docteur HOUSTON.

OBS. — Patrick M'Cormick, âgé de 34 ans, entré le 18 mai à l'hôpital de Dublin (city of Dublin hospital), avait été saigné cinq semaines auparavant de l'artère temporale gauche pour une phlegmasie oculaire produite par un accident. L'incision avait été faite à un pouce et demi au-dessus de l'extrémité externe du sourcil; seize onces de sang avaient été tirées, et la plaie, réunie par des bandelettes agglutinatives soutenues par un bandage, était guérie le troisième jour.

Une semaine après, une petite tumeur, du volume d'une tête d'épingle, se développait dans le centre de la cicatrice, et depuis cette époque elle augmentait lentement.

A l'entrée du malade, elle présentait les caractères suivans :

Son volume et sa forme la rapprochaient d'un mamelon; elle était pulsative; on y reconnaissait facilement un mouvement d'expansion, évidemment isochrone aux battemens du cœur. Quoique résistant à la pression, elle se vidait en partie alors, surtout quand la branche artérielle qui lui donnait naissance était en même temps comprimée. Dès qu'on cessait la compression, la tumeur revenait instantanément à son premier état.

Un morceau de liége circulaire, un peu plus étendu que l'anévrisme et enveloppé de plusieurs doubles de linge fin, fut placé sur la tumeur et maintenu par un emplâtre adhésif et un bandage, de manière à exercer une pression constante mais modérée.

Cinq jours après, la tumeur était plus petite, plus dure, et ses battemens moins forts.

Au bout de douze jours, elle avait presque disparu, ses battemens avaient complètement cessé.

Le dix-huitième jour, il existait un enfoncement sur le siége de l'anévrisme; l'artère était oblitérée dans ce point, mais ces battemens continuaient de chaque côté.

M'Cormick fut renvoyé guéri, avec la recommandation de porter pendant quelque temps encore une légère compression sur la place occupée par la tumeur.

Ces deux observations nous démontreraient au besoin qu'il n'est pas toujours nécessaire pour obtenir la cure des anévrismes de pratiquer la ligature des vaisseaux malades; mais déjà l'utilité de cette méthode est suffisamment prouvée au moins pour un certain nombre de cas. Depuis Galien qui, un des premiers, eut recours à la compression sur la tumeur, beaucoup d'auteurs l'ont mise en pratique; c'est surtout dans la première moitié du siècle dernier qu'on s'est occupé de la perfectionner; alors parurent les instrumens et les bandages d'Arnaud, Heister, Ravaton, Verdue, etc. Toutefois, malgré ces nombreux perfectionnemens, la compression directe a un champ fort limité d'application; car elle exige certaines circonstances locales qu'on ne trouve pas dans toutes les régions; il est nécessaire aussi que la tumeur ne soit pas ancienne, ni les tissus environnans trop altérés. On peut espérer beaucoup de son emploi; mais, somme toute, c'est le plus souvent l'opération de l'anévrisme qui donne le dernier mot du traitement.

IV. THE MEDICAL MISCELLANY. (Octobre 1839.)

Ce journal, dont le premier numéro vient de paraître, renferme divers articles de revue ; 1° *Coup-d'œil sur les hôpitaux et les écoles de médecine de Londres*; 2° *Sur les maladies des hommes célèbres : Byron, etc.* (1)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 29 OCTOBRE.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSÉNIEUX.

M. CAVENTOU lit, au nom de M. Ollivier d'Angers et au sien, un rapport sur un cas d'empoisonnement par l'acide arsénieux, dont l'histoire a été communiquée à l'Académie par M. Rigal, de Gaillac (Tarn).

Une femme, âgée, éprouva, le 30 avril dernier, après avoir mangé une soupe, tous les symptômes de l'empoisonnement par l'acide arsénieux. Elle mourut trente-six heures après. Elle fut exhumée le 12 mai, et son autopsie, ainsi que les recherches médico-légales furent faites avec beaucoup de soin par MM. Rigal et Thomas qui s'étaient adjoints, en outre, deux pharmaciens.

On constata 1° les signes non équivoques d'une phlegmasie intense des voies digestives; 2° la présence de l'acide arsénieux dans l'estomac et les intestins; 3° enfin la même substance fut retrouvée dans le reste des organes, muscles, etc.; les experts ayant voulu recueillir la portion d'arsenic absorbé, eurent recours aux procédés de M. le professeur Orfila, et purent ainsi retrouver jusqu'aux moindres traces du poison.

M. le rapporteur termine par quelques réflexions sur l'utilité de ces recherches qui deviennent nécessaires dans les cas où une fort petite quantité de poison a été ingérée et rapidement absorbée, dans ceux où l'excédant renfermé dans les voies digestives a été promptement rejeté par les vomissements et les selles; enfin dans les cas où il en reste si peu en contact avec la muqueuse digestive qu'il est important de retrouver le reste afin d'avoir en main le corps du délit. Les procédés indiqués par M. Orfila sont aussi simples qu'exacts; la rapidité avec laquelle ils ont été adoptés à de si grandes distances prouveraient encore s'il était besoin en leur faveur. Nous ne terminerons pas, dit M. Caventou, sans rendre hommage au talent d'observation et d'analyse qui a présidé aux travaux d'expertise communiqués par MM. Rigal et Thomas, en proposant à l'Académie 1° de voter des remercîmens aux auteurs; 2° de renvoyer leur travail au comité de publication. (Adopté.)

JUGES DU CONCOURS POUR LA CHAIRE DE PATHOLOGIE INTERNE.

M. le président annonce à l'Académie que les sections de médecine et de thérapeutique ont nommé, par voie de scrutin, pour juges à la chaire de pathologie interne : MM. Roche, Rayer, Honoré et Bally; pour suppléant, M. Bricheteau.

Sur la demande de M. Deleos, les juges nommés par l'Académie rendront compte officiellement du résultat du concours.

LOCALISATION DE L'ORGANE DU LANGAGE.

M. Bouillaud lit un travail étendu ayant pour titre : EXPOSITION DE NOUVEAUX FAITS QUI LOCALISENT DANS LES LOBES ANTÉRIEURS DU CERVEAU LE PRINCIPE MOTEUR DE LA PAROLE.

L'auteur a communiqué il y a quinze ans à l'Académie le premier résultat de ses recherches et de ses expériences; il vient aujourd'hui appuyé sur de nouveaux faits appuyer des conclusions auxquelles il était arrivé. Soixante-quatre observations lui avaient permis dans son premier mémoire de placer l'organe du langage dans les lobes antérieurs du cerveau et de baser sur des faits l'idée formulée *à priori* par Gall. Des objections nombreuses ont été faites à cette doctrine depuis cette époque; M. Bouillaud répond successivement aux faits et aux raisons fournis par M. Cruveilhier, puis par M. Andral; enfin par M. Lallemand. Il demande des faits mieux choisis, observés avec assez de soin, renfermant les détails suffisans; autrement ils ne pourront servir à décider une question qui demande un grand travail d'intelligence, de sérieuses réflexions.

Aux faits qu'il avait déjà recueillis, M. Bouillaud en ajoute un certain nombre, de sorte qu'il a 77 observations positives, entourées de détails suffisans à opposer au petit nombre de faits négatifs, qu'il ne croit pas convenablement observés. Avec de telles preuves, il ne pense pas devoir rester dans un doute qui ne doit être pour le médecin qu'une époque de transition; mais il se croit suffisamment autorisé à maintenir ses premières conclusions, à savoir : que la faculté du langage a un siége dans le cerveau; que ce siége doit être rapporté aux lobes antérieurs.

A la suite de cette lecture, plusieurs membres demandent la parole; mais, vu l'heure avancée, la discussion sera renvoyée à la prochaine séance.

LUXATION DU BRAS.

M. SÉDILLOT, professeur au Val-de-Grâce, lit un mémoire sur une nouvelle variété de luxation du bras en bas, ou directement au-dessous de la cavité glénoïde, et en avant de l'omoplate, bien qu'elle fût en arrière de l'aisselle, c'est-à-dire des muscles grand dorsal et grand rond.

Après quelques considérations générales sur l'anatomie pathologique, dans lesquelles il établit la valeur relative de l'application de cette science aux différentes lésions de nos organes, M. Sédillot rappelle qu'il a cherché dans plusieurs autres mémoires déjà présentés à l'Académie, à fonder une classification véritablement scientifique des luxations du bras sur la seule observation directe ou anatomique des faits, et qu'il les a partagées toutes en antérieures et en postérieures; c'est-à-dire ayant lieu en avant ou en arrière de l'omoplate. Ces dernières ont été, comme l'on sait, particulièrement étudiées par lui dans l'observation d'une luxation postérieure datant de plus d'une année, qu'il réduisit au moyen de la moufle et du dynamomètre, et il rappelle que M. Dubois, d'Amiens, en rapporta à l'Académie un autre exemple fort remarquable. Quant aux luxations antérieures, il les avait divisées en sept variétés répondant aux trois formes les plus saillantes déjà admises du temps d'Hippocrate, mais sur tout adoptées et mises en évidence par Galien. Les trois premières variétés, luxations 1° axillaires; 2° sous-caracoïdiennes incomplètes; et 3° complètes, répondaient aux luxations en bas ou dans l'aisselle; la quatrième, ou sous-scapulaire, représentait les luxations en avant des cinquième et sixième coste et caraco-claviculaires, indiquaient d'une manière plus précise les luxations en haut, et, enfin, il avait admis, d'après M. le baron Larrey, une septième variété sous le nom d'intercostale. M. Sédillot, poursuivant aujourd'hui les mêmes travaux, montre à l'Académie, sur une pièce d'anatomie pathologique, et d'après des dessins qu'il a fait prendre d'après nature, une nouvelle variété de luxation antérieure, en bas ou directement au-dessous de la cavité glénoïde, qui n'avait encore été signalée par aucun auteur. On pourrait la nommer luxation antérieure en bas extra-axillaire; car la tête de l'humérus, au lieu de se luxer en avant des muscles grand dorsal et grand rond, comme on l'avait toujours observé dans les déplacemens en bas, s'est échappée de la cavité glénoïde entre les muscles petit et grand ronds, et s'est trouvée par conséquent placée en arrière de ce dernier, ainsi que du grand dorsal, bien qu'elle fût restée en avant du scapulum et de la longue portion du muscle triceps brachial.

M. Sédillot discute ensuite les symptômes de cette nouvelle variété de luxation, montre ses analogies avec les formes ou espèces voisines, et montre les conséquences séméiologiques et thérapeutiques qui eussent pu résulter de l'arrachement de la grosse tubérosité humérale qui avait eu lieu, et de la rupture de la presque totalité du ligament capsulaire. M. Sédillot termine en exposant le mode de réduction qui lui semble, dans ce cas, le plus avantageux, et pense que la section de quelques portions musculaires, telle que la pratique M. J. Guérin, pourrait être appliquée avec succès, si les autres moyens propres à faciliter et à obtenir la réduction restaient sans efficacité. (Commissaires : MM. Lacournère, Roux et Bouvier.)

EMPLATRE DE VIGO DANS LA VARIOLE.

M. BRIQUET présente à l'Académie divers malades atteints ou convalescens de la variole, chez lesquels l'application de l'emplâtre de vigo a modifié l'éruption et considérablement diminué l'étendue et la profondeur de ses traces sur la peau.

MALADIE DE BRIGHT.

M. MARTIN SOLON présente un rein offrant l'altération qui constitue la maladie de Bright au quatrième degré. On y voit un commencement d'atrophie, la tendance à la séparation en lobules, et la présence des granulations blanc-grisâtres décrites par le médecin anglais. La malade, atteinte d'une affection pulmonaire chronique, d'une maladie du cœur, avait eu des symptômes d'hydropisie.

MORVE AIGUE TRANSMISE PAR INOCULATION AU MOUTON.

M. RENAUD D'ALFORT montre les fosses nasales d'un mouton auquel il a inoculé le pus provenant du jetage des narines d'un cheval morveux. Le mouton a maigri, puis il a jeté par le nez; enfin, il a succombé. A l'autopsie on a constaté sur la muqueuse des fosses nasales les ulcérations caractéristiques. Il y avait dans les poumons un tubercule dur, qu'on ne peut regarder comme de récente formation, puisque, dans beaucoup de cas, on en rencontre de semblables chez des moutons d'ailleurs fort sains.

Cet animal est le troisième de son espèce auquel la morve a été inoculée; les deux premiers n'ont présenté ni les symptômes ni les altérations anatomiques de la morve.

La séance est levée à cinq heures et quart.

---

(1) A l'avenir, ce journal, qui doit paraître tous les mois, contiendra des articles originaux de médecine; une partie sera consacrée à la littérature médicale, et le reste, aux journaux étrangers ou anglais. (Sherwood, Gilbert, Piper, J. Coyhlad; 437, Strand, London.)

BIBLIOGRAPHIE.

NOUVEAUX ÉLÉMENS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE; par A.-L. VELPEAU. — Deuxième édition. 4 vol. in-8°, accompagnés d'un atlas de 22 planches in-4° gravées, représentant les principaux procédés opératoires et un grand nombre d'instrumens de chirurgie. Paris, J.-B. Baillière.

La médecine opératoire, telle qu'elle est constituée aujourd'hui, après des travaux si étendus sur tous les points de la science, demande, pour être convenablement exposée, un certain nombre de conditions, fort difficiles à réunir. On n'exige plus simplement l'indication des manœuvres, la description minutieuse des temps divers dont se compose une opération; il faut des faits, de l'analyse, de la critique. Il est nécessaire de discuter les indications, l'époque de l'opération, le choix des méthodes, le pansement, etc. Il faut, qu'appelé à reconrir aux ressources que la main seule peut fournir, et dans lesquelles l'instrument tranchant joue le principal rôle, le chirurgien sache, autant que possible, combien de fois et dans quelles circonstances a été faite l'opération qu'il va pratiquer; quels en ont été les résultats; si des accidens sont survenus et quels accidens; si la guérison a été complète, durable; s'il n'y a pas eu de récidive, etc. Un livre de ce genre devrait répondre d'une manière satisfaisante à toutes ces questions; il doit tenir lieu des sources auxquelles il n'est pas toujours possible de recourir; par conséquent, toutes les recherches de quelque importance doivent avoir été consultées et analysées.

L'ouvrage de M. le professeur Velpeau nous semble conçu sur un plan fort large; les détails en sont distribués avec ordre et clarté, et sur une assez grande échelle, puisque cette seconde édition n'a pas moins de trois mille pages, réparties en quatre volumes. Cet accroissement considérable d'un livre déjà volumineux se trouve nécessité par une addition assez importante, qui constitue une véritable amélioration, je veux parler d'un traité complet de petite chirurgie.

Après des considérations préliminaires sur les soins que nécessitent les opérations, les conditions accessoires qui doivent les précéder, les accompagner ou les suivre; un examen de la valeur relative de la réunion immédiate et de la réunion secondaire; un exposé rapide des suites naturelles et des accidens des opérations, M. Velpeau consacre plus de la moitié de son premier volume à l'exposition des préceptes relatifs aux pansemens, à l'indication des moyens divers que le chirurgien a en son pouvoir pour les exécuter.

Cette première partie est traitée avec beaucoup de soin; des planches intercalées dans le texte facilitent l'intelligence des préceptes, et font comprendre beaucoup mieux que ces descriptions la manière d'appliquer les bandages. De cette manière, la thérapeutique des plaies, celle des fractures, s'y trouvent implicitement contenues. En cela, M. le professeur Velpeau a suivi l'exemple de Celse, qui décrit, dans son septième livre, tous les moyens qui réclament l'emploi de la main.

Après l'étude des pansemens ou de la déligation chirurgicale, dans laquelle les nouveaux perfectionnemens introduits par M. Mayor ont dû nécessairement rentrer, viennent les opérations de la petite chirurgie proprement dite, c'est-à-dire la saignée générale et locale, les procédés pour pratiquer la dérivation cutanée, l'histoire de la cautérisation. Enfin, la vaccination y trouve une place. Cette partie est terminée par l'exposé des opérations qui se pratiquent sur les dents.

On arrive insensiblement, de la sorte, à la première et grande section des *opérations chirurgicales générales ou communes*, qui se subdivisent en deux grandes classes: 1° opérations simples ou élémentaires; 2° opérations complexes.

Aux opérations simples ou élémentaires se rattachent *les divisions* (diérèse), incisions, ouvertures d'abcès, dissection des tumeurs et des kystes, les ponctions, enfin la réunion. Ici M. Velpeau étudie les diverses espèces de suture, dont la description aurait pu tout aussi bien rentrer dans celle des pansemens proprement dits. Mais rien n'étant absolu dans les classifications, nous nous garderons de lui en faire un reproche.

Les opérations complexes renferment: 1° celles qui s'appliquent aux tégumens, et par conséquent les opérations que réclament les verrues, les cors, les maladies de l'ongle, etc.; 2° celles qui peuvent être nécessitées par des difformités ayant leur siége *a* dans la peau, *b* dans les tendons ou les muscles, *c* dans les ligamens ou les aponévroses profondes, *d* dans le squelette lui-même (ankyloses, p. e.). A cette seconde série est annexée comme sous-division une grande classe d'opérations qui ont reçu, dans ces dernières années, de si nombreux perfectionnemens, nous voulons parler de l'anaplastie ou autoplastie. M. Velpeau l'étudie d'abord d'une manière générale dans ses méthodes et ses procédés; puis il la considère dans ses applications aux divers organes et aux diverses localités; ainsi, il passe successivement en revue l'anaplastie du crâne, l'otoplastie, la rhinoplastie, etc., etc., et termine par l'autoplastie périnéale.

Viennent ensuite les opérations qui se pratiquent sur les artères, quelles que soient les régions qu'elles occupent dans les cas d'anévrismes, d'hémorragies traumatiques; 5° celles qui s'exécutent sur le système veineux; 6° sur le système lymphatique; 7° sur les nerfs; 8° sur les os considérés dans leur continuité et leur contiguité (amputations et résections). Tel est l'ensemble des matières renfermées dans les deux premiers volumes. L'histoire de la trépanation considérée dans les différentes régions où elle est praticable, c'est-à-dire sur presque tous les os du squelette, commence le troisième volume où il est surtout parlé avec détails du traitement des tumeurs. M. Velpeau décrit successivement les opérations qui se pratiquent 1° sur les tumeurs de la peau, cornées ou vasculaires; 2° les tumeurs lymphatiques; 3° les tumeurs névromatiques ou névrômes; 4° les loupes; 5° les tumeurs éléphantiasiques; 6° les tumeurs hématides, les kystes de diverses natures, les tumeurs osseuses, fibreuses, cancéreuses; enfin, cette grande section d'opérations générales se termine par l'histoire des opérations qu'exigent les corps étrangers.

La description des opérations spéciales, suivies par ordre anatomique, termine l'ouvrage; les indiquer serait rappeler toutes les cavités, toutes les régions, et la plupart des organes.

Il est facile de voir, par cette énumération rapide, que lle est l'étendue de l'ouvrage de M. le professeur Velpeau; tant la thérapeutique chirurgicale, opératoire, s'y trouve exposée; ainsi donc, il a cette première qualité, d'être complet. Je ne sache pas une méthode, un procédé, une modification, de quelque valeur, qui ne s'y rencontrent; on peut donc, sous ce rapport déjà, y puiser avec toute assurance.

Voici, en général, l'ordre suivi par M. Velpeau dans chaque article spécial; il indique d'abord rapidement l'état actuel de la science sur l'étiologie, le développement, le diagnostic de l'affection pour laquelle ont été conseillées les méthodes opératoires qu'il va décrire; avant de les exposer, il s'arrête un instant au traitement médical; en apprécie la valeur et les indications; arrive enfin aux opérations proprement dites. Constamment l'anatomie chirurgicale des parties à diviser est faite avec soin et assez longuement pour être claire; sous ce rapport, les travaux d'anatomie chirurgicale de l'auteur lui ont fourni de nombreux et de précieux matériaux. Viennent enfin les méthodes et procédés opératoires; mais les indications de l'opération ont été posées et discutées avec soin; les précautions préparatoires indiquées; reste l'appréciation des méthodes, examen critique important, mais difficile, et qui laisse toujours quelque chose à désirer, tant parfait soit il; car il est impossible de calculer l'infinie variété des cas, de prévoir les chances défavorables provenant de cette individualité qui compromet si souvent les préceptes et les règles formulées d'avance; mais arrivons aux détails.

Indépendamment de la petite chirurgie, heureuse et importante addition à cet ouvrage, nous y trouvons un chapitre entièrement neuf sur la ténotomie; cette classe d'opérations ne date pas de nos jours, on le sait; mais l'étude des lésions pour lesquelles on les pratique, la connaissance précise des circonstances qui réclament la section des tendons, et l'indication exacte des tendons ou des divisions de tendons à couper, suivant telle ou telle lésion, sont évidemment toutes récentes; c'est sur M. J. Guérin que le mérite de ces travaux nous semble devoir être déversé. La section des cicatrices, des brides vicieuses, les opérations que réclament les ankyloses, les articulations anormales, sont autant d'additions devenues nécessaires.

L'autoplastie a acquis, dans ces dernières années, une telle importance, elle a été tellement généralisée, qu'il devenait urgent de la décrire à part, et de reprendre à chaque région, à chaque organe, les divers procédés que leur restauration pouvait comporter. Cet article ne tient pas moins de cent pages; il est riche de faits et d'inductions.

Les opérations qui se pratiquent sur les artères offrent un haut intérêt; car les lésions de ces organes sont fréquentes et le plus souvent graves; graves surtout lorsque les indications ne sont ni bien saisies, ni promptement remplies par le chirurgien.

Les principales opérations qui peuvent leur être appliquées sont: la compression, la cautérisation et l'écrasement, la torsion et l'acupuncture, la suture et la ligature. La compression, qui dans ces dernières années a reçu de nouvelles applications, depuis l'époque où Parry écrivait, en 1792, qu'elle constituait un excellent moyen de guérir diverses maladies, particulièrement celles de la tête, est de toute nécessité dans les opérations qu'on pratique sur les principales divisions des membres, les amputations, les désarticulations, dans les ablations de certaines tumeurs, etc.; à plus

forte raison dans les cas de lésion d'artères avant que la ligature puisse être appliquée; elle a réussi à elle seule, même pour ces derniers cas, dans quelques anévrismes; pour toutes ces raisons, elle mérite donc d'être étudiée avec soin, et dans ses cas et dans des procédés d'application. Cet article est d'une grande utilité aux chirurgiens et plus spécialement encore aux aides qui doivent les assister dans les opérations; il mérite d'être lu et médité. La compression de l'aorte qu'il est si important à l'accoucheur de connaître rentre dans cette catégorie; du reste, M. Velpeau s'en est servi heureusement dans un cas de blessure de l'artère iliaque externe en 1831. Les procédés de compression varient, et chez la femme enceinte et chez celle qui vient d'accoucher; elle est presque la même chez l'homme ou chez la femme, hors l'état de grossesse, avec cette différence qu'elle est plus difficile à cause du peu de souplesse ou de l'épaisseur des parois du ventre; aussi exige-t-elle dans ces cas de plus grandes précautions dans le relâchement du système musculaire et dans l'emploi régulier des puissances compressives.

A l'occasion des ligatures d'artères, M. Velpeau étudie l'action des nombreux et divers moyens de constriction mis en usage; il pense que la nature et la forme des ligatures, dans le traitement des anévrismes, ne sont pas aussi importantes qu'on se l'est généralement imaginé depuis une trentaine d'années, et que les chirurgiens français ont eu raison de ne pas adopter précipitamment et sans réserve les conséquences tirées en Angleterre des expériences de Jones. Les grosses ligatures de Scarpa, dit M. Velpeau, irritent trop la plaie, entretiennent une suppuration trop abondante et ne peuvent en être extraites qu'au bout d'un temps trop considérable pour mériter une préférence exclusive; cela paraît incontestable; mais en aplatissant l'artère sans la plisser, elles en maintiennent les parois dans un contact parfait sans couper de nécessité les vasa-vasorum. En s'enflammant sous une pareille pression, la tunique celluleuse transmet bientôt son organisation aux deux autres membranes artérielles, et le tout ne tarde pas à se confondre, à former un cordon imperméable. Quand on se sert d'une ligature fine pour briser plus sûrement les tuniques internes, et moyenne, on étrangle en même temps, comme le soutient M. Jameson, les petits vaisseaux de la membrane externe, et ce n'est pas, comme le voulait Jones, par l'épanchement intérieur de la lymphe organisable que l'oblitération de l'artère est surtout possible. Le lien lui-même est promptement entouré de matière concrescible; la continuité des petits vaisseaux rompus est bientôt rétablie à sa surface externe, et il finit par se trouver au centre d'une virole organisée, analogue à celle qu'avait imaginée Duhamel pour la formation du cal dans les fractures des os. Cette virole albumineuse revient sur elle-même, et se confond peu à peu avec les deux bouts oblitérés de l'artère, après l'extraction de la ligature.

Les ligatures animales sont loin d'avoir les avantages que Physick, que M. Jameson leur avaient reconnus; elles n'auraient à la rigueur de l'importance qu'aux yeux de ceux qui veulent tout sacrifier à la réunion immédiate de la plaie.

Or quand même on obtiendrait cette réunion, de quel avantage serait-elle en pareil cas? En admettant qu'il n'y eût plus de plaie, quel est le chirurgien qui oserait faire marcher un malade dix ou quinze jours après l'opération d'un anévrisme de l'artère fémorale? Puisque même quand on s'en tient à la réunion secondaire, ce n'est pas la plaie qui recule la guérison définitive, je ne vois pas qu'il puisse être fort utile de reprendre aujourd'hui les questions relatives à la forme et à la nature des ligatures. La question des ligatures d'attente est désormais jugée. Il n'en est pas de même de la ligature temporale qui avait donné tant d'espérances. Les essais qui avaient amené John à conclure qu'une ligature maintenue six heures, deux heures et même une heure seulement sur la carotide, amenait pour résultat ordinaire une oblitération permanente de l'artère. Le succès qu'il obtint par ce procédé en liant l'artère brachiale d'un homme, et retirant, cinquante heures après, la ligature; le résultat si heureux obtenu par M. Roberts, en laissant vingt-quatre heures seulement le fil sur l'artère fémorale d'un marin affecté d'anévrisme au jarret, ne se sont pas répétés entre les mains de M. Hutchinson, de S. A. Cooper, de M. Travers; cependant d'autres faits recueillis en Italie par Scarpa, par Paletta, Mislei, par M. Morigi ont un instant remis en vogue ce moyen aujourd'hui abandonné. M. Velpeau a longuement traité cette question qu'il a lui-même éclairée d'expériences sur les animaux. Il en est de même de ce qui est relatif à la piqûre, à la mâchure, à la torsion des vaisseaux; tous points d'un haut intérêt maintenant, non seulement sous le rapport historique, mais encore au point de vue pratique.

L'histoire de chaque ligature d'artère est traitée avec soin; ceux qui ont eu l'occasion d'observer un certain nombre de lésions artérielles savent, du reste, combien il est difficile, dans certains cas, de prendre un parti; faut-il lier les deux bouts du vaisseau divisé; faut-il n'en lier qu'un seul? Faut-il placer le fil près de la plaie, dans la plaie même, ou à une certaine distance. Quelle collatérale respecter? qu'a-t-on à craindre de la ligature? qu'a-t-on à espérer? Toutes ces questions, et d'autres du même genre se présentent en foule à l'esprit du chirurgien; il est bon que les ouvrages classiques lui fournissent, par le rapprochement d'un certain nombre de faits, une solution satisfaisante. A la suite de chaque description de ligature, on trouve un résumé statistique des opérations pratiquées et de leurs résultats, pour les principales divisions du système artériel, au moins; et pour un certain nombre, la carotide, la sous-clavière, avec les tableaux contenant les noms des opérateurs, l'époque de l'opération, le résultat, et le recueil où son histoire a été consignée. Rien de plus utile que de pareils relevés statistiques pour ceux qui ne veulent pas se borner à faire une médecine opératoire, qu'on pourrait appeler d'inspiration, qui veulent des faits, et des faits bien choisis et bien jugés.

Après les opérations réclamées par les maladies des artères, viennent celles qui se pratiquent sur les veines, puis sur les nerfs; enfin, l'histoire complète des amputations et des résections. Dans cette dernière partie, un point important a été longuement discuté, c'est celui qui est relatif aux indications; on ne saurait trop y insister. et il est beau de voir, dans un livre d'opérations, les chirurgiens s'efforcer de diminuer le nombre des cas dans lesquels la soustraction des membres avait été, pour d'autres, jugée nécessaire, et préciser avec tout le soin possible les circonstances dans lesquelles cette dernière ressource doit être inévitablement invoquée.

Un des points de thérapeutique chirurgicale qui, sans aucun doute, a fait le plus de progrès dans ces dernières années, est, sans contredit, ce qui se rapporte à l'histoire des tumeurs érectiles, ou, d'une manière plus générale, des tumeurs vasculaires. Tantôt liées d'une manière plus spéciale à un développement anormal du système artériel, tantôt consistant dans une modification du système veineux; dans certaines circonstances participant à la fois de l'une et de l'autre nature artérielle et veineuse, les tumeurs vasculaires peuvent se combiner avec des tissus de nouvelle formation, ou avec quelque dégénérescence plus profonde de leur propre trame élémentaire. On a alors des tumeurs qui ressemblent en partie aux tumeurs encéphaloïdes, aux tumeurs mélaniques, à certaines tumeurs fibra-vasculaires, et surtout à ce que les praticiens anglais ont décrit sous le titre de *fongus hématode*. M. Velpeau traite avec soin et longuement des moyens nombreux et variés proposés contre cette classe très fréquente de tumeurs. Il fait peu de cas des topiques essayés sur la foi d'Abernethy et d'autres auteurs. Malgré le fait si souvent rappelé de Boyer et de quelques autres de Randolph, de M. Roux, de M. Récamier, on ne saurait attacher beaucoup d'importance à la compression. Comment y avoir recours pour des tumeurs qui, par leur position, leur forme, se dérobent à tout moyen compressif? La nature veineuse ne semble pas une condition favorable à la compression de ces tumeurs; et, dans certaines circonstances, celles de nature artérielle ont semblé, sous l'influence de ce moyen, prendre un nouveau développement. Aussi, dit M. Velpeau, la compression ne peut être proposée qu'à défaut de toute autre méthode, ou chez les personnes qui ne veulent entendre parler d'aucune opération réellement efficace.

La vaccination a paru, dans quelques cas, avantageuse; l'analyse d'un certain nombre de faits permet d'établir aujourd'hui que la vaccination peut guérir des tumeurs érectiles, soit artérielles, soit veineuses, de la surface cutanée. Elle a même réussi chez un enfant qui avait une tumeur de nature mixte, aussi volumineuse qu'un œuf de poule, et qui occupait la lèvre inférieure avec une des joues. Mais on comprend que si la maladie est située au-dessous des téguments, la vaccination n'aura guère de prise sur elle. Ainsi, elle ne convient qu'aux tumeurs externes et à celles des membranes muqueuses qu'on peut atteindre à l'extérieur. L'opération alors exige que l'on place un grand nombre de piqûres à toute la surface, soit interne, soit externe, de la tumeur. Il importe, par exemple, que ces piqûres ne soient pas à plus de quatre ou cinq lignes l'une de l'autre. Un gonflement considérable s'empare insensiblement de toute la masse qui s'échauffe, s'enflamme, et se résout quelquefois par degrés, à partir du moment où les boutons de vaccine se dessèchent. Il semble, en pareil cas, que le travail vaccinal détermine, dans toutes les mailles du tissu érectile, une inflammation adhésive qui empêche l'afflux des liquides de s'y maintenir, et transforme définitivement le tout en une sorte de cicatrice solide et indélébile. La cautérisation, à divers degrés, le tatouage indiqué par M. Pauli, et qui n'a guère d'action, la ligature et ses formes si diverses et si nombreuses, le séton les épingles, la suture, le broiement, les injections, les incisions, la ligature des artères méritent une attention plus sérieuses; mais c'est surtout à l'extirpation qu'il faut donner la préférence toutes les fois qu'elle est possible sans danger. Enfin, dans quelques cas, l'amputation des membres où siége la maladie constitue la dernière ressource qu'on ait à lui opposer.

Dans une appréciation générale detontes ces méthodes (t. III, p. 67), M. Velpeau en discute les avantages et les inconvéniens, et essaie d'établir quelques règles pratiques sur la préférence à leur accorder dans telle ou telle circonstance; ainsi, aux tumeurs superficielles, récentes, on pourra appliquer les astringens, la compression, si la localité, le volume le permettent.

La cautérisation au moyen de la potasse et par ulcération, ayant l'avantage de ne pas effrayer les malades et de réussir assez souvent, devrait être préférée contre les tumeurs cutanées inégales, trop larges pour être extirpées. Dans les cas de tumeurs plates et régulières, il vaudrait mieux recourir à la cautérisation en nappe, soit avec un fragment de potasse caustique, soit avec un pinceau légèrement imbibé de nitrate acide de mercure. Si toute l'épaisseur du derme était prise, on réussirait mieux encore en couvrant toute la plaque altérée et préalablement dénudée de son épiderme, d'une lame de pâte de zinc, de pâte de Vienne, ou bien en recourant au fer rouge.

« La vaccination et le tatonage ne conviendraient, la première, que sur quelques masses fongueuses, mal circonscrites; la seconde, que sur les *nævi* les plus superficiels et les moins épais; encore est-il douteux que ces méthodes puissent rester dans la pratique à aucun titre. Aux tumeurs pédicules conviendra la ligature qui donne l'avantage de n'exposer le malade à aucune hémorragie, et qui procure une guérison radicale, si le lien est positivement placé sur des tissus sains... L'incision du contour des tumeurs ne peut être utile que pour les *nævi* proprement dits, ou les fongus purement cutanés; encore faut-il que la peau soit presque à nu sur les os, et qu'il y ait une importance extrême à ne pas déformer l'organe malade. Les incisions proprement dites, soit simples, comme on les pratique en Prusse, soit associées à l'excision partielle, comme l'ont fait MM. Ouvrard et Lallemand, ne mériteraient d'être essayées que dans des cas pareils, encore serait-il bon de les associer à l'emploi des sétons, des caustiques, de la compression ou des topiques, si la chose paraissait possible.

» La ligature des branches artérielles qui alimentent le fongus ne doit être mise en usage qu'en dernière ressource, lorsqu'elles sont bien isolées, quand sa nature artérielle est bien reconnue, et qu'elle est trop large ou trop épaisse pour être attaquée par la cautérisation ou par l'extirpation.

» Quant à la ligature des troncs artériels principaux, comme elle est déjà fort grave par elle-même, et qu'elle échoue au moins une fois sur trois, il ne faut point y songer quand la tumeur occupe le derme ou la couche cutanée seulement, à moins qu'il ne s'agisse d'une tumeur très large et qui ait déjà résisté à tous les autres moyens; on la gardera donc pour les tumeurs qu'il n'est pas possible d'atteindre avec sécurité ni par les caustiques, ni par l'instrument tranchant, celles des cavités du crâne et de la face, par exemple, celles des tissus osseux ou de la profondeur des membres. On pourrait, ce me semble, formuler ainsi le précepte relatif aux cas qui réclament la ligature des troncs principaux dans le traitement de ces tumeurs. Si, en comprimant le tronc qui alimente la tumeur, on voit celle-ci diminuer de volume, s'affaisser, perdre ses pulsations et ne présenter plus le bruissement qu'on y entendait, on est fondé à pratiquer la ligature; on aura d'autant plus de raison à le faire, que les branches du tronc ne seront pas en même temps dilatées.

» Quant à l'extirpation, bien que ce soit, en réalité, la meilleure de toutes les méthodes, il faut, pour la mettre en usage, que les tumeurs soient bien limitées, cutanées ou sous-cutanées; que d'autres moyens mis en usage aient échoué, quand il est possible de réunir immédiatement la plaie dans toutes les régions où une large cicatrice ne peut avoir rien d'effrayant; partout où il est possible de se mettre en garde contre l'hémorragie qu'elle peut faire naître; enfin, dans tous les cas où il n'y a plus à choisir qu'entre elle et l'amputation proprement dite. » (T. III, p. 69.)

Après les tumeurs vasculaires viennent les tumeurs lymphatiques, presque complètement oubliées jusqu'ici dans les ouvrages de médecine opératoire, et dont les procédés chirurgicaux sont si souvent le meilleur et quelquefois le seul remède. M. Velpeau a donné sur ce point un chapitre plein d'intérêt; il traite successivement de *l'écrasement*, préconisé par M. Malgaigne, d u *séton*, enfin de *l'extirpation*, à laquelle il a généralement appliqué l'incision en demi-lune, qui donne naissance à un lambeau qu'on renverse du bord libre vers la base, et qui procure toute la liberté possible pour le reste de l'opération. Nous avons vu maintes fois M. Velpeau suivre avec succès cette pratique à la Charité : elle permet d'enlever des tumeurs énormes, en ne donnant lieu, en définitive, qu'à de très légères difformités, point important lorsqu'il s'agit de la face, du cou, spécialement chez les femmes.

Les tumeurs névromatiques ou névromes réclament plus souvent que les précédentes le secours du bistouri, c'est même le seul moyen de les guérir radicalement; l'efficacité de l'extirpation ne saurait être mise en doute.

Les loupes de toute nature rentrent dans la même catégorie. Il n'en est pas de même des kystes hématiques; M. Velpeau préfère, dans la plupart des cas, recourir aux incisions multiples. Depuis longtemps, il les traite par des incisions longues d'un pouce environ, suivant le volume de la tumeur, et qui ne doivent pas être éloignées de plus d'un pouce ou deux les unes des autres. La première, étant effectuée par ponction, permet d'introduire le doigt dans la cavité du kyste; il sert de guide et de soutien pour les autres incisions; et, en outre, il détache et expulse tout ce qu'il y a de concret, d'étranger dans la tumeur. Afin d'en prévenir l'agglutination primitive, M. Velpeau passe souvent de l'une à l'autre une mèche de linge effilée, en forme de séton, mèche qu'il ne retire définitivement qu'après l'établissement complet de la suppuration. A partir de ce moment, la maladie doit être traitée comme un vaste abcès.

L'extirpation des kystes hématiques ne doit donc plus être employée aujourd'hui que comme méthode fort exceptionnelle; dans les cas, par exemple, où la tumeur aura subi quelque dégénérescence de mauvaise nature, ou quelque transformation lardacée ou fibro-cartilagineuse.

Dans les tumeurs synoviales (kystes synoviaux) un grand nombre de méthodes a été conseillé, depuis les applications toniques, irritantes, etc., jusqu'à l'extirpation. M. Velpeau s'est bien trouvé, dans plusieurs circonstances, de l'injection iodée; il en rapporte un cas relatif à un kyste synovial, du volume d'une moitié d'œuf, développé sur la surface dorsale du tarse (t. III, p. 82).

Il ne repousse pas l'extirpation, à laquelle il a plusieurs fois eu recours, sans en méconnaître cependant les dangers. En résumé, les ganglions synoviaux doivent être traités, quand il semble utile de les combattre sérieusement, par les toniques résolutifs, s'ils sont encore récens; par les vésicatoires volans, s'ils datent déjà de loin; par la compression permanente, si le vésicatoire et les pommades fondantes restent sans succès; par l'écrasement avec les pouces ou un maillet, quand la compression ordinaire ne suffit pas; par la ponction sous-cutanée, si l'écrasement est impuissant ou inapplicable; par l'injection iodée de préférence toutes les fois qu'elle paraîtra possible; par de larges fentes ou l'incision complète, dans les cas les plus tenaces ou les plus compliqués. En sorte que je rejette, dit M. Velpeau, comme inutiles ou dangereuses, l'extirpation, l'injection simple, les caustiques, la ligature et même les injections vineuses (t. III; p. 185). La série d'opérations applicables aux tumeurs se termine aux kystes osseux, aux tumeurs fibreuses, aux tumeurs cancéreuses, enfin aux tumeurs osseuses ou exostoses.

Avant d'arriver aux opérations spéciales, M. Velpeau expose l'histoire de la ligature en masse, sans dissection et avec dissection; enfin il consacre un long chapitre à l'histoire des corps étrangers qui peuvent être introduits dans l'épaisseur des membres, de la tête et du tronc, tout ce qui est relatif aux organes proprement dits est renvoyé à la description des opérations spéciales; c'est qu'en effet on ne saurait établir d'une manière générale, sans être arrêté de prime-abord par une foule de faits appartenant à chaque organe en particulier; mieux vaut donc y revenir plus tard, en dépit de l'irrégularité que ces brisures doivent apporter à l'ensemble de l'exposition; mais il ne faut pas sacrifier la bonté du tableau à la forme ou aux dimensions du cadre.

La description des opérations spéciales occupe le reste de l'ouvrage, c'est-à-dire plus de la moitié du troisième volume et tout le quatrième.

Ici la division était toute naturelle; il s'agissait de procéder par région, en indiquant à propos de chaque maladie affectant les organes qui s'y trouvent compris les diverses opérations chirurgicales qu'elles peuvent réclamer.

A propos des tumeurs de la dure-mère, M. Velpeau ne se dissimule pas les dangers qui accompagnent toute espèce de tentative de traitement, soit par les caustiques, soit par la ligature, l'excision ou l'extirpation; un trop grand nombre de faits démontre que les malades succombent le plus ordinairement ou aux accidens immédiats, c'est-à-dire à l'inflammation ou comme dans toute autre cause, à la récidive de la maladie. Cependant on a pu assez souvent prévenir les accidens inflammatoires ou les éviter, pour que cette circonstance ne fonde pas par elle-même une contre-indication spéciale; resterait alors la nature cancéreuse du mal; mais elle n'arrête pas ailleurs, pourquoi deviendrait-elle ici un obstacle? L'extirpation est donc indiquée au crâne comme partout ailleurs. Cependant, comme à elle seule cette extirpation, lorsqu'elle porte sur des cancers profonds, est infiniment plus dangereuse que sur aucune autre région du corps, ces dangers joints aux chances malheureuses qui ressortent de la maladie, sont de nature à rendre extrêmement circonspect en pareil cas. Si l'on s'y décide cependant, il faut s'attacher, tout en ayant soin de tailler les lambeaux dans les parties saines, à conserver autant de tégumens crâniens

que possible. Des couronnes de trépan seraient ensuite appliquées tout autour de la tumeur, et les angles ossenx intermédiaires détruits immédiatement avec nne scie spéciale, ou bien avec le ciseau ou un maillet de plomb. Si la tumeur n'occupait que les os, le chirurgien l'enlèverait sur le champ sans inciser la dure-mère. Dans le cas contraire, on n'hésiterait pas à cerner toute la prodnction morbide, en y comprenant nn cercle encore sain de la donblure fibreuse. Arrivé à ce point de l'opération, on devrait même pénétrer encore plus profondément si la tameur avait pris naissance entre la pie-mère et le cerveau. Dans le cas de fongns très large, peut-être serait-il bon de pratiquer l'opération en deux fois, à vingt-quatre beures d'intervalle, de n'appliquer le premier jour que la moitié des couronnes de trépan, par exemple, comme l'a fait M. A. Bérard, et de ne compléter la perforation des os que le lendemain ou le surlendemain, immédiatement avant d'extirper la tumeur.

M. Velpean ne partage pas l'opinion de quelques auteurs relativement aux opérations à pratiquer dans les cas d'encéphalocèle; il est d'avis qu'à part quelques exceptions rares, il vant mieux, à l'instar de Rossi, contenir les tumeurs à l'aide de plaques on d'un genre de compression qnelconqne, que de les traiter par l'instrument tranchant.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'histoire complète qu'il donne de tontes les opérations spéciales; rappelons seulement, comme devant fixer surtout l'attention, 1° un long chapitre sur les opérations qui se pratiqnent sur l'œil et ses dépendances.

2° La stapbyloraphie a été traitée avec toute l'importance que méritait cette ingénieuse opération, qni, depuis 1819, époque à laqnelle M. Roux l'exécuta pour la première fois sur un jenne médecin américain, a été si sonvent pratiquée que le professeur de l'Hôtel-Dien en compte maintenant cent exemples pour sa part; les nouveaux perfectionnemens apportés aux aiguilles et porte-aiguilles à suture sont connus depnis trop pen de temps pour avoir été indiqués; les instrnmens de M. Sotteau de Liége, de M. Bourgougnon, de M. Foraytier, de M. Dupierris sont venus singulièrement faciliter le temps difficile dn passage des aiguilles. (Gaz. méd., août et septembre 1839.)

3° Nous devons signaler surtout ce qui est relatif aux hernies, à leur cure radicale, aux étranglemens, aux anus contre nature; 4° viennent ensuite les opérations qui se pratiquent sur les organes génitanx de l'homme et de la femme; 5° l'histoire de la taille et de la lithotritie sont aussi longuement traitées que l'exigeaient les modifications si nombreuses apportées à diverses époques à ces deux opérations; peut-être M. Velpean a-il un peu trop sacrifié soit à l'habitode, soit au désir bien louable d'être complet, en traitant aussi longuement de l'opération de la taille, dont la plus grande partie serait peut-être beauconp mieux placée dans un traité purement historiqne de chirurgie on de médecine opératoire. Il y a quelquefois de l'inconvénient à trop dire; les points importans se trouvent masqués par une foule de détails et de noms propres; la mémoire ne saurait suffire à en retenir même une faible portion, et les choses réellement ntiles finissent par s'onblier. Nous en dirons tont autant pour la lithotritie dans laquelle ne doivent plus figurer qu'à titre de documens historiques les méthodes et les procédés de perforation, d'évidement, de broiement concentrique : l'écrasement seul pent être employé maintenant, à l'aide de l'instrument primitif de M. Heurteloup on de M. Jacopson, en adoptant les modifications utiles que la pratiqne leur a progressivement apportées.

6° Après les pierres de la vessie, celles de l'urètre forment un assez long chapitre, qui précède la description dn cathétérisme, et de toutes les opérations qui se pratiquent dans les maladies de l'urètre, notamment pour les rétrécissemens, les fistules et même les déperditions de substance; l'histoire des moyens imaginés pour la guérison des fistules urétrales, vésico-vaginales, devait tout naturellement trouver ici nne place. Vient enfin une dernière et importante section, qui renferme toutes les opérations que réclament les diverses maladies du rectum, les vices de conformation, les corps étrangers, les polypes, les tnmeurs hémorroïdales, les providences, les invaginations, les fissures, les fistules. les cancers, qui nécessitent presque toujours l'intervention dn chirurgien.

Telle est, considérée d'un point de vue général, la matière renfermée dans le traité de médecine opératoire de M. Velpeau. Nous n'avons pu la développer plus longuement, au risque de sortir des limites de l'analyse; qu'il nons suffise d'ajonter que les détails répondent à l'ensemble de l'ouvrage : ordre, précision, érudition, bon esprit de critique, nous y avons trouvé tont cela, et nous sommes beureux de le dire, car il faut à notre époque et à notre art des onvrages de ce caractère, de cette portée, sous peine de rester en debors du mouvement progressif imprimé à toutes les branches des connaissances humaines.

VARIÉTÉS.

— La séance annuelle de la Faculté de médecine pour la distribution des prix et la réouverture de l'école aura lieu lundi 4 novembre, à 1 heure précise. On y entendra l'éloge de Broussais par M. Bérard.

Les cours d'hiver auront lieu dans l'ordre suivant :

Anatomie. — M. Breschet; les mardis, jeudis et vendredis, à dix heures.

Chimie médicale. — M. Orfila; les lundis, mercredis et samedis, à dix heures.

Médecine légale. — M. Adelon; les lundis, mercredis et vendredis, à midi.

Pathologie chirurgicale. — MM. Marjolin et Gerdy; les lundis, mercredis et vendredis, à trois heures.

Pathologie médicale. — MM. Duméril et Guillot (Natalis); les mardis, jeudis et samedis, à une heure.

Pathologie et thérapeutique générales. — M. Andral; les mardis, jeudis et samedis, à trois heures.

Opérations et appareils. — M. Richerand; les mardis, jeudis et samedis, à midi.

Clinique chirurgicale. — M. Roux, à l'Hôtel-Dieu; M. J. Cloquet, à l'hôpital de la Faculté; M. Velpeau, à la Charité; M. Sanson, à la Pitié; tous les jours, à dix heures.

Clinique médicale. — MM. Fouquier et Bouillaud, à la Charité; M. Chomel, à l'Hôtel-Dieu; M. Rostan, à l'hôpital de la Faculté; tous les jours, à dix heures.

Clinique d'accouchemens. — M. Dubois (Paul), à l'hôpital de la Faculté; tous les jours, à dix heures.

MM. les étudians sont prévenus que les registres pour signer l'acte de présence et pour payer les inscriptions du premier trimestre de l'année scolaire 1839-1840, seront ouverts le samedi 2 novembre 1839 jusqu'au vendredi 15 du même mois inclusivement; que l'inscription ne sera livrée du 15 au 30 novembre qu'à ceux des élèves qui auront rempli les deux conditions, conformément à l'arrêté de l'université en date du 26 sept. 1837.

Les élèves qui commenceront leurs études ne seront admis à prendre leur première inscription qu'en présentant et déposant au secrétariat leur acte de naissance en bonne forme, un certificat de bonne vie et mœurs, le diplôme de bachelier ès-lettres ou le certificat d'admssion pour l'obtenir, et s'ils sont mineurs, le consentement de leurs parens ou tuteurs. Ceux d'entre eux dont les parens ou tuteurs ne résident point à Paris devront, en outre, être présentés par une personne domiciliée à Paris, laquelle sera tenue d'inscrire elle-même son nom et son adresse sur un registre ouvest à cet effet.

Les étudians sont également prévenus qu'aux termes de l'article 8 de l'ordonnance du roi du 4 octobre 1820, la première inscription ne peut être prise qu'au commencement de l'année scolaire, c'est-à-dire pour le trimestre de novembre; et qu'en conséquence l'élève commençant son cours d'étude qui n'aurait pas pris l'inscription de ce trimestre ne pourra s'inscrire que pour le trimestre de novembre suivant.

Le jour de l'ouverture de chaque cours sera annoncé par une affiche particulière.

— L'école auxiliaire et progressive de médecine, dirigée par M. le docteur Sanson (Alphonse), est maintenant installée rue des Grés, 7, à l'hôtel des Deux-Ecoles.

Ce nouveau local, bien plus à la proximité de la Faculté de médecine que l'impasse des Vignes, promet un avenir brillant à cette institution.

Un concours de professeurs distingués, et en particulier celui des hommes spéciaux, de bons réglemens bien suivis, une administration qui sait semer pour recueillir, une grande fidélité aux engagemens, assurent à cette bonne idée les produits fructueux qu'on a le droit d'en attendre. L'épreuve est maintenant faite. Indépendamment des pensionnaires, les demi-internes et les externes surtout trouveront un grand avantage à ce rapprochement de l'école près de la Faculté.

Les professeurs particuliers auxquels les amphithéâtres sont gratuitement ouverts, dans les heures que les exercices de l'école na réclament pas, seront heureux d'animer ce nouveau foyer d'études.

Les expérimentateurs y doivent trouver aussi de grandes facilités.

A tous ces titres, cette institution se recommande presque à l'égal d'une école publique; elle est pour les parens, les jeunes gens et les professeurs à progrès, une précieuse ressource.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 45. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 9 NOVEMBRE 1839.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DE L'HUILE DE MORUE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES SCROFULEUSES; par M. le docteur TAUFFLIED, médecin à Barr (Bas-Rhin).

Parmi les remèdes nombreux et variés, qui ont été tour à tour vantés contre les maladies scrofuleuses, il en est peu dont la réputation se soit soutenue jusqu'à nos jours. Et cependant ces médicamens ont dû réussir, au moins dans certaines circonstances, entre les mains des observateurs qui les ont prônés. L'oubli dans lequel ils sont tombés plus tard doit être attribué sans aucun doute aux nombreux mécomptes auxquels ils ont donné lieu.

Pour nous expliquer cette variété dans les résultats obtenus par divers praticiens, rappelons-nous que l'efficacité des agens thérapeutiques dépend surtout des circonstances dans lesquelles on les emploie et du mode d'administration.

Or il n'arrive que trop souvent que les auteurs qui cherchent à introduire un médicament nouveau dans la pratique médicale s'attachent plutôt à faire ressortir les avantages du traitement proposé qu'à fixer les conditions qui doivent en assurer le succès. De là les nombreux échecs qui trompent sans cesse l'attente du médecin, qui, bien souvent, s'est hâté d'employer le médicament nouveau dans *la maladie* contre *laquelle* il a été recommandé, sans s'enquérir des circonstances et des conditions qui seules décident de l'utilité ou de l'inefficacité d'une substance médicamenteuse. Le remède ne tarde pas à être déprécié, et bientôt il est condamné à l'oubli comme inutile. C'est ainsi que les travaux de beaucoup d'observateurs sont incessamment perdus, et que la plupart des questions de thérapeutique, au lieu de recevoir une solution définitive, s'obscurcissent de plus en plus par les stériles résultats d'expérimentations contradictoires qui sont toujours à recommencer.

Depuis plusieurs années l'Allemagne retentit des éloges que l'huile de morue paraît avoir mérités pour l'influence qu'elle exerce sur certaines maladies scrofuleuses. Les recherches auxquelles je me suis livré pour constater le degré d'efficacité de ce médicament m'ont conduit à des résultats qui me donnent la conviction que l'huile de morue est réellement un remède précieux qui restera à la science comme une de ses plus belles acquisitions (1). Cependant, je me hâte d'ajouter que l'efficacité de cet

(1) J'ai déjà rendu compte, dans la GAZETTE MÉDICALE (année 1837, p. 502), de plusieurs observations de caries scrofuleuses traitées par l'huile de morue. Je crois devoir revenir aujourd'hui sur l'histoire de deux sujets dont la guérison n'avait pas encore été complète à l'époque de cette publication. Ce sont les sujets des deux premières observations qui vont suivre.

Feuilleton.

LETTRE MÉDICALE.

Mon cher confrère,

Notre correspondance s'est conformée aux usages universitaires; la dernière lettre que vous avez reçue de moi date du commencement des vacances. Deux mois écoulés, qu'y a-t-il de nouveau? Cette question nous rappelle un très beau passage de Démosthènes qui nous peint les Athéniens s'agitant dans l'agora, s'interrogeant sur les nouvelles du jour, tandis que le Macédonien fait besogne de conquérant, et s'ébattant en curiosité vaine, au lieu de s'opposer à ses progrès. Notre gent médicale ressemble quelque peu aux compatriotes de l'auteur des Olynthiennes, à l'euphonie près du langage. La carrière se détériore de plus en plus; les lois destinées à la protéger dorment dans la désuétude ou restent convaincues d'insuffisance; le charlatanisme envahisseur s'avance sur tous les points, multiplie ses embûches, perfectionne ses artifices et sa fraude publique avec une insolente naïveté d'audace et de succès; reléguée en dehors des institutions publiques, la médecine n'est comptée pour rien dans le mouvement social; réduite à bégayer des avis, elle est destituée de toute autorité décisive; partout classée au second rang, partout postée sur le seuil pour voir entrer les autres; au dedans d'elle-même, les luttes dévorantes de la rivalité et l'ulcère de l'industrie; au dehors, le déni de sa valeur et de ses résultats, voilà l'inventaire de la profession, et que faisons-nous? Nous courons entendre un panégyrique ou un jeu de mots de M. Gerdy; les pères conscrits de la profession délibèrent sur une demande en brevet d'invention pour une nouvelle merveille pharmaceutique, et toute l'activité du jour s'en va dans cette vague et haletante information des puérilités de la veille et des niaiseries du lendemain: qu'y a-t-il de nouveau? ah! je vais vous l'apprendre, sur le ton de l'orateur que vous savez: il y a de nouveau, ô Athéniens, que M. Bouillaud, s'étant lassé de dormir sur l'oreiller du doute, comme dit Montaigne, s'est jeté en sursaut sur un lit d'hypothèses, comme a dit l'autre jour M. Gerdy; en d'autres termes, M. Bouillaud a renouvelé une tentative de localisation cérébrale, avortée il y a quatre ans; M. Bouillaud, qui parle beaucoup à l'Académie et ailleurs, s'est piqué de curiosité à l'endroit de la parole; il veut en approfondir le mécanisme générateur, il veut palper, dans la masse encéphalique, le lobule qui en recèle le principe. Cette recherche l'a conduit à une série de découvertes et de néologismes dont vous ne pouvez pas n'être point émerveillé; d'abord il a découvert ceci, que la parole suppose trois ordres d'instrumens: 1° un organe intérieur qui crée, apprend, comprend les mots représentatifs des idées, et qui, de plus, s'en souvient et coordonne les mouvemens nécessaires à leur prononciation; 2° des instrumens purement mécaniques, tels que la langue, les lèvres, etc.; 3° des moyens de communication entre le siége de ces deux pouvoirs; pouvoir est le mot, car M. Bouillaud aspire, non seulement à déverser les lumières de la physiologie sur les mystères de la métaphysique,

agent thérapeutique est loin d'être absolue et qu'elle ne s'étend pas sur toutes les catégories des maladies scrofuleuses (mes observations s'accordent en cela avec celles de M. Brefeld). J'ajouterai que, même parmi les affections scrofuleuses que l'huile de morue peut guérir, il en est quelques-unes qui ne cèdent à l'usage de ce médicament que sous l'influence de certaines conditions dont l'accomplissement est indispensable au succès du traitement. Nous allons, pour nous en convaincre, passer en revue quelques observations qui se rattachent à ces diverses classes de maladies, et examiner les résultats obtenus par l'huile de morue dans ces différentes circonstances.

SCROFULES DU SYSTÈME OSSEUX.

Obs. I. — Un jeune homme, d'une constitution scrofuleuse, aveugle depuis plusieurs années (probablement par suite d'une ophtalmie scrofuleuse), éprouva, vers la fin de l'été de l'année 1836, les symptômes de la carie vertébrale : douleurs dans la région dorso-lombaire; affaiblissement graduel, et, finalement, paralysie complète des extrémités inférieures; saillie des apophyses épineuses des deux premières vertèbres lombaires, et enfin, formation d'un vaste abcès par congestion, vers la région sacrée. Deux larges cautères appliqués près du siége du mal n'avaient exercé aucune influence appréciable sur la marche de la maladie.

Au mois de février 1837, le malade était dans un état de marasme qui faisait craindre une mort prochaine. L'huile de morue fut administrée, le 10 du mois de février, à la dose de quatre cuillerées par jour et employée avec persévérance pendant les mois suivans. Ce traitement fut suivi, contre toute attente, d'une amélioration graduelle. Au mois d'août la fièvre hectique avait complétement disparu; le jeune homme avait repris de l'embonpoint; il marchait avec assez de facilité; la pression des vertèbres saillantes avait cessé d'être douloureuse, mais il resta sur la région sacro-lombaire un abcès dont le volume égalait celui de la tête d'un fœtus à terme. La peau, qui concourait à la formation de cette poche, était sans rougeur, mais tellement distendue qu'elle semblait devoir se rompre prochainement pour donner issue au pus dont la présence était annoncée par la fluctuation la plus manifeste. Cette tumeur est restée stationnaire pendant près de deux mois; elle a diminué ensuite lentement; et, au mois de janvier 1838, il n'en restait plus de traces. La guérison paraissant complète et solide, on discontinua l'usage de l'huile de morue; l'un des deux cautères fut supprimé, mais on eut soin d'entretenir l'autre.

Vers le mois de juin 1838, de nouvelles douleurs se firent sentir dans la région lombaire; les jambes s'affaiblirent de nouveau. Le malade eut de suite recours à l'usage de l'huile de morue, et bientôt ces symptômes inquiétans disparurent; mais une collection purulente s'était de nouveau formée vers la région sacrée; la tumeur avait acquis le volume d'un œuf de poule. On continua avec persévérance l'administration de l'huile de morue, et bientôt la résorption du liquide purulent eut lieu, au point qu'aujourd'hui il n'en reste plus que des traces appréciables par un un faible soulèvement de la peau et une légère fluctuation. Le jeune homme jouit d'ailleurs d'une bonne santé; les mouvemens de progression sont assez faciles; les apophyses épineuses des deux premières vertèbres lombaires sont notablement saillantes, mais la pression de ces vertèbres n'est nullement douloureuse.

Le malade a consommé, dans l'espace de deux ans et demi, environ 36 liv. d'huile de morue.

La maladie, dont je viens de tracer l'histoire, a fait des progrès jusqu'à l'époque où l'huile de morue fut administrée. On ne peut donc attribuer la guérison de cette carie vertébrale ni aux efforts de la nature, ni à l'action des cautères dont l'insuffisance était clairement démontrée par la marche toujours croissante de la maladie. L'amélioration date précisément de l'époque où l'huile de morue fut administrée, c'est-à-dire du mois de février 1837. J'insiste à dessein sur la détermination de cette date pour faire observer que le changement si remarquable dont je viens de parler coïncide avec une des saisons de l'année les moins favorables au succès du traitement. Quoi qu'il en soit, la guérison fit des progrès jusqu'à l'époque où l'on crut pouvoir se passer du traitement pour laisser agir la nature seule. Quelques mois après, pendant la plus belle saison de l'année, et quoique l'un des cautères continuât à suppurer, la maladie vertébrale se déclara de nouveau et céda encore une fois à l'usage de l'huile de morue.

Je ne crois pas que l'on puisse conserver des doutes sur l'influence favorable que l'huile de morue a exercée sur cette maladie.

L'observation que nous venons de rapporter nous offre, en outre, le fait rare et curieux de la résolution spontanée d'un abcès par congestion par suite de la résorption du liquide purulent contenu dans le foyer. Ce fait, dont les annales de la science n'ont à offrir jusqu'à présent qu'un petit nombre d'analogues, ne doit pas être perdu pour la pratique. Je suis convaincu que le précepte d'ouvrir de bonne heure les abcès par congestion a été beaucoup trop généralisé. Cette pratique n'est pas sans dangers : elle peut être suivie d'accidens funestes au malade, malgré les précautions indiquées par Boyer pour les prévenir, et malgré les moyens employés par M. Lisfranc pour les combattre. Je pense qu'il ne faut pas toucher à ces foyers purulens aussi longtemps qu'il y a quelque espoir de les voir se résoudre par résorption.

Tant que la peau, qui concourt à la formation des parois de l'abcès, jouit de toute son intégrité, qu'elle n'est ni amincie ni rouge, la résorption du liquide est possible, et la tumeur pourra disparaître pourvu que l'on parvienne en même temps à tarir la source pyogénique par un traitement convenable.

Or ce résultat peut être obtenu, comme nous l'avons déjà vu, et comme nous le verrons encore plus loin.

Obs. II. — Une petite fille, âgée de 6 ans, était affectée d'une carie des os du tarse du pied droit dès le commencement de l'année 1835. Le membre malade se présentait, au mois de février 1836, sous l'aspect d'une masse informe, percée de plusieurs ouvertures fistuleuses. Le mal avait résisté, pendant près d'une année, à un traitement interne par les préparations d'iode et à l'usage des bains iodurés. L'amputation aurait pu paraître l'unique ressource dans un cas aussi désespéré, si l'état général de la malade et en particulier l'apparition d'une toux sèche n'avait formellement contre indiqué toute opération de cette nature.

Je fis faire sur le pied malade des fomentations continuelles avec une dissolution de 4 grammes d'iodure de potassium dans 64 grammes d'eau et autant d'alcool (1 gros sur 4 onces de véhicule). En même temps, je fis exercer sur ce membre une compression aussi égale que possible avec une bande en fiuette. L'administration de la teinture d'iode fut continuée dès que les symptômes d'irritation de poitrine se furent calmés. Sous l'influence de ce traitement, le gonflement des os du tarse et les ulcères des parties molles diminuèrent peu à peu; mais bientôt la maladie resta stationnaire pendant plusieurs mois. J'employai l'huile de morue à la dose de deux cuillerées par jour pendant près de six mois; une amélioration notable suivit de près l'administration de ce remède et continua à faire des progrès jusqu'à l'époque de la guérison qui eut lieu vers la fin de l'année 1837.

Aujourd'hui la malade continue à jouir d'une bonne santé; les os du tarse ont acquis leur solidité ordinaire; les fistules sont fermées. La malade marche avec assez de facilité, seulement la pointe du pied se déjette légèrement en dehors dans les mouvemens de progression, ce qui paraît tenir à une légère hypertrophie de la portion interne du corps de l'astragale, hypertrophie partielle qui a persisté après le traitement.

Obs. III. — Une petite fille, âgée de 5 ans, me fut présentée, le 17 janvier

mais encore à enrichir le vocabulaire médical des expressions empruntées au jargon politique; ainsi, les lèvres, le nez, la langue, etc., constituent le pouvoir exécutif de la parole; l'organe cérébral en est le pouvoir législatif; vous le voyez, c'est toute une charte, c'est une miniature de gouvernement représentatif, avec pondération de pouvoirs et solidarité d'intérêts. Rien n'est ingénieux comme cette hardiesse de métaphores, qui est un des traits du talent de M. Bouillaud; l'ex-candidat à la députation prélude ainsi dans l'étude des phénomènes les plus élevés de la physiologie, à celle du mécanisme politique de notre pays, et s'il transporte un jour à la tribune du palais Bourbon l'idiome médical comme il impatronise dans celle de la rue de Poitiers le formulaire politique, il peut se promettre une originale veine de succès parlementaires. Quoi qu'il en soit de l'exécutif et du législatif de M. Bouillaud, on comprend ce qu'il y a de neuf, d'osé, dans les conditions qu'il assigne à la phonation. Il est vrai que tout élève de première année a lu, dans quelque manuel de physiologie, l'équivalent de ses propositions; mais cela ne s'y trouve point exprimé dans les mêmes termes. Restait à dénommer l'organe intérieur de la parole : ce sont les lobules antérieurs du cerveau : quels lobules? M. Bouillaud le sait; une chose l'embarrassait seulement dès 1825, c'était de loger à l'aise deux fonctions distinctes, la fonction créatrice et la fonction coordonnatrice de la parole. L'embarras était fondé, mais ne pouvait durer; quand on est en train de localiser, on ne s'arrête pas à mi-chemin; les phrénologistes se sont tirés de difficultés bien autrement graves; lisez la kyrielle des facultés qu'ils ont cantonnées dans le réceptacle encéphalique. A quoi bon d'ailleurs la double substance qui entre dans la composition du cerveau? L'opération de M. Bouillaud est simple, très simple : vous avez la substance grise et la substance blanche : eh bien! dans la première vous colloquez ce qu'il appelle la fonction créatrice de la parole, et de la seconde vous faites rayonner l'acte de coordonnation. Et voilà la difficulté levée. Que si la répartition inverse vous sourit davantage, libre à vous de la décréter en loi physiologique, on a bien décrété un jour l'existence de l'Etre suprême. Etant donnée, cette série de propositions, amplifiées dans les proportions d'un mémoire et débitées d'une voix musicale, l'Académie a de quoi vivoter, pivoter, discuter, rediscuter trois ou quatre séances durant. Je vous dresserai d'avance, si vous le voulez, la liste des *orateurs* qui parleront pour, contre ou sur *la parole*. Aussi bien, quel sujet invite plus à l'éloquence, et tous les lobules antérieurs des cerveaux académiques ne doivent-ils point entrer en action pour la plus grande gloire du principe législatif et du pouvoir exécutif de la parole? J'entends d'ici votre désolante ritournelle : qu'en sortira-t-il? du vent, je le sais; mais s'agit-il des résultats d'une discussion? Est-il nécessaire, avant de l'engager, d'en calculer la portée, d'en apprécier les conséquences? Ce qui importe tout d'abord à l'Académie, c'est de discuter et de rediscuter. Là où il existe une tribune, entourée de banquettes et flanquée de sténographes, l'essentiel est qu'il y ait paroles et discours. On ne dresse pas impunément cet appareil matériel. On a dit que la création des journaux qui rendent compte des débats judiciaires a augmenté le nombre des héros de Cour d'assises; il est positif que sans les colonnes obligées du Moniteur, la Chambre des députés entendrait moitié moins de harangues; sans la publicité qui enveloppe l'Académie, elle aurait infiniment moins d'improvisations à digérer, de paradoxes à réfuter, de controverses à subir; sans cette secrète amorce des amours-propres, nous n'assisterions peut-être pas à ces joutes oratoires qui se renouvellent périodiquement dans l'assemblée de la rue de Poitiers, et dont la science attend vai-

1838, pour être traitée d'un gonflement scrofuleux des os du tarse et d'un engorgement douloureux de l'articulation du coude : la maladie durait depuis plusieurs mois. Le gonflement du pied était très considérable par suite de la tuméfaction des os et des parties molles. Sur la face interne du pied existait une ulcération scrofuleuse assez profonde dont le centre était traversé par une ouverture fistuleuse. Les mouvemens de l'articulation huméro-cubitale étaient très limités par suite de l'engorgement de cette articulation. On constata, en outre, une tuméfaction assez prononcée de plusieurs ganglions cervicaux et sous-maxillaires. L'état général de cette enfant était néanmoins assez satisfaisant.

Après avoir combattu l'engorgement inflammatoire des parties molles par l'usage des cataplasmes émolliens, j'eus recours au traitement suivant :

Compression du pied malade avec une bande en finette, par-dessus des pièces de linge continuellement imbibées de la dissolution hydro-alcoolique d'iodure de potassium indiquée plus haut. Frictions, sur l'articulation huméro-cubitale, avec une pommade composée de 8 grammes d'iodure de potassium sur 16 gr. d'axonge. Administration à l'intérieur de l'huile de morue à la dose de deux cuillerées à café par jour; cette dose devant être augmentée plus tard.

Dans l'espace de quatre mois, l'engorgement de l'articulation du coude s'est entièrement dissipé; les mouvemens de cette articulation sont redevenus parfaitement libres. L'ulcération du pied s'est cicatrisée. Le gonflement des os du tarse avait presque entièrement disparu : l'enfant marcha sans beaucoup de difficulté. On discontinua l'usage de l'huile de morue, pour laquelle l'enfant avait constamment témoigné une grande répugnance, et dont la dose ne put jamais être portée au-delà de deux cuillerées à café par jour; mais on continua encore pendant près d'une année le traitement local. Au mois de mai 1839, nouveau gonflement douloureux des os du tarse; l'usage de ce membre est devenu impossible. On reprend le traitement indiqué plus haut. Aujourd'hui, il ne reste plus qu'une légère hypertrophie du corps de l'astragale semblable à celle qui a été signalée chez la petite-fille de l'observation précédente. Les mouvemens de progression sont asses faciles, mais la pointe du pied a conservé une tendance à se dévier en dehors. L'engorgement des ganglions cervicaux ne s'étant pas dissipé, sous l'influence du traitement déjà mentionné, je fais frictionner ces tumeurs avec la pommade d'iodure de potassium (4 grammes d'iodure sur 32 grammes d'axonge).

Obs. IV. — Une jeune fille, âgée de 10 ans, d'une constitution scrofuleuse, fut confiée à mes soins au mois de juin 1837. La tête du premier métatarsien du pied gauche était affectée de carie; un stylet pénétra facilement, par une ouverture fistuleuse, sur une surface osseuse privée de son périoste et fortement rugueuse. L'os de la pommette droite était notablement tuméfié, au point de changer les traits de la face d'une manière très désagréable. La carie de l'os du métatarse avait résisté, depuis trois ans, à l'usage de fomentations et d'injections faites avec une décoction de sabine. J'employai, contre la carie du métatarsien, le traitement local dont j'ai déjà parlé plus haut, et je fis prendre à la malade l'huile de morue, à la dose de trois cuillerées par jour. Au bout de cinq à six mois, la tuméfaction de l'os du métatarse se dissipa; la portion dénudée se couvrit de bourgeons charnus, et la fistule, ouverte depuis trois ans, finit par se cicatriser complètement. L'os malaire revint peu à peu à son état primitif, quoique aucun traitement local n'eût été employé pour combattre la tuméfaction de cet os.

Obs. V. — Une demoiselle, âgée de 24 ans, affectée d'une carie des phalanges du petit doigt, fut traitée, au commencement de l'année 1836, par les préparations d'iode. La teinture d'iode fut administrée à l'intérieur, et le doigt malade fut recouvert de cataplasmes arrosés d'une dissolution d'iode. La maladie faisant des progrès, on essaya, au mois de janvier 1838, l'huile de morue, qui fut donnée pendant six semaines à la dose de deux cuillerées par jour; en même temps on fit faire sur le doigt malade des fomentations avec l'huile de morue. Ce traitement n'ayant pas été suivi d'une amélioration sensible, et la maladie ayant même fait des progrès, on considéra cette carie comme incurable, et l'amputation fut proposée à la malade comme l'unique moyen de guérison. Cette opinion fut partagée par plusieurs praticiens recommandables.

La malade vint me consulter au mois d'avril 1838. Le doigt auriculaire de la main gauche se présentait sous l'aspect d'une masse informe, cylindrique, au centre de laquelle on put distinguer les trois phalanges considérablement boursouflées et comme spongieuses. Deux ulcérations profondes et d'une couleur blafarde existaient sur le bord externe du doigt; le centre de ces ulcérations était traversé par un trajet fistuleux. La peau était tuméfiée, rouge et luisante. Les deux premières phalanges étaient soudées entre elles; mais l'articulation métacarpo-phalangienne présentait encore quelque mobilité, quoique l'extrémité articulaire de la première phalange fût considérablement tuméfiée. L'articulation huméro-cubitale et les deux genoux étaient devenus, depuis quelques jours, le siége d'un engorgement douloureux.

Après avoir combattu l'engorgement inflammatoire des parties molles du petit doigt par deux applications de sangsues, placées sur les parties saines les plus voisines de l'organe malade, j'employai le traitement local déjà plusieurs fois mentionné, et j'administrai en même temps l'huile de morue à la dose de quatre cuillerées par jour. Le volume du doigt ne tarda pas à diminuer; les ulcères prirent un meilleur aspect; les douleurs dans les articulations se dissipèrent également. Le traitement fut continué jusqu'au mois d'août 1839, époque à laquelle la guérison put être considérée comme parfaite. Le doigt est revenu à son volume ordinaire; il est même plus mince que celui de l'autre main; les fistules se sont fermées; les os des phalanges ont acquis leur consistance normale; mais l'os de la première phalange présente une dépression remarquable à son bord externe, une véritable perte de substance. Les deux premières phalanges sont soudées entre elles, mais l'articulation métacarpo-phalangienne est complètement libre. La malade a consommé, dans l'espace de quinze mois, environ douze livres d'huile de morue.

Obs. VI. — Une jeune fille, âgée de 15 ans, d'une constitution lymphatique, affectée depuis plusieurs semaines d'un gonflement douloureux des os propres du nez, fit usage, d'après mes conseils, de l'huile de morue, au mois d'avril 1839. Deux mois après, la tuméfaction de cet os avait presque entièrement disparu. La malade se croyant guérie discontinua le traitement. Au mois d'août survint une nouvelle tuméfaction douloureuse des os du nez, qui céda de nouveau à l'usage de l'huile de morue.

Les malades des observations 2, 3, 4, 5, furent soumis à la fois à un traitement général et à un traitement local. Nous avons à examiner quelle part il faut faire à chacun de ces procédés thérapeutiques pour le degré d'influence qu'ils peuvent avoir exercé sur l'issue favorable de la maladie.

Dans l'obs. 2, la maladie diminua beaucoup sous l'influence du traitement local par les préparation d'iode et la compression. Mais à l'époque où l'on crut toucher à la guérison, la maladie resta stationnaire pendant plusieurs mois. Au traitement déjà employé, on ajouta l'usage de l'huile de morue, l'amelioration fit des progrès et la guérison fut obtenue. — La malade de l'obs. 4 fut guérie par l'usage d'un traitement mixte; mais remarquons que la guérison de l'os malaire eut lieu sans le secours d'aucun traitement local. — Chez la petite fille de l'obs. 3, l'huile de morue et le traitement local furent d'abord employés simultanément et avec succès; plus tard on supprima le traitement général; mais la maladie ne tarda pas à reparaître, pour céder de nouveau aux deux traitemens combinés. — Chez la malade de l'obs. 5, les accidens avaient augmenté pendant l'administration de l'huile de morue à l'intérieur, et, à l'extérieur, en fomentations sur la plaie. On remplaça ces fomentations par le traitement local déjà mentionné, tout en continuant l'usage interne de l'huile de morue. La guérison a été obtenue contre toute attente, mais le traitement fut assez long.

En résumé, le traitement local employé seul n'a réussi qu'incomplètement (obs. 2 et 3); le traitement interne par l'huile de morue a suffi dans certains cas pour procurer une guérison entière (obs. 1 et 6); tandis que,

---

nement quelque fruit. Il faut que l'Académie ne laisse point s'introduire définitivement dans ses habitudes ces drames d'éloquence écrite et parlée, sillonnés de colère et de personnalités, bigarrés de science et de vanité, s'allongeant dans une verbeuse prolixité de répliques et de résumés, pour s'évaporer enfin dans le septicisme des conclusions banales. Ces tournois de la rhétorique médicale rappellent moins les graves disputations qui ont parfois donné une sorte de haute solennité aux séances de l'Académie des sciences, agitées par le génie des Cuvier et des Geoffroy-Saint-Hilaire, des Gay-Lussac et des Thénard, que les assauts d'improvisation entre des rhétoriciens dans les colléges de jésuites, au jour de la distribution des prix.

Il y avait fête l'autre jour et grand luxe de robes rouges et de toques galonnées dans le grand amphithéâtre de l'Ecole-de-Médecine; la Faculté célébrait l'ouverture de l'année scolaire, et proclamait les vainqueurs des concours accoutumés. L'insuffisance de l'amphithéâtre a pu être remarquée cette fois encore; l'enceinte ne pouvait suffire à la foule des auditeurs qui se pressait aux abords; rien n'est fâcheux comme les ondulations orageuses de cette multitude d'élèves entassés sur les gradins, dans les couloirs, et qui, poussées du dehors au dedans, s'ébranlent par intervalle, et menacent de rouler comme une vivante avalanche sur les gradins inférieurs. Cours et cérémonies en sont fréquemment interrompus, troublés. Peut-être aussi souhaiterait-on à ces solennités un plus grand éclat, une pompe plus officielle, une assistance plus variée; elles se passent en famille, entre élèves et professeurs; pourquoi les autorités de cette grande cité ne viendraient-elles point imprimer par leur présence à ces réunions intéressantes un caractère plus général, une sorte de publique notoriété? Le discours qui ouvre ces séances annuelles a été prononcé par le professeur Bérard; il avait pour sujet l'éloge de Broussais, et il l'a traité avec une libéralité presque inattendue, avec abondance et mouvement. Les salves répétées qui ont accueilli le panégyrique de M. Bérard le rendront sans doute fort indifférent à notre opinion. Ce que nous avons le plus admiré dans l'orateur, c'est le tour de force ou d'habileté par lequel il a su mettre la Faculté aux pieds de Broussais; combien quelques pieds de terre entre les vivans et le mort changent le point de vue d'appréciation ! A part quelques longueurs, l'œuvre de M. Bérard dénote un vrai talent d'écrivain. Ajoutons qu'il a su glisser avec aisance sur les saillies aiguës du sujet, et faire payer au systématique les louanges données à l'observateur, à l'écrivain. La grande ombre du célèbre réformateur n'a point laissé de place à une ombre beaucoup plus humble et plus timide dans cette évocation nécrologique. Un jeune agrégé que la Faculté a perdu cette année, M. de Laberge, méritait une mention moins fugitive que celle qui lui est échue dans la péroraison de M. Bérard; la science et l'amitié ont pleuré la fin prématurée de ce jeune médecin, qui était destiné à prendre un rang élevé dans l'enseignement et dans la littérature médicale. Divers mémoires sur la contracture, sur la pneumonie lobulaire, sur la phthisie pulmonaire à laquelle il a succombé, sur quelques causes de constipation, sa thèse inaugurale sur l'ophthalmie scrofuleuse, sa dissertation de concours sur la prédisposition, et surtout sa participation au compendium, œuvre sérieuse qu'il a entreprise avec son ami M. Monneret, marquent utilement son court passage. Il s'est livré à l'enseignement avec la même ferveur qu'aux travaux littéraires; il a fait le premier à Paris un cours de pathologie générale; ses répétitions cliniques ont contribué à populariser parmi les élèves les méthodes nouvelles d'exploration. Ce qui le caractérisait du côté intellectuel, c'était la justesse de l'idée, la netteté

dans un autre cas, il a été impuissant (obs. 5). Le traitement mixte a été constamment efficace.

Essayons d'interpréter ces faits.

La carie scrofuleuse est à la fois un mal externe ou local, et une maladie *sui generis* dépendant d'une constitution générale vicieuse, dont elle n'est, en quelque sorte, que l'expression, le produit. Soit que l'on admette une véritable diathèse scrofuleuse, ou que l'on préfère attribuer à la *constitution lymphatique* de certains individus, le caractère particulier qu'affecte chez eux l'*ostéite chronique*, il faudra toujours reconnaître la nécessité de modifier cet état général vicieux, avant d'espérer une guérison solide de l'emploi des moyens locaux ou chirurgicaux. La vérité de cette assertion est confirmée par l'observation de tous les praticiens.

Or, nous avons déjà vu et nous verrons encore plus loin que l'huile de morue administrée avec persévérance peut modifier avantageusement la constitution générale, en imprimant aux fonctions de nutrition une direction favorable. L'action bienfaisante de cette huile s'est signalée, sous ce rapport, chez la plupart des individus qui en ont fait usage, par le retour plus ou moins prompt des forces et de l'embonpoint, et par une influence incontestable sur la maladie scrofuleuse elle-même. L'huile de morue remplira donc les indications du traitement général.

Mais la carie, en tant que maladie locale, réclame en outre des soins particuliers. Les fusées purulentes, les clapiers, les trajets fistuleux anciens, et surtout les ulcérations et l'engorgement des parties molles sont autant d'obstacles contre lesquels un traitement interne ne peut rien. La compression, la stimulation des surfaces ulcérées par la dissolution hydro-alcoolique d'iodure de potassium, tels sont les moyens qui m'ont constamment réussi pour faire disparaître ces obstacles. Je suis convaincu que l'huile de morue seule eût été insuffisante pour guérir la carie chez les malades des observations 2, 3, 4, 5, tandis qu'elle a suffi pour faire disparaître le gonflement scrofuleux de l'os malaire et des os du nez chez les malades des obs. 4 et 5, et la carie sans plaie extérieure chez le malade sujet de l'obs. 1.

La guérison de la carie scrofuleuse exige donc un traitement mixte. L'efficacité de ce traitement dans des maladies si souvent rebelles aux efforts de l'art doit nous faire espérer que l'intervention de la chirurgie sera désormais restreinte à un très petit nombre de cas exceptionnels que l'expérience apprendra à connaître.

ARTHRITES CHRONIQUES.

Obs. VII. — Une jeune personne, âgée de 21 ans, non encore réglée, d'une constitution éminemment scrofuleuse, souffrait depuis plusieurs années d'un engorgement douloureux de la plupart des articulations fémoro-tibiales. Les extrémités articulaires des os longs étaient notablement tuméfiées; plusieurs ganglions cervicaux étaient engorgés. La malade était sujette aux ophthalmies scrofuleuses. Elle éprouvait fréquemment des vertiges et divers autres symptômes de congestion sanguine vers la tête.

Au mois de juin 1839, elle se soumit au traitement suivant : une application de sangsues à l'anus; à l'intérieur, deux fois par semaine, 30 centigrammes (6 grains) d'extrait d'aloès, et tous les jours quatre cuillerées d'huile de morue. Frictions sur les glandes engorgées avec une pommade composée de 4 grammes d'iodure de potassium sur 32 grammes d'axonge.

Trois semaines après, les règles parurent pour la première fois. Au mois d'août, le gonflement des articulations des poignets et des genoux avait beaucoup diminué; celui des genoux avait presque entièrement disparu. Les mouvemens de progression qui, jusqu'alors, avaient été pénibles et douloureux, s'exécutaient avec assez de facilité. Le gonflement des glandes cervicales avait également diminué. Aujourd'hui la malade marche avec facilité; l'engorgement des articulations des membres inférieurs s'est totalement dissipé. L'engorgement des ganglions cervicaux n'a pas encore complètement disparu.

Obs. VIII. — Une jeune fille, âgée de 15 ans, non encore réglée, d'une constitution scrofuleuse cachectique, était affectée, depuis plusieurs années, d'un gonflement douloureux du genou droit et des articulations tibio tarsiennes. Depuis six ans, elle souffrait d'un engorgement des glandes cervicales, dont plusieurs s'étaient abcédées à différentes époques. Au mois de juin 1837, je lui prescrivis des frictions sur les articulations malades, avec une pommade composée de 16 grammes d'iodure de potassium sur 32 grammes d'axonge; la compression de ces articulations, au moyen d'une bande à finette, et, à l'intérieur, 4 cuillerées d'huile de morue par jour. La malade se soumit au traitement local, mais elle refusa de faire usage de l'huile de morue. Jusqu'à la fin du mois de septembre, le mal n'avait fait qu'augmenter : le genou droit était considérablement tuméfié et douloureux, l'engorgement des articulations tibio-tarsiennes avait également augmenté, tandis que les membres étaient devenus de plus en plus grêles. J'insistai particulièrement sur l'usage interne de l'huile de morue et je fis continuer la compression des articulations malades. Une amélioration sensible suivit de près ce mode de traitement. Au bout de quelques semaines, les règles se montrèrent pour la première fois et reparurent aux époques ordinaires. Dans l'espace de sept mois, l'engorgement des articulations s'était complètement dissipé et la malade put marcher avec la plus grande facilité. Depuis cette époque, la malade cessa de prendre l'huile de morue et la guérison s'est maintenue jusqu'aujourd'hui. L'engorgement des ganglions cervicaux a notablement diminué sans disparaître complètement.

Pour ne pas être trop long, je ne ferai qu'indiquer les résultats des observations qui vont suivre.

L'huile de morue fut administrée dans trois cas de coxalgie, avec luxation incomplète du fémur. Dans l'un de ces cas, les symptômes inflammatoires furent préalablement combattus par un traitement antiphlogistique. Après un traitement de plusieurs mois, les malades purent se servir de leurs membres plus ou moins raccourcis. Dans un autre cas de coxalgie commençante, la douleur locale, peu grave à la vérité, et la claudication cédèrent assez promptement à l'usage de l'huile de morue. Les malades qui font le sujet de ces observations étaient d'une constitution lymphatique, sans offrir des symptômes bien tranchés de la maladie scrofuleuse.

L'huile de morue fut encore administrée à deux femmes privées de l'usage de leurs membres, depuis plusieurs années, par suite d'un rhumatisme articulaire chronique. Chez ces malades, les fonctions de locomotion étaient tellement restreintes, par suite du gonflement et de la raideur dans toutes les articulations, que l'on était obligé de les porter d'un lit à un autre. L'usage de l'huile de morue fit disparaître peu à peu le gonflement des articulations. Au bout de cinq à six mois, les mouvemens se rétablirent et aujourd'hui les malades marchent avec assez de facilité.

Je ne puis m'empêcher de rappeler ici que c'est surtout dans le traitement de l'arthrite chronique rhumatismale que les propriétés médicamenteuses de l'huile de morue se sont révélées pour la première fois. Plus tard, on employa cette huile avec un égal succès contre les tumeurs blanches scrofuleuses. Cette parfaite similitude dans les résultats obtenus par le même traitement dans des affections en apparence de nature différente, semble venir à l'appui de l'opinion des médecins qui, comme Bréfeld, considèrent l'arthrite chronique rhumatismale et l'arthrite scrofuleuse comme deux maladies à peu près identiques. L'efficacité de

---

de l'expression; ce qui donnait à tout ce qu'il écrivait ou professait une valeur réelle, c'était sa bonne foi scientifique, et pour ainsi dire la loyauté de son talent. Sa rigide indépendance ne s'est point démentie à travers les sollicitudes d'une existence travaillée; son âme aimante rayonnait dans un cercle d'amis choisis : qu'il nous soit pardonné, à ce dernier titre, d'avoir suppléé au laconisme de M. Bérard, en consacrant dans ces courtes lignes, jetées là parmi les nouvelles du jour, le souvenir du jeune et modeste agrégé, à côté du professeur célèbre dont la grande figure a posé avec éclat dans l'éloge de M. Bérard.

Les concours foisonnent, grands et petits; celui de l'internat se traîne à travers les nombreuses séries dans lesquelles le jury a dû partager la masse des élèves, et ne finira guère que vers le milieu du mois prochain. Les intrigues ne manquent pas plus à cette lutte qu'à toute autre; la sollicitude des pères, oncles, cousins, etc., est en haleine; plus d'un pauvre compétiteur compte, avec anxiété, sur la liste de ses rivaux, les noms connus, appuyés par la notabilité paternelle, ou sentant le parfum officiel, ce parfum qui enivre la conscience des juges et trouble les notions de leur entendement. Nous regrettons que l'administration n'ait point réparti la masse trop considérable des élèves aspirant à l'internat, entre plusieurs jurys distincts qui auraient disposé, chacun, d'un nombre déterminé de places. De cette manière, chaque jury aurait eu à prononcer sur un nombre restreint de candidats, partant les eût appréciés avec plus de précision et d'impartialité. Quelle mémoire d'examinateur retiendrait avec exactitude tous les élémens individuels d'un classement aussi multiple que celui de quinze douzaines de candidats? Les mesures relatives au concours, inscrites dans le dernier règlement des hôpitaux, prouvent que l'administration s'est vivement préoccupée de la sincérité des résultats que fournissent les concours qu'elle institue; les confrères qui composent le tribunal scientifique s'associeront, il faut l'espérer, à ces loyales intentions; la médiocrité protégée, recommandée, n'usurpera point les honneurs de l'internat, objet de tant de jeunes et ferventes émulations. Notre opinion est que le double intérêt des études pratiques et du service hospitalier commande l'augmentation du personnel des internes; le chiffre des compétiteurs démontre à lui seul la nécessité de cette mesure. Les internes sont les seuls élèves vraiment placés pour observer les maladies, pour acquérir des notions exactes de diagnostic; eux seuls suivent dans leurs phases le traitement des malades, et peuvent comparer entre elles les diverses méthodes thérapeutiques; à leur scalpel est dévolue l'exploration minutieuse des altérations cadavériques; les pansemens, les petites opérations exercent de bonne heure leur main; aussi l'interne qui a terminé son stade hospitalier se classe d'emblée parmi les praticiens. Dans le fait, il ne devrait point se fabriquer un docteur qui n'eût passé par cet apprentissage pratique des hôpitaux, qui n'eût donné à la profession de telles garanties d'aptitude et d'exercice préparatoire. Multiplier les internes, ce sera multiplier les bons observateurs, les bons praticiens, les médecins respectables et vraiment dignes de ce nom. Restera à déterminer dans leurs travaux un changement de direction, à les dériver en grande partie de l'ambition professorale aux vues plus modestes de la pratique. L'internat semble à la plupart de ceux qui s'y destinent la première étape du professorat; après avoir concouru pour être externe et interne, on ne songe qu'à concourir pour l'agrégation, en attendant la lutte majeure pour une chaise curule à l'École. Ainsi s'établit parmi les jeunes travailleurs une routine de concours, dont l'influence est peut-être peu

l'huile de morue dans ces maladies, qu'elles soient scrofuleuses ou rhumatismales, est pleinement confirmée par les observations de Schenk, de Günther, de Wesener, de Moening, de Schütte, de Brefeld et de plusieurs autres praticiens.

Dans les tumeurs blanches aiguës ou inflammatoires, quelle que soit leur origine, un traitement antiphlogistique local, ou même général, doit toujours précéder l'administration de l'huile de morue, dont l'action est, en général, trop lente pour empêcher les progrès rapides d'une maladie aiguë.

Dans l'arthrite goutteuse, l'huile de morue, suivant la remarque de M. Brefeld, ne jouit d'aucune efficacité. J'ai eu l'occasion de vérifier ce fait chez un seul de mes malades, atteint de la goutte, qui en fait usage.

Carreau et rachitisme. — Sept enfans affectés de carreau et de rachitisme firent usage de l'huile de morue. Six de ces enfans guérirent complètement. Chez le septième, l'administration de l'huile de morue n'ayant pas amené une amélioration assez prompte au gré des parens, le traitement fut abandonné, et l'enfant finit par succomber dans le marasme. Chez les malades auxquels l'huile de morue fut administrée avec persévérance et d'une manière régulière, la constitution générale s'améliora d'une manière notable dès les premières semaines du traitement.

Engorgement des ganglions lymphatiques du cou. — Plusieurs sujets atteints de cette maladie prirent l'huile de morue pendant plusieurs mois sans aucun résultat, du moins pour ce qui concerne la maladie locale. Ces tumeurs scrofuleuses disparurent, ou, du moins, diminuèrent dans le plus grand nombre des cas, sous l'influence des frictions faites avec la pommade d'iodure de potassium. Cependant, chez deux sujets, la maladie résista également à l'usage persévérant des préparations d'iode, employées extérieurement et intérieurement. Des conditions hygiéniques défavorables paraissent avoir été la cause de ces insuccès.

Ophthalmies. — J'ai fait prendre l'huile de morue à plusieurs enfans atteints d'ophthalmie scrofuleuse. Mais comme l'influence médicamenteuse de cette huile ne se manifeste, en général, qu'au bout de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, et qu'une ophthalmie tant soit peu grave peut causer des ravages irréparables dans l'espace de quelques jours, je n'ai pas cru qu'il me fût permis de négliger le traitement ordinaire des ophthalmies, dans le but de constater les effets de l'huile de morue employée isolément. Il m'est donc impossible de dire quelle part cette huile a eue dans les résultats avantageux obtenus par ce traitement mixte. Mais ce qu'il importe surtout de remarquer, c'est que, sous l'influence du traitement externe, la constitution des malades s'est généralement améliorée. Ce résultat est de la plus grande importance, car c'est de l'état général des malades que dépend surtout la solidité des guérisons chez les scrofuleux. Les traitemens spéciaux dirigés contre la maladie locale ne guérissent que temporairement.

Phthisie pulmonaire. — Kolkmann et H. Richter prétendent avoir combattu avec avantage la phthisie pulmonaire chez quelques scrofuleux par l'usage de l'huile de morue. J'ai administré cette huile à deux sujets atteints d'une phthisie, d'origine évidemment scrofuleuse; mais je n'ai pas remarqué que ce traitement eût exercé la moindre influence favorable sur la marche de la maladie, qui s'est terminée par la mort dans les deux cas. L'un de ces deux malades souffrait en même temps d'une tumeur blanche de l'articulation huméro-cubitale. Pendant le traitement, la maladie de l'articulation s'est notablement amendée, tandis que la phthisie pulmonaire n'a pas cessé de faire des progrès. Ces insuccès ne doivent cependant pas faire rejeter entièrement l'huile de morue du traitement de la phthisie scrofuleuse : cette huile, administrée dès le début de la maladie, obtiendrait peut-être des succès qu'elle ne procure plus dans une période plus avancée de l'affection tuberculeuse des poumons.

Il nous reste à examiner quelle action l'huile de morue exerce sur l'économie. Le docteur Schmidt de Stettin attribue à ce médicament des propriétés laxatives. Suivant Reister, l'huile de morue favorise quelquefois les sécrétions urinaire et cutanée, et provoque, dans certaines circonstances, des évacuations alvines. Il est probable que ces effets dépendent en partie de la dose du médicament et en partie de l'idiosyncrasie de certains individus. Je n'ai observé aucun de ces effets chez les malades auxquels j'ai fait prendre cette huile, à la dose de deux à quatre cuillerées par jour. Dans un seul cas, une légère diarrhée s'est déclarée peu après l'administration du remède; on suspendit le traitement pour le reprendre quelques jours plus tard, et la diarrhée ne se montra plus. Chez quelques sujets nerveux, la saveur désagréable de l'huile de poisson provoqua quelques nausées dans les premiers jours; mais cet effet n'eut plus lieu lorsque la répugnance pour ce remède eut été surmontée par l'habitude. Généralement, les fonctions digestives s'améliorent chez les malades soumis à l'usage de ce médicament. Les sujets faibles et cachectiques acquièrent des forces et un embonpoint qui contrastaient souvent d'une manière frappante avec la débilité et la maigreur qui les avaient caractérisés avant le traitement. Mais, je le répète, je n'ai jamais remarqué que l'huile de morue, à la dose que j'ai indiquée, eût exercé une influence appréciable sur les sécrétions urinaire et cutané, ni produit un trouble physiologique quelconque.

Cependant, les effets thérapeutiques de l'huile de poisson sont incontestables. De quelle nature est donc cette influence thérapeutique?

MM. Schenck et Schütte de Ründeroth attribuent à l'huile de poisson une action spécifique, *sui generis*, sur les scrofules des systèmes osseux et fibreux. M. Brefeld est disposé à admettre cette opinion, en tant qu'elle n'exprime que le résultat d'une action thérapeutique inconnue. MM. Trousseau et Pidoux rangent cette huile médicamenteuse dans la classe des toniques, en fondant leur opinion sur les effets avantageux qu'elle produit chez les enfans faibles et rachitiques, d'après les observations qui ont été publiées jusqu'à ce jour. (Traité de thérapeutique, t. II, p. 259.)

Si l'on observe avec soin les effets produits par l'huile de morue, on ne tarde pas à reconnaître que le premier résultat de son administration chez la plupart des malades, c'est une amélioration notable des fonctions de nutrition. A mesure que la constitution se dépouille de ce type de cachexie, qui est surtout remarquable chez les enfans atteints de carreau et de rachitisme, les ravages de la carie diminuent, les os et les articulations malades tendent à revenir à l'état normal. On peut donc admettre comme une chose très probable que l'action thérapeutique de l'huile de morue dépend principalement de l'influence favorable que ce médicament exerce sur les fonctions d'assimilation, qui sont plus ou moins viciées chez les sujets scrofuleux. L'huile de morue agit-elle dans ces circonstances comme un tonique? Pour résoudre cette question, il faudrait d'abord savoir si la nutrition vicieuse dont nous avons parlé tient à l'atonie des vaisseaux absorbans, ce qui n'est rien moins que certain.

Pour ne pas préjuger cette question, et surtout pour ne pas aller au-

---

favorable à la véritable science; mais c'est un sujet à reprendre avec plus d'argumens que nous n'en pouvons échelonner dans ces lignes.

Le combat pour la chaire de pathologie interne est sur le point de commencer. Les dires, les allées et venues ont commencé depuis longtemps. Rien n'est fastidieux comme le retour périodique de cette agitation d'intérêts opposés : on analyse avec hauteur la liste des candidats inscrits, on ballotte dans le scrutin préalable de la prévention leurs titres et leurs antécédens; on groupe les noms des juges comme des chiffres, on les additionne, on les divise, et chacun trouve pour quotient le nom du candidat qu'il préfère. Il y a des recettes pour gonfler une candidature, il en est pour l'abattre et pour l'aplatir. Voici la dernière, elle vous frappera par sa simplicité : sur tel nom qui vous gêne ou vous déplait, dites et répétez *qu'il n'a pas de chances*; joignez, d'ailleurs, à ce nom, en guise de mielleuse compensation, ces bénignes épithètes, qui dénotent une grande somme de bienveillance naturelle, puérile et honnête; exemple : « Ce bon M. X..., ce pauvre M. Y..., ce digne M. Z..., m'intéresse tant; je serais si heureux de le voir surgir; mais il n'a point de chances... » N'a point de chances, l'entendez-vous?. Cette finale pèse dans l'oreille de vos auditeurs; héritiers inévitables des moutons de Panurge, ils s'en iront, répétant le fatal arrêt, jusqu'à ce qu'il soit rumeur publique, puis opinion publique... Il y a bien d'autres recettes encore et non moins efficaces; mais tenez la mienne pour excellente; j'en sais qui la manient avec une souplesse et une aménité désespérantes pour les imitateurs.

La faculté de Strasbourg subit en ce moment les effets d'une distribution vicieuse des matériaux de son enseignement. L'accouplement de l'hygiène et de la physique médicale a déjà provoqué de justes critiques; aujourd'hui que cette chaire mixte est en disputation de concours, qu'arrive-t-il? Les médecins font défaut à la lutte, c'est-à-dire ceux qui sont aptes à parler d'hygiène; et le combat se resserre entre un mathématicien et un pharmacien. La faculté, qui n'a pas voulu trouver un professeur de médecine légale parmi cinq compétiteurs médecins et agrégés distingués, fixera sans doute son choix plus aisément dans la circonstance présente. L'hygiène, sœur de la pathologie, compagne nécessaire de la médecine pratique, se personnifiera sans difficulté, à Strasbourg, dans un professeur étranger à l'observation clinique, issu d'un laboratoire ou familier d'un cabinet de physique.

Quelques retraites ont été annoncées parmi les médecins des hôpitaux de Paris; nous félicitons les vénérables confrères qui ont eux-même reconnu la nécessité de leur remplacement. Les fonctions de la médecine nosocomiale sont pénibles, exigent une sévère exactitude, une parfaite intégrité des sens; il faut que la main soit prompte et délicate, l'œil pénétrant, l'ouïe fine et sagace à la distinction des signes fugitifs qu'elle est appelée à recueillir; toutes ces conditions désignent certaines limites d'âge que le nouveau réglement a stipulées avec raison et qu'il est désirable de voir observer. Trop de caducités s'obstinent à hisser sur la scène officielle de la science un simulacre de force et de vie; en se perpétuant dans les postes où elles se cramponnent, elles empêchent l'avénement des hommes jeunes et capables, et communiquent aux institutions qu'elles se donnent l'air de soutenir les lentes vacillations de leur âge et la pâleur morbide de leur esprit.

Une nouvelle promotion de pairs va paraître; l'Institut y sera représenté, dit-on, par MM. Daunou et Rossi; de médecin, point; de chirurgien, encore moins. Cabanis allait si mal au sénat! Deux de nos illustrations avaient été,

delà de ce que l'observation des faits nous apprend, nous nous bornerons à considérer l'huile de morue comme un médicament analeptique (ἀναλαμβάνω, je répare); c'est-à-dire comme un médicament rétablissant *d'une manière quelconque* les fonctions de nutrition perverties. L'action que cette huile exerce sur les maladies des os et des articulations pourrait être considérée comme une influence secondaire ou consécutive.

Les propriétés thérapeutiques dont l'huile de morue est douée ont été attribuées par quelques médecins à la présence d'une petite quantité d'iode que M. Hopper y a découvert assez récemment. Cette opinion doit paraître peu probable si l'on se rappelle que les préparations d'iode, prises à l'intérieur pendant longtemps et à des doses assez fortes, n'exercent à peu près aucune influence sur les scrofules des os (obs. 2, 5). Remarquons ensuite que l'engorgement de la glande thyroïde et celui des ganglions lymphatiques du cou, qui cèdent assez facilement aux préparations d'iode, résistent au contraire à l'usage même prolongé de l'huile de morue (obs. 3, 7, 8). Les propriétés de ces deux agens thérapeutiques sont donc loin d'être identiques, et, selon toutes les apparences, elles ne dépendent pas d'un principe qui leur serait commun.

Quoi qu'il en soit l'action médicamenteuse de l'huile de poisson sur certaines maladies scrofuleuses est incontestable; mais elle est lente et ne se fait souvent sentir qu'au bout de cinq à six semaines. Les maladies des os et des articulations exigent ordinairement, pour leur guérison entière, un traitement de cinq à six mois et quelquefois même de plusieurs années. On commettrait donc une faute grave si l'on abandonnait le traitement comme inutile parce que dans les premières semaines il n'aurait pas produit des résultats avantageux appréciables. On se priverait ainsi, par une impatience intempestive, de la seule ressource qui nous reste quelquefois pour triompher d'une maladie qui ne résiste que trop souvent à tous les autres moyens connus.

Nous pouvons nous résumer dans les propositions suivantes :

1° L'huile de morue exerce une influence favorable sur l'état général des individus lymphatiques qui en font usage.

2° Administrée convenablement, elle jouit de la propriété de guérir les scrofules des os, le carreau et les arthrites chroniques scrofuleuses ou rhumatismales.

3° La carie avec plaie et avec engorgement des parties molles exige que le traitement général par l'huile de morue soit secondé par un traitement local. La compression et les fomentations alcooliques iodurées peuvent être employées avec succès dans ces circonstances.

4° L'huile de morue ne peut rien contre l'arthrite goutteuse ni contre l'engorgement des ganglions lymphatiques autres que ceux de la cavité abdominale. Son action paraît douteuse et même nulle dans la phthisie scrofuleuse un peu avancée.

5° L'huile de morue doit être administrée avec persévérance et pendant plusieurs mois pour produire des résultats avantageux.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ANGLAIS TRIMESTRIELS.

I. GUY'S HOSPITAL REPORTS.

Le cahier d'octobre 1839 renferme les articles originaux suivans : 1° *Des luxations de l'humérus sur la face postérieure de l'omoplate, et des fractures près de l'articulation de l'épaule*; par sir A. Cooper (nous donnerons ce mémoire en entier); 2° *Cas d'empoisonnement par l'acide sulfurique*; par A.-R. Taylor; 3° *Sur l'amputation des membres*; par M. B. Cooper; 4° *Cas de hernie*; par le même; 5° *Observation d'empyème et de pneumo-thorax, suivie de réflexions*; par M. George H. Barlow; 6° *Du diagnostic physique de la phthisie commençante*; par M. H. Hughes; 7° *Observations sur le pouls dans la phthisie pulmonaire*; par W.-Aug. Guy; 8° *De la présence de l'acide fluorique dans certains fluides animaux*; par G.-V. Rees; 9° *Observations sur l'incubation de l'œuf*; par J. Towye; 10° *Cas de syphilis primitive*; par M. O. Key; 11° *De la conservation des sujets pour la dissection*; par B.-G. Babington, et G.-O. Rees.

CAS DE HERNIE; par M. BRANSBY COOPER.

Obs. — M. J., âgé de 68 ans, fut pris, le 26 avril, d'accidens du côté des voies digestives, qu'on regarda d'abord comme le résultat d'une indigestion, et qui furent rapportés plus tard avec raison à une hernie inguinale étranglée. La réduction parut se faire instantanément au moment de l'examen de la partie malade, mais il restait toujours une certaine tuméfaction.

On donna des purgatifs qui n'amenèrent aucun résultat. Les vomissemens et la constipation continuaient; cependant l'abdomen n'était pas plus douloureux. Le diagnostic était difficile; car bien que les renseignemens apprissent que le malade avait eu antécédemment une double hernie inguinale, on ne pouvait sentir distinctement d'aucun côté une tumeur herniaire; cependant on reconnaissait à gauche une saillie anormale qu'on aurait pu rapporter à une accumulation de graisse; l'anneau et le canal inguinal du côté droit *étaient assez larges*, le malade en toussant faisait descendre une hernie, qui rentrait facilement. Ce n'était donc pas de ce côté qu'il fallait chercher la cause des accidens. Quelle que légère que fût l'altération de forme ou de structure que présentait le côté gauche, cependant, réunie aux symptômes présentés par le malade et aux antécédens, elle suffisait pour autoriser à explorer l'état des parties profondément situées. On mit à découvert le canal inguinal, on l'ouvrit, et on n'y trouva qu'un petit sac vide, mais rien autre qui pût rendre compte des symptômes. On resta conséquemment dans la même incertitude. La plaie fut pansée et le malade mis au lit. On prescrivit un purgatif.

La constipation continue; les autres accidens ne vont qu'en croissant.

Mort le 30 avril, cinquième jour à dater des premiers symptômes d'étranglement.

A l'autopsie, on trouva le canal inguinal ouvert, et contenant une petite portion d'épiploon sain, qui probablement était descendu depuis la mort; il fut facile de faire rentrer dans le ventre le contenu du sac; car il n'y avait pas la plus légère constriction, pas la moindre trace d'inflammation. En examinant l'état de la région inguinale droite, siége d'une ancienne hernie irréductible, on trouva une portion d'intestin dans le sac aussi facilement réductible que pendant la vie; mais en tirant l'intestin hors de l'anneau interne, on s'aperçut qu'il était arrêté par quelque adhérence. En recherchant avec attention la cause de cet obstacle à sa sortie, on s'aperçut qu'une portion d'intestin s'était étranglée dans un petit sac herniaire placé au-devant du plus grand, qui renfermait la hernie réductible. Cette portion d'intestin et le sac qui lui était pro-

---

dit-on, mises en avant; toutes deux font partie aussi de l'Institut; toutes deux, à des titres différens, représenteraient noblement la science et la profession; mais ils sont médecins, c'est tout dire. Pour entrer dans la chambre aristocratique, il vaut mieux avoir fait *Joconde* que d'avoir fondé entre l'Egypte et Waterloo une renommée chirurgicale qui retentit dans tous les hauts faits de la république et de l'empire. Il est de plus en plus inconcevable qu'une profession telle que la nôtre ne possède aucun représentant dans une moitié du parlement. La question d'indignité politique serait-elle le véritable obstacle à l'admission d'un médecin au Luxembourg? L'épicerie en gros prendrait-elle le pas sur notre science? Le temps tranchera cette question, s'il ne la résout point; nous avons une confiance extrême dans ce grand artisan qu'on appelle le temps; vous verrez qu'il finira par nous apporter une loi sur l'état de la médecine en France; M. Villemain la promet à son tour de grand-maître; grand-maître vraiment, s'il remet l'ordre dans les choses médicales et s'il réussit à donner à notre carrière sûreté et vie, honneur et crédit.

Y.

— On écrit de Reims :

« Il règne à la prison une fièvre typhoïde qui sévit avec violence. On a évacué sur l'Hôtel-Dieu près de quarante malades. Une salle particulière a été disposée de la manière la plus convenable. On attribue à l'agglomération des prisonniers sur un seul point la naissance de cette maladie. La maison peut contenir de 80 à 100 prisonniers, et 180, dit-on, y étaient renfermés. Ceux qui ne pouvaient pas payer pour avoir une cellule étaient couchés sur de la paille, qu'ils appelaient de la *paille amputée*, dans une chambre commune. »

— On lit dans l'ÉCLAIREUR de Toulon :

« Un hôpital de cinquante lits va être établi par les soins de l'administration de la guerre, dans une des îles Baléares, pour y déposer les passagers militaires malades revenant d'Afrique par les paquebots à vapeur que le mauvais temps obligerait à relâcher à Mahon ou sur un autre point de ces îles. Après bien des démarches, on a enfin obtenu du gouvernement espagnol l'autorisation de faire cet établissement. »

— COURS PUBLIC ET PRATIQUE sur les HERNIES et les bandages qui leur conviennent,

M. MALGAIGNE commencera ce cours au bureau central des hôpitaux le vendredi 15 novembre, et le continuera les lundis et vendredis.

La visite des hernies se fera de onze heures à une heure; les leçons de une heure à deux, dans le grand amphithéâtre des hôpitaux, parvis Notre-Dame, n. 2.

— M. H. Larrey fils, chirurgien du Val-de-Grâce, est chargé, comme agrégé de la Faculté, de suppléer provisoirement M. le professeur Jules Cloquet, à l'hôpital clinique.

pre étaient placés dans la cavité du ventre, et n'auraient pu être réduits, même en supposant qu'on eût exploré le côté droit, à moins qu'on n'eût incisé sur la tumeur herniaire, tandis qu'elle faisait saillie dans le scrotum; mais rien ne justifiait l'opération de ce côté, puisque le taxis y opérait si facilement la réduction.

Ce fait peut nous amener à cette conclusion, dit M. B. Cooper, que lorsqu'après la réduction d'une hernie par le taxis, les symptômes d'étranglement n'ont pas disparu, il faut, s'il est possible, faire reparaître la tumeur, et la soumettre alors à l'opération. Il nous montre en même temps la nécessité d'examiner avec le plus grand soin l'état de la hernie après le débridement extérieur au sac, avant d'opérer la réduction sans ouvrir la couche péritonéale; car dans un cas où la complication que nous venons de décrire existerait, il est possible que le contenu d'un plus grand sac puisse être replacé dans le ventre, et en même temps le plus petit sac avec la portion d'intestin étranglée qu'il renferme, si le collet du sac n'était pas ouvert dans le débridement.

L'observation suivante a le plus grand rapport avec la précédente.

Obs. II. — James Adams, âgé de 67 ans, d'une bonne constitution, entra à l'hôpital, le 18 novembre 1834, avec une hernie inguinale oblique du côté droit. Il dit avoir été sujet à une hernie depuis trente ans; toutefois il la réduisait ordinairement avec facilité. Dans les efforts pour aller à la garderobe, la tumeur reparut; puis vinrent peu après des accidens d'étranglement. On lui donna un bain chaud d'une demi heure qui le mit dans les conditions les plus favorables à la réduction, on put l'effectuer par le taxis, les accidens cessèrent immédiatement. On lui appliqua un bandage. Un lavement ordinaire pris immédiatement fut rendu seul. La constipation persista; puis tous les accidens se montrèrent de nouveau. (Purgatifs; injection dans le colon avec une sonde élastique, suivant la méthode de M. O'Beirn; calomel et opium.)

Les vomissemens continuent; léger soulagement, puis accroissement des accidens.

Mort à six heures et demie, le 19.

A l'autopsie, on constata l'existence d'une péritonite intense. Une anse intestinale, de la longueur de deux pouces environ, était étranglée dans un sac distinct situé entre la crête ilio-péritonéale droite, et la vessie, dans un cul-de-sac péritonéal particulier qui tapisse l'anneau inguinal interne et forme ordinairement le sac de la hernie inguinale interne. L'intestin contenu dans le sac était d'un noir verdâtre... Le collet du sac était dur et épaissi.

Les mêmes réflexions s'appliquent à cette observation. Si après la réduction d'une semblable hernie, les accidens ne cessent pas, il faut, dit M. B. Cooper, s'efforcer de provoquer la reproduction de la tumeur. Une fois que la hernie a reparu, il faut inciser sur elle, et dans tous les cas ouvrir le sac. Mais si la hernie ne reparaît point, il faut essayer de dilater l'ouverture qui lui avait donné passage; et, si cela est nécessaire, mettre le sac herniaire à découvert, afin de pouvoir inciser l'étranglement. Cette opération, quoique difficile et dangereuse, donne assez d'espérance de succès pour qu'on l'adopte d'une manière générale.

OBSERVATION D'EMPYÈME AVEC PNEUMO-THORAX, SUIVIE DE RÉFLEXIONS; par le docteur BARLOW.

La pneumo-thorax, si nous en croyons l'auteur de cette communication, serait une complication bien plus grave et bien plus promptement funeste chez les phthisiques français que chez ceux d'Outre-Manche, et il s'appuie de l'autorité de MM. Louis et Andral, qu'il oppose à l'opinion émise par plusieurs médecins anglais qui ne jouissent pas d'une moindre autorité. Suivant les premiers, la perforation de la plèvre pulmonaire chez les phthisiques serait aussi grave et presque aussi promptement mortelle que celle des parois intestinales dans l'abdomen, tandis qu'au rapport des médecins anglais, le pneumo-thorax, complication toujours très grave, n'entraînerait la mort en peu de temps que dans un très petit nombre de cas, et ils en citent dont les sujets ont vécu longtemps après cet accident, et même dont l'existence paraît avoir été prolongée par cet accident même. « Dans beaucoup de cas, dit le docteur Stokes (dont l'opinion est d'un si grand poids dans ces sortes de questions), où la maladie a pris après l'accident une marche chronique, on observe une suspension régulière de tous les symptômes de la phthisie, le facies phthisique diminue ou disparaît, les sueurs cessent; le pouls dans beaucoup de cas se ralentit; le malade reprend quelquefois un embonpoint vraiment surprenant, et il n'éprouve d'autre symptôme alarmant que de la dyspnée lorsqu'il prend un exercice forcé, et le bruit de fluctuation qu'on entend dans la poitrine. » Dans un cas rapporté par le docteur Houghton, le malade survécut treize mois à la perforation. Avant d'analyser le cas rapporté dans cet article, et dans lequel la vie se prolongea plus longtemps encore après l'accident, nous allons faire connaître la cause de cette dissidence entre les médecins anglais et français.

Les observations que MM. Andral et Louis rapportent dans leurs ouvrages ont toutes été recueillies dans les hôpitaux, et dans les hôpitaux de Paris, où, par une bien triste nécessité, et qui dépend de plusieurs causes différentes, la phthisie marche toujours avec une rapidité dont on trouve peu d'exemples chez les malades qui restent chez eux, même dans les circonstances les plus défavorables. Cette funeste influence du séjour des phthisiques dans les hôpitaux de Paris est de toute évidence pour ceux qui, après en avoir constaté les résultats, ont pu répéter les mêmes observations sur des malades en ville, et nous ne craignons pas d'être démentis, en disant que nous avons vu bien des fois des phthisiques succomber dans nos hôpitaux, après quelques semaines de séjour, qui auraient probablement vécu encore des mois ou des années, s'ils étaient restés chez eux. De là la gravité du pronostic porté dans ces cas par MM. Louis et Andral, dont toutes les observations, comme celles, au reste, rapportées par la plupart des pathologistes qui ont écrit parmi nous depuis une vingtaine d'années, ont été recueillies dans les hôpitaux.

La plupart des médecins anglais, au contraire, citant plutôt des faits puisés dans leur pratique, et dont conséquemment les sujets étaient dans des circonstances bien plus favorables que ceux qui viennent accélérer leur mort dans nos hôpitaux, il n'est pas étonnant qu'ils aient porté un pronostic moins fâcheux sur des cas qui ne sont analogues qu'en apparence.

SYMPTÔMES DE PHTISIE TUBERCULEUSE; AU BOUT DE SIX MOIS PNEUMO-THORAX; PUIS AMÉLIORATION QUI PERSISTE PENDANT PRÈS DE DEUX ANS; RETOUR DES SYMPTÔMES GÉNÉRAUX, ET MORT AU BOUT D'UN AN.

Obs. — C., jeune femme, âgée de 21 ans, d'une forte constitution, et jusque-là bien portante et bien réglée, fut prise vers le milieu de 1835 de douleur au côté gauche, avec dyspnée; toux sèche et légère, et impossibilité de coucher sur le côté gauche; la dyspnée devient de plus en plus intense, et dix jours avant que je fusse appelé, elle augmenta beaucoup tout à coup avec anéantissement des forces, et expectoration très abondante qui ne dura qu'un jour. Lorsque je la vis, elle était couchée sur le côté droit; la respiration très accélérée; le pouls de 120 à 130, très faible; la peau couverte d'une sueur froide et gluante, et diarrhée abondante. (Mixture de chaux avec teinture de cachou et ammoniaque; une prise de poudre de Dover le matin et le soir; l'alimentation qu'elle pourra supporter, et surtout le thé de bœuf et un peu de vin de Porto ou d'eau-de-vie.)

Ce traitement la releva assez pour qu'au bout de trois jours je pusse me livrer à un examen que je n'avais pas cru prudent de faire à ma première visite; la respiration était moins accélérée; le pouls, plus résistant, était à 108; la peau plus chaude; le facies moins abattu; la diarrhée moins forte; la malade ne parlait cependant qu'à voix basse. Au-dessous de la clavicule gauche, la percussion ne donnait qu'un son obscur; un peu au-dessous, la résonnance était plus naturelle, et au-dessous de l'angle de l'omoplate du même côté, elle était plus prononcée qu'à l'état normal. A droite, la résonnance était partout naturelle. A l'auscultation, on entendait à gauche, au-dessous de l'aisselle, et dans presque toute la partie postérieure du même côté, un bruit amphorique remarquable lorsqu'elle faisait une profonde respiration, ou qu'elle voulait parler. En imprimant un vif mouvement à sa poitrine, d'avant en arrière, on entend un bruit de claquement semblable à celui que produit un liquide agité dans un vase à moitié plein. Ce bruit peut être entendu à distance, et est distingué par la malade elle-même. A droite, la respiration est imparfaite au-dessous de la clavicule, et puérile dans le reste. Le cœur n'est pas déplacé. (Un vésicatoire est appliqué au-dessous de l'omoplate gauche; un quart de grain de muriate de morphine trois fois par jour; continuer la mixture astringente.)

Sous l'influence de ce traitement l'état de la malade continua de s'améliorer. Au mois de juin 1836, elle put se lever et faire quelques pas dans la chambre; on ne distinguait plus le bruit de claquement, mais on entendait parfaitement le bruit amphorique pendant la respiration, et comme la malade avait un peu recouvré la voix, on trouvait un peu de pectoriloquie.

Au mois d'août elle était assez bien pour faire de petites promenades; son pouls était à 90; mais le bruit caverneux existait toujours au-dessus de l'omoplate gauche.

Au commencement de l'hiver de 1836 à 1837 elle fut reprise de toux avec dyspnée; on entendit de nouveau le bruit de claquement et le tintement métallique dans les fortes inspirations. Le même traitement calma de nouveau les accidens qui reparurent encore l'hiver suivant avec une nouvelle intensité, puis continuèrent avec quelques très courtes et très légères amélioration pendant l'été jusqu'au 16 février 1839 où mourut la malade trois ans exactement après que j'avais constaté la perforation de la plèvre.

Autopsie. Maigreur extrême. On trouve de la matière tuberculeuse, près de l'origine du grand pectoral du côté droit. Le cœur est fortement porté à droite. Le côté gauche de la poitrine présente une vaste cavité où l'on trouve à peine quelque vestige du poumon et environ une pinte de pus de bonne nature et sans odeur fétide; elle est tapissée dans presque toute son étendue par une fausse membrane d'une demi-ligne d'épaisseur et recouverte de matières tuberculeuses. La plus grande partie du lobe supérieur a été détruite par l'ulcération tuberculeuse; ce qui au reste est presque entièrement composé par les tuyaux bronchiques, entourés de matière tuberculeuse. Un ou deux de ces tuyaux bronchiques sont ouverts dans la cavité de la plèvre et les autres sont oblitérés soit par de la matière tuberculeuse soit par de la lymphe imparfaitement organisée.

Le lobe inférieur, comprimé contre le corps des vertèbres, est splénisé. A droite, les deux plèvres sont partout adhérentes.

Le lobe supérieur contient une vaste caverne et plusieurs autres petites; tout le reste de ce lobe, ainsi que le lobe moyen tout entier et presque tout le lobe inférieur est plein de tubercules à différens degrés. Les tubercules du lobe in-

férieur sont moins avancés; une très petite portion de ce lobe qui n'est point libre de tubercules est infiltrée de sérosité.

Le lobe gauche du foie contient un kyste hydatique, du volume d'une petite orange, et le bassinet du rein droit est presque rempli par une masse d'acide urique.

DU DIAGNOSTIC PHYSIQUE DE LA PHTHISIE COMMENÇANTE; par le docteur HUGHES.

Malgré les progrès que l'auscultation et la percussion ont fait faire au diagnostic des maladies de poitrine, il est cependant vrai qu'il y a encore des cas dans lesquels la présence des tubercules dans les poumons ne peut être constatée par aucun signe physique, bien que les symptômes généraux ne permettent aucun doute à cet égard et même que dans quelques-uns la maladie parcoure toutes ses périodes et se termine même par la mort, sans qu'aucun signe physique puisse la faire reconnaître. L'auteur rapporte plusieurs observations de ce genre et cherche ensuite à donner à plusieurs des signes physiques qui sont ordinairement négligés ou mal interprétés toute la valeur qu'ils ont réellement, mais en énonçant d'abord qu'aucun des signes physiques n'est pathognomonique, que leur valeur dépend presque entièrement de ce qu'ils se développent primitivement sur certains points du poumon d'où ils s'étendent progressivement au reste de l'organe et inégalement des deux côté. Aussi dans les cas rares où la matière tuberculeuse envahit à la fois le poumon tout entier, comme dans un de ceux rapportés par l'auteur, on ne peut tirer aucun parti des signes physiques pour le diagnostic.

Nous ne le suivrons pas dans l'examen qu'il fait subir à la poitrine, au moyen de l'inspection, de l'auscultation et de la percussion; il ne révèle aucun fait nouveau, mais il fait voir tout le parti qu'on peut tirer d'une comparaison exacte et même minutieuse des différens signes fournis par ces trois moyens d'investigation. Si, par exemple, chez une personne affectée d'une irritation bronchique, douée d'une constitution scrofuleuse ou d'une prédisposition héréditaire à la phthisie, on observe un aplatissement ou un défaut d'expansion de l'une des régions sous-claviculaires; s'il y existe une faiblesse ou une dureté ou une augmentation permanente du bruit respiratoire; si on observe dans la même région ou dans les régions scapulaires, d'un côté, un léger râle muqueux; lors même qu'il n'y aurait pas matité à la percussion, on pourrait annoncer avec confiance une phthisie commençante. Il n'est pas probable et il serait à peine possible que tous ces signes se trouvassent réunis chez un individu à la fois, mais plus leur nombre sera grand et moins il restera de doute sur leur cause. La matité ou la différence de son à la percussion, si elle n'est pas encore appréciable, le deviendra probablement bientôt si des mesures convenables ne sont pas adoptées à temps.

OBSERVATION SUR LE POULS DANS LA PHTHISIE PULMONAIRE; par M. A. GUY, M. B.

L'auteur continuant ses observations sur la fréquence du pouls (Voy. GAZ. MÉD., n. 5, 1839) dans deux postures différentes, assis et levé, cherche dans cette communication à faire l'application des résultats différens qu'il a obtenus chez les personnes en santé et chez celles que tout annonçait être atteintes de phthisie tuberculeuse, au diagnostic de cette dernière affection. Rappelons d'abord la différence qu'il avait trouvée entre le pouls dans ces deux positions chez des personnes que rien n'indiquait être affectées de tubercules.

Fréquence du pouls	60	80	100	120
Différence entre les deux postures, assis et levé	6	13	19	27

On peut donc établir que la différence de fréquence entre le pouls chez une personne assise et dans la station va en augmentant rapidement chez l'homme en santé, à mesure que le pouls augmente de fréquence, mais dans une proportion beaucoup plus forte.

Si maintenant nous examinons la différence que présente le pouls dans les deux positions indiquées chez les phthisiques, nous trouverons qu'elle reste presque stationnaire, à quelque fréquence qu'arrive le pouls. Le tableau suivant offre la fréquence du pouls chez quinze hommes phthisiques pris dans les deux postures indiquées, puis la différence entre ces deux fréquences, et enfin, dans une cinquième colonne, la différence moyenne entre les deux mêmes fréquences, mais prise chez un des hommes bien portans et du même âge que les phthisiques dont il est question dans les premières colonnes.

Age.	Chez un phthisique assis.	Chez un phthisique debout.	Différence.	Différence moyenne chez un homme du même âge et bien portant.
31	136	132	4	40
48	130	130	0	37
50	148	148	0	36
22	148	142	6	36
21	136	136	0	32
31	130	130	0	30
38	120	120	0	27
40	120	118	2	27
52	118	116	0	26
24	108	100	8	23
20	103	100	3	21
40	100	99	1	20
39	84	84	0	15
36	77	74	3	12
22	72	70	2	10
MOYENNE...	118	116	2	26

Le sujet de ce mémoire, qui, bien que presqu'entièrement composé de chiffres, pourrait cependant être plus clair, est très bizarre, et les résultats auxquels l'auteur est arrivé le sont encore plus. Avant d'admettre avec lui qu'il vient de nous révéler un nouveau signe diagnostique de la phthisie, nous demanderons s'il a fait les mêmes recherches pour les autres maladies et s'il a démontré que cette différence ne reste pas stationnaire chez les sujets atteints de maladies autres que la phthisie, ce qu'il paraît n'avoir pas fait. Néanmoins M. Guy attache une grande importance à ce nouveau signe de la phthisie, ainsi que le démontre l'observation suivante :

OBS. — Une jeune homme de 23 ans, d'une bonne apparence, entre à l'hôpital, se plaignant depuis quelque temps de faiblesse, qu'il ne savait à quelle cause attribuer; il n'avait éprouvé ni amaigrissement, ni toux, ni sueurs nocturnes. En examinant la poitrine, on trouve un peu de matité à la percussion, avec faiblesse du bruit respiratoire. Le pouls était fréquent, 126 debout, 122 assis, ce qui ne faisait une différence que de quatre pulsations. Je l'inscrivis sur mon registre comme phthisique. Plus tard, tous les symptômes de cette maladie se développèrent successivement.

DE L'EXISTENCE SUPPOSÉE DE L'ACIDE FLUORIQUE DANS QUELQUES SUBSTANCES ANIMALES; par le docteur REES.

Morichini avança, dans un mémoire publié en 1802, que le fluorure de calcium entrait dans la composition des dents humaines. Gay-Lussac ayant répété ses expériences dit, dans le 55e volume des ANNALES DE CHIMIE, que le fluorure se trouve dans l'ivoire, qu'il soit récent ou fossile, et dans les défenses du sanglier. Plus tard, Fourcroy et Vauquelin affirmèrent qu'on ne le trouvait que dans l'ivoire fossile d'Argentend et de Lourque, mais non dans l'ivoire récent ni dans l'émail des dents; plus récemment encore, Berzelius a dit l'avoir trouvé dans les dents, dans les os et dans l'urine de l'homme, et depuis ce temps l'existence de l'acide fluorique dans les substances animales est généralement admise par les chimistes et dans tous les bons ouvrages de chimie de l'époque.

M. Rees, s'étant occupé dans ce dernier temps de l'analyse des os et spécialement sous le point de vue des principes qui n'y existent qu'en de très faibles proportions, dut chercher avec soin le fluorure de calcium; il suivit la méthode indiquée par Berzelius, et ne put, dans aucun cas, obtenir la moindre action sur le verre; il distilla cent grains de cendre d'os avec une once d'acide sulfurique étendu et ne remarque aucune trace d'aparité sur l'appareil. Il croit cependant avoir trouvé la cause qui a induit ses prédécesseurs en erreur; ayant traité les dernières parties du liquide qui lui restaient par le nitrate d'argent, il obtint à sa grande surprise un précipité abondant de phosphate d'argent; car il ne croyait pas que l'acide phosphorique eût pu se volatiser à une température aussi basse que celle à laquelle il avait conduit sa distillation. Il pensa dès lors que la présence de l'acide phosphorique dans ce liquide distillé pouvait avoir causé l'erreur dont nous parlons, car on sait que l'acide phosphorique chauffé sur un verre de qualité inférieure jusqu'à ce qu'il se volatilise, l'attaque avec une énergie considérable; or les substances animales où l'on avait prétendu trouver de l'acide fluorique sont précisément celles qui sont les plus riches en acide phosphorique, savoir : les cendres de l'ivoire, des os humains et de l'émail des dents, et le précipité obtenu de l'urine au moyen de l'eau de chaux qui sont en grande partie composés de phosphate de chaux.

M. Rees répéta ensuite les mêmes expériences sur l'ivoire récent, l'émail des dents et le précipité obtenu de l'urine par l'eau de chaux, mais sans succès.

Lorsque dans ses expériences il s'était assuré que le verre n'avait point

été attaqué, il ajoutait 0,3 grains de fluorure de calcium qui produisaient une trace indélébile sur le verre.

II. THE MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

Le numéro de juillet ne renferme aucun article original.

III. THE EDINBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL.

Le numéro d'octobre (CXLI) renferme les mémoires originaux suivans: 1° *Recherches expérimentales sur l'action physiologique du seigle ergoté*; par Samuel Wright. B. A.; 2° *Observation de phlébite traitée avec succès*; par Georges Bell, D. M. (phlébite suite de saignée, purgatifs; mercuriaux; guérison); 3° *De quelques états morbides qui ressemblent à l'inflammation*; par W. Brown; 4° *Remarques cliniques sur quelques cas d'abcès du foie qui se sont ouverts à l'intérieur*; par J. Malcolmson; 5° *Remarques historiques sur le développement d'affections inflammatoires dans des organes internes, après des lésions extérieures ou des opérations chirurgicales*; par Williams Thomson, du collége royal de Londres (bon travail d'érudition et de pratique, mais n'offraut rien de neuf; il a été écrit en 1824-25); 6° *Cas remarquable d'extrophie de la vessie urinaire, suivi de réflexions*; par le professeur Handyside; 7° *Histoire de la fièvre épidémique d'Edimbourg*; par W. Henderson, professeur de médecine pratique; 8° *Observations sur le scorbut maritime, sur le moyen de le prévenir et la manière de le combattre*; par M. A. Henderson; 9° *Effets de la lésion du tronc du système ganglionnaire au col, sur l'œil et ses appendices*; par le docteur J. Reid; 10° *Observation d'un cas dans lequel on trouva, chez un sujet mort par un hémoptysie foudroyante, au milieu d'une belle santé apparente, une vaste excavation tuberculeuse*; par le docteur Maclachlou; 11° *Histoire des fièvres et des éruptions qui ont régné épidémiquement à la Jamaïque, entre 1821 et 1832*; par le docteur Maxwell.

RAPPORT SUR LA FIÈVRE ÉPIDÉMIQUE D'EDIMBOURG; DESCRIPTION DES SYMPTÔMES ET DU TRAITEMENT; par le docteur HENDERSON.

ANALYSE ET DÉTAILS DE 47 AUTOPSIES; par le docteur J. REID.

La fièvre dont il est question dans ces deux mémoires a régné épidémiquement à Edimbourg pendant trois hivers de suite, déclinant graduellement à mesure que l'on avançait vers le printemps, et disparaissant presque complètement pendant l'été, à l'exception de celui de 1830, pendant lequel elle prit beaucoup d'extension. Le travail du docteur Henderson repose sur environ 200 cas, qu'il a observés pendant la recrudescence, de la fin d'octobre 1838 au milieu de juin 1839, et qui ne représentent qu'une petite partie de tous les malades qui ont été reçus à l'infirmerie royale. Ce mémoire, où la méthode numérique est employée avec exactitude et d'une manière très rationnelle, bien qu'il soit impossible d'en tirer aucune induction de quelque valeur sur ce qui en forme l'objet principal, savoir, les symptômes et le traitement, nous semble retracer exactement les caractères et l'histoire de la fièvre typhoïde, telle qu'elle est observée dans les hôpitaux de Paris; chaque symptôme y est passé en revue, avec indication du nombre de cas où il a été cherché, et de ceux où il a été observé. Tout ce qui a rapport à l'éruption typhoïde surtout, y est traité avec un luxe véritable, et après avoir parcouru ce premier mémoire, on croit pouvoir dire que la fièvre qui a régné épidémiquement à Edimbourg pendant ces trois dernières années est probablement la même maladie que la fièvre typhoïde. Mais si nous passons au mémoire de M. Reid, qui était chargé de diriger les autopsies à l'infirmerie royale d'Edimbourg, et dans lequel il a décrit les lésions anatomiques observées dans cette fièvre, nous serons portés à changer d'avis.

Sur 2,037 malades atteints de la fièvre épidémique qui ont été reçus à l'infirmerie royale pendant les quinze derniers mois, il en est mort 276. L'auteur a examiné lui-même 47 autopsies, sur lesquelles repose tout son travail, dans lequel, comme le précédent, la méthode numérique est employée avec la même exactitude et la même absence de résultats. Nous ne nous arrêterons pas sur les lésions trouvées dans l'encéphale et les poumons, et que l'auteur a rapprochées dans quelques cas des symptômes observés pendant la maladie et de l'époque de la mort, afin de passer immédiatement au résultat de l'examen des organes abdominaux, qui fut fait et annoté dans 41 cas. Sur ce nombre, les plaques elliptiques de Peyer étaient visibles et bien circonscrites dans 24 cas; dans 6 elles étaient à peine visibles, et dans 11 on ne pouvait la découvrir à l'œil nu. Dans 22 cas, où elles étaient visibles, les plaques avaient une couleur blenâtre ou grisâtre, et étaient marquées de taches noires. Dans quatre cas seulement, ces plaques offraient une élévation. Dans deux, cette élévation était peu prononcée et bornée à quelques-unes seulement; dans les deux autres, elle était très prononcée, avec ulcération. Les glandes mésentériques étaient engorgées dans un cas seulement. L'auteur rapporte un des cas où les plaques de Peyer étaient très saillantes et où nous retrouvons, comme dans les cas les plus tranchés de fièvre typhoïde parmi nous, et où la mort est survenue peu de temps après le début de la maladie, un produit morbide, plus ou moins dur et ferme, placé entre les membranes cellulense et muqueuse de l'intestin, faisant une saillie plus ou moins forte dans ce dernier, et que la plupart de ceux qui recueillent des observations parmi nous désignent d'une manière fort impropre, en disant que les glandes de Peyer sont enflammées, tandis que rien n'indique, dans les premiers temps de l'existence de ce produit morbide, qu'il soit réellement dû à l'inflammation, qui ne se développe que plus tard et alors envahit successivement les différens tissus avec lesquels le nouveau produit se trouve en contact.

Maintenant si nous remarquons que le docteur Reid, qui ne paraît préoccupé d'aucune idée exclusive, dit n'avoir trouvé, sur 41 cas, les plaques elliptiques altérées que quatre fois, nous devrons en conclure que la fièvre épidémique, dont lui et le docteur Henderson ont donné la description, diffère, au moins sous le rapport des lésions anatomiques, de la fièvre typhoïde des médecins français; et cependant nous n'en tirerons pas cette conclusion, voici pourquoi: le docteur Reid, après avoir comparé le résultat de l'examen nécroscopique des organes abdominaux dans la fièvre épidémique d'Edimbourg avec le même examen dans la fièvre typhoïde, nous assure que les lésions propres à cette dernière fièvre, qui lui ont paru si rares dans la capitale de l'Écosse, sont cependant très communes et même constantes à dix lieues d'Édimbourg. Son ami, le docteur Goodsir, qui pratique à Anstruther et aux environs (à 30 milles d'Édimbourg) y nbserve, depuis cinq ans, cent cas de fièvre annuellement. Elle y est peu grave, car il n'y a compté environ que seize morts. Sur ce nombre, il a pu faire dix fois l'autopsie, et dans tous les cas sans exception les plaques de Peyer et les glandes isolées de la partie inférieure de l'intestin étaient saillantes et ulcérées, et, dans quatre cas, il y avait une perforation intestinale. La plupart de ces terminaisons funestes sont arrivées chez des personnes âgées de 13 à 20 ans. Dans tous les cas, il y avait à la fois gonflement et ramollissement des glandes mésentériques.

Il nous suffit d'avoir mis en opposition ces deux rapports si différens sur une question qui a été si souvent agitée parmi nous, et même dans les colonnes de ce journal. Nous ne terminerons pas cependant sans faire remarquer que ces altérations des glandes de Peyer, qu'on dire de quelques écrivains on n'observait jamais en Angleterre dans les cas graves de l'état morbide, que les Anglais désignent sous le nom de *fever*, y deviennent de jour en jour plus fréquentes et même s'y observent déjà dans quelques localités aussi fréquemment qu'à Paris. Quelques-uns expliqueront ce changement par la manie de voir partout des lésions des glandes de Peyer; d'autres pourront dire, sans plus de raison, que la fièvre typhoïde devient plus fréquente chez nos voisins d'outre-mer, tandis que nous serons disposés à n'attribuer ce changement qu'au progrès des connaissances.

OBSERVATIONS SUR LE SCORBUT MARITIME, SUR LES MOYENS DE LE PRÉVENIR ET LA MANIÈRE DE LE COMBATTRE; par A. HENDERSON, chirurgien de la marine royale.

L'auteur de ce mémoire a eu de nombreuses occasions d'observer, sinon le scorbut, au moins les circonstances dans lesquelles il se développe le plus habituellement, en accompagnant, dans sept voyages, des transports de condamnés aux établissemens de Van-Diemen et de la Nouvelle-Galles du Sud. Le scorbut qui, depuis le commencement du siècle, a entièrement disparu des vaisseaux de la marine royale, s'observe encore trop fréquemment sur ceux du commerce, et il n'est pas rare de voir encore des navires appartenant à cette catégorie et surtout à ceux qui font la pêche de la baleine ou des voyages de long cours, être obligés par les désastres que le scorbut exerce sur l'équipage, de le renouveler en toutou en partie pour pouvoir faire leur retour en Europe. La plus grande partie des maux que souffrent encore les équipages de la marine marchande dépendent de l'absence de toute législation à cet égard. Chaque capitaine ou propriétaire de navire établit un mode d'alimentation particulière et qui est trop souvent malentendu et nuisible; ordinairement la quantité de viande accordée à chaque homme est trop forte ainsi que celle des liqueurs alcooliques qu'on distribue trop souvent sans les mélanger avec de l'eau; le pain est de mauvaise qualité, de même le coco, le café et le thé.

Le transport des condamnés à être exportés à la Nouvelle-Hollande se fait sur des navires qui, comme personne ne l'ignore, sont loin de présen-

ter les conditions de sûreté et d'assainissement qu'on pourrait désirer; cependant, dans les sept voyages faits par M. Henderson accompagnant des transports de ce genre, sur 1,439 condamnés embarqués il n'en a perdu que douze dont trois sont morts par accident et quatre seulement du scorbut. Nous ne reproduirons pas ici les détails dans lesquels l'auteur entre sur les divers accidens qui déterminent le scorbut, sur les formes qu'il présente, sur les altérations qu'il détermine dans les organes; nous dirons seulement sur ce point que c'est à l'altération du sang qu'il attribue le principal rôle dans cette maladie; altération qui consiste en une espèce de décomposition de ce liquide et à laquelle les solides ne tardent pas à prendre part comme le prouvent les hémorragies qui s'opèrent dans ces cas sur la plupart des points de l'économie. Nous nous bornerons à analyser ce qu'il dit des moyens de prévenir le scorbut. On sait que c'est vers l'année 1795 que l'on introduisit, dans la marine royale d'Angleterre, la méthode de la distribution à chaque homme et chaque jour d'une certaine quantité de suc de citron qui, à partir de ce moment, fut regardé comme le moyen prophylactique et à la fois curatif par excellence du scorbut; car à partir aussi de ce moment cette maladie, qui jusqu'alors avait fait tant de ravages sur les navires, disparut de ceux qui furent soumis aux réglemens établis à cette époque, et parmi lesquels la distribution du suc de citron occupait la première place; cependant l'auteur dit avoir vu ce moyen échoner dans de nombreux cas dont il a été témoin; il a vu souvent les soldats qui accompagnaient les transports et recevaient régulièrement la dose de suc de citron prescrite atteints presque tous, ainsi que leurs femmes, de scorbut, tandis qu'il n'y avait qu'un petit nombre de cas parmi les deux ou trois cents personnes qui étaient à bord, et souvent pas un seul dans tout l'équipage, bien que ces derniers ne fissent point usage des préservatifs; bien plus il affirmait même n'avoir jamais vu un seul cas de guérison obtenu par l'emploi de ce moyen seul. Sir Gilbert Blane qui introduisit cet usage dans la marine royale en 1795, et qui lui attribue tout le bien-être dont, à partir de ce moment, ont joui les marins, n'a pas tenu compte des autres modifications qu'il introduisit en même temps dans leur manière de vivre, et dont l'effet a été tel que la plupart des médecins qui aujourd'hui servent sur les navires de guerre n'ont pas vu un seul cas de scorbut. Ces améliorations comprennent toute l'hygiène du marin, l'alimentation, l'habillement, le coucher, les soins de propreté; enfin toutes les circonstances qui peuvent influer sur la santé de l'homme et qu'il est en son pouvoir de modifier. Quant au traitement qu'emploie l'auteur chez ceux qui sont atteins de scorbut, voici comment il s'exprime lui-même à cet égard:

« Aussitôt que je soupçonne l'existence du scorbut, j'examine avec soin toutes les personnes qui sont sur le navire, et je note non seulement ceux chez lesquels les symptômes de la maladie ne sont pas douteux; mais encore ceux chez lesquels il sont encore très obscurs, et je ne les perds plus de vue; je fais donner aux vieillards et aux infirmes de petites convertures et à ceux qui sont malades l'habillement de l'hôpital, leur retranchant la portion de salaison et de jus de citron qu'ils reçoivent chaque jour que je remplace par de la viande conservée fraîche, de l'orge, du riz, du sagou et du thé; je fais augmenter aussi quelquefois la portion du vin qu'ils reçoivent et fais donner à chacun, et en plusieurs doses, à différentes heures de la journée, de deux à quatre gros de nitre dissous dans huit onces d'eau; quelquefois j'ajoute à chaque dose une goutte d'essence de menthe avec une cuillerée à café de quinine ou d'éther acétique.

» En suivant cette méthode, j'ai souvent vu une amélioration manifeste dans l'espace de trois jours; cependant, ce n'est, dans le plus grand nombre des cas, qu'après un temps plus long qu'elle devient évidente. J'ai vu souvent des malades auxquels cette méthode inspirait beaucoup de répugnance le premier jour et qui se plaignaient qu'elle leur donnait des nausées et des dérangemens de corps; mais le second et le troisième jour, cette répugnance se changeait en un sentiment opposé, et au moment où on faisait la distribution il y avait une poussée autour de la personne chargée de la faire, tant était grand le soulagement que ce traitement apportait au sentiment d'anéantissement dont se plaignent tous les malades affectés de scorbut et de *purpura*.

» J'ai souvent eu recours à une solution de nitre obtenu de la poudre à canon, et j'ai cru lui reconnaître plus d'efficacité qu'à celle préparée avec le sel lui-même cristallisé. On a indiqué divers moyens de retirer le nitre de la poudre à canon; mais le suivant, celui que j'emploie, est celui qui me semble à la fois le plus simple et le plus facile. Comme la poudre à canon n'est qu'un simple mélange mécanique de soixante-quinze parties de nitre avec quinze de soufre et dix de charbon, chaque livre de poudre contient donc exactement douze onces de nitre qu'il est facile d'obtenir en solution, puisque les deux autres ingrédiens sont insolubles dans l'eau simple. Je mets donc six livres d'eau douce chaude sur une demi-livre de poudre dans un vase un peu creux, puis j'agite et je laisse reposer pendant douze heures; après quoi je décante l'eau claire qui se trouve au-dessus et qui peut être administrée sans autre préparation. Une demi-pinte de solution contient quatre gros de nitre. »

EFFETS DE LA LÉSION DU TRONC DU SYSTÈME GANGLIONNAIRE AU COL, SUR L'OEIL ET SES APPENDICES; par le docteur J. REID.

L'auteur, qui a déjà publié plusieurs travaux sur les divers points de physiologie expérimentale du grand sympathique, signale ici un fait qui, s'il a été noté, n'a pas reçu toute l'importance qu'il mérite; c'est que si, sur un animal comme le chien, chez lequel le nerf sympathique est réuni avec le nerf vague on lèse le sympathique au col, la pupille du même côté se contracte, la membrane cartilagineuse ou troisième paupière se ferme, et les deux paupières se rapprochent immédiatement l'une de l'autre; sept ou huit expériences faites sur des chiens et des lapins, et rapportées avec des détails qu'il serait inutile et même impossible de reproduire ici, sont rapportées par M. Reid, et dans lesquelles il a obtenu l'effet que nous signalons.

OBSERVATION D'UN CAS DANS LEQUEL ON TROUVA, CHEZ UN SUJET MORT PAR UN HÉMOPTYSIE FOUDROYANTE, AU MILIEU D'UNE BELLE SANTÉ APPARENTE, UNE VASTE EXCAVATION TUBERCULEUSE; par le docteur MACLACHLOU.

Cette observation, dont il existe déjà quelques analogues dans la science, peut être résumée en quelques mots.

OBS. — J. Landlow, simple soldat, âgé de 22 ans, très actif, fortement constitué et doué d'une large poitrine, n'ayant jamais ni toussé ni craché, est pris tout d'un coup d'une hémoptysie qui ne put être arrêtée, et meurt au bout de dix ou douze heures.

AUTOPSIE. Au sommet du poumon gauche, on trouve une masse assez volumineuse et dure, composée de petits tubercules demi-transparens, grosse comme un œuf de pigeon, et dans laquelle sont deux cavernes remplies de caillots de sang, et communiquant l'une avec l'autre. Il y avait dans la masse indurée d'autres vomiques plus petits. Les parois des grandes excavations n'étaient pas tapissées par une membrane; elles semblaient avoir été récemment déchirées, et n'offraient pas de traces de pus. L'ouverture des vaisseaux, qui avait fourni l'hémorragie, était béante et facile à distinguer au milieu de la plus grande des excavations.

HISTORIQUE DES FIÈVRES ET DES ÉRUPTIONS QUI ONT RÉGNÉ ÉPIDÉMIQUEMENT A LA JAMAÏQUE, ENTRE 1821 ET 1832; par le docteur MAXWELL.

Parmi les différentes maladies dont il est question dans cet article, une seule doit arrêter ici notre attention; elle est décrite sous le nom de *fièvre rhumatismale épidémique, accompagnée d'une éruption rubéoleuse*; elle était désignée par le peuple sous le titre de fièvre du dandy (*dandy fever*), à cause de l'air composé et prétendu de ceux qui en étaient atteints; elle régnait en même temps aux Indes-Occidentales et à St-Thomas, d'où on crut même qu'elle avait été transportée à la Jamaïque. Cette maladie est une de celles qui ont frappé le plus de monde et fait cependant le moins de victimes. Les blancs et les gens de couleur furent les premiers affectés, et les noirs ne le furent qu'ensuite, mais en moins grand nombre que les premiers, parmi lesquels il y en eut peu qui n'en aient éprouvé aucune atteinte. Cette singulière affection, dont il serait difficile de trouver la place dans les cadres nosologiques, présentait des périodes qui semblaient autant de maladies différentes: la fièvre éruptive, l'affection rhumatique des membres et des articulations, l'efflorescence et la desquamation, et enfin les effets secondaires. Les accidens ne se développaient cependant pas chez tous dans l'ordre précédent. Chez quelques-uns, par exemple, il survenait si instantanément une rigidité douloureuse de tous les muscles et des membres, qu'on eût plutôt cru à une décharge électrique qu'au début d'une fièvre épidémique.

La maladie s'annonçait habituellement par de légères alternatives de chaud et de froid. la perte de l'appétit, la céphalalgie, des nausées, des vomissemens, avec une sensibilité et une raideur particulière des muscles, des douleurs insupportables s'élançaient du dos aux extrémités, et le malade était si raide et si inflexible, qu'il lui fallait beaucoup de temps pour s'asseoir ou se lever. Les accidens fébriles, très légers chez quelques-uns, étaient extrêmement violens chez d'autres, et après avoir duré depuis quelques heures jusqu'à deux jours, cessaient par une transpiration, et laissaient le malade dans un état de rigidité et d'immobilité douloureux, et que rien ne pouvait vaincre.

Le deuxième et le troisième jour, une efflorescence rose couvrait tout le corps, offrant sur les différentes parties du corps une couleur plus ou moins foncée; les articulations, jusque-là raides et douloureuses, se tuméfiaient alors, et surtout les coudes, les genoux et les poignets, et il était bien difficile de garder son sérieux quand on voyait les attitudes plus ou

moins bizarres que les individus, même les plus robstes, étaient obligés de garder. Beaucoup qui ne pouvaient supporter même d'être appelés dandis, étaient obligés de garder pendant plusieurs jours cette tenue empesée et prétentieuse qui fait les délices des dandis, et chez quelques-uns cet état persistait pendant des mois entiers. Les doigts, entourés d'une très légère rougeur, étaient si gênés par le gonflement et la raideur douloureuse dont nous avons parlé, qu'ils ne pouvaient fermer la main. La langue et l'intérieur de la bouche étaient, dans beaucoup de cas, excoriés, et la gorge était enflammée.

On éprouvait pendant le cours de l'affection des sensations anormales et remarquables. Chez quelques-uns, c'était une formication intolérable; chez d'autres, c'était la perte du goût, de l'odorat ou du tact; enfin, plusieurs avaient perdu toute espèce de sensation dans quelques parties du corps; les mains, les pieds, etc.

Vers le cinquième jour, la desquamation commençait à s'opérer, et, au bout de quelques jours, les douleurs rhumatiques disparaissaient. Chez quelques-uns, les douleurs secondaires survenaient immédiatement; mais le plus souvent ce n'est qu'au bout de quelques semaines que le lombago ou le rhumatisme chronique des grandes articulations se faisait sentir, et chez les personnes âgées ces derniers accidens étaient très prononcés et duraient pendant un an et plus. Chez les vieillards, la maladie était très opiniâtre; plusieurs en restèrent infirmes, et quelques-uns en moururent.

Le traitement était extrêmement simple; chez le plus grand nombre, on se contenta d'administrer quelques laxatifs avec un opiat antimonial et quelques grains de poudre de Dover. On n'eut recours à la saignée que dans peu de cas où il y avait une tendance prononcée à une congestion.

Ce rhumatisme fébrile épidémique régna pendant environ un an, chdurant les saisons et les températures les plus variées, et sans être le moins du monde influencé d'une manière appréciable par les équinoxes d'automne ni de printemps, par les vents si durs de l'hiver, ni par les vents impétueux et desséchans de juin et de juillet.

IV. THE DUBLIN JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE.

Les cahiers de mars et septembre renferment les travaux originaux suivans: 1° *Recherches sur l'état du cœur et l'emploi du vin dans la fièvre typhoïde*; par M. William Stokes; 2° *Observations sur l'emploi des vapeurs médicamenteuses dans les maladies du poumon, avec la description d'un appareil pour l'administration des vapeurs d'iode, de chlore, etc.*; par le doct. J. Carrigan; 3° *Lettre sur la question de la contagion du choléra asiatique*; par Edmound Sharkey; 4° *De la puissance préservatrice de la vaccine*; par Henry B. Evanson; 5° *Leçon sur les présentations transversales, avec l'observation d'un cas de séparation du col de l'utérus* (leçon clinique faite par le docteur Robert F. Power, le 29 juin 1839; l'auteur préfère la version comme méthode générale: il compte peu sur l'évolution spontanée; le cas de séparation du col utérin qu'il rapporte est dû à M. Carmichaël); 6° *Observations d'incontinence d'urine*; par Charles Lendrick; 7° *Observations sur l'occlusion du vagin et de l'utérus avec l'indication du traitement préventif et curatif*; par E. Kennedy (l'auteur traite spécialement des occlusions accidentelles; rien de neuf).

RECHERCHES SUR L'ÉTAT DU CŒUR ET SUR L'USAGE DU VIN DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE; par le docteur W. STOKES.

L'auteur commence par exposer ses vues sur le typhus, vues que partagent la plupart de ceux de ses compatriotes qui sont au courant des recherches faites sur ce sujet. Nous allons le suivre dans cet exposé, avant d'arriver à l'objet principal de son mémoire. Pour le docteur Stokes, la fièvre typhoïde de l'Angleterre et de l'Irlande est une maladie de toute l'économie, et non le résultat symptomatique d'une lésion locale. Les lésions qu'on observe à la suite ne sont que secondaires à la maladie générale, comme les pustules dans la petite-vérole. Ces lésions ne se présentent pas toujours sous la même forme; tandis qu'à Paris l'altération des glandes de Peyer est constante, on ne l'observe en Angleterre et en Irlande que dans un nombre de cas peu considérable. Si Broussais eût observé le typhus dans ces pays, il est probable qu'il n'aurait pas songé à former sa théorie de la fièvre. M. Stokes avoue que, dans les premières années de sa pratique, donnant trop d'importance à l'anatomie pathologique, il abusa du traitement antiphlogistique, et que la crainte d'employer les stimulans lui a fait perdre bien des malades qu'il aurait pu sauver, s'il eût eu moins de confiance dans la doctrine de l'inflammation, s'il eût écouté les avis des hommes qui ont observé et écrit avant l'ère des Hunter et des Bichat.

Le typhus se terminant fréquemment par la guérison, mais après une longue maladie, il est nécessaire de soutenir le malade par des stimulans, jusqu'à ce que l'affection se termine d'une manière favorable, et de ne pas le laisser mourir d'épuisement longtemps avant cette époque. Ces idées paraîtront très arriérées aux théoriciens, à ceux qui veulent soumettre tous les sujets atteints d'une affection aussi variable et aussi fréquemment compliquée, à la même médication, et cependant elles nous semblent devoir être très utiles dans la pratique.

La grande difficulté que présente l'emploi des toniques, c'est l'incertitude de l'indication; c'est cette difficulté que le docteur Stokes a cherché à écarter par l'étude des phénomènes morbides que présente le cœur dans cette affection. Ayant remarqué que quand, sous l'influence du vin, le pouls devenait de moins en moins fréquent, le cas se terminait généralement d'une manière favorable, et que le résultat contraire entraînait un pronostic défavorable, il fut amené à examiner l'état du cœur chez les sujets typhoïdes, et remarqua que le cœur se présente dans deux conditions opposées; dans l'une, l'impulsion du cœur devient extrêmement faible, ou même manque entièrement; dans l'autre, l'action et les bruits du cœur continuent avec vigueur pendant toute la durée de la maladie. Pour abréger, nous énoncerons immédiatement que les stimulans exercent une action beaucoup moins favorable sur les sujets chez lesquels le cœur a continué de battre avec vigueur, que chez ceux dont le cœur est dans un état opposé.

L'affaiblissement de l'action du cœur chez les sujets typhoïdes ne se présente pas toujours dans les mêmes circonstance. L'auteur distingue trois cas différens:

1° Diminution et cessation complète de l'impulsion.
2° Diminution de l'intensité des bruits.
3° Cessation de l'un des bruits.

Il attache une grande importance à l'action de ces phénomènes, qui n'avaient jusqu'ici que peu fixé l'attention des pathologistes, et dans les 18 observations que contient son mémoire, ces différens états du cœur sont notés chaque jour avec soin, ce qui lui a permis d'étudier et d'apprécier plus exactement qu'on ne l'avait fait avant lui, l'action journalière des stimulans administrés aux malades; nous citerons l'ordre de succession dans lequel se sont développés ces phénomènes cardiaques dans une de ces observations.

FIÈVRE PÉTÉCHIALE GRAVE; DÉLIRE; DIMINUTION DU PREMIER BRUIT DU CŒUR; ADMINISTRATION DU VIN A HAUTE DOSE; GUÉRISON.

Obs.—Yurn, âgé de 20 ans, admis le 27 février, malade depuis cinq jours. Prostration extrême, avec stupeur et froid général; il est couvert d'une immense quantité de taches livides et très foncées; langue fuligineuse; pouls 125, petit et faible; action du cœur petite et faible (4 onces de vin).

Le 28, délire violent; soubresauts; le pouls 132, petit et mol; impulsion du cœur imperceptible; bruits distincts (24 onces de vin; vésicatoire sur la tête; lavement de térébenthine).

1er mars. A peu près même état; stupeur moindre; pouls 120, un peu plus fort; les bruits du cœur ressemblent tout à fait à la circulation chez le fœtus; (24 onces de vin; lavement de térébenthine).

2 mars. Sommeil; langue humide; 30 respirations; les pétéchies s'effacent; extrémités chaudes; pouls 130; action et bruits du cœur plus forts, approchant de leur état normal (14 onces de vin).

3. Délire violent pendant la nuit; peau chaude; pouls 104; impulsion du cœur plus forte (12 onces de vin).

5. L'amélioration a disparu; délire violent; incontinence de l'urine; bouche pleine de fuliginosités; impulsion du cœur très appréciable; le second bruit est beaucoup plus fort que le premier; pouls 120 (16 onces de vin; potion avec la térébenthine, le camphre, le musc et l'opium).

6. Amélioration; pouls 106 (16 onces de vin et la potion).

7. Soif vive; extrémités chaudes; taches brillantes et moins abondantes; langue humide; le premier bruit du cœur est beaucoup plus fort; pouls 96.

8. L'amélioration continue; appétit; peau fraîche; l'action du cœur est presque naturelle; le second bruit a repris beaucoup de force; on peut sentir l'aorte abdominale battre avec force (16 onces de vin sans la mixture).

9. Sommeil calme; impulsion du cœur vigoureuse; forts battemens des artères du col et de l'aorte abdominale; pouls 88, fort et plein (plus de vin).

Le 12, convalescence; impulsion du cœur naturelle; pouls 72 (portion entière).

Voici maintenant, d'une manière plus résumée, l'ordre de succession dans lequel se sont développés les troubles du cœur dans cette observation:

1° Impulsion diminuée.
2° Impulsion imperceptible.
3° Diminution égale des deux bruits du cœur (circulation du fœtus).
4° Impulsion et bruits du cœurs plus forts.
5° Le second bruit proportionnellement plus fort que le premier.
6° Bruits plus forts.
7° Bruit et impulsion naturels.

Ce cas diffère cependant du plus grand nombre en ce qu'ordinairement l'un des bruits est beaucoup plus influencé que l'autre ; la proportion qui existe entre eux est fortement altérée, et ils n'offrent aucune ressemblance avec les bruits de la circulation du fœtus. Mais lorsque, comme dans le cas précédent, les deux bruits s'abaissent à la fois considérablement, et que les pulsations varient de 125 à 135 par minute, ils simulent exactement ceux qu'on entend chez le fœtus. Nous citerons encore un exemple de l'ordre dans lequel se sont développés successivement les troubles du cœur chez un sujet, traité également par les stimulans :

1° Abaissement du premier bruit dès les premiers jours.
2° Les deux bruits présentent les caractères qu'ils offrent chez le fœtus.
3° Prédominance du second bruit.
4° Absence complète du premier bruit.
5° Impulsion imperceptible, avec retour du premier bruit.
6° Les bruits sont proportionnés à la base du cœur, tandis que le second prédomine au sommet.
7° Les bruits naturels.

L'observation de ces troubles dans l'action du cœur serait d'une grande importance pour le pronostic et le traitement de la fièvre typhoïde, puis que c'est d'après le résultat de cette observation que le docteur Stokes juge de l'opportunité ou de l'inopportunité de l'emploi des stimulans. Mais il est important de ne pas s'en rapporter pour constater ces troubles aux variations de force et de fréquence du pouls. « Je n'ai jamais pu, dit le docteur Stokes, déterminer d'après le pouls si l'action du cœur était troublée et c'est seulement par les signes physiques et par l'application de la main sur la région du cœur qu'on peut connaître s'il fonctionne d'une manière normale ou non. »

Jusqu'ici nous n'avons parlé que de la diminution ou de la cessation complète du premier bruit ou de la diminution proportionnelle des deux bruits à la fois, c'est que ces cas sont les plus fréquens; il y a cependant une autre modification des fonctions du cœur, c'est celle dans laquelle le premier bruit prédomine et où le second est beaucoup plus faible; le docteur Stokes ne connaît encore que deux cas de ce genre.

S'il était important de constater ces troubles du cœur et l'utilité du traitement par les stimulans lorsqu'ils existent, il ne l'était pas moins de chercher à quelle altération on pouvait les rapporter s'ils dépendaient de quelque altération. Le ramollissement du cœur est la seule altération à laquelle l'auteur croit qu'on puisse attribuer ces troubles fonctionnels; il appuie cette opinion sur ce que chez trois sujets morts pendant le cours de la fièvre typhoïde, et qui avaient présenté ces troubles dans les phénomènes cordiaux il a trouvé le cœur ramolli et ses fibres non seulement privées de leur consistance ordinaire, mais encore transformées en une espèce de gelée homogène ou enveloppée d'un fluide semi-gélatineux. Cette altération des tissus du cœur ne peut, suivant l'auteur, être le résultat d'une cardite, c'est une des affections secondaires que détermine le typhus, et qui, comme les autres affections du même genre, apparaît et cesse à une certaine époque et à une durée donnée; cette altération lui semble consister plutôt en une infiltration de quelque substance particulière qui s'opère dans le cœur sous l'influence de l'état typhoïde, ce qui peut expliquer jusqu'à un certain point les troubles dont cet organe est le siége dans ces circonstances; mais la rapidité avec laquelle le cœur revient à l'état normal indique suffisamment qu'il n'était pas profondément altéré dans son organisation.

Une autre preuve que cette altération n'est pas le résultat de l'inflammation, c'est la facilité avec laquelle l'usage du vin dans les cas où l'on peut soupçonner le ramollissement, fait disparaître les accidens; aussi le docteur Stokes dit-il, avec un sentiment de conviction frappant, que pour lui la diminution de l'impulsion du cœur, et l'affaiblissement ou l'extinction du premier bruit sont une indication directe et puissante pour l'emploi du vin chez les sujets typhoïdes. L'existence de quelque irritation sur un ou plusieurs viscères n'est point une contradiction, et, dans ces cas, il a néanmoins employé les stimulans, et avec le même succès.

Nous allons reproduire les conclusions par lesquelles l'auteur termine son mémoire, et dont quelques-unes feront connaître quelques points que nous n'avons pu noter dans notre analyse de ce travail, qui nous semble jeter un jour nouveau sur l'une des questions les plus obscures, et jusqu'ici les plus négligées de la pathologie.

1° Dans quelques cas de typhus, on observe la diminution ou même l'absence complète de l'impulsion du cœur, et aussi la diminution ou l'extinction du premier bruit.

2° Ces deux caractères ou symptômes peuvent exister chez un sujet sur lequel le pouls est distinct, de même encore ils ne sont pas inséparables l'un de l'autre, et on peut trouver le premier bruit du cœur, bien que l'impulsion manque complètement, *et vice versâ*.

3° Ces phénomènes paraissent dépendre de l'altération du côté gauche du cœur.

4° Dans quelques cas, les deux bruits sont également diminués, et bien rarement le premier bruit prédomine.

5° Ces phénomènes, qui indiquent un état de faiblesse du cœur, peuvent paraître à une époque récente de la maladie, et annoncer la prédominance des symptômes adynamiques.

6° Ces phénomènes, dans des cas de fièvre pétéchiale adynamique, doivent être considérés comme l'indice d'un ramollissement du cœur.

7° Ce ramollissement du cœur n'est probablement que l'une des lésions locales et secondaires du typhus.

8° La diminution ou la cessation de l'impulsion, la diminution proportionnelle des deux bruits ou la prépondérance du second bruit sont des indications directes et presque certaines pour l'usage du vin dans la fièvre.

Avant de terminer cette analyse, nous rappellerons que les sujets traités par le docteur Stokes n'étaient point habitués à l'usage du vin et que le vin qu'on leur donnait était probablement plus généreux que celui que reçoivent les malades des hôpitaux de Paris, où le vin fait partie des distributions journalières. Le tableau suivant fera connaître la quantité de stimulans administrés par le docteur Stokes dans les cas dont il s'occupe dans son travail, c'est le relevé du vin et autres substances stimulantes donnés à un sujet typhoïde dont la maladie se prolongea pendant six semaines et se termina heureusement.

Vin	292 onces
Eau-de-vie	20 onces
Porter (forte bière)	7 bouteilles
Lavem. avec éther	2
Gelée, thé de bœuf.	q. s.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 28 OCTOBRE.

M. Magendie fait, au nom de la commission du prix de physiologie expérimentale, un rapport sur les pièces adressées pour le concours de 1838.

La commission a décidé que ce prix ne serait pas décerné; les ouvrages soumis à son examen, bien que remarquables sous plus d'un rapport, ne lui ont offert ni assez de nouveauté ni assez d'importance pour mériter d'être couronnés.

Deux mémoires, l'un de M. Amussat; l'autre de M. Fourcaud, ont été renvoyés au concours prochain, les faits qu'ils annoncent n'ayant pu être vérifiés par la commission.

Une mention honorable est accordée à l'ouvrage du professeur Wagner sur l'ovologie, et des encouragemens au mémoire d'un jeune anatomiste, M. Deschamps, sur la tunique élastique du cœur.

La commission exprime le vœu que la somme destinée au prix de physiologie expérimentale de 1838 soit réservée et réunie à celle qui aura la même destination en 1839, et qu'ainsi la valeur du prix se trouve doublée.

L'Académie approuve la proposition de la commission.

TISSU FABRIQUÉ PAR DES INSECTES.

M. Levasseur adressa il y quelques mois à l'Académie un échantillon d'un tissu fabriqué par des chenilles, et qui avait été recueilli en Moravie. Deux autres communications semblables furent provoquées par celle-ci; l'une venant de M. de Saumeray, l'autre de M. Delahaye. Nous en avons rendu compte à cette époque. Aujourd'hui M. Duméril vient au nom d'une commission faire un rapport sur les trois observations.

Réaumur, dans le tome second de ses mémoires, avait connu les chenilles qui fabriquent ces tissus. Ce sont des sortes de teignes que les entomologistes ont réunies dans un même genre qu'ils appellent yponomeutes, nom destiné à indiquer les habitudes de ces chenilles, qui restent réunies en très grand nombre pour vivre sous une tente commune, et qui, lorsqu'elles se déplacent, se tapissent des galeries ou chemins couverts, afin de se mettre à l'abri et pour se soustraire à l'action trop vive de la lumière et de l'ardeur du soleil, en se préservant ainsi de l'humidité de l'atmosphère et de la voracité des oiseaux. Elles se portent successivement sur les différentes branches des arbres, qu'elles dépouillent entièrement de leurs feuilles en laissant sur leur passage les tapisseries qui les garantissaient. C'est sous cette toile protectrice que chacune des chenilles se file un petit cocon à peu près de la grosseur d'un grain d'orge. Tantôt ces coques sont séparées, isolées et suspendues verticalement à la toile qui forme le toit de leur tente, tantôt toutes ces chenilles se rapprochent au moment où elles sont prêtes à se métamorphoser; de sorte que toutes leurs chrysalides et leurs enveloppes forment une masse circulaire de folliculès rapprochés les unes des autres.

Les espèces qui sont le plus connues par leurs ravages et par la grande dimension de leurs toiles, qui dépend toujours du nombre plus considérable des individus qui les ont fabriquées, sont celles que les naturalistes désignent sous le nom des plantes qu'elles semblent préférer, et qui sont devenues leurs épi-

thètes spécifiques avec une désinence analogue à celle que Linné avait attribuée à toutes les teignes, telles que celles d'évonymella, padella, cognatilla, échiella, sédella, etc., suivant qu'elles se nourrissent des feuilles du fusain, du cerisier à grappes, du sorbier, du coignassier, de l'aubépine, de la vipérine, de l'orpin.

M. Duponchel a décrit et figuré neuf espèces de ce genre dans le tome 7 des Lepidoptères nocturnes de France, sur les planches 285 et 286. Il est évident que les tissus dont MM. Levasseur et de Saumeray ont fait connaître l'origine sont bien le travail des chenilles d'yponomeute; mais quant à celle dont M. Delahaye a adressé un échantillon, il y a tout lieu de croire, comme il l'a pensé lui-même, qu'elle a été filée par une réunion de petites araignées du genre épëire de M. Walckenaer, car cette toile est comme glutineuse et d'un tissu beaucoup plus fin encore que celui des chenilles; et les derniers ne sont point gluans ou adhésifs comme ceux des araignées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 5 NOVEMBRE.

CORRESPONDANCE.

La correspondance renferme 1° un état des vaccinations dans les départemens de la Creuze et de Loir et-Cher; 2° une lettre du ministre, qui transmet à l'Académie l'ordonnance du roi approuvant la nomination de M. Gauthier de Claubry.

M. Chambert, membre correspondant à Lille, est présent à la séance.

DISCUSSION SUR LA LOCALISATION DE L'ORGANE DU LANGAGE.

M. Rochoux : De nombreux faits ont constaté que la parole était restée intacte avec la lésion des lobules antérieurs; d'autres ont fait voir que cette faculté pouvait être perdue sans que cette partie du cerveau fût malade. Répondant aux attaques de M. Bouillaud contre l'éclectisme, M. Rochoux ramène la discussion sur le terrain de la phrénologie, et rappelle des objection qu'il avait faites, et qui sont restées sans réponse.

On a méconnu l'influence des organes les uns sur les autres, et d'ailleurs ces organes ne sont pas distincts comme on voudrait l'établir, ils n'ont aucune limite tracée. Un certain nombre de faits sembleraient prouver en faveur de l'opinion de M. Bouillaud; mais des faits exceptionnels en assez grand nombre ont été recueillis; les observations de paralysie générale des aliénés pourraient être rappelées ici; or, dans cette maladie, la parole est la première fonction lésée, c'est spécialement sur les muscles de la langue que porte d'abord la paralysie, et cependant les lobes antérieurs ne sont pas plus affectés que le reste du cerveau; l'altération se trouve uniformément répandue sur toute sa surface. Je répète, en finissant, ce que je disais tout à l'heure : on a vu bien souvent la parole rester intacte avec une lésion des lobules antérieurs du cerveau, et réciproquement la parole altérée dans des cas où cette même portion de l'encéphale était saine.

M. Cruveilhier : Messieurs, la faculté du langage a-t-elle un siége dans le cerveau, et ce siége est-il dans les lobules antérieurs, telle est la question grave qui s'agite aujourd'hui devant vous. Elle n'est point spéciale, limitée, comme on pourrait le croire; mais elle renferme le grand problème de la pluralité des organes, que croit résoudre la phrénologie. S'il était démontré que chaque faculté a dans le cerveau un siége spécial, la phrénologie serait justifiée, on n'aurait plus qu'à chercher le siége qu'occupe chaque organe, et à s'entendre sur ce point (chose qui ne serait pas facile). Que si, au contraire, nous venons à démontrer aujourd'hui que la faculté du langage n'a pas plus un siége spécial dans le cerveau, que l'instinct de l'amour physique dans le cervelet, que l'instinct carnassier dans telle portion des hémisphères; alors la doctrine se trouvera gravement compromise.

Or, je viens soutenir aujourd'hui, comme en 1825, que les lésions de la parole ne surviennent pas plutôt par suite de telle lésion cérébrale que de telle autre, mais qu'elles ont lieu dans toutes les grandes altérations du cerveau; je démontrerai 1° que les lobes antérieurs peuvent être lésés, la faculté de la parole restant intacte; 2° que l'articulation des sons peut être impossible, alors que les lobes intérieurs sont parfaitement sains.

Gall et Spurzheim, qui eurent les premiers l'idée de placer dans ce point de la masse encéphalique l'organe du langage, y furent conduits par des inductions vagues, en ayant égard, non à des faits positifs, revêtus d'un caractère scientifique, mais à ce qu'on pourrait appeler de simples histoires; M. Bouillaud, le premier, vint appuyer sur des faits cette opinion formée *à priori*, et chercher à lui donner expérimentalement une démonstration; il consulta les résultats que la nature lui mettait sous les yeux dans les maladies de l'encéphale; c'étaient des expériences toutes faites qui pouvaient lui fournir matière à induction. Mais avant d'aller plus loin, je demanderai à M. Bouillaud quelle est la portion des lobes antérieurs affectée à cette faculté; est-ce tel ou tel faisceau médullaire, telle circonvolution; et je remarquerai en passant que toute la surface cérébrale n'a pas été revêtue de fonctions spéciales par les phrénologistes, la face supérieure, les faces latérales, les extrémités des hémisphères cérébraux ont été favorisées; toute la surface inférieure, toutes les parties qui forment les parois des ventricules ont été oubliées.

Mais, relativement à la faculté qui doit nous occuper ici, il est bon de distinguer d'abord les différens ordres de causes qui peuvent en altérer ou modifier le principe; et pour cela il faut tenir compte comme élémens de la faculté du langage 1° de la mémoire des choses; 2° de la mémoire des mots; 3° de la possibilité d'articuler les sons.

Lorsque la mémoire des choses est altérée, ce qui survient ordinairement à la suite de chutes sur la tête, de coups, de violences extérieures, ou bien après une fièvre grave, le malade est ordinairement dans l'imbécillité, les facultés intellectuelles sont en grande partie altérées; cela, toutefois, est plus fréquent que la perte isolée de la mémoire des mots. Ces derniers sont liés aux idées par une association intime : nous n'avons presque jamais l'idée sans le signe; mais comme dans le fond cette union est toute conventionnelle, elle peut ne pas exister, le signe peut manquer à la pensée. Les observations de ce genre sont assez nombreuses; enfin, la mémoire des idées et des mots peut être conservée, les mouvemens de la langue relatifs à la déglutition, à la gustation intacts, et ceux nécessaires à la phonation perdus. Le malade comprend les questions qu'on lui adresse, il se ressouvient de ce qu'il a vu et entendu, mais il lui est impossible de rien articuler. A ce sujet, dit M. Cruveilhier, je pourrais rapporter plusieurs faits, et entre autres celui d'une femme hémiplégique qui, pendant longtemps, avait tout à fait perdu la faculté d'articuler le nom de son mari, et cependant elle avait conservé la mémoire des choses et des mots.

Quant au siége des régions cérébrales trouvées dans des cas de ce genre, je sais qu'il a souvent occupé les lobes antérieurs, mais ce que je ne saurais admettre, c'est que la coïncidence ait été constante; je pourrais citer un grand nombre de faits contre l'opinion de M. Bouillaud, mais ils sont trop connus pour y insister ici.

Quant aux cas dans lesquels les lobes antérieurs se trouvaient altérés, ou même manquaient tout à fait, je pourrais en rapporter quelques-uns aussi; M. Bouillaud dira que ce sont des faits sans valeur, puisque l'un des côtés du cerveau seulement se trouvait malade, l'autre pouvant encore fonctionner seul, les organes étant doubles; mais j'invoquerai la même duplicité d'organes dans les cas de M. Bouillaud où la lésion de la fonction se trouvait, suivant sa théorie, en rapport avec l'altération de l'organe.

J'ai rapporté, dans la huitième livraison de mon anatomie pathologique, l'histoire d'une idiote, à laquelle manquaient les lobes antérieurs du cerveau, et qui pourtant ne présenta aucune altération dans la faculté du langage.

Dans une observation citée par M. Bérard aîné, les lobes antérieurs étaient réduits en bouillie, la malade articula jusqu'à la fin, sans que la faculté du langage ait souffert la moindre atteinte.

Je pourrais facilement prouver par des faits que toute lésion cérébrale peut amener une altération dans la faculté d'articuler des sons. Ainsi chez une hémiplégique il existait une difficulté invincible d'articuler les sons, en même temps que les mouvemens de la langue et du pharynx se trouvaient génés pour la déglutition, aucune parole ne pouvait être prononcée. Cependant l'intelligence était pleine et entière; la malade ne pouvait exprimer ses idées que par des gestes et le plus souvent par des larmes et des sanglots; elle finit par succomber. A l'autopsie, on trouva les lobes antérieurs parfaitement sains; la protubérance annulaire avait été malade; on y retrouvait une cicatrice que j'ai fait représenter dans la vingt-unième livraison des planches d'anatomie pathologique. Faudrait-il conclure de ce fait et d'autres analogues, dans lesquels une lésion de la protubérance a existé en même temps, que la possibilité d'articuler les sons était détruite; faudrait-il conclure, dis-je, que le principe coordinateur de la parole réside dans la protubérance annulaire?

Mais dans un autre cas, où les lobes antérieurs étaient sains, c'était à la convexité des hémisphères que le cerveau offrait une altération pathologique.

Ailleurs, avec la même impossibilité d'articuler les sons, je constatai une lésion de la partie externe du corps strié seulement.

Chez un autre malade la destruction portait sur la couche optique et une portion du corps strié; le lobe antérieur n'était point malade.

Dans une quatrième observation, le corps strié se trouvait en grande partie remplacé par des cicatrices denses.

Chez un cinquième malade, privé encore de la faculté d'articuler les sons, la lésion cérébrale portait à la fois sur plusieurs circonvolutions de l'hémisphère droit, sur les corps striés et le cervelet; rien encore ne se trouvait dans les lobes antérieurs.

De ces faits, nous pouvons rigoureusement conclure, je crois,

1° Qu'il n'est pas démontré que la faculté du langage ait un siége spécial dans le cerveau, et encore moins que ce siége soit dans les lobules antérieurs;

2° Que toute altération profonde, quel que soit son siége dans le cerveau, a pour résultat la lésion de l'articulation des sons;

3° Que la pluralité d'organes cérébraux ne saurait être démontrée, ni en particulier le siége spécial de la faculté du langage.

M. Castel : Parmi les erreurs et les subtilités qui ont envahi la physiologie, il en est un grand nombre qui viennent de ce que les attributions générales de l'encéphale et du système nerveux ont été méconnues, de ce que la sensibilité ou l'innervation a été envisagée d'une manière abstraite et indépendamment des stimulans qui la mettent en action, de ce qu'on a supposé que la même somme d'innervation, qui suffit à l'exécution des fonctions de la vie intérieure, pouvait suffire aux actes de la vie de relation, qu'elle était la même pour chacun des organes de la vie de relation.

Cette dernière considération trouvera une application dans la question qui nous occupe : selon notre collègue, M. Bouillaud, la faculté de parler réside dans les lobes antérieurs du cerveau; comme il y a autant de sortes d'élocution que d'impression, on ne saurait circonscrire le siége de la faculté de parler dans tel ou tel département de l'encéphale, sans l'isoler des impressions. Bien plus, ce serait la séparer de la volonté, à moins qu'on ne plaçât aussi la volonté dans les lobes antérieurs. Sans cette communauté de résidence, la volonté aurait à parcourir un trajet plus ou moins long pour arriver à la parole. Cet exemple prouve qu'il est impossible de localiser les facultés et les affections, à cause de leur dépendance réciproque.

M. Bouillaud présente 64 observations, dans lesquelles la lésion des lobes antérieurs a été suivie de la perte de la parole.

Pour déconcerter les chiffres de notre collègue, ses antagonistes ont opposé des faits à des faits. Nous avons vu, ont-ils dit, l'anéantissement de la parole succéder à des lésions de parties du cerveau, autres que les lobes antérieurs. Jusque là la controverse n'a point dépassé les limites d'une règle d'arithmétique. Je puis la porter sur un autre terrain et expliquer physiologiquement le phénomène soumis à notre investigation.

La faculté de parler est, de toutes, celle dont l'exercice est le plus difficile. L'homme voit, entend, goûte avant de pouvoir parler. On voit quelquefois la langue rester impuissante jusqu'à ce que les progrès de l'âge aient donné aux forces physiques un certain développement. Dirai-je que l'homme seul exprime ses pensées, ses désirs par le langage des sons articulés? Que, cependant, le cerveau des autres animaux, du moins des mammifères, offre des lobes antérieurs, comme celui de l'homme? La contexture de la langue répond à son noble usage. Dans la répartition des nerfs le muscle a été plus favorisé que le sens, exemple unique dans l'organisme.

Dans la paralysie, le muscle est aussi plus affecté, tant il faut de puissance pour l'exercice d'une faculté qui est un privilége!

Qui de vous, Messieurs, n'a observé la succession des phénomènes de la mort? Quand est-ce que le découragement des assistans commence? Le malade ne parle plus; nous n'espérons rien; le malade ne parle plus et les sens vivent encore.

Dans la campagne de Prusse, j'arrivai dans un cantonnement au moment où un officier d'infanterie de la garde était agonisant et ne parlait point; mais il demandait qu'on lui fît prendre du tabac. Dans les descriptions que les médecins de l'antiquité nous ont laissées, ils ont noté avec un soin constant l'heure à laquelle le malade avait cessé de parler *obmutuit*. L'anéantissement de la parole est donc un des premiers présages de la mort dans toutes les maladies; à plus forte raison, cette faculté doit-elle s'étendre dans les lésions du cerveau, quelque soit le siége de cette lésion, à cause de l'obstacle qui s'oppose à la transmission de l'inervation. Le résultat est le même, après une impression dominante, notamment dans l'effroi. Un homme aux prises avec un grand danger peut marcher; il ne peut parler. *Obstupui, steterunt que comæ et vox faucibus hæsit*...

Notre collègue n'a point traduit physiologiquement le *vox faucibus hæsit*. Que signifie-t il? que lorsque la sensibilité est accaparée, subjuguée par une impression, ses irradiations sont suspendues.

En résumé la faculté de parler cesse la première dans un grand nombre de maladies, principalement dans les lésions du cerveau, parce qu'elle exige plus de sensibilité, plus d'énergie vitale que l'exercice des autres facultés. Les 64 faits recueillis par M. Bouillaud ont reçu une fausse interprétation.

M. Blandin: Les observations rassemblées par M. Bouillaud en faveur de la doctrine qui cherche à localiser dans les lobes antérieurs la faculté du langage sont déjà nombreuses et concluantes; mais il en faut davantage encore pour que les conclusions qu'elles amènent après elles soient rigoureuses. Il s'agit donc de rassembler de nouveaux faits, de les comparer à ceux qui existent déjà, afin d'infirmer ou de confirmer ces données premières. C'est dans ce but que je rapporterai brièvement l'observation suivante :

Un enfant reçoit une balle dans l'orbite; elle détruit l'œil, traverse la paroi orbitaire externe, lèse, sans doute, la supérieure, et sort au-devant de l'oreille. Cet enfant, que j'ai eu à l'Hôtel-Dieu plusieurs semaines après l'accident, ne pouvait articuler aucun son; sa langue se refusait à prononcer les mots qu'il se rappelait, et même les plus simples. Il a fallu, par des exercices répétés, l'habituer à articuler; enfin, au moment de sa sortie, il prononçait son nom et pouvait soutenir une certaine conversation.

On ne saurait dire au juste quelle lésion cet enfant a présenté, puisque heureusement l'examen direct n'a pas pu en être fait; mais le trajet de la balle, la nature des parties molles atteintes, doivent faire présumer que la partie supérieure de l'orbite a été fracturée; qu'une inflammation se sera développée par suite de la contusion de la face inférieure du lobe antérieur correspondant, du pus se sera formé, et la compression en aura été le résultat. Il y a donc eu cessation de la faculté d'articuler les sons, en même temps que lésion de la partie antérieure du lobule gauche du cerveau.

Quant aux faits objectés, dans lesquels la lésion d'autres parties du cerveau amenait une difficulté ou un obstacle à l'articulation des sons, ils ne prouvent rien contre la doctrine de M. Bouillaud; car le corps strié, les couches optiques, par exemple, vont, par leurs irradiations, former les lobes antérieurs et le reste des hémisphères; la même chose peut avoir lieu pour les fibres de la partie supérieure de la moëlle, qui en sont les premières racines.

D'un autre côté, si on a vu des lésions dans les lobules antérieurs du cerveau, sans que la parole fût gênée, il se peut que le siége immédiat du principe coordinateur ne fût point malade. M. Bouillaud n'a pas voulu dire que tout le lobe antérieur dût présider à cette fonction; ces faits mêmes ne prouvent donc rien contre sa doctrine.

M. Martin Solon : Je dois, en commençant, signaler une cause d'erreur dans l'appréciation des lésions cérébrales par l'observation des symptômes, c'est la multiplicité de ces derniers. Le grand nombre des troubles fonctionnels obscurcit singulièrement les rapports qu'on pourrait établir entre les symptômes et les lésions. Cette difficulté existe, soit pour l'influence qu'on a attribuée aux corps striés et aux couches optiques sur les mouvemens, soit pour celle qu'on voudrait apprécier de la part d'autres parties du cerveau sur la parole. J'avais, pour mon compte, souvent observé des altérations de la protubérance annulaire chez des malades qui avaient eu une lésion dans la parole, et j'étais disposé à y placer la faculté qui régit cette fonction, lorsque les travaux de Gall et Spurzheim, ceux de M. Bouillaud sont venus fixer mon attention sur les lobes antérieurs; plus tard des faits ont formé mes convictions; je rapporterai les suivans :

1° Une fille de boutique avait depuis longtemps de la difficulté à parler et à rendre compte de son état, elle perdit bientôt la faculté de faire la moindre demande, tout mouvement de la langue était perdu; puis survinrent des symptômes de contraction, convulsions, etc.; elle succomba.

A l'autopsie, outre les traces d'une méningite récente, qui rendit compte de ce dernier ordre d'accidens, on trouva des hydatides dans la substance médullaire des lobes antérieurs pour expliquer la perte de la parole.

2° Dans un autre cas, où la lésion fonctionnelle, sous ce dernier rapport, avait été la même, on trouva un ramollissement dans les lobules antérieurs du cerveau.

3° Une jeune fille perdit, à la suite d'une fièvre grave, l'usage de la parole; une fois les accidens aigus disparus, je fis pratiquer, à plusieurs reprises, la cautérisation sincipitale avec la pommade ammoniacale, cette faculté revint.

J'eus le même succès chez une autre malade, qui perdit la parole après une suppression des règles.

Dans ces deux cas, l'analogie seule nous porte à placer dans les lobes antérieurs une lésion que l'autopsie n'a pu révéler, mais dont le siége direct a été, en quelque sorte, indiqué par l'action heureuse du révulsif placé dans son voisinage. Les deux premiers faits tendent à démontrer, d'une manière bien puissante, qu'il existe une lésion étroite entre les lobes antérieurs et la faculté de parler.

M. Gerdy, après avoir signalé l'étendue de la question débattue, ses rapports avec la phrénologie, dont elle n'est, en quelque sorte, qu'une ramification, reprend les faits contraires à l'opinion de M. Bouillaud, et en démontre toute la portée. Du reste, ajoute-t-il, nous n'avons pas besoin d'un grand nombre de faits pour appuyer ou combattre une opinion, il suffit d'un seul fait bien observé où la destruction d'un lobe antérieur aura eu lieu sans que la parole ait été lésée, pour que le système de M. Bouillaud soit renversé, et plus d'un fait peut être invoqué. Ainsi, dans cette observation, citée par M. Andral, d'un jeune homme de 18 ans, qui perdit l'intelligence et la parole, tous les symptômes disparurent au bout d'un certain temps, la parole fut retrouvée, ainsi que l'intelligence, et la vue, qui avait été aussi abolie. Plus tard, le malade ayant succombé après cette amélioration, qui était restée telle jusqu'à la fin, on constata que le lobe antérieur droit du cerveau présentait un ramollissement diffluent. M. Bouillaud dit que c'est un fait singulier, difficile à expliquer. Je ne cherche pas à en rendre compte, mais il n'en reste pas moins.

Dans un autre cas rapporté par M. Andral, il s'agit d'une fille de 19 ans, qui n'eut que très tard, vers la fin de sa vie, un léger embarras dans la parole, le mouvement et le sentiment dans les membres étant abolis, et chez laquelle on trouva un ramollissement du corps strié et du lobe antérieur du cerveau; la moitié antérieure du cerveau était en quelque façon détruite.

Ailleurs, il s'agit du ramollissement du corps strié, la langue est simplement déviée d'un côté; puis viennent les faits si importans de lésion des lobes antérieurs, la parole restant parfaitement libre, les cas d'atrophie ou d'absence de ces mêmes parties avec l'intégrité de cette fonction. Ces observations jettent une grande obscurité, dit M. Bouillaud; mais est-ce faire mieux que de fonder sur d'autres faits insuffisans un système qui ne peut entrer comme une vérité dans le domaine de la science. Le doute est donc nécessaire encore; ne vaudrait-il pas mieux dire : nous ne savons rien sur ce point de la physiologie cérébrale, pas plus que sur la localisation des facultés intellectuelles, plutôt que de tirer des conclusions sans fondement?

M. Gerdy revient sur les faits de M. Lallemand, qui a rencontré, par exemple, une altération de la substance grise du lobe moyen, dans un cas où il y avait perte de la parole, faut-il dire, avec M. Bouillaud, que la lésion du lobe antérieur avait disparu dans ce cas, qu'il devint alors impossible de la constater? mais ce serait faire une pure supposition.

Tout ce que prouvent les faits rassemblés par M. Bouillaud, c'est la coïncidence fréquente de l'altération du lobe antérieur avec la lésion de la parole; mais cette coïncidence est tout à fait fortuite; les exceptions sont assez nombreuses et trop bien établies, pour qu'on puisse y trouver la relation nécessaire de cause à effet; je déclare donc que je ne trouve rien de positif sur la localisation de la faculté du langage, pas plus que sur la localisation des facultés intellectuelles. Au reste, je suis sûr que la conviction de M. Bouillaud est maintenant ébranlée; il sent qu'il a des faits plus probans les uns que les autres, il désire être attaqué sur ceux-là; mais la vérité n'a pas de mauvaises preuves; il avoue lui-même que toutes les objections n'ont pu être résolues; il suffit d'un seul fait bien constaté, je l'ai dit, pour renverser tout un système.

Ici M. Gerdy combat longuement le système de la pluralité des organes; il rappelle les faits si nombreux, soit d'observation, soit d'anatomie comparée qui le renversent, et fait voir qu'on ne saurait, pour démontrer une opinion nouvelle, s'appuyer sur un système faux.

Vu l'heure avancée, la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

M. Dubois (d'Amiens) présente à l'Académie un anévrisme énorme de l'aorte; et M. Junod, un artiste dramatique guéri d'une amaurose par l'application des grandes ventouses.

La séance est levée à cinq heures et quart.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité du froid; de son action et de son emploi en hygiène, en médecine et en chirurgie; par le docteur Lacorbière, membre de la Légion-Honneur, etc. — Deux volumes; chez Cousin, libraire-éditeur.

C'est en vain que la chirurgie multiplie ses combinaisons pour livrer aux mains du praticien de nouveaux agens thérapeutiques; en vain la matière médicale accueille avec une facile hospitalité toutes les nouveautés médicamenteuses, tous les arcanes qu'élabore l'industrie, tous les produits qu'engendre le caprice des réactifs, toutes les plantes dont les vertus ignorées n'ont pu échapper à la sagacité des voyageurs: quand il devient nécessaire d'exercer une action générale sur l'organisme, quand

on aspire à la modifier d'une manière efficace et durable, c'est à l'hygiène qu'il faut s'adresser; c'est là que se trouvent les modificateurs les plus puissans que puisse manier la thérapeutique. Le régime, les exercices, les alternatives périodiques de mouvement et de repos, de veille et de sommeil, l'état moral, l'ensemble des moyens qui facilitent l'accomplissement régulier des fonctions de la vie, ce sont là les véritables leviers par lesquels l'art parvient à ébranler l'économie vivante. Une méthode de traitement ne revêt le caractère rationnel qu'à cette double condition, à savoir, en s'appuyant d'un côté sur l'interprétation physiologique des phénomènes observés, et d'un autre côté, sur les ressources prophylactiques et curatives que recèle le domaine de l'hygiène. C'est donc bien mériter de l'art que de porter ses études sur l'un de nos grands modificateurs qui agissent sur l'immense majorité des hommes, sur tous les âges, sur tous les sexes, et qui, suivant l'usage que l'on en fait, deviennent pour l'individu sain comme pour le malade, des instrumens de destruction ou des agens conservateurs par excellence. Le Traité du froid, que vient de publier M. Lacorbière, est consacré à l'appréciation détaillée de l'un de ces agens importans; il remplit une lacune en hygiène comme en médecine pratique, et l'on peut s'étonner que l'auteur n'ait pas été devancé dans la tâche difficile qu'il vient de mener à fin. Ce n'est point que l'attention des médecins et des physiciens n'ait été fixée en tout temps sur les effets du froid; mais on les a considérés surtout dans leurs rapports avec les conditions hygiéniques des nations; on s'est attaché à vérifier leur part dans la production des maladies; mais on a beaucoup moins recherché les usages auxquels pouvait prêter cet agent dans le traitement des maladies externes et internes. La littérature médicale de notre pays ne présentait aucun ouvrage où le froid fût étudié dans toutes ses formes, dans tous ses effets, dans toutes ses applications. Des essais isolés sont notés çà et là dans les auteurs; des applications partielles ont donné lieu à des succès que l'amour-propre a pris soin d'euregistrer; mais l'histoire du froid n'existait point; les règles qui en doivent diriger l'emploi n'étaient point formulées; il manquait un livre qui réunît aux principaux faits consignés dans les auteurs, la controverse des indications que remplit cet agent; M. Lacorbière a tenté dela faire et nous devons à sa persévérance deux volumes qui résument avec ordre et clarté tout ce qui a été écrit sur la matière.

L'importance du froid à titre de cause pathogénique, son utilité comme moyen prophylactique ou curatif, ont été comprises dès la plus haute antiquité. Il a fourni à Hippocrate quelques-uns de ses aphorismes les plus connus. D'autres passages de cet auteur, des fragmens de Parménide d'Elée, d'Antonius Musa, les écrits de Celse, de Galien, etc., attestent que la médecine grecque et latine n'a point perdu de vue ce que le froid lui pouvait susciter de périls au lit des malades ou de ressources dans leur traitement; mais ce sont des indices dispersés d'une opinion vague, dépourvue de sanction expérimentale; aussi furent-ils perdus pour leurs successeurs. Négligeons les traces qu'elle exprime encore à la médecine des Arabes, et cherchons, vers la fin du seizième siècle, dans les productions d'un écrivain injustement oublié, les fondemens restaurés de la médication réfrigérante. Un homme que la verve de Rabelais a sacrifié au rire contemporain, Rondalet, est le premier qui ait rappelé l'attention sur cette méthode de traitement. Il est singulier que la fatalité du ridicule historique lui soit commune avec un autre partisan du froid, Hecquet, qui s'est transformé en docteur Sangrado sous la plume de Lesage, comme Rondelet a pris nom Rondibilis avec Rabelais. Après ce dernier, Martianus, Sanchez, Hermann, Chardin, Floyer, Lattire, Hecquet, Smith, Brown, Hoffmann, Robert Boyle, etc., ont mis en lumière différentes applications du froid; on sait quel parti en tira le docteur Hahn (1737), dans l'épidémie de Breslaw en Silésie; il faudrait ajouter à cette liste la plupart des écrivains plus récens, pour signaler tous ceux qui se sont occupés des effets physiologiques du froid ou de ses usages en thérapeutique. En France, néanmoins, on ne rencontre guère qu'au commencement de ce siècle, et sous forme de dissertations inaugurales, des études plus complètes sur cet agent; telle est la thèse de Laurin: Application de la méthode analytique a la recherche des effets du froid sur l'homme en santé et en maladie (Paris 1803); celle de Lagorce, intitulée: Essai sur les effets généraux du froid, 1804. Vers la même époque, Rozière a publié son traité sur le mode d'action du froid et du calorique appliqué à l'économie animale; Bécourt, son essai sur l'usage médical du froid. Les applications chirurgicales du froid sont pressenties dans une thèse publiée en 1808 par Rouhaud; mais aucune de ces publications n'a réuni en faisceau toutes les données que l'expérience clinique et l'observation des phénomènes naturels fournissent sur la valeur de ce modificateur; M. Lacorbière les a patiemment rassemblées, coordonnées, fécondées par l'induction; il y a joint les résultats obtenus au moyen du froid par les principaux praticiens de notre époque, dont il a invoqué les lumières; lui-même, préoccupé depuis dix ans de la signification définitive de la médecine réfrigérante, s'est livré à une expérimentation multipliée dont il a relaté les détails dans son livre.

Qu'est-ce que le froid? Ce n'est point un être qui jouit d'une existence indépendante, ni une propriété de la matière; ce n'est point une force, entité conventionnelle du physicien, laquelle résume en elle une série de phénomènes spéciaux; le froid réside en nous-mêmes; il n'est autre qu'une sensation produite en nous par l'abaissement de la température au-dessous de certaines limites thermométriques. Il n'a donc qu'une réalité négative, et le froid absolu n'existe point; car tous les corps, sans distinction, retiennent une quantité quelconque de calorique. Le zéro thermométrique est un point arbitraire; il marque seulement la limite de nos moyens d'investigation pour des quantités inférieures de calorique. L'agent négatif, représenté par le mot *froid*, exerce une influence immense sur les corps organiques comme sur les inorganiques; mais quoiqu'elle se diversifie dans ses résultats, quoiqu'elle ne soit pas la même dans l'agrégat de la matière amorphe ou cristallisée que dans la trame vivante, abreuvée de sang et sillonnée par les conducteurs de la puissance nerveuse, elle se déduit toujours, en raison inverse, d'une loi fondamentale en physique, de la loi de la dilatation des corps par le calorique. L'action du froid se manifeste sur tous les points du globe, d'une manière stable, permanente ou mobile, passagère: les climats extrêmes ont leurs vicissitudes; des nuits glaciales succèdent dans les latitudes équatoriales à des journées brûlantes; le ciel de la Laponie a ses fugitives splendeurs d'été. Le froid agit sur tout ce qui existe, végète ou vit; il donne aux masses inertes leur volume, leur densité; il marque à la végétation sa limite et sa durée; il imprime à l'homme un cachet spécial; en réglant le jeu de ses organes, il gouverne ses besoins, ses instincts, ses facultés; il lui fait son geste et sa physionomie; il lui fait faire sa part dans l'histoire de la civilisation, et chez plus d'une nation elle devient appréciable au balancemens de l'ordre social.

Les considérations générales que soulève ce sujet ont fourni à M. Lacorbière quelques pages d'introduction, qui sont empreintes d'un esprit vraiment philosophique. En rappelant que Sydenham accusait le froid d'avoir fait plus de mal que la peste, la guerre et la famine, il fait ressortir avec raison la gravité des questions qui s'y rattachent, comme aussi l'efficacité des secours que la médecine peut retirer d'un si puissant moyen manié avec tact et prudence. Il recherche ensuite le mode d'action du froid sur l'organisme, et nous le montre diversement interprété, suivant les théories en vigueur: il a bien saisi les véritables conditions sur lesquelles reposent et l'efficacité thérapeutique du froid et l'interprétation physiologique de ses effets, en insistant sur les différences de son influence directe ou indirecte, sur la force relative de réaction que lui opposent les corps vivans et sur les dosations proportionnelles de l'agent refrigérant. L'ouvrage est ensuite divisé en quatre parties: la première est consacrée au froid considéré comme modificateur général ambiant. L'auteur y étudie l'influence de la température atmosphérique dans ses combinaisons avec le froid sec, le froid humide, le froid moyen et le froid excessif; il se livre à quelques considérations sur les causes des vicissitudes atmosphériques dans les principales régions du globe, et note enfin les résultats du refroidissement dans les corps inorganisés, dans le règne végétal, dans les animaux et spécialement dans l'homme. Mais ces résultats, envisagés dans l'homme, varient suivant une foule de circonstances, l'âge, le sexe, la constitution, le tempérament, les habitudes, le repos et le mouvement, les passions sont autant de degrés qui composent une mobile échelle d'impressions; le froid ne retentit pas non plus dans un organisme malade comme chez l'homme en santé; ces conditions multiples exigeaient un examen particulier, et c'est par là que l'auteur termine cette première partie. La seconde résume les services que peut rendre ce modificateur à la prophylaxie; la troisième, ses applications à la médecine et à la chirurgie; ceci est la portion capitale du livre; l'auteur y entre dans tous les détails que comporte l'étude spéciale, approfondie de la médecine du refroidissement. Il indique d'abord les différentes forme, sous lesquelles peut s'administrer le froid, il en signale les effets suivant les degrés d'intensité de son application aux tissus vivans, suivant la durée de celle-ci, suivant qu'il est employé intérieurement ou extérieurement, sur toute la surface de corps ou dans une région circonscrite, à dose élevée ou faible. Les indications qui découlent des climats, des saisons, des sexes, des idiosyncrasies, etc., sont discutées avec soin. Viennent ensuite celles qui se rapportent aux différentes maladies. Ici, l'auteur passe en revue tous les groupes de la nosologie médicale et chirurgicale, disputant à chaque lésion la part que peut obtenir le froid dans son traitement. Cette marche nous a semblé prolixe, et malgré les allures laconiques de l'auteur, les répétitions sont nombreuses. Mieux eût valu substituer à cette analyse minutieuse de tous les faits thérapeutiques qui se rapportent au froid, l'étude sommaire de ses indications, et rallier le détail pathologique dans le cadre d'une synthèse féconde. Un autre reproche que la Gazette ne peut épargner à M. Lacorbière, malgré l'uti-

lité de son travail, c'est d'avoir marché trop servilement dans l'ombre de la doctrine physiologique dont il ressuscite les formules avec une complaisante fidélité; on retrouve même, en plus d'un endroit, les traces d'une verve polémique qui n'est plus de saison, et qui rappelle le milicien fervent d'un drapeau, incliné maintenant sur une tombe qu'il ombrage glorieusement.

Sans doute, l'examen des effets du froid et des cas pathologiques qui en réclament l'usage ramène sans cesse l'esprit à la considération de ce phénomène primordial, inexactement dénommé inflammation; mais ce n'est point une raison pour y attacher, avec plus ou moins de scrupule mal déguisé, les névroses, les névralgies et jusqu'aux fièvres intermittentes. Il est aisé toutefois de constater dans la pensée de l'auteur les commencemens d'un retour à d'autres idées; une note ajoutée à l'article névralgies contient de salutaires restrictions et des doutes judicieux touchant l'importance pathogénique de l'irritation et le rôle encore inexploré du système nerveux dans la production des maladies. Nous sommes loin aussi de souscrire à toutes les applications que l'auteur revendique pour son modificateur favori; mais ces exagérations tiennent à l'étude spéciale qu'il en a faite, et ne manquent point de quelque utilité: elles poussent de plus timides à l'expérimentation d'un agent que des conseils moins pressans n'auraient point tiré de l'oubli.

Les moyens de conserver ou de produire le froid sont exposés brièvement dans la dernière partie.

M. L.

VARIÉTÉS.

— Le MONITEUR a publié un rapport de M. Orfila sur les Facultés et les écoles secondaires de médecine. Voici le résumé de ce travail :

L'ordonnance du 9 août 1836, en rendant obligatoires les grades de bachelier ès-lettres et ès-sciences, a produit dans le nombre des élèves une notable diminution. En novembre 1835, les trois Facultés de Paris, de Montpellier et de Strasbourg avaient inscrit 1,322 élèves nouveaux. En 1837, le chiffre des nouveaux inscrits n'est plus que de 744. Dans l'année scolaire 1838-39, ce chiffre a encore décru; 596 élèves seulement ont commencé l'étude de la médecine, savoir : à Paris 212, Montpellier 59, Strasbourg 24; total, 295; et dans les écoles secondaires : Amiens 14, Angers 11, Arras 21, Besançon 13, Bordeaux 28, Caen 9, Clermont 13, Dijon 15, Grenoble 9, Lyon 25, Marseille 7, Nancy 15, Nantes 17, Poitiers 10, Rennes 18, Reims 2, Rouen 12, Toulouse 62; total, 301. —Total général, 596.

Il est à remarquer que les diminutions ont porté sur les Facultés; le nombre des élèves a au contraire augmenté dans les écoles secondaires.

Dans l'année scolaire qui vient de finir, les trois Facultés ont reçu 614 docteurs, savoir : 429 à Paris, 162 à Montpellier, et 23 à Strasbourg. Ce nombre, qui paraîtra sans doute fort élevé, ne seragnère, en 1841 et dans les années suivantes, que de 200 à 250; alors, en effet, les réceptions porteront sur les élèves de 1837, de 1838, etc., qui ont été peu nombreux, tandis que, cette année, les docteurs reçus font partie de cette masse prodigieuse d'étudians qui avaient encombré les Facultés en 1833, 1834 et 1835.

M. Orfila termine son rapport en appelant l'attention toute spéciale de M. le ministre de l'instruction publique, sur la nécessité de présenter, à la prochaine session des chambres, un projet de loi relatif à l'enseignement et à l'exercice de la médecine. «L'ordre de choses actuel, dit M. Orfila, amènerait infailliblement une augmentation dans le nombre des officiers de santé; car les élèves qui ne peuvent pas obtenir de diplôme de bachelier es-sciences seront obligés de renoncer au doctorat. Or, dans mon opinion, tout en reconnaissant le mérite de plusieurs officiers de santé qui exercent aujourd'hui, il ne doit y avoir en France qu'une classe de praticiens. J'ajouterai qu'il devient urgent de faire cesser, par une législation qui protége tous les intérêts, les abus graves qui existent dans l'exercice de la médecine et de la pharmacie. »

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Dans le numéro du 28 octobre de votre journal, vous signalez, parmi les améliorations, que l'administration des hôpitaux vient d'apporter dans le service de Bicêtre, l'établissement d'un réfectoire, dans lequel quatre-vingts malades aliénés sont admis et prennent leurs repas avec ordre et tranquillité, et *c'est la première fois*, dites-vous, *que les aliénés sont réunis de la sorte*, etc.

A Bicêtre, oui, il se peut. Mais ce n'est pas la première fois qu'une semblable mesure reçoit son application parmi les aliénés. Il y a bien des années que M. Esquirol, avec le concours de l'administration des hôpitaux, l'avait introduite à la Salpêtrière, où elle a été conservée et a reçu une grande extension. Depuis longtemps chaque quartier du service des aliénées dans cet hospice a son réfectoire et sa salle de travail.

Il y a plusieurs années que j'ai vu dans le bel hospice de Saint-Jacques, de Nantes, presque tous les aliénés prendre leurs repas au réfectoire. J'en puis dire autant de l'hospice du Mans. Au mois de juin dernier, en me rendant à Plombières, j'ai visité l'hospice des insensés de Maréville, près de Nancy; c'était un samedi. Il n'y a pas moins de 700 malades dans cet établissement. Entre autres bonnes dispositions qu'il présente, j'ai noté les suivantes : sur le pied de chaque lit, il y avait une chemise, un vêtement, des souliers propres pour le lendemain dimanche. (Ce n'est malheureusement pas partout que les aliénés ont ainsi un vêtement pour les jours ouvrables, et un vêtement plus propre pour le dimanche et les jours de fête, et surtout des souliers.)

Le plus grand nombre des malades étaient assis à table dans divers réfectoires; deux de ces réfectoires étaient particulièrement remarquables; chacun y avait sa serviette, son couvert, son verre, sa bouteille et un repas très confortable servi sur de petites assiettes de faïence blanche. L'ordre, le silence presque régnaient partout. Le service était fait par les malades eux-mêmes. C'est à l'hospice de Bordeaux, je crois, que pendant le dîner des aliénés pris en réfectoire, un des malades fait la lecture. A l'hospice Saint-Yon à Rouen, les aliénés mangent en réfectoire; à la maison de Charenton, un certain nombre de malades sont admis à la table du directeur, et plusieurs réfectoires existent dans divers quartiers. Dans la plupart des établissemens privés, il est de règle générale que les aliénés prennent leurs repas en commun. Cet usage existe dans quelques maisons publiques et privées en Allemagne et en Angleterre; donc la réunion en réfectoire n'est pas une nouveauté dans le régime des aliénés. N'en pourrait-on pas dire autant d'autres pratiques dès longtemps usitées et qu'on se prend à prôner tout à coup à grand bruit comme inspirations absolument neuves, comme si le traitement des aliénés se révélait seulement aujourd'hui?

Je suis, etc.

MITIVIÉ,
médecin de l'hosp. de la Salpêtrière.

NOTE DU RÉD. — Nous n'avons voulu, en annonçant les améliorations récemment introduites à Bicêtre, que signaler les avantages qui peuvent en résulter pour le traitement et le bien-être des malades. Si nous avions voulu rechercher l'origine de ces améliorations, nous en aurions trouvé beaucoup d'autres rudimens que ceux que vient de nous faire connaître M. le docteur Mitivié. Pour rendre justice à qui de droit et faire la part de chacun, nous dirons que les élémens de progrès dont il s'agit existaient depuis longtemps là même où ils viennent d'être développés. Dans le compte-rendu des leçons cliniques de M. Ferrus, médecin chargé en chef du service des aliénés de Bicêtre (GAZ. MÉD., année 1836, n° 28), on lit ce qui suit : « On a réuni à Bicêtre dix à douse idiots incomplets et imbécilles, dont l'âge varie depuis trois ans jusqu'à seize; ils sont confiés à un infirmier, ancien instituteur, entré à Bicêtre pour cause d'aliénation mentale, et qui, après sa guérison, a pris du service comme infirmier. Les manières de cet homme sont à la fois douces et fermes : il les réprimande à propos, leur apprend à lire, les tient dans un état de propreté, etc. » Quant à l'établissement d'un réfectoire, il y a longtemps que des essais avaient eu lieu à Bicêtre, avec un succès qui faisait prévoir tout celui qu'on obtiendrait de moyens plus complets. Depuis trois ans, plus de deux cents aliénés incurables prenaient en commun tous leurs repas, et il avait suffi à M. Ferrus de faire assembler quelques planches pour arriver à ce résultat. D'ailleurs, voici ce que nous trouvons à la pag. 86 du rapport de la commission médicale à l'administration des hôpitaux de Paris, et dans la partie de ce rapport redigée par M. Ferrus : « Nous manquions complètement de tables et de siéges pour faire manger les malades en commun, et pour établir pendant leurs repas une discipline convenable, lorsque, sur mes représentations très pressantes, de mauvaises tables ont été réunies, et ce jour-là même deux cents aliénés ont pris leurs repas en commun, silencieusement, et avec un ordre qui ne s'est jamais démenti. » De semblables résultats devraient encourager les améliorations, et cependant on n'avait presque rien gagné sous ce rapport, tandis que, comme le fait remarquer M. Mitivié, à Rouen, à Nantes, à Strasbourg, et même dans quelques-uns de nos établissemens les plus dotés, on avait senti la nécessité, pour favoriser la discipline, la propreté, l'ordre, de réunir les aliénés dans des chauffoirs propres, agréables, et de leur faire prendre leurs repas sur des tables en chêne, cirées et frottées, autour desquelles les aliénés sont assis sur des banquettes fixes et commodes.

— TRAITÉ SUR LES GASTRALGIES ET LES ENTÉRALGIES, ou maladies nerveuses de l'estomac et des intestins; par J.-P.-T. BARRAS, docteur en médecine, chevalier de la Légion-d'Honneur, membre de l'Académie royale de médecine de Suède.

Tome II. — Deuxième édition, revue, corrigée et considérablement augmentée. Prix : 7 fr., et 8 fr. franc de port par la poste.

Le prix de l'ouvrage complet (2 vol. in-8) est de 14 fr.

Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

— ESSAI HISTORIQUE SUR LES CÉRÉALES, considérations sur leur culture, leur conservation, leurs altérations, principalement sous le point de vue botanique, agricole et médical; par V. MARTIN (de Moussy), docteur en médecine, membre de plusieurs sociétés savantes.

In-8. Prix : 2 fr. 50 c.

A Paris, chez l'auteur, rue de Breda, 2.
— chez madame veuve Huzard, rue de l'Eperon, 7.
— chez Crochard, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 46. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 16 NOVEMBRE 1839.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé et Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

CONSTITUTION MÉDICALE.

NOTE SUR QUELQUES MALADIES QUI ONT RÉGNÉ EN ALGÉRIE, PENDANT LES SIX PREMIERS MOIS DE 1839; communiquée par M. le docteur Guyon, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique.

L'érysipèle a régné épidémiquement sur tous les points de l'Algérie, pendant les quatre à cinq premiers mois de 1839. A Alger, deux sœurs israélites, éloignées l'une de l'autre par presque tout un diamètre de la ville, et qui ne s'étaient pas vues depuis plusieurs mois, en ont été atteintes en même temps et sur la même partie, le bras. Chez l'une, le mal a parcouru successivement les différentes parties du corps, donnant des inquiétudes sur son issue. A la date du 26 février, on en comptait 20 et quelques cas dans le seul hôpital du Dey, à Alger. Quelques personnes y ont succombé, entre autres un homme du train des équipages, Lagaisse, mort à l'hôpital du Dey, le 12 février, avec des escarres considérables sur les deux bras, suite de la violente inflammation qui existait sur ces parties.

L'érysipèle, à Alger, a compliqué toutes nos maladies chirurgicales, si diverses qu'elles fussent. A Constantine, presque tous les blessés provenant de l'expédition de Sétif, qui eut lieu en décembre 1838, en furent atteints. A l'hôpital du Dey, à Alger, il faillit être fatal à un militaire de la légion étrangère, Martineau, à qui on venait de faire la ligature de la brachiale, pour un anévrisme faux consécutif au pli du bras. Il enleva, dans le même établissement, le 29 février, un autre militaire du même corps, Arons, qui, depuis peu, était arrivé de Bougie, atteint d'un coup de feu à l'épaule droite. Cette blessure, dans laquelle l'humérus avait été perforé de part en part (1), touchait à sa guérison, lorsqu'un érysipèle s'empara de toute l'épaule, en s'étendant sur la poitrine. Cet érysipèle se termina par résolution, de même qu'un autre qui lui avait succédé : il en survint alors un troisième, plus étendu que les précédens, et qui fut suivi de vastes collections purulentes, qui entraînèrent la perte du malade, par la résorption dont leurs parois étaient devenues le siége.

La variole, qui déjà régnait en Algérie, sur la fin de 1838, y continua pendant les six premiers mois de l'année suivante; elle n'a point encore cessé à Alger, au moment où j'écris, premiers jours de juillet, et elle semble même y redoubler d'intensité.

Le chiffre des varioleux fournis par la division d'Alger, composée d'environ 20,000 hommes, et qui ont été reçus à l'hôpital du Dey du 1er jan-

(1) La pièce anatomique a été conservée. Aucune trace de fracture ne se voit dans le pourtour de la perforation, située immédiatement au-dessous de la tête de l'os.

Feuilleton.

CONCOURS POUR LA CHAIRE DE PATHOLOGIE INTERNE.

C'est une belle et grande mission que de servir d'organe à la science sur la scène la plus élevée qu'elle possède en Europe! C'est un magnifique privilége que de s'asseoir dans une chaire assiégée par un immense auditoire, et de faire peser chacune de ses paroles dans l'oreille des générations que le flot du temps pousse à travers l'enceinte de cette école de Paris! Pourquoi s'étonnerait-on des passions, des vives appétences, des sollicitudes, des angoisses même que fait naître chaque nouvelle lutte instituée par le concours? Le but est assez grand pour aiguillonner jusqu'au sang les plus superbes ambitions : le fauteuil du professorat est assez haut placé pour que les plus orgueilleux aient à lever la tête pour l'apercevoir, pour que les plus vaillans aient à calculer les difficultés, à préparer l'énergie de leurs efforts! Mais si la radieuse notoriété des hautes positions que réunit la Faculté de Paris peut tenter à bon droit l'émulation, et susciter au combat tout ce que l'Ecole a vu grandir de viriles intelligences, il est peu de chaires qui, placées dans le litige du concours, doivent passionner plus véhémentement la lutte, provoquer un plus brillant conflit de talens, que celle de pathologie interne. Toutes les branches de l'enseignement médical n'ont pas une égale importance; elles ne sont pas entourées d'une égale faveur par la majorité des élèves; l'instinct de leur avenir les porte vers celles qui doivent réagir avec le plus d'avantage sur le développement de leur carrière; ils classent les cours suivant leur utilité directe, suivant la part rigoureuse qu'ils auront à leur faire un jour dans la pratique de l'art; à ce titre, quel enseignement l'emporte dans leur esprit sur celui de la pathologie interne? Quelle chaire est plus sonore à leurs oreilles, plus assidûment entourée, plus sérieusement interrogée, plus docilement écoutée? Le professeur qui l'occupe exerce un véritable ascendant sur les jeunes esprits que recrute chaque année la science; il préside à leur apprentissage théorique; il leur dicte leurs premières convictions; il entr'ouvre pour ainsi dire à leurs regards le premier horizon de la médecine. Rangez à part un petit nombre de penseurs qui se rencontrent épars dans chaque génération, et qui élaborent par une sorte d'assimilation originale, et les faits qu'ils recueillent, et les notions qui leur sont exposées; c'est dans les leçons de pathologie interne que la masse de nos confrères en herbe puisent les idées qui vivront dans leur cerveau, les règles qui dirigeront leurs premiers tâtonnemens de praticien, et parfois les routines de leur vieillesse; immense est l'influence de cet enseignement sur la situation de la médecine pratique en France; celle-ci ne présente-t-elle point des nuances, des diversités, des oppositions, suivant les grandes circonscriptions de notre sol? On peut tracer sur une carte de notre pays des zônes plus ou moins étendues où l'art nous apparaît modifié dans ses allures, dans ses erremens quotidiens, dans ses traditions; et s'il est juste de noter dans ces transformations les exigences des climats et des localités, comment y méconnaître, d'une autre part, l'in-

vier ao 30 juin inclus, a été de 69, chiffre qu'on doit considérer comme au-dessous du réel, quelques malades ayant été traités daos les infirmeries; quelqoes antres aussi, en raison du pen de gravité du mal, ayaot pu échapper à l'observation. Ces 69 varioleux ont fourni :

Varioloïde............	14.
Variole simple	22, dont 7 chez des vacciués.
Variole confluente......	30, dont 7 chez des vaccinés (1).

Le oombre des décès a été de 7, doot 3 chez des vaccinés, atteints de variole confluente (2)..

Le chiffre des décès, dans la population civile, à Alger, durant le même laps de temps, a été de 145, répartis de la manière suivante, dans les différentes classes de la population :

Européens........	35
Musulmans........	78
Israélites	28
Hôpital civil.......	4 (3)

Il résulte de cette répartition des décès, dans les différentes classes de la populatioo algérienne, que ce sont les Musulmaos qui ont fait le plus de pertes; mais, outre que les Musulmans sont à eux seuls plus nombreux que les antres populations réunies, ils ont à peine quelques individus vaccinés, encore ceux-ci se trouvent-ils parmi les eofaus seulement. Quaot aux individus vaccioés qui sont morts de la variole dans la populatiou civile, le nombre en doit être très restreint; on n'a même pu m'eo citer un seul cas.

Parmi les militaires vaccinés qui ont succombé à la même maladie, l'exemple le plns remarquable est celui du sous-lieuteoaot Roque, du 2e régiment d'infanterie légère, mort à l'hôpital du Dey, le 22 juin. C'était pour la deuxième fois qne cet officier avait la variole depuis sa vaccination, et les traces qu'il portait de celle-ci, à soo eotrée à l'hôpital, n'étaicot pas moins évidentes que celles de sa première variole. J'ajoute qoe M. Roque sortait de l'Ecole-Militaire, où persoone n'est admis, comme on sait, qu'après un examen qui ne laisse aocun doute sur l'opération dont nous parlous.

Les exemples de récidive de la variole chez le même individu ne soot pas rares (4); mais comme on pense généralement qo'alors la première oo la deuxième doit être rapportée à la varioloïde, qni, ponr quelques-uns, n'est pas seulement une maladie moins grave, mais encore nne maladie différente, le fait suivant ne sera sans doute pas déplacé ici.

(1) Le nombre des militaires vaccinés qui ont eu la variole est, sans doute, beaucoup plus considérable; mais tous nos médecins n'ont pas pris note de leurs varioleux vaccinés. D'un autre côté, nous n'avons voulu porter ici que ceux de ces malades qui conservaient les traces les plus évidentes de l'opération à laquelle ils avaient été soumis.

(2) Il y a eu, dans la garnison de Bône, pendant le premier semestre de 1839, 25 varioleux; dont 8 avaient été vaccinés. Les 25 varioleux ont fourni :

Variole simple.......	12
— confluente	13
Décès..............	6, dont aucun parmi les vaccinés.

(3) Les malades de l'hôpital civil sont fournis par les différentes classes de la population, savoir : Européens, Israélites, Musulmans.

(4) Dubois, soldat au 28e de ligne, entré à l'hôpital de Bône, le 18 février dernier; pour une variole confluente, portait des traces bien évidentes d'une première variole. Il est parvenu à se rétablir.

Feu la baronne de Tascher, à la Martinique, aimait à raconter qne parmi les officiers de la garnison qui fréquentaient la maisoo de ses pères, il en était uo que la variole avait horriblement maltraité; que cette maladie étant venue à paraître dans l'île (1). cet officier était devenu l'objet des plaisanteries de ses camarades, qoi aimaient à lui répéter que, pour lui, il n'avait rieo à craindre de la maladie régnaote, faisant allusion aux profoodes cicatrices dont il était maculé; mais que, pourtaot, à la fin, il en fut atteint, et à uo degré tel, qo'il en mourut.

Des cas de rougeole, de scarlatine, d'urticaire, de coqueluche et de croup ont été observés à Alger, en même temps que les deux affections doot nous venons de parler. La coqueluche, qui était assez répandue, s'est fait remarquer par une ténacité peu commune. Des enfans, qui en avaient ressenti les premières atteintes, les uns en janvier, les autres en février, n'en étaient pas eocore débarrassés sur la fin de juin. Le chiffre des décès par suite du croup, dans la populatiou civile, s'est élevé à 10, savoir :

Européens....	5
Musulmans....	4
Israélites.....	1

Le tétanos a régné à Oran d'uoe manière en quelque sorte épidémique. On en observa trois cas, dont uo spontané, au commencement d'avril, après une élévation de température (22° Réaumur, maximum), qui s'était opérée tout à coup. Le tétanos spontané était offert par un Arabe, qui guérit; les deox autres malades moururent, bien que tous trois eussent été soumis au même mode de traitement, c'est-à-dire aux saignées géoérales et locales, à l'application de ventouses scarifiées le long de la coloone vertébrale, jointes à l'emploi de l'opium à haute dose et à l'administration de bains tièdes, loogtemps prolongés. Trois nouveaux cas de tétanos, tous trois traumatiqoes, se représentèrent à Oran le mois suivant : deux chez des militaires; l'autre chez uo israélite, qui avait reçu une cinquantaine de coups de yatagan, la plupart sur la tête. Le mal, chez un des militaires, s'était manifesté le lendemain de l'applicatioo d'un séton à la nuque, prescrit, à l'hôpital d'Oran, pour une amaurose. Cette affection était survenue après un séjour de quatre mois dans uo cachot; le malade en aurait été frappé au moment même où il revit la lumière. Cet homme appartenait au 1er bataillon léger d'Afrique, qui fait partie de la garnison d'Oran.

Pendaot que le tétanos régnait ainsi parmi les militaires et dans la population d'Oran, on l'observait en même temps sur les chevaux et les mulets de la garnisoo. L'un de nos jeunes collaborateurs, M. Demortain, a vu 9 de ces animaux qui en souffraient eo même temps. A très peu d'exceptions près, tous les chevaux ou mulets qui en furent atteints moururent. Le mode de traitement adopté par ce médecin vétérinaire coosistait priocipalement dans l'emploi des bains de vapeur.

(1) Aux Antilles, l'arrivée d'un bâtiment négrier était ordinairement suivie d'une épidémie de variole, et c'est ce que j'ai vu plusieurs fois pendant le long séjour que j'y ai fait.

fluence du rayonnement scientifique auquel sont soumises les contrées, les populations? L'instruction pathologique, que déverse Montpellier, coule sur une grande étendue; presque tout le Midi s'en imbibe et s'en colore; les praticiens qui militent dispersés à plus de cent lieues de cette vieille métropole de la science, gravitent dans l'esprit de ses doctrines. Ceux qui ont visité la haute et la basse Alsace savent ce que la médecine qui s'y fait a reçu du génie de quelques hommes qui l'ont dirigée autrefois par l'autorité de leur parole ou les exemples de leur habileté; il n'est guère de village alsacien où l'esprit pratique des Lobstein, des Reisseissen, des Hessert, des Schahl, ne revive au lit des malades. A vrai dire, un cours de pathologie forme le centre de l'encyclopédie enseignante de chaque Faculté; tous les autres cours lui sont accessoires; la physique lui fournit des méthodes exploratrices, la chimie l'assiste dans l'analyse des produits morbides; l'anatomie guide son investigation à travers les tissus, les organes et les appareils; la physiologie lui fournit les données comparatives de l'état normal et de l'état morbide : au milieu de ces sciences, la pathologie domine; c'est une reine parmi ses vassales, et la chaire où elle fait entendre ses préceptes est le foyer où se façonne et s'inspire la conscience médicale des générations nouvelles; et suivant la complexion de l'intelligence qui s'installe dans cette tribune austère, une période de progrès ou d'alanguissement peut se lever sur notre science.

Nos lecteurs connaissent déjà la liste des compétiteurs qui sont entrés dans la lice ouverte en ce moment, ainsi que la composition du tribunal appelé à les juger. Il y aurait beaucoup à deviser sur cette double nomenclature; une plume caustique s'aiguiserait à plaisir dans certains rapprochemens de noms; il y a des affinités nominales qui sont au travail du scrutin ce que l'électricité est à certaines combinaisons; il y a des candidats inévitables qui abaissent le concours à la valeur d'une réclame, et qui ne montent à la brèche que pour se montrer pendant quelques jours, armés de pied en cap, aux yeux de la foule ébahie : ce sont de calmes héros qui essaient des armures qui ne sont pas faites à leur taille; ils les portent cependant avec une grâce laborieuse, mais pour les déposer avec empressement dans les coulisses, heureux de cette passagère et hasardeuse exhibition de leurs forces. Il y a des juges dont les noms correspondent, syllabe par syllabe, par une sorte d'immuable symétrie, à certains noms et prénoms de concurrens; pour eux, les épreuves qui vont se succéder sous leurs yeux sont les parties liées d'un jeu; leur équité devient stratégie; leur maintien dénoue le mystère, mais, sous des apparences contenues, leur habileté s'épuise en menues tentatives, et ne tient compte des épreuves, dans le résultat qu'elle rumine, que comme d'une espèce d'accompagnement musical sans relation avec le langage intérieur de leurs prédilections. Mais laissons là ces traits inachevés d'un tableau qui fait partie d'une galerie au-dessus de laquelle on peut inscrire : *Mœurs du concours*. Quelles sont les qualités qu'il est désirable de trouver réunies dans le futur professeur de pathologie interne? Quelle est la direction qu'il convient d'imprimer aux épreuves qui viennent de commencer? Sur ces deux points, quelques réflexions doivent avoir place ici, et prépareront nos lecteurs aux analyses que nous comptons leur offrir des phases successives du concours.

Le professorat a ses conditions générales et spéciales. C'est aux premières que nous attachons le plus d'importance, Sans doute une instruction de détail, aussi sûre que profonde, doit lester toute candidature; on est mal venu à briguer la robe et la toque, avec une érudition qui bégaie, avec une mémoire

Quelques autres cas de tétanos se sont aussi présentés sur d'autres points de l'Algérie : à Bône, à Alger et à Bougie.

A Bone, on en observa quatre cas, tous quatre spontanés, dont deux en janvier et deux en avril. Des deux premiers, l'un guérit.

A Alger, on en observa deux cas, tous deux traumatiques : l'un en janvier, l'autre en mai. Le premier fut offert par un Napolitain, qui, la veille, était sorti de l'hôpital civil, où il était entré pour une contusion du gros orteil : il en paraissait bien guéri. Sa dernière maladie fut attribuée à une indigestion.

L'autre cas de tétanos fut offert, à l'hôpital civil, par un homme qui venait de subir l'amputation de la jambe, par suite d'une luxation du pied dans laquelle le tibia faisait saillie au dehors, après avoir déchiré les tégumens de la partie interne de l'articulation. Le malade était un militaire depuis peu libéré du service.

Un seul cas de tétanos fut observé à Bougie; il se présenta en mai, chez un militaire de la légion étrangère, qui avait reçu, quelques jours avant, un coup de feu à la cuisse, dans une sortie dirigée de cette ville dans les montagnes voisines. Il mourut dans les vingt-quatre heures.

Le passage plus ou moins subit du froid au chaud est, à n'en point douter, l'une des causes les plus énergiques du tétanos. C'est à cette cause que nous dûmes le grand nombre de tétaniques qui apparurent dans l'armée expéditionnaire de Constantine, en 1836, durant notre retraite sur Bône, mais surtout après notre rentrée dans cette ville. La plupart des amputés, opérés à Bône au retour de l'expédition, succombèrent au tétanos. Mais le plus grand nombre de tétaniques, fournis par l'armée, n'avaient aucune blessure, et on ne pouvait assigner d'autre cause à leur maladie que le froid auquel ils avaient été exposés sous les murs de Constantine (1), alors qu'ils souffraient des fatigues et de la faim, et auquel avait succédé brusquement, dans notre retour, une température très élevée (2).

C'est, sans nul doute, aux variations de température, à la fois si fréquentes et si grandes, auxquelles sont exposés les nègres de nos colonies par le manque d'abris convenables, qu'il faut attribuer la fréquence du tétanos chez leurs nouveau-nés. L'usage établi chez tous les peuples des régions tropicales de s'oindre avec différentes huiles, doit les rendre moins susceptibles de contracter cette maladie et beaucoup d'autres auxquelles présentent tant de prises les Européens récemment débarqués dans ces contrées.

Dans le nombre des militaires atteints de tétanos, par suite de l'expédition de Constantine, en 1836, il en est deux chez qui le mal ne s'est développé que près de deux mois après le retour de l'expédition (3). Chose non moins remarquable, c'est que tous deux se trouvaient alors très-éloignés des lieux où ils en avaient, pour ainsi dire, pris le germe; en effet, l'un était à Alger et l'autre à Toulon. Le premier, Fère, soldat au 62e de ligne, était entré à l'hôpital du Dey pour une affection caractérisée, par le médecin traitant, sous le nom de *gastro-bronchite*. C'était le 24 janvier 1837. Le lendemain, à la visite du matin, il est pris du tétanos, auquel il succombe le 26, à six heures du matin.

L'autre militaire était un soldat du 59e de ligne, nommé Massale, qui, amputé des deux jambes à l'hôpital de Toulon, le 26 janvier 1837, fut pris du tétanos le 27, à huit heures du matin; il y succomba le même jour, à neuf heures du soir. L'amputation avait été pratiquée pour une congélation des deux pieds survenue pendant l'expédition. Sur quoi je ferai remarquer que la plupart des autres amputés de l'armée, qui ont succombé à Bône par suite du tétanos, avaient été opérés pour cause de congélation.

La proportion des tétaniques qui se sont présentés en Algérie, pendant les six premiers mois de 1839, a été plus forte à Oran que sur les autres points, ce qui paraît devoir s'expliquer par la position de cette ville exposée, par son élévation, comme aussi par certaines dispositions locales, à une ventilation plus grande que celle à laquelle sont soumises nos autres villes de l'Algérie, à part peut-être Constantine. Ces mêmes circonstances de localités pourraient expliquer aussi la fréquence, plus grande à Oran que sur nos autres points, des affections pulmonaires, qui s'observent principalement dans l'hiver et au printemps, ainsi que des diarrhées et dyssenteries, qui, depuis notre occupation en Afrique, constituent les maladies dominantes de la division d'Oran.

M. le docteur Saiger, notre collaborateur dans cette ville, attribue avec raison aux inégalités du sol sur lequel est bâtie la ville le grand nombre de fractures, de luxations et d'entorses qu'on y observe en tout temps, et qui contribuent à faire de son service l'un des services chirurgicaux les plus importans de l'armée.

Nous terminerons cet article en faisant remarquer que bon nombre de phthisiques sont morts à Alger pendant les six premiers mois de 1839. Nous en avons perdu 21 à l'hôpital du Dey, qui reçoit la plupart des malades de la division, dont le chiffre, ainsi que nous l'avons déjà dit, est d'environ 20,000 hommes. La mortalité des phthisiques, dans la population civile, pendant le même laps de temps, s'est élevée à 31 individus, savoir :

Européens	8
Musulmans	13
Israélites	1
Hôpital civil	9

Elle y avait été de 43 dans tout le cours de l'année précédente.

Nous n'en pensons pas moins que le nord de l'Afrique, à raison du peu de rigueur de ses hivers, est plus favorable aux phthisiques que nos contrées méridionales, où apparaît ordinairement tout à coup, au milieu des plus fortes chaleurs, ce vent glacial, connu sous le nom de *mistral*, si peu en rapport avec la vive impressionnabilité des malades dont nous parlons.

La question de la salubrité du climat de l'Algérie, relativement aux phthisiques, a été trop agitée dans ces derniers temps pour que nous n'exprimions pas ici, à cet égard, une opinion qui semble s'accréditer de plus en plus parmi les médecins de l'armée qui ont fait le plus long séjour dans le pays. Cette opinion tendrait à établir que le climat de l'Algérie serait favorable aux phthisiques lorsque la maladie n'a point encore dépassé certaines limites, tandis qu'il accélérerait leurs jours dans le cas contraire. C'est aussi ce que nous croyons avoir observé nous-mêmes. Nous avons vu des individus, chez qui la phthisie paraissait commencer à leur arrivée en Afrique, parvenir avec le temps à améliorer sensiblement leur état; nous

(1) Nuit du 21 au 22 novembre.

(2) Journées des 30 novembre et 1er décembre.

(3) L'armée était rentrée à Bône le 1er décembre, et déjà le tétanos, comme nous l'avons dit, avait éclaté parmi les troupes.

qui chancelle; tous les faits dont une science se compose, toutes les notions historiques qui s'y rapportent, doivent reluire nettement dans l'esprit des concurrens; soyons vrai : peu de nos confrères, jeunes ou vieux, descendent dans l'arène sans s'être munis de ce bagage; ce que le travail donne, presque tous le possèdent; ce que la patience peut amasser, ils l'apportent; mais ce nous est une licence grande de ne point redire avec Buffon : le génie, c'est la patience. Tout au contraire, notre avis est que jamais celle-ci ne supplée aux qualités foncières de l'être intellectuel; l'érudition est le fruit d'un labeur persévérant; est-ce que l'érudition crée le jugement? Voyez plutôt autour de vous. Multiplier les volumes n'est souvent, dans notre littérature médicale, qu'une question de loisir et de tempérament : est-ce que l'on devient écrivain à faire des volumes? Que le maître qui monte dans la chaire de pathologie interne se soit assimilé tous les matériaux de cette branche; qu'il ait exploré dans le passé les traces des doctrines ensevelies, les rudimens de nos connaissances classiques; qu'il ait fouillé dans la littérature étrangère et grossi le trésor des documens valables qui doivent étayer l'enquête annuelle de ses leçons; mais cela ne suffit point : nous le voulons doué de cet ensemble d'attributs qui caractérisent les hommes vraiment capables; nous le voulons doué du sens philosophique qui nulle part n'est plus nécessaire que dans l'étude de la pathologie; désintéressé de système, inaccessible aux sollicitudes impérieuses de l'ambition dogmatique, il faut qu'il évoque devant son auditoire tous les faits, toutes les opinions, toutes les découvertes; la libéralité de ses vues lui permettra d'entrer sans prévention dans l'examen de toutes les nouveautés, d'accepter les vérités de quelque côté qu'elles viennent; de combattre l'erreur, quel qu'en soit le promoteur. La probité la plus rigide présidera à l'exercice de son noble mandat : avant d'émettre une proposition, avant de formuler une conclusion, un précepte, il en aura apprécié tous les élémens; qu'il use envers ses devanciers et ses contemporains de la même sévérité qu'envers lui-même : il lui appartient et de peser et de compter avec tout le monde; trop d'équivoques résultats ont obtenu les honneurs de l'enregistrement historique; trop de fausse monnaie circule dans notre science pour qu'il puisse se dispenser d'un contrôle minutieux. Appelé à commenter les produits de l'observation clinique, ayant mission de former des praticiens, il doit être praticien lui-même, non pas seulement de ceux qui promènent de rue en rue, de maison en maison, leur sagacité divinatoire; une observation flottante, tronquée, vagabonde, presque toujours frustrée des lumières de l'autopsie, ne saurait sustenter un enseignement pathologique; il faut que cette chaire soit adossée au mur d'un hôpital; celui-là s'énonce compétemment, qui a vu, palpé, odoré; l'aplomb ne manque point dans cette tribune à qui passe, pour y monter, par une salle de malades et l'amphithéâtre; il n'y a qu'un praticien qui sache faire ressortir aux yeux des élèves certaines nuances symptomatiques; lui seul analyse d'une manière complète tous les élémens de la causalité; s'il aborde la description des multiples formes d'altération cadavérique, il raconte en témoin, il peint et fait palper à l'œil les vicissitudes morbides de la trame organique. Comment discuterait-il la valeur des signes physiques, si les modes explorateurs qui servent à les recueillir ne lui sont devenus familiers au lit du malade, s'il n'a fréquemment rapproché le souvenir de leur succession chez le vivant avec les phases de l'altération nécroscopique? Les leçons qu'on attend de lui seront-elles les pages arrachées d'un livre, d'un cahier, un scholastique échafaudage de notions empruntées et de faits exhumés de tous les coins et recoins d'une

en avons vu aussi, chez qui le mal était déjà plus ou moins avancé à leur arrivée, périr avec une rapidité qu'on n'observe peut-être pas dans nos climats. Ainsi est mort à Alger, il y a trois ou quatre mois, un jeune homme, très connu des professeurs du jardin du roi, à Paris, qui était venu en Afrique dans l'espoir d'arrêter les progrès d'une phthisie dont il était atteint depuis plusieurs années.

L'opinion dont nous parlons n'en nécessite pas moins de nouvelles recherches : on ne saurait trop les multiplier dans une matière qui intéresse l'humanité à un si haut degré.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR L'INFLAMMATION DU SYSTÈME VEINEUX ABDOMINAL (1); par M. FAUCONNEAU-DUFRESNE, médecin à Paris.

§ I. — HISTORIQUE.

Malgré l'importance que les anciens médecins attachaient au rôle que joue dans les maladies le système veineux abdominal, on ne trouve dans leurs écrits aucune mention des altérations pathologiques que peuvent présenter le sang et les veines de ce système. Cependant à combien de maladies ce liquide et ces vaisseaux ne doivent-ils pas être exposés, en raison de la grande quantité de substances plus ou moins irritantes, délétères, etc., que reçoit le canal digestif! Qu'il serait intéressant, si nos moyens d'investigation étaient plus avancés ou plus puissans, d'étudier les modifications que le sang peut éprouver dans les diverses maladies! Bichat, dans le but unique de prouver que le sang est susceptible de maladies, rapporte (2) avoir ouvert, en présence de M. Lherminier et de quelques autres médecins, un cadavre dont la veine splénique, le tronc de la veine-porte et toutes ses branches hépatiques étaient remplis d'une sanie grisâtre; c'est à peine si Hodgson fait mention des altérations de la veine-porte, dans son TRAITÉ DES MALADIES DES ARTÈRES ET DES VEINES. Farre (3) a parlé vaguement de quelques maladies du foie dans lesquelles l'ascite est produite par du sang coagulé remplissant les branches de la veine-porte. Mais c'est à M. Bouillaud (4) que nous devons la connaissance précise du rapport qui existe entre l'ascite et les obstructions inflammatoires de la veine-porte. En 1829, M. Reynaud, actuellement médecin distingué au Puy (5), dans un mémoire intéressant, a réuni de nouveaux faits et a étudié avec soin la manière dont la circulation tend à se rétablir lorsque le sang ne peut plus traverser le tronc veineux. Enfin M. Cruveilhier, dans son article *phlébite* du DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES, a consacré quelques lignes à la phlébite hépatique. Un assez grand nombre d'observations ont déjà été publiées sur cette maladie dans nos divers journaux; j'en ai moi-même recueilli quelques-unes. Il restait à considérer tous les faits dans leur ensemble et dans les différentes parties du système veineux abdominal. C'est à cette étude que je vais me livrer.

§ II. — DESCRIPTION GÉNÉRALE.

Le système veineux abdominal se compose : 1° Des veines dont la réunion forme le tronc de la veine-porte; 2° du tronc et de toutes les divisions de cette veine; 3° des veines sus-hépatiques; 4° enfin, chez le fœtus, de la veine ombilicale. L'inflammation peut avoir lieu dans ces différentes parties. Ce nombre considérable de veines doit faire supposer qu'elle s'y développe fréquemment, et que si l'on n'en possède pas un plus grand nombre d'observations, cela ne peut tenir qu'au défaut de recherches.

De même que dans l'inflammation des autres veines du corps, l'inflammation du système veineux abdominal peut ne consister que dans une rougeur plus ou moins intense ou plus ou moins étendue; rougeur tantôt bornée à la tunique interne et due à son réseau extérieur, tantôt envahissant les autres membranes lorsque la congestion sanguine est plus forte; alors l'épaisseur des tuniques est augmentée. On a observé le ramollissement ou la friabilité de la membrane interne. Les parois de cette membrane deviennent quelquefois rugueuses. Je ne sache pas qu'on y ait observé des ulcérations. Divers produits morbides peuvent y être sécrétés : des fausses membranes plus ou moins consistantes; adhérentes ou simplement juxta-posées, du pus à l'état concret ou liquide, pur, mêlé à du sang, à de la bile. Les veines peuvent en être distendues; mais il occupe rarement une grande étendue du vaisseau sans interruption; alors il bosselle les veines et peut faire croire à l'existence de véritables abcès; il peut perforer ces vaisseaux devenus fragiles et s'épancher autour. Ce pus est susceptible de dégénérer en une matière sanieuse, fétide. Il peut se déposer au milieu des caillots de sang et sa résorption peut s'y opérer. Sous ce pus la membrane interne est souvent d'un rouge violacé.

Le sang contenu dans les veines enflammées est modifié soit par l'inflammation seule, soit en même temps par le contact des produits sécrétés. Il se coagule, stagne. Le caillot, d'abord demi-fluide, conserve sa coloration, adhère légèrement aux parois de la veine. Si l'inflammation a été légère, l'obstacle peut n'être que passager; le sang alors redevient liquide et rentre dans la circulation. Mais si l'inflammation a été intense, le caillot prend de la consistance, adhère plus intimement aux parois de la veine et peut l'oblitérer. La disposition du caillot varie : c'est tantôt une couche mince plus ou moins étendue, ou diverses couches diminuant graduellement le diamètre du vaisseau; tantôt c'est une masse ne laissant sur le côté ou à son centre qu'un très petit passage au sang, ou même obstruant tout à fait son passage. Le caillot est d'autant plus consistant qu'on l'examine dans les couches les plus anciennes, c'est-à-dire dans celles qui adhèrent aux parois de la veine. Avec le temps, il subit quelques changemens. Dépouillé par l'absorption d'abord de son sérum, puis de sa matière colorante, il devient dur et jaune. Ainsi dégénéré, il finit quelquefois par se pénétrer de vaisseaux et offrir des phénomènes d'organisation qui commencent par la couche la plus extérieure. Il peut subir encore d'autres altérations : une matière jaune, dure, élastique ou friable,

(1) Ce mémoire est extrait d'un TRAITÉ DES MALADIES DU FOIE ET DU PANCRÉAS, que M. Fauconneau Dufresne doit incessamment publier.

(2) ANAT. GÉNÉR., CONSIDÉR. GÉNÉR.

(3) THE MORBID ANATOMY OF LIVER. London, 1815.

(4) ARCH. GÉNÉR. DE MÉD., t. II et V : *De l'oblitération des veines et de son influence sur les hydropisies partielles.*

(5) Journ. hebdomad., n. 43 : *Des obstacles à la circulation du sang dans le tronc de la veine-porte et de leurs effets anatomiques et pathologiques.*

bibliothèque? Trop de cours de pathologie interne pèchent par cette sécheresse didactique et rappellent l'époque où les questions de notre art se résolvaient, comme des problèmes de jurisprudence ou de philologie, à coups de citations de textes et d'érudite confrontation de passages. La querelle des anciens et des modernes, qui se reproduit partout, en médecine comme en littérature, ne doit point trouver dans le nouveau professeur un champion de plus; il ne doit point se piquer d'intervenir dans toutes les situations difficiles de la science, comme le dieu du drame antique, souverain artisan de solution et de dénoûment. Son respect pour les travaux accomplis dans les siècles antérieurs, son culte zélé pour la tradition médicale, ne dégénèreront pas en fanatisme, au point de lui faire méconnaître les services rendus à l'art dans l'époque présente et les progrès réalisés de nos jours par des voies diverses. Toutefois l'innovation contemporaine a ses entraînemens : qu'il y résiste. Les matériaux jetés là, du jour au lendemain, non sans quelque hasard, sollicitent un triage judicieux; en produisant les découvertes encore dépourvues de sanction définitive, il a besoin d'user de mesure et de restrictions; il y aurait plus de danger à passionner un jeune auditoire pour des nouveautés sans contrôle qu'à le resserrer dans l'exclusive perspective du passé. Le maître nouveau qui vient s'asseoir parmi des illustrations acceptées se passerait difficilement de quelque modestie; celle-ci est loin de nuire à la dignité, cette autre vertu théologale du professorat. Il est une dignité inhérente à l'organisation : le candidat la possède ou ne l'aura jamais; elle lui compose son atmosphère sociale comme sa manière intime; elle tient au dessin primitif de l'individualité et ne fait qu'en détacher les linéamens. Il est une autre dignité qui relève de l'objet même et qui est à l'enseignement ce que la bienséance est aux habitudes du monde, ce que la correction est au style. Elle veut que l'improvisation de la chaire médicale soit aussi éloignée de la pompe emphatique des rhéteurs illettrés qui pullulent dans notre carrière, que du ton de triviale familiarité dont certains diseurs laissent fluer leur verbeuse exubérance. Si une critique qui s'attaque à un très grand nombre de professeurs avait chance d'être accueillie, nous oserions avancer que l'enseignement médical est entaché à Paris d'un vice que l'habitude rend moins choquant : c'est la manie dramatique. On varie singulièrement les intonations, on dépense force gestes et mouvemens; on pose, on se drape dans la chaire, on s'excite à l'attaque, on réfute avec véhémence : cela s'appelle de l'animation. Ce défaut nous paraît tenir en grande partie à des circonstances matérielles et, en premier lieu, à l'étendue des amphithéâtres : c'est un grossissement de geste et de voix, approprié à la distance et au nombre des auditeurs. Il accuse aussi une influence d'une autre nature : viser à l'effet, à l'éclat, est le faible du temps où nous vivons. Pour nous, nous comprenons des allures plus calmes, plus recueillies, un geste sobre, une voix égale et pénétrante, une grave et imposante exhibition des richesses de la science. Il ne s'agit ni d'émouvoir, ni de troubler les esprits, et l'improvisation facile, mais réglée, variée, mais tempérée, convie davantage à la réflexion et laisse les coudées franches au jugement des auditeurs. N'achevons point cette ébauche, exigeante sans doute, des conditions de forme, sans nous inscrire contre la verve de sarcasme et l'humeur conteuse; Desgenettes contait et n'enseignait point. La narration des faits veut aussi des limites, un laconisme lucide. Nous nous rappelons un candidat du concours de matière médicale qui, ayant à traiter de la médication calmante, a consacré plus d'un quart d'heure au récit d'un fait d'un intérêt secondaire. La saillie rabe-

peut l'infiltrer; cette matière a été vue pénétrant les parois des veines, formant même en dehors d'elles des masses considérables. D'autres fois le caillot est converti en une matière pultacée, grisâtre, comme boueuse; cette altération, qui s'empare d'abord des couches centrales et s'étend ensuite aux superficielles, peut déterminer une nouvelle inflammation des parois veineuses et même des abcès autour.

§ III. — INFLAMMATION DES VEINES DONT LA RÉUNION FORME LA VEINE-PORTE.

Les observations de l'inflammation de ces veines sont jusqu'à présent en très petit nombre. L'inflammation n'y est très souvent caractérisée que par une rougeur plus ou moins intense, par l'épaississement des parois des veines, dont la membrane interne se détache plus facilement que de coutume, est plus molle ou plus friable. Ces altérations ont été vues dans toutes les veines qui composent cette première partie du système abdominal. M. Andral, qui en cite deux exemples (CLINIQ. MÉD., t. IV, p. 62 et 64), a remarqué qu'elles coïncidaient, dans le premier, avec une vive injection de la membrane muqueuse de l'iléon et du cœcum. Dans toutes ces veines, l'inflammation peut indubitablement produire du pus ordinaire en grande quantité; mais dans les observations recueillies on n'en trouve que des traces. On a déjà vu que Bichat avait trouvé dans la veine splénique une sanie grisâtre et fétide; M. Jobert, de Lamballe (Thèse inaug.), a rencontré quelques branches des veines mésaraïques remplies d'une espèce de lie de vin. L'une et l'autre mésentériques ont été trouvées en grande partie obstruées par des caillots de sang. MM. Gandet et Reynaud (Journ. hebdomad., n. 43) et M. Jobert (Thèse id.) en ont publié des observations. Il paraît que la veine splénique a été trouvée oblitérée. Ces caillots, d'abord demi-fluides et colorés dans les parties encore en contact avec le sang, devenaient de plus en plus denses, perdaient leur matière colorante, adhéraient fortement à tout le pourtour des parois de la veine. Quelquefois, dans une partie de la circonférence, le caillot était plus liquide, non adhérent, ce qui indiquait qu'une petite quantité de sang pouvait encore passer par la veine. Ces caillots ont été trouvés par M. Jobert (*loc. cit.*) entourés d'une couche comme albumineuse. Quelquefois ils étaient tout entiers d'ancienne formation. Au-dessous des obstructions, les veines prenaient, en général, un volume plus considérable, malgré la facilité que la circulation doit avoir à se rétablir, en raison des anastomoses nombreuses qui existent entre les veines de ce système. Dans un cas où l'une des mésentériques était oblitérée vers la partie supérieure du bassin, M. Jobert a constaté que les veines rectales étaient énormément dilatées et variqueuses. On conçoit que l'obstruction de la veine splénique doive occasioner l'engorgement de la rate. Les parois des veines dilatées étaient en même temps épaissies, blanchâtres, comme artérielles, ce qu'il faut attribuer à la continuité de l'inflammation.

§ IV. — INFLAMMATION DU TRONC ET DES DIVISIONS DE LA VEINE-PORTE.

On a recueilli un bien plus grand nombre d'observations sur l'inflammation de cette partie du système veineux abdominal que sur celle des deux autres parties. L'inflammation, comme la portion précédente, peut se borner à une rougeur plus ou moins intense et plus ou moins étendue. On l'a vue occuper le tronc, la plupart des ramifications de la veine-porte, et simultanément les veines qui contribuent à former ce tronc. La membrane interne, comme ci-dessus, est en même temps plus molle et plus friable, et se détache plus facilement. On a assez fréquemment trouvé du pus dans cette portion du système veineux abdominal. Tantôt ce n'a été que dans le tronc et dans les divisions principales, ou dans des petites branches; tantôt dans toutes ces parties en même temps, et jusqu'aux dernières ramifications (une observation de ce dernier genre, recueillie à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Borie, est consignée dans le journal LA CLINIQUE, n. du 2 mai 1829). Le pus trouvé dans ces veines a présenté des qualités variables; le plus souvent il était blanc, crémeux, bien lié; quelquefois il était rougeâtre ou jaune (couleurs qu'il devait sans doute à son mélange avec du sang ou de la bile). L'odeur était celle du pus ordinaire, Il était parfois concret et pris en pseudo-membranes collées aux parois des vaisseaux. D'autres fois, au lieu de pus véritable, c'était une sanie grisâtre, fétide, une matière comme boueuse. Ce pus ou ces matières ont été, dans quelques cas, en assez grande abondance pour intercepter le cours du sang, pour dilater les branches et les rameaux de la veine-porte, de manière à former, çà et là, et en très grand nombre, des renflemens plus ou moins considérables, communiquant ensemble, et à faire croire, si l'on s'était borné à pratiquer une simple incision, à l'existence d'un grand nombre d'abcès dans le parenchyme hépatique lui-même. J'ai fait peindre un cas des plus remarquables en ce genre, que j'ai trouvé, en 1831, sur une femme de soixante ans; dans le lobe droit, les renflemens les plus volumineux auraient pu recevoir une noix; ceux du gauche une forte noisette; dans les plus petits vaisseaux, la pression faisait reconnaître la présence du pus en en exprimant une gouttelette. Par suite même de son abondance, cette humeur peut être tellement poussée jusqu'aux dernières ramifications que le grain glanduleux semble converti en un kyste purulent; c'est ce qui résulte d'un fait observé par M. Cruveilhier. Dans les points renflés, on trouvait, comme dans les abcès, des fausses membranes; elles étaient minces, de consistance variable, faciles à enlever par lambeaux; elles n'existaient pas partout. La véritable paroi de ces renflemens était mince, presque transparente; et présentait une foule d'anfractuosités. Là où séjournaient le pus et les fausses membranes, les parois veineuses étaient marquetées de rouge, ou étaient d'une rougeur uniforme; parfois elles étaient violacées. La surface interne de la veine était restée le plus souvent lisse, mais quelquefois elle était rugueuse. La tunique intérieure, dans ce cas encore, était plus molle ou plus friable, et se détachait avec plus de facilité que de coutume. L'inflammation a été observée dans le tissu extérieur à la veine, en dedans de la capsule de Glisson. Dans l'observation citée de M. Borie, il y avait autour des veines un peu d'infiltration purulente; mais M. Cruveilhier (art. *Phlébite* du DICT. DE MÉD. ET DE CHIR. PRATIQ.) en cite un exemple si curieux, que je ne puis me dispenser de transcrire ses expressions: « Il y avait dans le sillon transversal du foie un foyer purulent, à parois très denses, qui entourait le tronc de la veine-porte. De ce foyer, comme d'un centre, partaient des canaux purulens excentriques aux divisions de la veine-porte, qui se divisaient et se subdivisaient comme cette veine. La capsule de Glisson était très épaissie. » Autour des veines ainsi enflammées d'une manière aiguë, le tissu hépatique était plus rouge ou d'un autre rouge qu'ailleurs; on l'a vu marqueté de rose, quelquefois noirâtre; il était plus mou ou plus friable. On a remarqué dans quelques cas des inflammations circonscrites du parenchyme, depuis l'induration rouge jusqu'à l'infiltration ou

---

laisienne, les réminiscences de Guy-Patin sont médiocrement venues en pathologie interne : avis aux gens d'esprit qui ne veulent pas être hommes de science seulement !

Si le concours actuel avait eu lieu il y a quinze ans, la direction qu'auraient reçues les épreuves n'eût pas été douteuse : on les aurait insufflées d'intentions, on les aurait instituées pour ou contre la doctrine physiologique : mais les temps sont changés et les esprits de même; il n'est plus donné aux questions de doctrine de passionner qui que ce soit ; le Val-de-Grâce est muet. La synthèse sommeille, dans quel génie encore inconnu ? Personne ne le sait; mais l'unité dogmatique ne s'agite dans les prétentions d'aucun écrivain : aussi, le concours qui vient de s'ouvrir n'aura rien de dogmatique ; il se passera au-dessous ou au-dessus des orages de la controverse systématique. L'héritier du nom du célèbre réformateur ne paraît vouloir s'attacher lui-même qu'aux données de l'expérience et de l'observation, laissant défaillir la doctrine paternelle là où elle défaille, acceptant les faits nouveaux et se résignant au doute. Le dogme écarté, quelle tendance imprimera le jury aux exercices de la lutte qu'il dirige ? Aucune, du moins nous l'espérons; et voilà le mérite préalable de ce concours. Il pourra être poussé plus ou moins dans la direction historique, dans la voie de l'anatomie pathologique, dans celle du néo-humorisme. Disons d'abord que les recherches de pathologie humorale ne sont pas assez avancées pour servir de base à des questions posées *ex professo*. Sans doute, les ingénieuses révélations de la micrographie, les analyses plus complètes ou neuves auxquelles la chimie a soumis les principaux fluides de l'économie et beaucoup de produits morbides, trouveront une ample place dans les leçons des candidats, mais accessoirement ; le sang, le chyle, la bile, les urines, les sueurs, ont été mieux étudiés dans ces derniers temps, leurs altérations mieux éclairées ; on en a fait le sujet de plus d'un volume : nous ne pensons pas qu'elles doivent fournir celui d'une leçon ; elles se retrouvent, sous forme incidente, dans la plupart des questions de pathologie spéciale. On a mis à la mode les recherches historiques, et la mode nous paraît excellente. Mais ce n'est point une chaire d'histoire et de bibliographie qui se dispute en ce moment : assez de faits spéciaux encombrent le domaine de la pathologie pour que les candidats n'aillent pas s'égarer dans les sinuosités d'une érudition fastueuse; nous les dispenserions même volontiers de saupoudrer chaque sujet qui sortira de l'urne, de cette vénérable et machinale érudition, recueillie à la hâte, et qui se dépose constamment dans quelques noms banalement invoqués. Mieux nous vaudra de leur part le sens pratique et quelque veinule d'originalité, s'ils nous peuvent l'offrir. C'est l'anatomie pathologique qui revendique le plus large rôle dans ce concours, sans qu'elle doive néanmoins le dominer exclusivement; la tendance qui portait naguère les observateurs vers la recherche attentive des lésions organiques ne s'est point ralentie; on en sent les avantages; mais on commence à prendre en considération plus grave les troubles fonctionnels liés aux altérations des fluides; on revient aux maladies générales, mais par une route inverse de celle qu'avaient suivie nos prédécesseurs; ceux-ci les impatronisaient d'emblée dans l'organisme; les pathologistes contemporains partent de la maladie locale et l'observent se ramifiant, se généralisant plus ou moins. Si une direction pouvait d'avance être déterminée pour les épreuves, on pourrait donc en hasarder la ligne un peu ondulée entre l'anatomie pathologique et la généralisation morbide; mais, pour les juges comme pour les candidats, mieux vaut que nul esprit de recherches partielles ne souffle sur cette tribune où vont mon-

même la collection de pus; dans d'autres cas, le foie presque en entier était gonflé, rouge, friable; et l'on conçoit qu'il doive en être ainsi lorsque la phlébite a une certaine étendue.

L'INFLAMMATION PEUT SE PRÉSENTER SOUS UN TOUT AUTRE ASPECT. — Elle consiste alors dans la formation de caillots plus ou moins nombreux et étendus. Dans les observations dont je présente ici l'analyse, les caillots tantôt n'occupaient qu'une partie du tronc ou des principales branches de la veine-porte; tantôt ils occupaient toute l'épaisseur de ces vaisseaux, et se prolongeaient au loin dans les branches gauche et droite. Leur disposition était très variable. Ils étaient quelquefois flottans et adhérens seulement par un de leurs côtés; d'autres fois, leur disposition était circulaire. Dans certains cas, ils formaient, dans une étendue plus ou moins considérable, et même jusqu'aux dernières ramifications, une couche mince, sorte de toile transparente; dans d'autres cas, cette couche était épaisse, de sorte qu'il ne restait plus qu'un canal plus ou moins étroit par où passait le sang. Ce canal a été vu tantôt au centre ou à peu près, tantôt tout à fait sur le côté du vaisseau. Chez quelques sujets, l'obstruction paraissait au premier abord complète; mais le sang soulevait un côté du caillot et une petite quantité de ce liquide pouvait encore passer entre le caillot et la veine. Enfin, l'oblitération du tronc ou des principales branches de la veine-porte peut être complète. Les caillots paraissaient souvent composés de plusieurs couches distinctes juxta-posées, de dates différentes, à en juger par la différence des colorations et des adhérences. Les couches les plus anciennes étaient consistantes, décolorées, adhérentes à la veine, quelquefois même au point qu'il fallait en déchirer les parois pour opérer la séparation. Dans quelques-unes, on remarquait un commencement d'organisation; de petits vaisseaux, partant de la veine allaient s'y terminer. Les couches les plus récentes étaient en contact avec le sang. Dans les cas de disposition circulaire, elles formaient comme un tube contenu dans un autre. Elles étaient tendres, colorées, unies à la veine ou aux anciens caillots par des filamens légers, comme celluleux, ou quelquefois seulement contiguës à ces parties. Leur surface interne avait reçu du frottement du sang un aspect lisse. A mesure que le dépôt fibrineux était devenu plus ancien, et surtout lorsque l'occlusion avait été complète, le caillot avait subi des phases diverses ou des altérations variées. Dans un cas observé par MM. Duplay et Raynaud (JOURN. HEBDOMAD., n. 43), la veine-porte et les grosses branches qui en partent étaient remplies en totalité par un tissu cellulo-vasculaire contenant dans ses mailles une substance jaune demi-fluide ou presque concrète. D'autres fois, lorsque le dépôt datait de loin, la veine était remplie d'une substance formée de masses dures, jaunes, élastiques, ayant à la coupe l'aspect du tissu jaune des artères, divisées elles-mêmes en petites masses secondaires. Cette substance a été trouvée friable et ayant de l'analogie avec la matière tuberculeuse. L'adhérence de ces substances n'avait quelquefois lieu que par des filamens fins, ce qui faisait que le caillot enlevé à la veine restait assez lisse; mais l'union étant le plus souvent intime, un aspect rugueux résultait de la séparation. Dans l'une des observations, cette substance faisait tout à fait corps avec la veine, infiltrait la capsule de Glisson et les parties voisines du parenchyme hépatique, obstruait non seulement le tronc et les principales branches de la veine-porte, mais encore les divisions les plus fines. Là où l'on cessait de pouvoir suivre ces divisions avec le scalpel, on les voyait sur la coupe ou sur la surface du foie former des linéamens plus ou moins solides, et se continuer jusque dans les veines sus-hépatiques correspondantes. Dans quelques circonstances, cette matière, au lieu de se durcir, s'était ramollie, était devenue pultacée, et à la longue avait même subi des altérations telles, qu'on aurait pu croire à une dégénération squirrho-cancéreuse.

Lorsque de telles altérations existent dans les branches principales et surtout dans le tronc de la veine-porte, qu'en résulte-t-il, et *comment la circulation peut-elle se rétablir?* Les veines se dilatent d'abord au-dessous de l'obstacle par suite de l'accumulation qui s'y forme. Bientôt, et à mesure que cet obstacle se produit, des communications anatomiques s'établissent plus gravement dans le système veineux abdominal, et entre celui-ci et le système veineux général. Il finit par se développer une circulation collatérale plus ou moins complète, en dehors de laquelle se trouve entièrement le foie. Le sang du système abdominal, qui, auparavant, ne revenait au cœur qu'après avoir traversé le foie, cheminant alors contre son cours habituel, passe dans le système veineux général. Dans les observations qui ont été recueillies, on a trouvé, en effet, toutes les veines mésaraïques très dilatées. Les veines capillaires du thorax et de l'abdomen étaient généralement injectées et au point que les organes des deux cavités, surtout les intestins, en recevaient une teinte toute particulière. Les veines sous-cutanées, sous muqueuses, habituellement non apparentes, l'étaient devenues; les autres, plus dilatées, plus nombreuses, sinueuses, soulevaient ces membranes; il en naissait des réseaux, développés surtout aux deux faces du diaphragme. Les veines intercostales, diaphragmatiques, azygos, chargées principalement alors de ramener le sang au centre circulatoire, participaient grandement à cette dilatation. Cette circulation collatérale avait surtout atteint le plus grand développement dans deux cas où la veine-cave inférieure était en même temps oblitérée. Dans le premier, qui est dû à Baillie (1), la veine-cave était oblitérée dans le point où s'ouvrent les veines sus-hépatiques, ce qui équivaut à l'oblitération du tronc même de la veine-porte. Le sang des systèmes général et abdominal arrivait au cœur en refluant principalement par les veines lombaires et azygos (il y avait une azygos additionnelle). Dans le deuxième cas, qui a été publié par M. Reynaud (mémoire cité), et que j'ai observé avec lui, sur un ancien piqueur des écuries de l'empereur, la branche gauche de la veine-porte était restée libre. On y remarquait cette circonstance singulière que, des anastomoses s'étant formées, d'une part, entre les branches de la veine-cave inférieure et celle des veines mésentériques, et, d'autre part, entre celles-ci et des branches du système veineux général, il en résultait qu'une partie du sang de la veine-cave inférieure, destinée normalement à rentrer de suite dans le cœur, passait par le foie, tandis que du sang du système abdominal arrivait au cœur sans passer par le foie. Chez ce malade l'effort de la nature pour rétablir la circulation était si général que, dans la matière même qui oblitérait le tronc de la veine-porte, il tendait à se former, et il s'était même formé réellement, çà et là, de petits vaisseaux évidemment destinés à ramener le sang au centre circulatoire.

§ V. — INFLAMMATION DES VEINES SUS-HÉPATIQUES.

Il est rare de trouver des altérations dans cette portion du système

(1) TRANSACTION OF A SOCIETY FOR THE IMPROVEMENT OF MEDICAL AND SURGICAL KNOWLEDGE, vol. I, pag. 127.

---

ter tour à tour les combattans, et la seule appellation qui nous semble convenir au concours actuel, c'est qu'il ne sera qu'expositif.

M. L.

— M. le docteur LANDOUZY, connu par des recherches intéressantes sur plusieurs points de médecine et de chirurgie, vient d'être nommé professeur-adjoint de pathologie externe à l'École secondaire de médecine de Rheims.

veineux abdominal. On y a vu quelquefois de la rougeur. Je ne connais qu'une seule observation de pus formé dans ces veines; elle est due à M. Fizeau (Biblioth. médic., tom. xxxviii, pag. 209) : les plus gros troncs, comme les plus petits rameaux, aussi loin qu'on pouvait les suivre, contenaient du pus en telle abondance qu'en ouvrant les vaisseaux il s'échappait rapidement et, en quelque sorte, à flots, comme d'un abcès volumineux. Ce pus n'avait pas pourtant la même couleur; le plus souvent il était blanc, comme celui du phlegmon, dans quelques points, de lie de vin. En général, il était fétide, quoique le foie parût sain autour. La membrane interne des veines sembla saine, ainsi que la capsule de Glisson. On a trouvé dans les veines sus-hépathiques des caillots de sang dégénérés. Je n'en connais que deux exemples. Dans l'un, rapporté par M. Andral (Anat. pathol.), les plus grosses branches contenaient une matière friable, s'écrasant sous le doigt, d'un jaune verdâtre, semblable à une masse encéphaloïde; cette matière n'adhérait pas aux parois veineuses, qui étaient épaissies d'une manière notable. En plusieurs endroits, on apercevait des espèces de brides, qui, par une de leurs extrémités, adhéraient aux parois veineuses, et, par l'autre, à la matière morbide contenue dans la veine. Au-dessus du point où se trouvait cette matière, la veine offrait un rétrécissement notable, et il semblait qu'une adhérence tendait à s'opérer entre ses parois. L'autre exemple appartient à l'observation, déjà citée, du piqueur des écuries impériales : les veines sus-hépatiques, correspondant aux veines-portes oblitérées, l'étaient elles-mêmes complètement jusqu'à leur embouchure dans la veine-cave par une matière jaune, solide, élastique, très adhérente aux parois veineuses, et même faisant corps avec elles, en un mot, semblable à celle que nous avons décrite dans les veines-portes. Les veines du lobe opposé du foie étaient très dilatées par suite de la plus grande quantité de sang à laquelle elles avaient livré passage.

§ VI. — Inflammation de la veine ombilicale.

Cette inflammation a quelquefois été observée chez des enfans naissans. Quoiqu'on n'en connaisse que peu d'exemples, il est probable cependant qu'elle n'est pas rare. Meckel a vu ses parois tuméfiées, épaisses d'une à deux lignes, et recouvertes d'une fausse membrane très adhérente. Le même auteur et Osiander, dans deux autres cas, ont trouvé, le premier, cette veine, depuis le nombril jusqu'au foie, remplie d'un pus jaune, le second, sa face interne tapissée de pus et offrant des ulcérations (Biblioth. méd., tom. xvi, pag. 114). Dans ces trois cas, il y avait en même temps péritonite.

§ VII. — Des causes de l'inflammation du système veineux abdominal.

La lenteur avec laquelle le sang circule dans les veines, en favorisant la stase et la coagulation de ce liquide paraît disposer au développement de l'inflammation. Les causes, quoique en général peu connues, peuvent se distinguer en deux classes, les externes et les internes.

Causes externes. Par suite d'un coup violent ou d'une chûte sur la région lombaire du foie, l'inflammation des veines de ce système peut se développer. Des constrictions exercées sur le ventre ont paru, dans quelques cas, avoir diminué le volume de la veine-porte et n'avoir pas été sans influence sur la production de cette maladie. La cause peut être seulement extérieure aux vaisseaux : par exemple, une compression plus ou moins considérable exercée contre les parois de la veine-porte et de ses principales branches par des masses tuberculeuses (Andral, Clin. méd., tom. iv, pag. 98; Jobert, Thèse), par le cancer du foie, par les déformations de cet organe, par des lobules isolés développés du côté des principales branches, etc. Quoique beaucoup de ces causes ne paraissent agir que par un effet purement mécanique, cependant elles produisent en même temps une irritation sourde dans la veine, irritation par suite de laquelle le sang se coagule avant l'occlusion du vaisseau.

Causes internes. La plupart des veines dont la réunion forme la veine-porte, naissant de la surface interne des intestins, où elles exercent une action absorbante, on doit facilement concevoir que les substances irritantes, introduites dans les voies digestives, peuvent agir d'une manière funeste sur les parois veineuses et sur le foie lui-même. Parmi les substances les plus propres à produire cet effet, il faut citer les boissons chaudes et excitantes prises en grande quantité (le thé, le café), les condimens actifs (poivre, moutarde, cornichons, échalottes, gingembre, etc.), les liqueurs spiritueuses, les purgatifs drastiques pris par la bouche ou en lavemens (l'aloës surtout), les acides énergiques bus imprudemment ou employés à trop hautes doses dans des préparations médicamenteuses, l'administration du sublimé et autres préparations mercurielles (du mercure métallique principalement), etc., etc. On a déjà vu que l'inflammation aiguë des veines constituant la veine-porte pouvait coïncider avec l'inflammation de la membrane muqueuse intestinale. MM. Ribes (1), Andral (2) et Bouillaud (3) ont recueilli des observations qui établissent que la phlegmasie peut se propager aux veines de ce système, et de ces veines au foie. A la suite de certaines opérations chirurgicales, de la hernie étranglée spécialement, l'inflammation peut s'étendre aux veines mésaraïques. Dans un cas de renversement très ancien du rectum, M. Cruveilhier a vu des tentatives immodérées et infructueuses de réduction enflammer les veines hémorroïdales. Dans ce dernier cas, comme dans ceux des fistules anales, recto-vésicales ou vaginales, de cancer du rectum, d'ulcérations intestinales, accompagnant les affections typhoïdes, etc., etc., on a trouvé dans les veines mésentériques soit de la rougeur, soit des traces de suppuration. Le pus de ces veines, mêlé au sang, peut arriver au foie, s'arrêter dans le système capillaire, où il agit à la manière d'un corps étranger, du mercure, par exemple, et y produire une multitude de ces abcès profonds ou superficiels dont nous avons vu que le siége était dans le système veineux. Dans certains cas de cancer d'estomac ou des autres organes abdominaux, la matière cancéreuse passant dans les veines y détermine des inflammations; M. Cruveilhier (Anat. path.) a même vu alors la veine-porte et ses divisions converties en véritables canaux purulens. Le pus, même formé dans des parties très éloignées, peut, en se mêlant au sang du système veineux général, produire l'inflammation dans les veines du système abdominal : c'est ce qui arrive à la suite des grandes plaies, des ulcères, des suppurations intérieures abondantes, des fractures comminutives, etc., etc. Je ne chercherai point ici l'explication de ces phénomènes; il me suffit de constater les faits; leur interprétation appartient à l'histoire des abcès métastatiques du foie.

§ VIII. — Des symptômes de l'inflammation du système veineux abdominal.

Pour établir ces symptômes, on ne possède pas encore un assez grand nombre de faits, et ceux qu'on possède n'ont pas été en général recueillis avec assez de détails. Dans les cas de rougeur un peu intense et étendue du tronc de la veine-porte, des veines qui le forment ou de ses divisions, il est probable qu'il se manifeste de la fièvre et une sensibilité plus ou moins grande de l'hypochondre ou de la totalité de l'abdomen. Le foie étant excité et par suite la sécrétion biliaire augmentée, ne peut-on pas attribuer à ces lésions une légère teinte jaunâtre du visage, surtout aux yeux, au nez et aux lèvres, quelques vomissemens ou une diarrhée de nature bilieuse. On ne peut, jusqu'ici, que soupçonner la coïncidence des lésions avec les symptômes; car ne produisant pas la mort par elles-mêmes, il n'est possible de les constater que lorsque les malades succombent à d'autres maladies. Mais lorsque l'inflammation est très intense et qu'il en résulte formation d'une grande quantité de pus, les symptômes prennent alors une grande violence. Ils n'ont été observés que chez un petit nombre d'individus. On a vu qu'il n'existe point d'observations de collection abondante du pus ordinaire dans les veines dont la réunion constitue la veine-porte. Dans le peu de faits connus où du pus altéré y a été rencontré, les symptômes n'ont point été notés. Mais il existe plusieurs observations assez détaillées de suppurations développées dans le tronc et les ramifications de la veine-porte. Les symptômes suivans ont été observés : vomissemens glaireux au début; puis fièvre continue; peau sèche; pouls petit, serré, vibrant; langue sèche, encroûtée; ventre douloureux, ballonné par la suite; diarbée ou constipation, ou alternative de ces deux symptômes; grand abattement. Dans l'un des cas, où il s'agissait d'une femme de 60 ans, la maladie avait duré trente-cinq jours, et elle était morte dans un état de marasme. Chez des individus plus irritables, les symptômes sont plus aigus. Dans l'observation de M. Borie, où le sujet était un homme de 38 ans, un violent frisson annonça le début de l'inflammation; il fut suivi d'une fièvre ardente. Pendant une dizaine de jours il y eut un accès de fièvre de 10 à 12 heures, accompagné de dyspnée, de toux sèche. Ces accès arrêtés d'abord par l'administration du sulfate de kinine, reparurent et entraînèrent le malade au bout de trente jours. J'ai dit qu'on ne possédait qu'un seul exemple de suppuration formée dans les veines sus-hépatiques, ce qui m'oblige d'en citer textuellement les symptômes : « C'était un jeune homme de 20 ans, studieux, d'une santé délicate. Il y eut d'abord les symptômes d'une fièvre bilieuse très intense qui céda au premier septénaire par les moyens accoutumés. Cette fièvre revint avec le type intermittent et les mêmes symptômes et céda encore aux évacuans et aux amers. Une deuxième rechute fut combattue par les mêmes moyens, mais la jaunisse ne se dissipa point et l'enflure survint. Au bout de quelques

(1) Mémoire sur l'inflammation des veines. Rev. méd., 1825.
(2) Clinig. méd., tom. iv, p. 61 et suiv.
(3) Traité des fièvres.

jours, troisième rechute : fièvre plus violente, redoublemens au nombre de trois à quatre par jour, sans aucun intervalle d'apyrexie; progrès de l'enflure, gonflement du ventre; hémorragies symptomatiques, oppression extrême (apozèmes, purgatifs, fébrifuges et apéritifs, vésicatoires aux jambes). Diminution des accès, qui s'éloignent aussi; la fièvre redevient intermittente. Enfin, au bout de quelques jours, elle reprend le type rémittent, avec redoublemens irréguliers, et continue ainsi pendant les quinze derniers jours de la vie. Il n'y eut plus de symptômes bilieux; l'appétit se conserva jusqu'au dernier moment. La peau était sèche et avait pris une couleur terne. Il n'y avait pas de douleur dans la région hépatique. »

Les symptômes ne se ressemblent plus lorsque, au lieu d'une inflammation aiguë, il s'agit d'une inflammation chronique de ces vaisseaux, par suite de laquelle le sang se coagulant gêne la circulation ou l'empêche tout à fait. Dans un certain nombre de cas, une douleur sourde, un sentiment pénible, s'étaient le plus souvent fait sentir dans le lieu où l'obstruction s'établissait. Si celle-ci s'était formée dans le tronc de la veine-porte, le sang avait reflué dans toutes ses racines, les avait dilatées et rendues variqueuses. La rate s'était gonflée. Des hémorroïdes s'étaient développées et avaient quelquefois formé des tumeurs considérables; des vomissemens de matières mucoso-bilieuses, puis noirâtres, avaient lieu, ainsi que des selles de cette dernière nature, de véritables hémorragies intestinales.

On a déjà vu, dans les lésions anatomiques, comment la circulation se rétablissait par des voies collatérales. M. Reynaud (mémoire cité) a appelé l'attention des médecins sur un *développement veineux* qui se fait quelquefois dans ces circonstances *sur les parois abdominales*, et il l'a indiqué comme un signe de l'oblitération de la veine-porte. Quelle est la valeur diagnostique de ce signe? Je ne connais que cinq cas d'oblitération complète du tronc de la veine-porte, trois sont dus à M. Bouillaud, un à MM. Reynaud et Duplay, et le dernier à M. Duplay seul. Dans les deux derniers seulement, il est fait mention de ce développement veineux. Dans l'observation de MM. Reynaud et Duplay il y avait sur le ventre des varices énormes dont on redoutait la rupture; dans celle de M. Duplay, des veines grosses comme des plumes de corbeau formaient de nombreuses anastomoses au bas de l'abdomen; deux de ces veines d'un volume un peu plus considérable que les autres remontaient de chaque côté des muscles droits vers les parois thoraciques. Mais dans les trois observations de M. Bouillaud, il n'est pas question de ce développement veineux; aurait-il échappé à cet habile observateur dont les recherches n'étaient pas entreprises dans ce but et dont l'attention n'avait pas encore été appelée sur ce sujet (les observations de M. Bouillaud ont en effet été publiées en 1823 et le mémoire de M. Reynaud en 1829)? Dans un autre fait observé par MM. Gaudet et Reynaud, où l'une des deux veines mésaraïques qui viennent se rendre à la veine-porte était seulement en partie obstruée, on trouva le développement veineux abdominal indiqués en ces termes : veine sous-cutanée, de la grosseur d'une grosse plume d'oie, le long de chaque muscle droit, naissant, par des radicules nombreuses, de la région de l'aine; de chaque côté du ventre, existe une veine sous-cutanée, du volume d'une grosse plume d'oie, naissant, par des radicules nombreuses, de la région de l'aine, et qui, parallèle au bord externe du muscle droit, allait, en s'écartant peu à peu de la ligne médiane, se rendre dans l'aisselle correspondante. On remarque, en outre, plusieurs tumeurs hémorroïdales. N'a-t-on pas lieu de s'étonner de ce développement veineux dans un cas semblable, s'il est vrai qu'il n'existait pas dans quelques cas d'oblitération complète du tronc même de la veine-porte?

On a vu qu'il y avait des cas complexes dans lesquels la veine-cave est oblitérée en même temps que la veine-porte. J'en ai cité deux exemples. On conçoit qu'alors la circulation collatérale étant plus étendue, le développement veineux extérieur doive être plus prononcé. Cependant, dans l'observation de Baillie, il n'en est pas fait mention. Aurait-il échappé à l'attention de l'auteur? On serait d'autant plus porté à le croire que dans l'observation de M. Reynaud, où la veine-cave inférieure était oblitérée à sa partie supérieure et la branche gauche de la veine-porte restée libre, tout le système veineux des parois de l'abdomen et de la partie antérieure du thorax avait acquis un énorme accroissement. « De chaque région iliaque s'élevait un tronc du volume du petit doigt formé par la veine épigastrique, lequel, divisé en une multitude de grosses branches, s'anastomosant un grand nombre de fois entre elles et avec celles du côté opposé, donnait naissance, sur toute la partie antérieure du tronc, à un plexus à larges mailles, des côtés duquel s'échappaient de nombreux rameaux qui s'enfonçaient dans les intervalles intercostaux, pendant que d'autres, naissant de sa partie supérieure, allaient se jeter dans l'une et l'autre aisselle. Dans le voisinage du genou, sous les tégumens des jambes, on remarquait une multitude de veinules, comme chez les femmes enceintes. » C'est ce phénomène si remarquable qui avait donné à M. Reynaud l'idée de le considérer comme un moyen diagnostique.

Vient enfin un symptôme constant, c'est l'ascite qu'on retrouve dans toutes les oblitérations de la veine-porte, soit que cette oblitération ait lieu dans le tronc de cette veine, soit dans l'ensemble de ses divisions capillaires au sein du tissu hépatique, comme cela a lieu dans les diverses indurations de ce viscère. M. Bouillaud a démontré (mém. cité) que l'accumulation séreuse, dans ces circonstances, n'a lieu d'abord que dans le péritoine, parce que le système veineux abdominal est indépendant du système veineux général. Elle est toujours en proportion de la gêne que le sang éprouve à passer par la veine-porte; légère si l'obstacle est peu considérable; abondante si l'occlusion est presque complète; elle est aussi forte que possible, et se renouvelle avec rapidité après toutes les ponctions, lorsque la veine est complètement obstruée. C'est là la cause la plus énergique, la plus indomptable de l'ascite.

§ IX. — DIAGNOSTIC.

Le développement vasculaire extérieur pouvant aussi se manifester lorsque la veine-cave inférieure est oblitérée, il est nécessaire de jeter un coup-d'œil sur les faits de ce genre. Cinq observations d'oblitération complète de cette veine, assez précises pour être soumises à l'analyse, sont à ma connaissance; elles sont dues à Haller (1), Loses (2), Wilson (3), Cline (4), et M. Bouillaud (5). Dans trois seulement, il est question du développement veineux extérieur; voici en quels termes. Observation de Loses: sur l'abdomen, multitude de veines dilatées outre mesure; tumeur variqueuse formée par la dilatation de l'un des principaux rameaux de la veine épigastrique droite. Observation de Cline : les veines épigastriques étaient devenues aussi grosses que le petit doigt, et les veines superficielles de l'abdomen étaient très dilatées. Observation de M. Bouillaud ; les veines abdominales avaient un volume très considérable. Ainsi, dans l'oblitération complète de la veine-cave inférieure, comme dans celle de la veine-porte, le développement veineux extérieur n'était pas constant; et lorsqu'il existait, il se présentait, dans l'un et l'autre cas, sous forme de tumeur variqueuse, de réseau veineux, ou de cordons formés par les veines épigastriques. De nouveaux faits sont donc nécessaires, et surtout des faits plus complets, pour déterminer : 1° si ce signe est assez constant pour devenir un moyen diagnostique; 2° s'il offre des différences dans les cas d'oblitération de l'un ou de l'autre tronc veineux; 3° enfin, quelles particularités il peut présenter dans les cas complexes où la circulation du sang ne peut plus se faire dans ces deux troncs.

L'ascite existe aussi constamment dans les indurations du foie, surtout avec atrophie de cet organe. Ici la cause existe dans le système capillaire hépatique qui est comprimé et oblitéré par l'altération du parenchyme. Mais, dans ces altérations les plus avancées, une certaine quantité de sang peut encore passer, et c'est même pour cette raison qu'on ne trouve point alors sur les parois abdominales le développement veineux dont il a été question. Dans les cas d'oblitération de la veine-cave inférieure, l'hydropisie commence, au contraire, par les membres inférieurs.

La comparaison de ces diverses circonstances doit aider à établir le diagnostic : on pourrait même, jusqu'à un certain point, reconnaître quelle est la partie du système veineux abdominal où siége l'obstruction. Ainsi, dans l'oblitération de quelques branches mésentériques, on remarquera des hémorroïdes, un flux intestinal séreux plus ou moins abondant, et quelquefois sanguinolent. Si l'obstacle est dans le tronc de la veine-porte, il y aura ascite et développement des veines extérieures. La même chose devrait avoir lieu, dans la supposition où toutes les veines sus-hépatiques qui se dégorgent dans la veine inférieure cave seraient oblitérées. Dans les cas complexes, où le cours du sang sera en même temps interrompu dans cette dernière veine, on remarquera, dès le principe, concurremment avec l'ascite, une infiltration considérable des membres inférieurs, et le développement veineux extérieur sera extrêmement prononcé.

§ X. — PRONOSTIC.

La santé peut se rétablir lorsque l'inflammation est bornée à quelques branches veineuses; mais les observations prouvent malheureusement son extrême gravité lorsqu'une suppuration abondante s'est établie dans une grande étendue. Lorsque des branches seules s'oblitèrent, la circu-

(1) Haller (Opuscula pathologica, t. II, p. 477).
(2) Thèse de la Faculté de médecine de Paris, du 30 ventôse, an XII.
(3) Wilson (Transaction of a society for the improvement of medical and chirurgical knowledge, vol. I, p. 127).
(4) Voy. Scarpa (Treatise on aneurism, Wishart's translation, pag. 20, cité par Hogdson, t. II, p. 476).
(5) Mémoire sur les hydropisies (Archives génér. de méd., 1823).

lation se rétablit assez facilement. Mais lorsque le tronc même de la veine-porte est complètement obstrué, à plus forte raison lorsque la même altération existe dans un autre tronc veineux, la circulation collatérale, malgré les ressources admirables de la nature, ne paraît qu'un moyen de prolonger la vie. De nouveaux faits apprendront si la guérison peut avoir lieu par ce moyen. Il faut déjà noter que la coïncidence du développement de cette circulation avec la diminution de l'hydropisie a quelquefois été remarquée. Mais, dans ces cas, le trouble des fonctions digestives, le passage du sang abdominal, *non épuré par le foie*, dans le sytème veineux général, etc., ne doivent-ils pas toujours amener la mort?

§ XI. — TRAITEMENT.

Que doit-on attendre de la thérapeutique? Elle ne peut que combattre les symptômes. A l'état aigu, les antiphlogistiques seront mis en usage avec énergie; des sangsues seront surtout apposées sur le lieu où la douleur pourra se manifester. Des fomentations émollientes et narcotiques y seront appliquées. S'il survenait des accès de fièvre très marqués, comme dans les observations de MM. Borie et Fizeau, on devrait les combattre par le sulfate de quinine. Les forces seront soutenues par l'infusion de polygala, de serpentaire de Virginie, par quelques cuillerées de vin généreux. On ne devra point négliger l'application des sinapismes, des vésicatoires aux extrémités inférieures; ces derniers pourraient peut-être même être placés avec avantage sur l'abdomen. Dans les cas où il y aurait lieu de penser qu'il se forme des concrétions sanguines, et que la circulation commence à être gênée dans le système veineux abdominal, on devrait, par des boissons diffusibles (l'infusion d'arnica, des potions où entreraient à haute dose l'acétate d'ammoniaque, l'éther sulfurique), chercher à exciter cette circulation. Une fois l'oblitération produite, il n'y a plus qu'à favoriser le développement de la circulation collatérale par des bains, des boissons légèrement excitantes, le régime.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

LETTRE SUR LES MOYENS D'ÉTEINDRE LA PETITE VÉROLE ET SUR LE TRAITEMENT DE LA VARIOLE, par M. PASCAL, médecin en chef, premier professeur de l'Hôpital militaire d'Instruction de Strasbourg.

Monsieur,

Dans votre 43ᵉ numéro (du 26 octobre 1839) vous avez inséré la lettre d'un magistrat, qui provoque l'attention de l'autorité sur la possibilité de détruire en France les épidémies varioliques. Ce sujet, si grave, si important, a également fixé toute mon attention, et il m'a semblé qu'il y aurait quelque chose de nouveau à faire à cet égard.

La vaccine attaque les épidémies dans leurs sources. L'extension des lumières et quelques dispositions légales devraient en consacrer l'indispensable nécessité dans toutes les classes sociales.

Pourquoi, par exemple, ne serait-il pas *interdit* à tout instituteur primaire, à tout directeur d'institut d'éducation, de recevoir des enfans non vaccinés?

Pourquoi ne serait-il pas *ordonné* de n'admettre dans les salles d'asile que les enfans chez lesquels cette opération préservatrice aurait été pratiquée?

MM. les curés devraient-ils admettre aux instructions religieuses de la première communion, et MM. les directeurs recevoir dans leurs petits et grands séminaires des enfans ou jeunes gens non vaccinés?

Mais ce n'est pas tout encore. La négligence de la vaccine ne tient pas toujours au préjugé; elle tient encore bien souvent à l'ignorance même et à la préoccupation de l'indigence. Pourquoi ne pas exiger que nul pauvre ne soit admis aux secours publics qu'il n'ait fourni la preuve que lui et ses enfans sont vaccinés? Car c'est là surtout, chez la classe indigente et pauvre, que l'on voit éclater ces varioles noires si rapidement funestes, et dont l'apparition est quelquefois si fâcheuse.

Du moment que cette attention soigneuse à exiger la vaccination aura été réclamée dans toutes les circonstances où il y a réunion des sujets et contact direct, la variole cessera, et celle-ci se propagera d'autant plus difficilement qu'on aura plus attentivement saisi toutes les voies d'exception qui se présentent.

On ne devrait pas non plus négliger de réclamer le certificat de vaccine pour le mariage. Malgré la difficulté de vacciner les adultes, il y a cette porte pendant nécessité de recourir à cette mesure si l'on ne veut pas laisser ouverte à l'accès du fléau.

On sait avec quel zèle la vaccine est pratiquée à l'armée, dans tous les régimens, comme dans les hôpitaux militaires; et cependant, malgré toutes ces attentions, on voit encore certains sujets être atteints, et cela à cause de la difficulté à constater le résultat de l'opération vaccinale. La vraie vaccine a des caractères bien connus; les constater est le devoir le plus impérieux du médecin vaccinateur; il doit y mettre de la rigueur.

Au reste, on le sent, dès que cette question des vaccinations est touchée, ce n'est pas dans les populations seulement que git la difficulté. Sans doute, l'insouciance et les préjugés sont puissans; mais il est un autre obstacle qu'il convient aussi de signaler: cet obstacle est dans l'absence d'un service médical régulier dans une foule de localités. Combien de villages, de bourgs même, de hameaux, dans lesquels le médecin du voisinage ne va qu'un instant et accidentellement! Si l'institution des médecins cantonnaux s'effectue ainsi qu'on l'a promis, pourquoi ne pas charger les médecins qui seront nommés de faire, comme en Alsace, le service médical public? Les communes auraient à cet égard quelques dispositions à prendre et on aurait la certitude que tous les points d'un département seraient visités et que nulle part le service de santé n'y serait en souffrance. C'est donc une affaire de bonne administration publique autant qu'une affaire de prévention et de préjugé. L'attention de l'autorité doit se porter à la fois et sur les individus et sur ceux qui doivent leur porter secours.

J'arrive maintenant à un autre objet, but tout spécial de la présente, au traitement même de la variole une fois déclarée. Les réglemens de police proclament l'isolement des varioleux. Chaque maison où il en existe porte, dans certains pays, un écriteau qui dit: *Maison où règne la petite-vérole*. Mais croit-on que l'isolement soit bien réel quand on se borne à ne pas laisser entrer d'étranger dans la chambre d'un varioleux? En effet, un malade est toujours entouré de parens, de serviteurs, d'amis, de voisins même, dont on ne peut guère éloigner les visites ou les questions, surtout dans les grandes villes. Et pense-t-on que l'atmosphère variolique qui s'échappe d'une chambre à coucher et qui va dans le sein d'une cité chercher çà et là de nouvelles victimes, pense-t-on qu'elle ne soit pas à elle seule plus que suffisante pour propager l'infection?

L'isolement donc, pour être réel, devrait s'effectuer par la translation du malade dans un hôpital ou dans une maison de santé: ainsi le voudrait, ainsi l'exigerait la santé publique. Là toutes les précautions pourraient être prises dans un local tout particulier, dans lequel se renfermeraient avec le malade les parens qui se dévoueraient à sa guérison; ou, si les répugnances des familles mettaient un trop grand obstacle à ces séparations, pourtant si importantes et si nécessaires, il y aurait encore possibilité, au sein de la cité, d'obtenir quelque chose de satisfaisant d'un traitement adroitement combiné.

Les chlorures, si prodigués dans les cas d'infection miasmatique en général ont été presque oubliés pour la variole. Nulle part, je ne les ai vus employés, et tout dit pourtant que leur usage serait d'un grand prix. Pourquoi ne pas les consacrer à la prophylaxie des varioles? Il y a plus, le devoir le plus impérieux commande leur emploi. J'ai vu, près d'un jeune homme variolisé et gravement atteint, une tante, marquée de nombreuses cicatrices de petite-vérole, qui se dévouait pour lui comme une tendre mère, mourir couverte de pétéchies. Croit-on qu'un tel résultat se fût présenté si l'emploi des chlorures eût été reconnu utile?

Ne craignez pas, monsieur le rédacteur, de le proclamer, la petite-vérole, qui se propage par tous les moyens connus, *infection, contagion, inoculation*, doit appeler l'attention la plus sérieuse des praticiens et de l'autorité; et je ne crois pas devoir négliger d'ajouter que, depuis longtemps, je joins toujours à l'usage des chlorures un autre moyen pour traiter les varioles, qui me paraît extrêmement avantageux, ce sont les lotions huileuses.

La variole est une affection dépurative. Bien loin de repousser de la peau l'éruption qui tend à s'y établir, je pense qu'il faut, au contraire, l'y attirer par tous les moyens. En favorisant l'éruption des membres, du tronc, on diminue celle du visage, et on obtient ainsi la conservation des traits tels que la nature les produit dès le principe. L'usage des frictions astringentes, mercurielles ou autres est totalement opposé à ce résultat. Si l'éruption est repoussée, les viscères doivent nécessairement en souffrir (1).

Les lotions huileuses ont ce grand avantage de rendre plus uniforme

(1) Nous partageons l'opinion de notre honorable confrère quant à la manière dont il considère la maladie; mais la proscription dont il semble vouloir frapper l'emploi des topiques abortifs n'est peut-être pas aussi fondée: il n'est nullement démontré que la cautérisation, les emplâtres de *vigo*, et autres moyens analogues, soient des répercussifs; nous considérons la chose tout autrement,

la dépuration qui s'effectue vers la peau dans la variole. Elles préviennent l'impression du froid atmosphérique et éloignent les répercussions; enfin, elles ont encore ce résultat heureux d'enchaîner le principe même de la variole, d'invisquer les croûtes, de rendre, en un mot, les abords du malade moins dangereux. A tous ces titres, je doute qu'un seul praticien puisse négliger les lotions huileuses durant tout le cours de la variole. L'expérience, d'ailleurs, est là qui prouve que ce moyen est extrêmement simple et avantageux. Puisse-t-il être apprécié partout avec le zèle que donne le désir d'être utile!

J'ai exposé en maintes circonstances ces moyens préservatifs de la variole. Tout récemment, dans le 46me vol. des MÉMOIRES DE MÉDECINE MILITAIRE, ce traitement a été relaté.

Agréez, etc.

QUELQUES CAS D'ALBINISME QUI EXISTAIENT A ALGER; communiqués par M. le docteur GUYON, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique.

L'albinisme n'est pas moins commun à Alger que dans le Bélad-el-Djérid : il m'y paraît tenir à la nature des habitations à la fois très humides et sans air ni lumière. Parmi les cas qui existaient dans cette ville, en 1836, nous citerons ceux qui nous furent offerts par trois israélites, dont une femme, une fille et une enfant.

ALBINOS NÉE DE PARENS SAINS, RUE ROZA, PRÈS LA PLACE.

CAS. I. — Mimi, israélite, âgée de 15 ans, fille de Tubiana, avait tout le corps d'un blanc mat; les yeux très rouges; les cils et les sourcils d'un gris de lin, ainsi que les cheveux; ceux-ci étaient teints avec le henné (1).

Les yeux étaient sensibles à la lumière. La malade ne marchait jamais, même dans les lieux les moins éclairés, qu'en se formant avec la main une sorte de visière. Sa constitution du reste était très bonne et sa santé des meilleures. Nous nous étions rendus chez ses parens pour l'examiner avec soin; mais ne concevant rien à cet examen qui la chagrinait beaucoup, elle nous échappa, en s'enfuyant chez une voisine, comme nous causions avec sa mère.

Le père de Mimi se portait très bien. Sa mère, jeune encore, était remarquable par sa forte et belle constitution. Elle avait eu quatre autres enfans, dont deux étaient morts, n'offrant rien de semblable à la maladie de Mimi. Les deux survivans jouissaient d'une parfaite santé.

La famille habitait, à un deuxième étage, des pièces assez aérées, mais elle occupait un rez-de-chaussée lors de la naissance de Mimi.

ALBINOS NÉE DE PARENS SAINS, RUE BISSON, PRÈS LA PORTE BAB-EL-OUED.

CAS II. — Ibenones, jeune israélite de 6 ans, avait, comme la précédente, tout le corps d'un blanc mat, avec les yeux rouges, et tout le système pileux d'un gris de lin.

Cette enfant était fort gaie, jouant avec tous les enfans du voisinage, qui souvent se moquaient d'elle à cause de sa maladie. Comme tous les albinos, elle recherchait l'ombre, l'obscurité, marchant toujours les yeux demi-fermés. Ses habitudes du reste étaient celles des enfans de son âge. C'est vrai, j'ai les yeux rouges, nous disait-elle comme nous les examinions, mais tout le reste est joli, n'est-ce pas? Elle se passait alors la main sur la figure.

Ibenones avait pour père un orfèvre qui se portait bien, n'offrant aucune anomalie dans son organisation. Sa mère, quoique très jeune, avait eu cinq enfans. L'aîné de ces enfans était un garçon qui est mort à l'âge de 2 ans; son état était celui de Ibenones. Celle-ci était le second. Des trois autres, dont deux filles et un garçon, aucun ne présentait de traces d'albinisme. Le dernier était une fille qui était encore à la mamelle.

La famille habitait un rez-de-chaussée bas et humide qui ne recevait de jour que par une porte; celle-ci s'ouvrait au nord, dans l'intérieur d'une cour.

ALBINOS NÉE DE PARENS SAINS, ET MÈRE D'ENFANS SANS INFIRMITÉS, RUE DES TROIS-COULEURS.

CAS III. — Fortunata, femme Chalon, israélite, de 27 à 28 ans, avait les yeux rouges et très sensibles à la lumière, comme les précédentes. Les cheveux, teints avec le henné, étaient d'un gris de lin, ainsi que les cils et les sourcils.

La taille et la constitution de Fortunata étaient celles de son âge. Sa santé était bonne. Elle était mariée depuis huit ans; son mari n'avait aucune infirmité. Elle avait trois enfans, dont un garçon et deux filles : tous trois se portaient bien, sans aucune trace d'albinisme. Elle était encore enceinte. Deux sœurs qu'elle avait et qui nous furent présentées, jouissaient de la meilleure santé.

(1) *Lawsonia inermis*, plante avec laquelle les habitans, maures et juifs, ont l'habitude de se teindre les cheveux, les ongles et plusieurs autres partie du corps.

NOTE SUR L'EMPLOI EXTÉRIEUR DU SUBLIMÉ CORROSIF EN POUDRE CONTRE LES ULCÈRES DE MAUVAISE NATURE; communiquée par M. le docteur ORDINAIRE, médecin à St-Laurent-les-Mâcon.

Je me suis livré depuis quinze ans à des recherches multipliées sur l'emploi de la poudre de sublimé corrosif comme caustique dans le traitement des ulcères de mauvaise nature, cancéreux, scrofuleux, cutanés, fistuleux et vénériens, ainsi que dans la destruction de certaines humeurs, des kystes et des rétrécissemens du canal de l'urètre. J'ai constaté le peu de danger de son absorption par l'instantanéité de son action destructive sur les vaisseaux absorbans, et par sa décomposition par l'albumine des tissus cautérisés.

Je porte ce caustique dans la bouche, les fosses nasales, le canal de l'urètre, le vagin et le rectum sans avoir jamais observé le moindre symptôme d'absorption.

J'ai à l'aide de ce moyen arraché à une mort certaine un grand nombre d'individus atteints, les uns d'ulcérations cancéreuses de la langue, du voile du palais et même du pharinx; les autres, de cancer du rectum, de la verge ou d'ulcères vénériens rebelles à toutes les autres médications. Chaque jour la pratique vient confirmer la supériorité de ce caustique sur les préparations arsénicales et de chlorure de zinc, et le journal précité rapporte de nombreuses expériences qui lui sont journellement communiquées par des praticiens de tous les pays qui prouvent l'efficacité du deuto-chlorure de mercure.

La manière de l'employer est très simple : si je veux cautériser profondément, je prends une pincée de sublimé et j'en saupoudre la partie, de manière à l'en recouvrir d'une couche assez épaisse. Si j'attaque un ulcère cancéreux superficiel ou un ulcère scrofuleux que je veuille ramener à l'état de plaie simple, j'humecte l'extrémité du doigt que je charge de caustique en le superposant sur la poudre de sublimé, et je l'applique immédiatement sur la plaie. Si cette dernière a son siége dans une cavité, je me sers d'une sonde, d'un pinceau, d'un cylindre de papier préalablement humectés, d'un tampon de charpie, ou d'un emplâtre agglutinatif comme conducteurs. Si l'ulcère est fistuleux, que je veuille en détruire les bords flottans, je prends une épingle dont je roule la tête mouillée dans la poudre cautérisante, et je la porte ensuite dans la fistule ou sur ses bords flottans. Si le trajet fistuleux a une certaine étendue, je me sers d'une sonde cannelée, j'en humecte la rainure que je remplis de sublimé, je l'introduis dans la fistule et lui fais subir un mouvement lent de rotation, de manière à mettre en contact avec le caustique toute la surface ulcérée. Si je veux détruire un kyste, je me sers de la même sonde chargée : après avoir vidé la tumeur, à l'aide d'une simple ponction, je porte le caustique à deux ou trois reprises dans l'intérieur du sac qui ne tarde pas à s'escharrifier et à disparaître par l'adhésion de ses parois. Dans les cas de rétrécissemens du canal de l'urètre je charge ma sonde de sublimé au lieu de pierre infernale.

Je me borne rarement à une seule application dans le premier pansement; ordinairement j'en fais deux ou trois consécutives, et la quantité de poudre que j'emploie varie selon l'épaisseur et la nature des parties que je veux détruire, mais ne dépasse jamais 7 ou 8 grains. Le caustique étant appliqué à l'extérieur, je me sers, pour recouvrir la partie, d'un taffetas chargé de diachylon, je renouvelle cet emplâtre deux fois par jour, et le continue jusqu'à parfaite guérison. Appliqué dans une cavité, je panse avec de la charpie; dans la bouche, je maintiens cette charpie ou du coton cardé quelques instans seulement, pour empêcher le caustique de s'étendre sur les parties voisines.

Le sublimé est à peine en contact avec une plaie, qu'il cause une douleur très vive qui dure quelques heures, et détermine un engorgement si considérable qu'il pourrait effrayer les jeunes praticiens, s'ils n'étaient prévenus que cet engorgement disparaît aussi promptement qu'il se déclare, cédant facilement à une application de sangsues ou de cataplasmes émolliens.

Dans les cas d'ulcérations cancéreuses superficielles, une seule application de caustique est suffisante; mais le plus souvent on est dans la nécessité de la répéter. Il faut attendre, dans ce dernier cas, la chute de l'escarre primitive, ou si l'on veut presser les cautérisations, il faut l'enlever avec des ciseaux courbes ou un bistouri; quelquefois il reste, après la deuxième ou troisième cautérisation, des bourgeons qui paraissent de mauvaise nature, ou une partie des bords ou du fond de la plaie qui est saillante et inégale; il ne faut pas balancer à la régulariser par des applications légères et partielles de poudre de sublimé.

Quel que soit le nombre des cautérisations, j'attends le plus ordinairement vingt-quatre heures avant de faire le premier pansement, afin de

ne pas déranger l'action du caustique. La cicatrisatrisation qui suit la chute des escarres s'opère dans tous les cas avec une activité vraiment remarquable. J'ai fréquemment observé des ulcères de la largeur d'un écu de six francs qui se cicatrisaient en quinze ou vingt jours, à dater de la première application de la poudre de deuto-chlorure de mercure.

Parmi une foule d'observations, je me borne à choisir les suivantes :

OBS. I. — Madame veuve Savoie, de St-Symphorien (Saône-et-Loire), âgée de 50 ans, d'un tempérament bilieux et d'une forte constitution, mais dont la mère était morte d'un cancer au rectum, vint, en 1854, réclamer mes soins pour un fongus qu'elle portait depuis un an dans la bouche sur la face externe du maxillaire droit. Ce fongus avait été primitivement enlevé et la plaie cautérisée avec la pierre infernale. Deux jours après, il avait reparu et occasionnait des douleurs plus vives. Il avait alors été cautérisé à l'aide de deux boutons de feu, et sans plus de succès. La malade désespérée voulut, dit-elle, essayer mon remède contre les chancres, avant de supporter la résection d'une partie de la mâchoire supérieure, qui lui était proposée comme le seul moyen curatif.

Ce fongus, de la grosseur d'une grosse fève, occupait un espace laissé par deux canines arrachées lors de son premier traitement, et s'étendait sur la face externe du maxillaire jusqu'à l'union de la lèvre supérieure à cet os. Il était d'un rouge vif, saignait facilement et occasionnait des douleurs lancinantes vives dans toute la face, qui était sensiblement tuméfiée. Madame Savoie avait un teint jaune paille peu rassurant, éprouvait des coliques fréquentes, et avait le moral profondément affecté.

J'enlevai d'abord, avec l'aide des ciseaux, toutes les parties saillantes du fongus sublimé de la manière suivante. Tenant la lèvre supérieure relevée et ayant rempli la cuvette d'un large cure-oreille de la poudre caustique, je la portai sur la plaie et l'y maintins pendant quelques minutes. Je répétai plusieurs fois de manière à blanchir d'une couche épaisse de deuto-chlorure de mercure toutes les parties altérées; je plaçai un tampon de coton cardé sur la plaie de manière à préserver la lèvre correspondante de l'action du caustique; j'engageai la malade à laisser couler librement la salive dans une cuvette destinée à la recevoir, et une demi-heure après, je lui permis de la gargariser avec de l'eau ordinaire. Le lendemain, sans attendre la chute de l'escarre, je détachai ce dernier aussi exactement que possible à l'aide de petits ciseaux, et je cautérisai de nouveau. A la troisième cautérisation, les douleurs lancinantes de la joue avaient diminué de moitié. Je poursuivis ainsi le fongus jusque dans le sinus maxillaire, et j'obtins une guérison parfaite après la sixième.

Deux ans après, la veuve Savoie se présente avec un nouveau fongus placé au-dessous de la clavicule droite, et qui, en peu de jours, avait acquis la grosseur d'une noisette; une seule pincée de poudre de sublimé a suffi pour la détruire; depuis, elle n'a pas éprouvé de rechute.

OBS. II. — M. Bernard, propriétaire à St-Sorlin (Saône et Loire), âgé de 74 ans, vint me consulter au mois de novembre dernier pour un ulcère cancéreux, occupant le milieu de la lèvre inférieure, et qui, depuis deux ans, avait résisté à de fréquentes cautérisations, pratiquées par un empirique. Un docteur devait amputer la lèvre, lorsque le malade apprit que je possédais un moyen de guérir les chancres. A la première inspection, j'augurai bien de l'emploi du sublimé, et quoique l'ulcération eût envahi toute l'épaisseur de la lèvre et s'étendît à sa partie interne, je ne balançai pas à y avoir recours; j'en pris une pincée avec les doigts, j'en saupoudrai la plaie, de manière à la recouvrir d'une couche assez épaisse, et je pansai avec du taffetas enduit de diachylon. Quelques heures après, l'engorgement de la partie, qui avait succédé à une douleur assez vive, devint si considérable que le malade en fut effrayé. Je le rassurai en lui promettant que le lendemain cet engorgement disparaîtrait; ce qui, en effet, eut lieu à la suite de l'application d'un cataplasme émollient. Une escarre de l'épaisseur de plusieurs lignes se détacha le quatrième jour, et, le vingt-deuxième, la cicatrisation fut complète, sans avoir nécessité de nouvelles cautérisations.

OBS. III. — Morel Joseph, propriétaire, aubergiste à St-Cyr (Ain), était, depuis son enfance, sujet à une chûte du rectum. De 20 à 30 ans, il ne faisait rentrer l'intestin qu'avec douleur et difficulté; à 32 ans, la portion sortie ne rentra plus et prit un caractère fâcheux. A 32 ans, lorsque je visitai le malade, je vis à l'orifice du rectum une tumeur de la grosseur d'un œuf, traversée par plusieurs sillons assez profonds et divisée ainsi en plusieurs lobes ulcérés, du centre desquels s'échappait avec difficulté la matière fécale. Cette tumeur, peu sensible au toucher, occasionnait cependant des douleurs lancinantes très vives; elle saignait au moindre attouchement et laissait suinter une matière ichoreuse très fétide. Ayant reconnu la dégénérescence cancéreuse, j'enlevai avec un bistouri tout ce qui dépassait la marge de l'anus, et, m'étant assuré que des excroissances anormales s'étendaient à deux pouces dans l'intérieur du rectum, je songeai à les attaquer par le sublimé.

Je préparai un tampon de charpie, de la grosseur d'un doigt, long de quatre à cinq pouces; je l'enduisis de diachylon gommé, je le saupoudrai exactement avec la poudre caustique et l'introduisis à deux pouces et demi de profondeur dans le rectum. Le malade ne tarda pas à éprouver une douleur très vive, et j'eus beaucoup de peine à obtenir qu'il supportât ce tampon quelques heures. Des escarres de la grosseur d'une amande se détachèrent le quatrième jour à l'aide d'injections et de bains de siége, et je ne fis de nouvelles applications de sublimé qu'à la marge de l'anus sur deux points, qui me parurent suspects. Trente-deux jours après la première cautérisation, Morel était entièrement guéri; les sphincters de l'anus remplissaient très bien leur fonction. Depuis douze ans, cet homme jouit d'une santé parfaite.

NOTE SUR L'AMPUTATION DU PÉNIS PAR LE PROCÉDÉ DU DOCTEUR BARTHÉLEMY, chirurgien de l'hôpital du Gros-Caillou.

J'ai publié, en 1829, un nouveau procédé pour l'amputation du pénis. Ce procédé, qui consiste à placer dans l'urètre, avant la section, une sonde en gomme élastique, que l'on a grand soin de faire arc-bouter contre la paroi postérieure de la vessie, a subi d'abord quelques vicissitudes, et a fini, après les avoir surmontées, par prendre rang dans la thérapeutique chirurgicale.

C'est ainsi que le reproche que lui avait fait l'honorable M. Velpeau d'exposer l'opérateur à voir le bout de sonde coupée aller se perdre dans la vessie, est tombé devant les premiers faits, qui ont démontré au contraire qu'abandonné à lui-même, ce bout de sonde ressortait en cédant à la réaction élastique de la poche urinaire.

C'est ainsi que l'assertion du docteur Rennes de Bergerac, qui avait dit, dans la GAZETTE MÉDICALE, que ce procédé n'était autre que celui de M. Achille Vullet, s'est trouvée sans le moindre fondement. En effet, le mode opératoire que M. Vollet a publié dans une thèse soutenue à Strasbourg consiste en diverses sections dont le but est de conserver un petit bout d'urètre au-devant des corps caverneux, et n'a vraiment pas le moindre rapport avec le mien.

Mais un point de vue sous lequel il a été un peu moins heureux, c'est relativement à son degré d'importance, que quelques auteurs modernes lui contestent encore aujourd'hui, sans raison valable.

Si, comme on a paru le penser, le canal de l'urètre, après l'amputation du pénis, reste là, ouvert, béant, et qu'y mettre ma sonde soit la chose la plus facile au monde, oh! alors, ce procédé reste sans but, et l'on a pu ne le considérer que comme une amélioration secondaire. Mais si l'expérience et les faits les plus positifs démontrent, au contraire, que lorsque l'on vient d'abattre une verge, le canal de l'urètre se rétracte et se fronce de telle sorte que la recherche en est presque toujours pénible, difficile, et qu'il est même quelquefois *impossible* de le trouver, il me semble que le mode opératoire qui met sûrement à l'abri de toutes ces difficultés mérite d'être un peu mieux apprécié.

Voici ces faits, que déjà j'avais fait connaître, et que l'on aurait pas dû oublier.

En présence de MM. Baudens et Casimir Broussais, M. Béclard, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Strasbourg, venant de pratiquer une amputation de verge, ne put, au moment de placer la sonde, retrouver le canal, si bien qu'il lui fallut, le lendemain, faire la ponction de la vessie par le rectum. La canule étant sortie par mégarde, on eut recours à la ponction sus-pubienne. Plus tard, divers accidens forcèrent de pratiquer la boutonnière, et de nouveau, à plusieurs reprises, la ponction sus-pubienne. Le patient avait la vessie dans un état déplorable, quand une variole vint fort à propos mettre fin à ses jours.

M. Gimelle ayant fait une ablation de pénis fut dans l'impossibilité absolue de retrouver l'urètre. Son malade succomba par suite de l'infiltration de l'urine.

M. le docteur Miramont, exerçant en ce moment la médecine à Paris, assistait, à l'hôpital de Bordeaux, à une amputation du pénis; l'opérateur, m'a-t-il assuré, fut plus d'un quart-d'heure avant de pouvoir placer la sonde.

Même remarque a été faite et m'a été signalée par M. Bury, qui était alors interne de l'hôpital d'Angers.

Enfin, j'ai lu, dans le journal anglais THE LANCET un fait exactement semblable...

A quoi tient la difficulté de retrouver l'urètre après l'amputation du pénis? La muqueuse urétrale, qui ne tient aux parties spongieuses qui l'environnent que par un tissu cellulaire lâche et sur laquelle on exerce un certain degré de traction quand on opère, éprouverait-elle quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans les artères d'une partie enlevée par arrachement?

Ou bien encore, les tissus spongieux qui abandonnent les liquides dont ils étaient abreuvés, et qui éprouvent par cela même une rétraction notable, enveloppent-ils l'urètre en revenant sur eux-mêmes et vers le centre du moignon? C'est ce qu'il est difficile de préciser. Mais il suffit, suivant moi, que le fait existe, et qu'il puisse donner lieu à des accidens graves, pour que mon procédé, qui met à même de les éviter, mérite de fixer l'attention des praticiens.

Avant de terminer cet article, je me permettrai de rappeler à ceux qui voudront le mettre en usage :

1° Qu'il est important que la sonde que l'on met dans l'urètre soit bien souple et arc-boute contre la paroi postérieure de la vessie.

2° Que l'aide doit être placé à la droite du patient qui restera couché,

son immobilité se trouvant ainsi mieux assurée. Cet aide doit avoir la main gauche placée sur le pubis, de manière à ce qu'avec l'index en dessus et le pouce en dessous il presse avec une certaine force les tissus sur la sonde. Sa main droite maintiendra la partie de la sonde qui reste en dehors du canal. Si le mal est assez rapproché du pubis pour l'empêcher de pouvoir y placer ses doigts, il peut presser le canal de bas en haut, en arrière du scrotum, dans un point où il est placé superficiellement.

L'opérateur se place à la gauche du malade; puis, avec un petit couteau à amputation, qu'il fait agir de la base à la pointe, il abat la verge d'un seul trait.

L'aide abandonne alors la sonde, qui ressort aussitôt. L'opérateur s'en empare et s'en sert pour porter où il veut le petit moignon et faire la *torsion* des artères. Il la retire de trois pouces environ, et la fixe enfin aux pièces du pansement.

Les praticiens verront qu'en agissant ainsi tout se passe sans la moindre difficulté, et surtout avec une rapidité d'autant plus désirable, que l'amputation du pénis est peut-être, de toutes les opérations, celle qui fait sur le malade l'impression la plus pénible et la plus profonde.

Voici quelques observations d'amputation de verge par mon procédé, que l'on a eu l'obligeance de me communiquer :

FAIT I.—L'un des chirurgiens distingués de l'époque, M. Bédor, de Troyes, m'écrivait dans le temps :

« Monsieur et honorable collègue, je viens de me servir de votre procédé pour débarrasser un vieillard d'un énorme champignon cancéreux qui avait envahi la presque totalité du pénis. La sonde, introduite dans l'urètre, et coupée avec les chairs d'un seul coup de bistouri, ne m'a guère opposé plus de résistance que les chairs seules. Le fragment resté de la sonde, que j'avais eu soin, selon votre précepte, à faire arc-bouter contre la vessie, est tout à coup ressorti de lui-même. Il a débordé d'un pouce l'ouverture extérieure de l'urètre, et n'a montré aucune tendance à se précipiter dans la vessie.

» Si notre confrère anglais, M. White, quand il coupa la verge d'un nommé Hunt, à l'hôpital de Westminster, en présence de M. Halma-Grand, eût employé votre procédé, il n'aurait sans doute pas vu l'orifice de l'urètre n'être tenu ouvert qu'avec la plus grande difficulté, par suite de la rétraction violente des tissus environnans.

» Agréez, etc. » BÉDOR.

FAIT II. — A quelque temps de là, M. Guersant fils m'a adressé une lettre dans laquelle il m'annonçait qu'il venait de mettre mon procédé en usage sur un vieillard de 68 ans, atteint de fongus à la verge. Voici en quels termes il s'exprimait :

« La sonde, abandonnée à elle-même après l'amputation, est manifestement ressortie de l'urètre. Il m'a semblé que, placée dans le canal, elle permettait de couper la verge plus nettement en lui donnant plus de solidité.

» M. Marjolin et mon père, qui assistaient à cette opération, ont reconnu qu'elle était rendue aussi facile que prompte par votre procédé.

» Agréez, etc. » GUERSANT fils.

FAITS III et IV. — Le même chirurgien me disait dernièrement qu'il venait d'employer de nouveau ce procédé sur deux vieillards de Bicêtre, et cela avec un succès complet. Il me faisait deux remarques que je crois convenable de signaler ici : la première, c'est que, pour ne pas avoir trop de peau, il faut, contrairement à ce qui se fait dans toutes les autres amputations, tirer la peau *en avant*. Ce conseil avait déjà été donné par Ledran. La seconde, c'est que l'effet moral consécutif à l'ablation du pénis est à peu près nul chez les vieillards; ce qui, du reste, se comprend et s'explique.

FAIT V. — Enfin, un journal (l'ÉPIDAURE), qui s'imprimait à Metz, contenait naguère un cas d'amputation de verge pratiquée par le docteur Duvers, sur un soldat âgé de 23 ans. Ce praticien, qui s'était conformé avec une exactitude rigoureuse aux indications de ce mode opératoire, n'avait eu qu'à s'en louer.

Voici cinq observations confirmatives de ses avantages : je n'ai certes point l'intention d'exagérer son importance; mais, une remarque qui n'échappera à personne, c'est que des malades ont perdu la vie faute qu'il ait été connu et employé.

OBSERVATION DE HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE, GUÉRIE PAR LE DÉBRIDEMENT DE L'ANNEAU SANS OUVERTURE DU SAC HERNIAIRE; communiquée par M. le docteur ORDINAIRE, à Saint-Laurent-les-Macon.

OBS. — Je fus appelé dans la soirée du 20 avril dernier pour visiter dans la commune de Replanges (Ain), le nommé Claude Verdelet, âgé de 70 ans, forgeron de son état, d'une stature élevée et doué d'une forte constitution qui éprouvait, depuis le matin, de violentes coliques et de fréquentes envies de vomir.

Ces accidens avaient pour cause l'étranglement d'une hernie inguinale énorme, qu'il portait au côté droit depuis plus de 20 ans, et qu'il avait l'habitude de faire rentrer assez facilement, lorsque le mauvais bandage dont il se servait et qu'il avait fabriqué lui-même le laissait s'échapper et remplir le scrotum. Pour en opérer la réduction, il croisait les cuisses, comprimait longtemps et fortement la tumeur et parvenait à la faire disparaître.

Lorsque je visitai le malade je trouvai le scrotum tellement distendu par la présence des intestins que son volume égalait sans exagération celui de la tête d'un enfant. Le taxis étant très difficile à opérer sur une masse aussi considérable et déterminant des douleurs très vives, je vis l'impossibilité de pouvoir faire rentrer cette hernie, surtout lorsque le malade m'avoua qu'il avait fait depuis le matin des efforts désespérés pour arriver à ce résultat.

Je voulus avant de pratiquer le débridement, opération toujours très grave, essayer l'emploi de l'extrait de belladone, des cataplasmes émolliens et des lavemens purgatifs. Cette médication n'ayant procuré aucun amendement, les coliques devenant intolérables et les vomissemens plus fréquens, je me décidai au milieu de la nuit à opérer le malade en présence d'un de mes collègues, le docteur Bouchard.

Le débridement me parut si difficile par la méthode ordinaire, à cause de la forte saillie de la tumeur, que je songeai à agir sur l'anneau même, sans ouvrir le sac herniaire. Je pratiquai une incision de deux pouces à peine d'étendue; je glissai facilement, à la partie inférieure et antérieure du dit anneau, une sonde cannelée et, à l'aide d'un bistouri boutonné, je débridai, sans avoir fait d'autre ouverture au sac, que celle nécessaire au passage de ma sonde. La hernie fut facilement réduite et les vomissemens et les coliques cessèrent instantanément.

Je revis le malade le surlendemain, il était levé; et le quatrième jour, je le trouvai dans sa cour occupé à fendre du bois.

Il porte un bandage à large pelote et jouit d'une santé parfaite.

Ce mode opératoire ne conviendrait-il pas dans tous les cas de hernies étranglées, où le médecin appelé assez à temps n'aura pas à redouter le sphacèle des intestins? Le succès que j'ai obtenu me porte à le croire, et je ne doute pas que l'expérience n'en confirme bientôt tous les avantages.

N. DU RÉD. — Cette observation vient à l'appui des judicieuses considérations que M. Diday a présentées dans notre avant dernier numéro sur le débridement des hernies étranglées sans ouverture du sac. Faisons observer d'ailleurs que l'opération de M. Ordinaire et les remarques de M. Diday se rattachent à la méthode opératoire que nous avons proposée récemment comme conséquence de nos expériences sur les plaies SOUS-CUTANÉES, à savoir le *débridement sous-cutané des hernies étranglées*. C'est une partie de cette méthode ou plutôt un acheminement à la pratique qu'elle nous paraît destinée à consacrer, et sur laquelle nous nous proposons de revenir bientôt avec de nouvelles expériences.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 11 NOVEMBRE.

ESSAIS FAITS AVEC LA LUMIÈRE DRUMMOND POUR LA FORMATION DES IMAGES PHOTOGRAPHIQUES.

Plusieurs personnes avaient pensé que pendant la mauvaise saison on pourrait, dans les procédés photographiques, remplacer la lumière solaire par la lumière artificielle provenant de la projection sur la craie d'un mélange enflammé de gaz oxigène et hydrogène. MM. Moigno et Soleil fils ont fait à ce sujet des expériences qui semblent laisser peu d'espoir. Cependant, il se pourrait que quelques-unes des précautions qu'ils ont prises pour augmenter l'intensité de la lumière aient produit réellement un effet différent de celui qu'ils en attendaient. Quoi qu'il en soit, des objets qui sont très favorables à la production des dessins photographiques, quand on les expose à la lumière solaire, éclairés par la lumière Drummond, ont formé au foyer de la chambre obscure une image qui n'a point agi sur la planche iodée. Exposée directement à la lumière elle-même, la planche en a été au contraire fortement influencée. Ces résultats nous étaient déjà connus, au reste, par une communication faite samedi dernier à la société philomatique. Quant à la reproduction de l'image d'une lumière artificielle, c'est un fait beaucoup plus anciennement acquis à la science, et il n'est même pas nécessaire que l'intensité de la lumière soit égale à celle de la lumière Drummond, celle d'une lampe Carcel suffit bien, même quand elle a un double diaphragme à traverser, la cheminée en verre de la lampe et l'objectif de la chambre obscure. Il y a longtemps que M. Daguerre a obtenu ce résultat, et il en a été même question il y a plusieurs mois à l'Académie des sciences.

PHOTOGRAPHIE.

M. Canche, opticien, écrit relativement à divers perfectionnemens qu'il annonce avoir apportés aux appareils de photographie, et il cite en première ligne le polissage des plaques au moyen du tripoli de Venise, procédé sur lequel M. Daguerre a écrit, il y a quelques séances, à l'Académie.

Une autre modification que M. Dausse considère comme non moins importante, c'est celle de redresser les images par un objectif prismatique achromatique qui a le double avantage d'exiger moins de temps qu'avec une glace parallèle qui presque toujours déforme et rend nébuleuses les images.

SUR LES ASCIDIES COMPOSÉES.

M. Milne Edwards fait connaître les résultats des observations qu'il a faites sur la Manche relativement à la structure et aux fonctions de ces animaux.

D'après l'ensemble des faits exposés dans son mémoire, on voit que les ascidies ont avec les mollusques des analogies moins intimes qu'on ne le croyait

généralement. Elles ressemblent, il est vrai, à ces animaux par la disposition de l'appareil digestif et par quelques particularités de l'appareil respiratoire; mais elle s'en éloignent par leur mode de circulation, par les métamorphoses que les individus provenant d'œufs subissent dans le jeune âge, et surtout par la propriété qu'ils ont dans la plupart des espèces de se multiplier par bourgeon. Ce dernier caractère les rapproche des polypes, et si l'on compare la conformation générale de leur corps avec celle des escarres, des vésicolaires, des halodactyles et des pédicellines, et les autres zoophytes désignés par l'auteur sous le nom de polypes tuniciens, on ne pourra méconnaître d'autres analogies non moins frappantes; le mode d'agrégation suivant lequel la plupart d'entre elles se réunissent en sociétés et jusqu'à leur aspect phytoïde, tout semble les rapprocher des polypes autant que des mollusques, et pour mettre les classifications zoologiques en harmonie avec nos connaissances anatomiques et physiologiques il semblerait convenable de former des tuniciers à l'exemple de Lamark une division particulière intermédiaire entre les mollusques et les polypes. On reviendrait donc vers les opinions des anciens zoologistes qui ne distinguaient point les ascidies composées des véritables polypes, mais on n'irait pas aussi loin qu'eux, et l'on suivrait une marche intermédiaire entre les deux extrêmes où l'on s'est jeté tour à tour, suivant qu'on s'en tenait exclusivement à la considération des formes extérieures ou qu'on ne se guidait que par les analogies anatomiques tirées de la structure des principaux viscères. Au reste, ce résultat est aussi celui auquel M. Savigny s'était arrêté, et son autorité en pareille question ne peut manquer, comme le remarque M. Milne Edwards, d'avoir un très grand poids.

SUR LES CÉCILIES.

M. Duméril lit un mémoire sur la classification et la structure de ces singuliers reptiles.

Les cécilies sont, comme on sait, des animaux qui ont beaucoup de l'aspect des serpens, mais dont la peau est visqueuse, lisse et humide comme celle des grenouilles. Ces cécilies ne se trouvent que dans les contrées chaudes de l'Amérique, de l'Asie ou de l'Afrique, où ils vivent sous terre, comme les lombrics. M. Duméril en décrit huit espèces distribuées en quatre genres. Toute leur organisation se rapproche de celle des batraciens, qui ont une queue, comme les syrènes, les amphibies et les protées.

Il y a maintenant plus de trente ans que M. Duméril avait reconnu et publié quelques particularités de structure qui rapprochaient ces espèces de l'ordre des batraciens, quoique Linné et même Cuvier, dans la dernière édition du RÈGNE ANIMAL, les aient inscrits parmi les serpens. M. Muller (de Berlin) avait observé, en 1831, dans un individu très jeune, la présence des trous à travers lesquels devait sortir l'eau qui avait servi à la respiration par des branchies; mais M. Duméril, en réunissant beaucoup d'autres particularités de la structure des cécilies, a démontré leur très grande analogie avec les batraciens, et il expose dans le mémoire que nous analysons les motifs qui l'ont décidé à placer définitivement cette famille dans le premier sous ordre des batraciens, immédiatement après les serpens, dans le huitième volume de l'HISTOIRE GÉNÉRALE DES REPTILES, qu'il publie en ce moment, avec la coopération de M. Bibron.

TRANSFORMATION OPÉRÉE A VOLONTÉ DE DEUX CORPS ISOMÈRES L'UN DANS L'AUTRE.

M. Dumas présente deux travaux de M. Delalande : l'un sur une substance cristallisée, la coumarine extraite de la fève de tonka, l'autre sur le camphre. Dans ce dernier, nous remarquons le fait suivant qui semble devoir être le commencement d'une série de recherches sur la question si curieuse des corps isomères, c'est-à-dire de corps, qui ayant exactement la même composition chimique, présentent d'ailleurs à d'autres égards les différences les plus tranchées.

Le camphre, traité par un grand excès d'acide sulfurique à un atôme d'eau, se transforme à 100 degrés, au bout d'une heure environ en une huile volatile qui possède exactement la même composition, et qui bout vers 230° cent.; distillée plusieurs fois sur de la potasse, elle régénère le camphre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE.

CORRESPONDANCE.

La correspondance n'offre rien d'important.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie que la séance annuelle aura lieu le premier décembre prochain dans l'amphithéâtre de la Faculté de médecine.

FIN DE LA DISCUSSION SUR LA LOCALISATION DE L'ORGANE DU LANGAGE.

M. COLLINEAU réfute les idées émises par M. Bouillaud, en s'appuyant sur l'étude du développement du cerveau dans la série animale, et sur une analyse des phénomènes intellectuels qui constituent la faculté du langage, par elle-même fort complexe. Il montre que chez les animaux, les lobules antérieurs n'éprouvent pas seuls le développement signalé par M. Bouillaud; mais que toute la masse encéphalique y prend part; l'accroissement se ferait plutôt en dedans, ainsi que l'a démontré M. Leuret : il a lieu d'arrière en avant. Et d'ailleurs le volume de l'organe étant donné on ne peut en conclure ni l'étendue ni surtout l'énergie de son action. Le développement des lobes antérieurs peut donc exercer, comme celui de toute autre partie du cerveau, de l'influence sur l'intelligence, et par conséquent sur la faculté du langage; mais il n'est le siége exclusif ni de l'une ni de l'autre. Le siége de la faculté de la parole est chez les animaux dans la volonté instinctive et imitative qui commande, et l'appareil vocal qui obéit; chez l'homme il réside à la fois dans l'intelligence, la volonté et l'appareil vocal. Posée comme elle est, la discussion est interminable; on ne doit pas plus chercher de siége spécial à l'entendement et à la volonté qu'il n'est possible de les séparer; les actes divers qui en émanent résultent tous de la propriété de sentir.

M. FERRUS : M. Gerdy l'affirme avec raison; et au reste, vous l'avez tous reconnu également, la question qui s'agite aujourd'hui dans le sein de l'Académie est une question phrénologique. Elle porte même sur l'un des points les plus essentiels de cette science; car l'homme qui l'a créée ne cherchait pas seulement à en appuyer les bases sur la simple inspection extérieure, il voulait encore prouver la réalité de sa découverte, soit en montrant la faculté cérébrale absente ou faible, là où la partie du cerveau qu'il désignait comme devant produire cette faculté n'existait pas, ou était imparfaitement développé, soit en montrant l'action du cerveau éteinte ou notablement affaiblie là où l'organe avait été altéré ou détruit.

Gall, en voulant s'appuyer sur un trop grand nombre de preuves, et en ne se montrant pas assez difficile dans leur choix, a porté une grave atteinte à sa doctrine. Quelques uns de ses disciples, en la rendant trop exclusive, trop absolue, en ont éloigné les esprits; mais, je me hâte de le dire, ce n'est point à celui de nos collègues qui a soulevé cette discussion que ce dernier reproche est applicable : si l'Académie veut bien m'écouter, j'adresserai à M. Bouillaud quelques observations d'une nature différente.

Pour mon compte, Messieurs, je n'admets la phrénologie qu'avec de nombreuses restrictions, mais je trouve qu'elle a jeté de vives lumières sur les fonctions du cerveau, et, sans présager son avenir, je ne partage en aucune façon aujourd'hui le dédain ou la colère que lui témoignent nos honorables collègues MM. Rochoux, Cruveilhier, Castel et Gerdy; je n'hésite pas dès-lors à porter à votre connaissance, dans l'intérêt de la vérité, les faits que j'ai été à même d'observer, et je m'engage dans cette discussion, tout en appréciant le danger qu'il peut y avoir à lutter contre de pareils adversaires.

Ici M. Ferrus, se limitant à la question du langage, telle qu'elle est aujourd'hui posée devant l'Académie, en fait un historique rapide; il expose l'opinion de Gall, qui considère l'organe du langage comme un moyen, comme un simple auxiliaire dans le développement de l'intelligence. M. Ferrus place, comme Gall, l'organe du langage dans les circonvolutions antérieures. Je crois, dit-il, avoir observé que les individus chez lesquels les circonvolutions antérieures et inférieures des lobes antérieurs du cerveau étaient proéminentes, et poussaient la voûte orbitaire et le globe de l'œil en bas et en avant, étaient remarquables par la mémoire des mots et par leur aptitude à apprendre les langues (nous supposons toujours, cela va sans dire, que leur intelligence est saine et suffisamment développée.)

Il m'a semblé, de plus, que les hommes remarquables par une grande aptitude au langage articulé, que ceux qui ont une propension marquée à user de la parole avaient le front saillant par en bas, c'est-à-dire toute l'extrémité antérieure du lobule antérieur fort prolongée, et qu'ils usaient avec d'autant plus d'art et de succès de cette propension naturelle, que l'organisation dont je parle était accompagnée d'un développement complet des organes placés au-dessus. Cette organisation, si mes remarques sont exactes, s'allie pour l'ordinaire, non seulement à une grande activité de langage, mais encore à une puissance particulière des organes qui se rattachent à cette fonction.

Chez les idiots purement microcéphales, chez ceux où le cerveau ne semble point altéré dans sa contexture, mais seulement arrêté dans son développement, j'ai observé aussi que s'il restait quelques rudimens de langage, la conformation dont je parle pouvait encore, dans d'autres proportions, se remarquer. Elle est on ne peut plus évidente sur la tête d'un idiot placé dans mon service, et cette tête, qui ne présente pas plus de 17 pouces de circonférence, n'est pas dénuée de toute expression. Ricard, au premier abord, paraît avoir conservé quelques vestiges d'intelligence, il sourit en vous regardant, mais tout ce qu'il peut faire, c'est de répéter les mots que l'on prononce devant lui, il ne peut en associer aucuns, composer la plus courte phrase; il n'a pas d'idées enfin, et ne pourrait, s'il était livré à lui-même, se soustraire à aucune cause de destruction, ni fournir aux plus simples besoins de la vie. Cependant, à l'aide de la musique, on est parvenu à lui faire retenir plusieurs couplets; il les répète machinalement et sans conscience, mais avec une exactitude qui, depuis plusieurs années, ne s'est pas démentie. C'était un perroquet, et, suivant l'heureuse expression d'un membre du conseil, nous en avons fait un orgue de Barbarie.

Mes observations d'anatomie pathologique ne sont point en rapport avec les faits allégués par M. Rochoux. J'ai reconnu, au contraire, et fait reconnaître à de nombreux témoins que dans la plupart des cas où la parole avait été compromise à la suite du délire des aliénés, les circonvolutions antérieures et inférieures du lobe antérieur du cerveau présentaient des altérations notables, soit dans la consistance de la substance grise extérieure, soit dans les rapports de cette substance avec les membranes qui le recouvrent et qui souvent lui sont adhérentes, soit plus profondément dans la substance du cerveau. J'ai ouvert, il y a trois jours, le crâne d'un aliéné dément et paralytique; depuis longtemps chez lui la parole était embarrassée, et son état n'offrait aucune chance d'amélioration. Récemment il avait éprouvé des accidens aigus, un délire plus exubérant, de la contracture dans les membres, etc. Nous avons trouvé dans l'énorme distension des vaisseaux qui parcourent les membranes du cerveau, dans la suffusion séreuse qui l'enveloppait, et dans l'injection sanguine que présentait sa substance intérieure, des motifs suffisans pour expliquer les accidens nouvellement survenus, et nous avons reconnu également les traces de l'altération qui avait produit l'affaiblissement de la parole; les membranes qui recouvraient les circonvolutions désignées par Gall comme le siége de l'organe des mots et du langage étaient adhérentes à ces circonvolutions.

M. Ferrus cite un autre cas d'altération des lobes antérieurs chez un individu qui présentait à un haut degré une altération de la parole. Il rappelle à l'appui de son opinion les résultats des recherches anatomiques de MM. Lélut et Parchappe.

Discutant ensuite les objections adressées au système qu'il défend avec M. Bouillaud, M. Ferrus passe successivement en revue les faits présentés par M. Cruveilhier.

Quand les travaux anatomiques, dit-il, ont pour objet de savoir si l'organe auquel on attribue une fonction est absent ou incomplet, alors que cette fonction présente une oblitération complète ou incomplète, mais native, les faits re-

latifs à l'évolution organique peuvent être concluans, et personne, je crois, ne récuse la puissante portée de ces faits là; mais ici, encore faut-il savoir si l'organe est double, jusqu'à quel point il peut être suppléé par son congénère, ou même par un autre organe; il faut savoir surtout si l'absence est bien réelle, et l'on avouera que l'appréciation exacte de l'anencéphalie, par exemple, n'est pas sans difficulté.

Quand il s'agit de la destruction accidentelle et partielle d'un organe, il devient beaucoup plus difficile encore d'en tirer des conséquences relativement à l'usage de cet organe, et à l'étendue de ses fonctions. En effet, celui-ci peut être incomplètement détruit, et alors on ne saurait affirmer à quel degré de destruction son action doit nécessairement être abolie. Cette destruction, comme tous les praticiens sont à même chaque jour de l'observer, peut s'être opérée d'une manière assez graduelle pour que l'économie s'y soit en quelque sorte accoutumée. L'organe, dans ces cas, continue parfois à fonctionner, quoique profondément lésé.

Mon projet, Messieurs, était de discuter également la valeur des observations dont M Andral a donné les résultats statistiques; mais je ne veux pas abuser de l'attention que l'Académie a bien voulu m'accorder, et j'ai hâte de laisser à M. Bouillaud la possibilité de défendre lui-même les conclusions de son intéressant mémoire.

M. Bouillaud : Si la discussion est sortie des limites dans lesquelles j'avais essayé de la renfermer, la faute en est à ceux qui ont cherché à donner à la question une extension que je ne lui avais pas assignée d'abord; car j'ai pour habitude, on le sait, de restreindre les discussions dans un cercle bien limité.

M. Rochoux, dans les faits qu'il a invoqués contre mon opinion, n'a cité que des observations générales; il n'a pas précisé le chiffre des es faits, il ne les a ni pesés, ni suffisamment examinés. Le fait de M. Muret dont il s'est servi contre moi prouve beaucoup en faveur de l'opinion que je soutiens. Les lésions du cerveau dans la paralysie des aliénés sur lesquelles il s'appuie sont également en ma faveur, puisque la lésion du cerveau occupe surtout sa partie antérieure; c'est là qu'existent les désordres les plus marqués; j'ai entre les mains un fait et des réflexions par M. Malherbe, ancien interne de Charenton, qui démontrent toute la valeur de cette idée. Enfin, voilà sept observations prises parmi celles que renferme l'ouvrage de M. Rochoux, et relatives à des lésions des lobes antérieurs du cerveau; dans tous les cas où l'altération de la parole a été recherchée et notée, elle existait en effet. MM. Ferrus et Cruveilhier n'ont pas compris mon opinion; ici M. Bouillaud se justifie du reproche qui lui a été adressé par M. Cruveilhier de ne s'être pas occupé de l'élément intellectuel du langage, de n'avoir cherché que la faculté de coordination; cet élément intellectuel du langage aurait peut-être son siége dans la substance grise, et le principe moteur de coordination dans la portion blanche; mais rien n'est démontré à cet égard. Je n'ignore pas que beaucoup d'autres organes ont été placés dans les lobules antérieurs; c'est là le siége de toutes les facultés dont la réunion constitue l'intelligence.

Au lieu de 64 faits, comme l'a dit M. Castel, j'en ai cité 77; que sont, en comparaison de cela, un petit nombre de faits particuliers qui ne m'ont point embarrassé, comme l'a supposé M. Gerdy? J'ai essayé de faire voir comment on pouvait y répondre; c'est à l'Académie de décider si ma solution est plus satisfaisante que l'interprétation qu'il en a donnée. Ici M. Bouillaud regarde la discussion comme finie; cependant il suit longuement M. Gerdy dans son examen de la phrénologie et de la partie philosophique de la question.

M. Cruveilhier ne repousse aucun des faits avancés par M. Bouilland; seulement il soutient que des lésions d'autres parties du cerveau que les lobes antérieurs peuvent altérer la faculté du langage; des faits ont aussi montré que les lobules antérieurs pouvaient être altérés, alors que la parole était intacte; ces observations sont entourées de toutes les garanties désirables, elles ont bien aussi leur valeur. Je ne combats pas *à priori* la localisation des facultés, je reconnais l'utilité de la phrénologie, et j'apprécie les services qu'elle a rendus; je ne m'oppose à aucuns progrès; mais je ne vois pas des raisons suffisantes pour mettre la faculté du langage dans une partie du cerveau à l'exclusion des autres, lorsque des faits tendent à me faire voir que l'altération d'autres parties de la masse cérébrale amène les mêmes lésions.

MM. Rochoux, Castel, Ferrus et Gerdy répondent successivement.

La discussion est close à cinq heures et quart

— A la fin de la séance, M. Bouvier a présenté le squelette d'un enfant rachitique, sur lequel il a longuement disserté. Nous n'avons pas l'envie de troubler plus que de coutume les petites satisfactions que notre ingénieux confrère se donne périodiquement après chaque séance de l'Académie; mais nous nous croyons obligés de relever, pour son instruction et celle des personnes qui s'occupent de recherches sur le rachitisme, une méprise, que sa charité pour nous et son amour pour la science lui ont fait commettre. M. Bouvier, voulant infirmer l'ordre de développement, et les rapports numériques que nous avons assignés aux différentes difformités du squelette rachitique, a dit que nos résultats, en ce qui concerne les difformités du thorax, sont erronés; et il a affirmé que les difformités du thorax, aussi fréquentes que celles des membres inférieurs, précèdent presque toujours le développement ou au moins sont contemporaines du développement de ces dernières. Comme toujours, nous sommes fort satisfaits de la contradiction de M. Bouvier, seule condition favorable où nous puissions être placé pour conserver au moins temporairement la propriété de nos idées et de nos recherches. Nous n'avons donc qu'à remercier notre confrère de nous avoir laissé aussi à l'aise. Mais il a ajouté quelques renseignemens qu'il nous importe de rectifier. Notre erreur, a-t-il dit, provient de ce que nous aurions établi nos résultats d'après des observations incomplètes, à nous communiquées par une autre personne, laquelle aurait confié à M. Bouvier n'avoir jamais fait déshabiller ses malades, ce qui ne lui avait pas permis de constater la fréquence relative des difformités du thorax, de la colonne ou des membres supérieurs: ce renseignement est sans doute fort instructif; nous saurons désormais à quoi nous en tenir à l'égard des travaux passés ou futurs de l'observateur dont il s'agit. Quant à nous, ils n'ont rien qui nous concerne. Et d'abord, nos recherches n'ont pas seulement porté sur les sujets primitivement examinés par la personne dont veut parler M. Bouvier, mais sur un grand nombre de sujets observés directement par nous, pendant cinq ans. Nous ajouterons, d'ailleurs, que, quant aux premiers, M. Bouvier pourra s'assurer, même auprès de la personne qui lui a fait ses humbles confidences, que nous n'avons pris de ses renseignemens que l'adresse du domicile des sujets, lesquels ont été déshabillés, examinés et mesurés directement par nous, à plusieurs reprises, pendant trois ou quatre ans, afin de savoir non seulement dans quels rapports numériques se trouvaient leurs difformités, mais encore ce que sont devenues successivement chacune d'elles. M. Bouvier pourra lire, dans nos prochaines publications sur le rachitisme, ces derniers résultats de nos recherches.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies cancéreuses; ouvrage posthume de G.-L. Bayle, médecin de l'hôpital de la Charité et de l'empereur Napoléon; précédé du portrait de l'auteur et d'une Notice historique sur sa vie et ses ouvrages; revu, augmenté et publié par son neveu A.-L.-J. Bayle, D. M. — Tome II, 630 p. in-8. Paris, 1839. — Chez Gautret, rue Servandoni, n. 17.

Le premier volume de cet ouvrage, publié en 1833 par les soins de M. Bayle, neveu de l'auteur des recherches sur la phthisie pulmonaire, contenait, comme nous l'avons dit (Gazette Médicale, an 1836, p. 431), une introduction dans laquelle se trouvaient quelques considérations générales relatives au cancer, aux formes sous lesquelles il se présente et à ses différentes transformations; puis successivement, et dans des chapitres particuliers, le cancer de la mamelle, celui des glandes lymphatiques, de la parotide, de la thyroïde, de la peau, de la face, de la verge, du scrotum et des yeux. Le second volume complète la série des organes du corps humain où se développe l'affection cancéreuse, et nous y trouvons successivement le cancer de la matrice, du rectum, du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac, du foie, des reins, des poumons, du cerveau, des nerfs, des os, du périoste; et enfin, dans une troisième partie, l'auteur termine par quelques questions générales qui n'avaient pu entrer dans l'introduction du premier volume, et qu'on peut regarder comme le résumé ou le résultat des nombreuses observations rapportées dans tout l'ouvrage.

Dans ce second volume comme dans le premier, Bayle ne s'est attaché qu'aux points de son sujet qui pouvaient être éclairés par les faits qu'il avait observés lui-même ou recueillis dans les auteurs; tout ce qui n'est qu'hypothétique ne trouve pas place dans son travail. L'anatomie pathologique en fait la base, mais ne la constitue pas cependant tout entière; l'indication de l'ordre qu'il suit dans le développement de son sujet fera connaître plus exactement que nous ne pourrions le faire de toute autre manière le plan qu'il a adopté et dont il ne s'est point écarté. Après avoir fait connaître brièvement dans une *histoire de la maladie* les symptômes et la marche de la maladie, et avoir cherché à indiquer les différences que présente le cancer dont il s'occupe, selon la variété du tissu cancéreux qui constitue la dégénération organique, il passe à la description anatomique, et ensuite examine quelles sont les maladies qui peuvent simuler celle dont il traite, ce qui le porte à établir le diagnostic; il termine ordinairement par quelques mots sur le traitement. Si le chapitre consacré à la description des lésions anatomiques laisse quelquefois à désirer, en raison de la division qu'il avait adoptée des tissus cancéreux en neuf espèces distinctes, et qui aujourd'hui a été à peu près complètement abandonnée, parce qu'elle repose uniquement sur des différences de forme qui quelquefois se trouvent réunies dans la même maladie ou se succèdent l'une à l'autre, en revanche celui consacré au diagnostic de la maladie est généralement complet, et bien que plus de vingt ans se soient écoulés depuis la mort de l'auteur, nous doutons qu'on trouvât beaucoup à en retrancher ou à y ajouter, malgré la double révolution médicale qui s'est opérée pendant ce court laps de temps et les nombreux travaux dont la pathologie a été l'objet.

Quand Bayle qui avait recueilli un si grand nombre de faits sur les maladies cancéreuses et qui avait porté les connaissances sur cette question à un point qu'elle a à peine dépassé depuis, nous dit en résumant ces faits que jusqu'à présent la science ne nous offre que des erreurs et des lacunes dans l'histoire générale du cancer, que l'histoire de cette maladie est encore à faire et que les matériaux n'en sont pas même encore amassés, il porte un jugement qui frappe presque également notre époque et la sienne et dont nous sommes obligé de reconnaître la justesse. Ce n'est pas ce-

pendant qu'il n'y ait eu depuis lui, comme il y en avait eu déjà avant, bon nombre de médecins qui ont prétendu avoir trouvé le dernier mot du cancer; quelques-uns mêmes de nos confrères n'ont pas renoncé encore à l'espoir de le guérir par les sangsues ou quelques autres moyens; mais dans les cas peu nombreux où ils obtiennent un succès réel et permanent, il est très probable, nous pourrions dire certain, qu'ils avaient à combattre une phlegmasie chronique. Tous les traitemens qui ont été vantés contre le cancer ont eu un certain nombre de succès. Si Dessault, si Samuel Young, et récemment encore M. Récamier ont cru pendant quelque temps avoir trouvé dans la compression un moyen pour arrêter les progrès de cette affreuse maladie, c'est qu'ils avaient obtenu du succès dans des cas qui offraient quelques-uns des caractères du cancer, mais non dans de véritables cancers.

Bayle lui-même par un mouvement honorable, mais qu'il a porté trop loin, confond dans une commune indignation les hommes qui, mus par une honteuse cupidité, et ceux qui doués d'une conviction facile et toujours prête à s'enthousiamer, mais brûlant du noble désir de secourir l'humanité souffrante, ont annoncé des médicamens capables de guérir le cancer, rapportant les cas où ils avaient obtenu une apparence de succès, mais tous aussi ou presque tous ayant la mauvaise foi ou la faiblesse de taire les essais infructueux qu'ils avaient tentés. « Est-il donc si difficile de tracer avec soin le tableau des maladies contre lesquelles on fait l'essai d'un médicament....., de faire connaître les cas dans lesquels il a paru réussir et ceux dans lesquels il n'a produit aucun effet?

« Si on avait procédé avec cette noble franchise dans la recherche des moyens curatifs du cancer, nous posséderions déjà des matériaux précieux; nous pourrions peut-être connaître les circonstances particulières qui permettraient d'espérer la guérison par certains moyens qui ont réellement beaucoup d'énergie, mais qui ne conviennent peut-être que dans certains cas que nous ne pouvons pas distinguer avec précision, à cause de l'inexactitude ou de la fausseté des renseignemens qui nous ont été transmis. »

Nous regrettons que les éditeurs n'aient trouvé qu'un petit nombre de notes sur les *questions* générales qui sont traitées dans le résumé; car les inductions tirées des faits par un homme tel que Bayle ont, à nos yeux, une grande valeur. Cependant, dans les quelques pages qu'il a consacrées à ces questions nous trouvons encore des données importantes. Ainsi, toutes les causes se réduisent pour lui à une seule, la *diathèse;* et les courts développemens dans lesquels il entre à ce sujet l'ont presque amené à mettre cette diathèse dans le sang, opinion qui a été récemment avancée et soutenue avec talent par M. Carswill, et qui doit appeler l'attention des hommes qui travaillent au progrès de la science; car elle est dans la direction des idées qui vont dominer prochainement la pathologie, si déjà elles ne la dominent, et elle présente la question sous un point de vue nouveau, en forçant, enfin, à laisser de côté ces discussions si longtemps et si inutilement agitées sur l'origine inflammatoire ou non inflammatoire du cancer.

Personne n'admet aujourd'hui que le cancer soit contagieux; mais il y a moins d'accord sur sa transmission par l'hérédité. Bayle pensait que cette dernière circonstance avait peu d'influence sur la production du cancer. Ainsi, après avoir rapporté un certain nombre de cas où il avait observé lui-même plusieurs personnes atteintes de cancer dans la même famille, il fait remarquer que ces faits et plusieurs autres semblables, qu'on trouve dans les auteurs, paraissant d'abord très décisifs, offrent cependant moins de valeur si on considère qu'après la dégénérescence tuberculeuse le cancer est la plus fréquente des lésions organiques. Lorsqu'on sait qu'à Paris, sur sept individus qui meurent après l'âge de 20 ans, il y en a toujours au moins un qui succombe à une maladie cancéreuse, peut-on, sans crainte de se tromper, attribuer à une disposition héréditaire la coïncidence de plusieurs maladies de ce genre dans une même famille?

De nombreuses observations sont rapportées à l'occasion de chaque espèce de cancer. Il existe cependant une grande différence, sous ce rapport, entre ces différentes espèces. Ainsi, nous trouvons vingt-trois observations à la suite du cancer de la mamelle, tandis qu'il n'y a pas un seul exemple du cancer des intestins, ni même du foie, bien que Bayle eût apporté une attention toute particulière à l'étude de ce dernier, qu'il regarde comme la plus fréquente des maladies cancéreuses internes, et dont aucun auteur n'avait donné l'histoire jusqu'à lui; ce cancer même, avant ses travaux, n'était jamais reconnu qu'à l'autopsie, et alors était désigné sous le nom de tumeur stéatomateuse. M. Bayle neveu nous apprend que, s'il eût continué à insérer un aussi grand nombre d'observations que M. Cayol en avait mis dans les douze premières feuilles qui avaient été imprimées par ses soins, le TRAITÉ DES MALADIES CANCÉREUSES n'aurait pas pu avoir moins de trois volumes; il dut donc, pour ne pas donner une dimension aussi extraordinaire à une monographie dont l'auteur était mort déjà depuis bien des années, retrancher une grande partie des nombreuses observations qui devaient suivre chacun des chapitres consacrés aux cancers en particulier, et ne conserver que les cas qui lui sembleraient indispensables pour servir de modèles et d'exemples.

De son côté aussi, M. Bayle neveu, ne voulant pas que le travail de son oncle, bien que très complet à l'époque de sa rédaction, ne fût qu'une monographie incomplète au moment de sa publication, a cru devoir faire quelques additions, que l'état actuel de la science réclamait indispensablement sur quelques points particuliers, comme le cancer du cœur, le traitement du cancer par la compression, l'extirpation de l'utérus et la résection du col de cet organe. Quant aux généralités qui concernent les affections cancéreuses, bien que, depuis la mort de Bayle, on ait fait faire à la science de prétendus progrès, qu'elle a été bientôt obligée d'abandonner, et que, sous beaucoup de rapports, elle en soit à peu près au point où Bayle l'avait laissée, le traité des maladies cancéreuses de Bayle ne laisse que peu à désirer sous ce point de vue; il est aujourd'hui le seul traité complet que nous possédions sur cet ordre d'affections et sera probablement le seul aussi longtemps que la science ne se sera pas renouvelée presqu'en entier dans la nouvelle direction où elle nous semble irrévocablement entraînée.

Ce dernier ouvrage de Bayle, qui eût beaucoup gagné, nous devons le reconnaître, à être publié par l'auteur, considéré dans son ensemble, n'est pas l'une des moindres productions de l'école anatomique, dont il fut un des chefs les plus brillans, et la science doit des remercîmens à M. Bayle de n'avoir pas laissé périr ce travail du collaborateur de Laënnec et de Dupuytren. Nous ne voulons pas dire cependant qu'on doit le regarder comme un simple monument historique; nous avons dit, au contraire, et nous répétons que le praticien y trouvera les bases d'un diagnostic assuré et qu'en suivant Bayle dans l'énoncé des maladies qui peuvent être confondues avec le cancer, il pourra éviter de cruels désappointemens et épargner aux victimes de cette cruelle maladie bien des traitemens et des souffrances inutiles.

VARIÉTÉS.

DE L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE EN FRANCE.

Rapport présenté à M. le ministre de l'instruction publique, par M. ORFIEA (1).

Paris, le 27 octobre 1839.

Monsieur le ministre,

Au moment où vous vous occupez du projet de loi sur l'enseignement et l'exercice de la médecine, j'ai pensé qu'il serait utile de mettre sous vos yeux quelques documens relatifs aux études et aux examens qui ont eu lieu dans les écoles du royaume pendant l'année scolaire 1838-1839. Peut-être jugerez-vous ces élémens susceptibles d'éclairer certaines questions, et notamment celle qui aurait pour but de changer à tort, suivant moi, l'organisation actuelle de l'enseignement, en multipliant les facultés aux dépens des écoles secondaires de médecine. Je vais avoir l'honneur de vous entretenir successivement des élèves, des réceptions de docteurs et de ces écoles.

NOMBRE DES ÉLÈVES.

Dans le rapport que j'ai adressé l'année dernière à M. le ministre, votre prédécesseur, j'insistais particulièrement sur la diminution du nombre des étudians en médecine, qui se faisait remarquer depuis l'ordonnance du 9 août 1836, dont les art. 1 et 2 exigent que les jeunes gens soient bacheliers ès-lettres pour être inscrits dans les facultés de médecine et bacheliers ès-sciences pour prendre la cinquième inscription. En novembre 1835, disais-je, les trois facultés, de Paris, de Montpellier et de Strasbourg, et les dix-huit écoles secondaires, avaient inscrit 1522 élèves nouveaux, tandis qu'en 1837 ce nombre n'était plus que de 744. Vous verrez, monsieur le ministre, par l'état ci-après, que 596 élèves seulement ont commencé l'étude de la médecine dans l'année scolaire 1838-1839.

FACULTES DE MEDECINE.

Paris	212	295
Montpellier	59	
Strasbourg	24	

(1) Quoique nous ayons déjà publié un extrait du rapport de M. Orfila, nous croyons devoir insérer, dans son entier, cet important document. Nous insisterons prochainement sur les résultats curieux et intéressans qu'il énonce pour le perfectionnement de l'enseignement médical et l'avenir de la profession.

ÉCOLES SECONDAIRES.		293
Amiens	14	
Angers	11	
Arras	21	
Besançon	13	
Bordeaux	28	
Caen	9	
Clermont	13	
Dijon	15	
Grenoble	9	301
Lyon	25	
Marseille	7	
Nancy	15	
Nantes	17	
Poitiers	10	
Rennes	18	
Reims	2	
Rouen	12	
Toulouse	62	
TOTAL		596

S'il est incontestable que la réduction de la population scolaire ait été jusqu'à présent le résultat de l'ordonnance de 1836, pouvons-nous admettre que les effets de cette ordonnance seront toujours les mêmes, et ne dira-t-on pas qu'un grand nombre de jeunes gens, surpris en quelque sorte par les obligations nouvelles qu'elle impose, se préparent à les remplir et viendront plus tard grossir le chiffre des étudians? Je ne pense pas, monsieur le ministre, que le nombre des élèves en médecine augmente notablement d'ici à quelques années, et je me fonde 1° sur ce que, dans les écoles secondaires où l'on n'exige pas le titre de bachelier ès-lettres pour délivrer la première inscription, il y avait en novembre 1835, 472 élèves nouveaux, tandis qu'on n'en a compté, en 1837, que 286 et 301 en 1838; pourtant l'instruction qui se donne aujourd'hui dans ces établissemens est beaucoup plus forte qu'en 1835, et les inscriptions que l'on y acquitte ne sont plus payées une seconde fois dans les Facultés, comme cela avait encore lieu en 1835; 2° sur ce que les élèves qui, en 1836, lors de la publication de l'ordonnance, n'avaient pas le degré d'instruction nécessaire pour être bacheliers ès-lettres, devraient avoir obtenu ce diplôme depuis 1836, et les Facultés auraient dû les inscrire en 1837 ou en 1838. Suivant moi, la diminution des étudians tient à la fois aux conditions imposées par l'ordonnance précitée, à la sévérité plus grande des examinateurs des Facultés de médecine, au nombre, par trop considérable, de docteurs et d'officiers de santé reçus depuis dix ans, et au développement toujours croissant du commerce et de l'industrie qui attirent nécessairement à eux une partie des jeunes gens que les parens auraient destinés à la carrière de la médecine. Je n'insisterai pas, monsieur le ministre, sur les avantages du résultat que je signale: je me bornerai à faire ressortir combien la profession médicale doit gagner en considération et en dignité à un pareil déclassement, qui offre d'ailleurs tant de garanties au public, sous le rapport de l'instruction des gens de l'art.

Il est à remarquer, monsieur le ministre, que la diminution des élèves en 1837 et en 1838 a porté sur ceux des Facultés où elle a été cette année de 163; les écoles secondaires, au contraire, ont compté en 1838 *quinze* élèves de plus qu'en 1837, comme vous pourrez le voir par le tableau ci-joint :

	Facultés de médecine.		
En 1837...	458 élèves.	Écoles secondaires...	286
En 1838...	295	id.	301
Différence en moins..	163	Différence en plus...	15

Ce résultat, loin de m'étonner, me confirme de plus en plus dans l'opinion que j'ai émise en 1837 (voir mon rapport à M. le ministre). Les avantages que présentent les écoles secondaires de médecine bien organisées sont tels, disais-je, que les parens n'hésiteront pas à préférer ces établissemens aux Facultés pour faire commencer l'étude de la médecine à leurs enfans, parce que là les élèves sont peu nombreux, et les sujets d'étude multipliés, et parce qu'ils peuvent y être dirigés et mieux surveillés que dans les Facultés. Et si la loi nouvelle, comme cela me semble devoir être, assimile, quant à leur valeur, les inscriptions délivrées dans ces écoles à celles que donnent les Facultés, je n'hésite pas à affirmer que les établissemens de cet ordre seront encore plus suivis.

RÉCEPTIONS DE DOCTEURS.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Sur 2,301 candidats examinés pendant l'année scolaire qui vient de finir, 323 on été refusés; c'est-à-dire 1 sur 7.

	Elèves examinés et déjà reçus bacheliers ès-sciences.	Elèves refusés.
Premier examen : scienc. access.	273	63 ou 1 sur 4 1/2
Deuxième examen	249	73 ou 1 sur 7 1/2
Troisième examen	558	92 ou 1 sur 6
Quatrième examen	450	46 ou 1 sur 10
Cinquième examen	471	47 ou 1 sur 10
Total...	2,301	

Sur 455 thèses soutenues, il y a eu 26 refus. L'année dernière, le nombre des ajournemens avait été le même sur 343 candidats. Je rappellerai ce que je disais à cet égard dans mon précédent rapport, savoir que sur 4,871 thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris, depuis 1823 jusqu'à la fin de 1837, le nombre total des ajournemens n'avait été que de 34.

FACULTÉ DE MONTPELLIER.

Sur 771 examens subis pendant l'année 1838-1839, le nombre des élèves refusés a été de 37; c'est-à-dire 1 sur 21.

	Elèves examinés.	Elèves refusés.
Premier examen....	78	8 ou 1 sur 12 1/2
Deuxième examen...	178	20 ou 1 sur 9 env.
Troisième examen ..	171	4 ou 1 sur 43
Quatrième examen ..	178	7 ou 1 sur 25 1/2
Cinquième examen..	167	0
Total...	771	

Sur 171 thèses soutenues, il y a eu 9 refus : cinq de ces dissertations ont été déclarées indignes de faire partie de la collection; les quatre autres devront subir des modifications importantes avant d'être admises.

FACULTÉ DE STRASBOURG.

Sur 132 candidats examinés, *huit* ont été refusés; c'est-à-dire 1 sur 19.

	Elèves examinés.	Elèves refusés.
Premier examen.....	27	5 ou 1 sur 5 1/2
Deuxième examen....	48	1 ou 1 sur 48
Troisième examen...	24	0
Quatrième examen...	25	0
Cinquième examen...	28	2 ou 1 sur 13
Total...	132	

Vingt-trois thèses ont été soutenues, et tous les candidats ont été admis.

En résumé, les trois Facultés ont reçu 614 docteurs, savoir : 429 à Paris, 162 à Montpellier, et 23 à Strasbourg. Ce nombre, qui paraîtra sans doute fort élevé, ne sera guère, en 1841 et dans les années suivantes, que de 200 à 250; alors, en effet, les réceptions porteront sur les élèves de 1837, de 1838, etc., qui ont été peu nombreux, tandis que cette année les docteurs reçus font partie de cette masse prodigieuse d'étudians qui avaient encombré les Facultés en 1833, 1834 et 1835.

ÉCOLES SECONDAIRES.

Vous savez, monsieur le ministre, par les rapports officiels qui vous sont parvenus à la fin de chaque trimestre, qu'en général les cours ont été faits avec exactitude dans les écoles secondaires, que plusieurs étudians ont été interrogés à chaque leçon, que des observations ont été recueillies par les élèves sous la direction des professeurs de clinique, que les études anatomiques ont été actives et bien suivies; que dans beaucoup de ces écoles, les étudians ont été exercés aux opérations chirurgicales; que partout, excepté dans un de ces établissemens, les salles de maternité leur ont été ouvertes.

Les examens de fin d'année ont eu lieu en août dernier dans ces écoles, et la plupart des élèves ont soutenu leurs épreuves d'une manière satisfaisante; ceux qui n'ont pas répondu à l'attente de leurs maîtres n'ont pas reçu le certificat d'*exeat*, et ne seront admis à prendre de nouvelles inscriptions que lorsqu'ils auront subi avec succès l'examen auquel ils n'ont pas satisfait. J'aime à répéter, M. le ministre, ce que je disais l'an dernier, à l'occasion des examinateurs des écoles secondaires, qu'ils ont rempli cette partie de leur tâche avec zèle, conscience et désintéressement.

Grace à votre active intervention, les conseils généraux et municipaux ont voté des fonds, dans le courant de cette année, pour les écoles d'Angers, de Lyon et de Poitiers, tant pour subvenir aux frais de premier établissement des cours créés en 1837, que pour indemniser les professeurs adjoints et provisoires qui ne recevaient encore aucun traitement. Le conseil général de la Vienne a affecté une somme de 30,000 fr. à l'établissement d'une salle de maternité, où les élèves seront admis à pratiquer les accouchemens, et le conseil municipal de Poitiers a fait construire un amphithéâtre de chimie.

Je ne terminerai pas ce rapport, M. le ministre, sans appeler votre attention toute spéciale sur la nécessité de présenter, à la prochaine session des chambres, un projet de loi relatif à l'enseignement et à l'exercice de la médecine. Je sais que telle est votre intention formelle, et je vous en remercie au nom du corps médical. L'ordre de choses actuel amènerait infailliblement une augmentation dans le nombre des officiers de santé, car les élèves qui ne peuvent pas obtenir le diplôme de bachelier ès-sciences seront obligés de renoncer au doctorat : or, dans mon opinion, tout en reconnaissant le mérite de plusieurs officiers de santé qui exercent aujourd'hui, il ne doit y avoir en France qu'une classe de praticiens. J'ajouterai qu'il devient urgent de faire cesser, par une législation qui protége tous les intérêts, les abus graves qui existent dans l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

Agréez, etc.

ORFILA,
Membre du conseil royal de l'instruction publique.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 47. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 23 NOVEMBRE 1839.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

OPHTHALMOLOGIE.

ÉTUDES CLINIQUES ET ANATOMICO-PATHOLOGIQUES SUR LES ÉPANCHEMENS DE L'ŒIL; par le docteur Carron du Villards.

Dans un précédent article, inséré dans le n° 39, ann. 1838, de ce journal, nous avons étudié les épanchemens sanguins dans quelques parties de l'œil et de ses annexes. Il nous reste, pour compléter cette étude, à examiner les épanchemens sous-choroïdiens, et ceux qui ont leur siége dans l'humeur vitrée.

Épanchemens sous-choroïdiens. — Douée d'une organisation essentiellement vasculaire, la choroïde est souvent le siége de congestions et d'inflammation, et surtout d'exhalations sanguines. Mais il est rarement donné aux hommes de l'art d'en pouvoir constater l'existence pendant la vie, surtout lorsqu'ils existent à la partie postérieure de l'œil. Les épanchemens sous-choroïdiens sont de deux espèces : les uns sont dus à des ruptures, les autres proviennent d'une simple exsudation.

Dans l'épidémie de typhus, qui fit tant de ravages en Italie en 1817, j'avais observé qu'un grand nombre d'individus qui avaient succombé à cette terrible affection avaient été atteints, pendant la période aiguë de cette maladie, de délire violent, de visions rouges, accompagnées de saillie des yeux, saillie qui persistait après la mort, sous forme d'exorhitisme général. J'examinai à plusieurs reprises les yeux de ceux qui avaient succombé, et je trouvai entre la choroïde et la rétine un petit caillot sanguin, en forme de cuvette, qui avait au moins une demi-ligne d'épaisseur. Plusieurs de ceux qui avaient été atteints d'exorhitisme ayant échappé à la mort, restèrent aveugles, et je n'hésite pas à croire que leur cécité fut uniquement le résultat de l'épanchement.

Depuis longtemps ces divers phénomènes m'occupaient, lorsque j'examinai les yeux de deux voleurs de grand chemin, que l'on avait pendus à Voghera. Quelques heures après la mort, lors même que le lien fatal ne fut plus noué autour de leur cou, les yeux étaient durs, saillans, comme ceux des individus qui avaient succombé au typhus. Il ne me fut point permis à cette époque de faire la nécropsie de ces yeux : j'étais cependant fort désireux de la faire, afin de me convaincre si l'exorhitisme était, dans le cas de strangulation, le résultat d'un épanchement interne de l'œil. Ce ne fut que deux ans plus tard que je dus à l'obligeance de mon excellent ami et maître, le professeur Rolando, de pouvoir m'assurer que mes prévisions étaient fondées. En effet, dans les yeux d'un supplicié par la corde, qu'il me permit d'examiner, je trouvai des épanchemens très considérables à la partie postérieure de la rétine et provenant de la choroïde. Plus tard, les mêmes phénomènes se présentèrent à mon observation sur le cadavre de Mad. D***, de Grenoble, que son fils avait étranglée dans sa maison de campagne, selon le procédé de Pichegru.

D'un autre côté, j'avais observé que les cerfs, les chevreuils, qui meu-

Feuilleton.

DE L'ORGANISATION MÉDICALE PROJETÉE.

C'est une triste chose, il faut l'avouer, de revenir sur le chapitre de l'organisation médicale qu'on nous a promis, qu'on nous promet encore, que nous attendons et qui n'arrive jamais. Il n'en a été fait aucune mention dans la session dernière; en sera-t-il de même dans la session prochaine? C'est à craindre. Quant à moi, dussé-je encourir le reproche de ressasser sans fin cet objet; dût-on m'accuser de me plaindre, de *jérémier* éternellement, j'élèverai toujours ma faible voix contre un aussi monstrueux oubli des intérêts de l'humanité et de ceux de notre profession, solidaires les unes des autres. Il y a maintenant *onze ans* qu'un ministre philantrope, M. de Martignac, d'honorable mémoire, soumit aux corps savans une série de questions relatives à une nouvelle organisation médicale. Personne n'ignore que ces questions ont été profondément étudiées, élaborées, notamment par l'Académie de médecine, d'après le savant et judicieux rapport de M. Double. Qu'en est-il résulté ? Rien; on attend, on espère, on promet, on croit; les événemens, les années, les sessions se succèdent, rien encore; le présent paraît pétrifié, l'avenir également. Conçoit-on un pareil état de choses pour une loi d'urgence, pour une loi dont les bases sont posées depuis longtemps ? Il est très probable que si, au lieu du consulat de 1803, nous eussions eu le gouvernement équilibré, nous en serions encore aux écoles de santé de l'an VII. A quoi bon ces délais? Veut-on rester dans cette atmosphère politique, à la fois brûlante et fétide, qui use tout, consume tout, hommes et choses, lois et institutions? On peut le dire hautement, la loi d'organisation médicale est la plus urgente de toutes.

Certes, c'est une belle chose que la question des chemins de fer, la question des ports, la question des canaux et prises d'eau, la question des sucres; mais la question de l'humanité a bien aussi son importance; croyez-moi, c'est un grand et sérieux intérêt que celui de la santé publique; il n'en est pas de plus profondément enclavé dans les masses, dans les entrailles de la société; les faits sont là pour le prouver. Dans la confusion politique, sociale et parlementaire où nous sommes, et qui se résume si bien par les nobles combats de la canne et de la betterave, il est juste que tout ce qui tient à la vie des citoyens soit complètement mis de côté. Au reste, pourquoi s'en étonner? L'intérêt passera toujours avant la santé; et quand les hommes disent qu'ils préfèrent cette dernière à tout, ils mentent; leurs actions le démontrent évidemment. Au lieu donc d'étudier la médecine, de consacrer sa vie à cette science sublime, mieux vaut cent fois, aujourd'hui que le comptoir est sur le trône et non plus l'autel, faire tourner un certain nombre de manivelles, tisser du coton, brocher de la soie, etc.; l'or est à ce prix, et avec lui l'aisance, l'estime, la considération, la position politique, etc.

J'avoue que ces réflexions jaillissent sous la pression d'un sentiment pénible; mais qui ne l'éprouverait, en voyant ce que devient chaque jour notre belle profession? Quant à moi, j'affirme *certa scientia et clamante conscientia* que sa si-

rent forcés, que les chevaux qui succombent à l'asphyxie angio-tonique, avaient en mourant une teinte rouge très prononcée dans les profondeurs de l'œil; je me promis de faire des recherches à ce sujet, aussitôt que je le pourrais. C'est M. le comte Audiberti, premier médecin de S. M. le roi Victor Emmanuel, qui m'en fournit les moyens, en me faisant remettre les yeux d'un chien courant de grande taille, qui était mort des suites d'une course forcée. Je trouvai non seulement un épanchement sanguin dans la choroïde, mais encore une coloration très prononcée de l'humeur vitrée. Plus tard, un cheval morfondu m'offrit les mêmes résultats; enfin, à Paris, en 1836, j'examinai, en présence de M. le docteur Sperino, de Turin, Manley et autres, les yeux d'un grand phoque, qui avait succombé à des convulsions furibondes. Non seulement il y avait un épanchement sous-choroïdien, mais encore l'humeur vitrée se trouvait complètement colorée en rouge, tandis que le cristallin avait conservé sa transparence ordinaire.

Là se bornaient mes observations, lorsque M. le professeur d'Ammon publia dans son journal un article fort important, intitulé : OBSERVATIONS SUR LA COLORATION EN ROUGE DES MEMBRANES DES EMBRYONS HUMAINS DES ENFANS NOUVEAU-NÉS ET SON INFLUENCE SUR L'OPHTHALMIE QUI SE DÉVELOPPE CHEZ CES DERNIERS.

Tout ce qui a rapport aux progrès de l'ophthalmologie, tout ce qui est dû surtout à la savante plume du professeur de Dresde, m'intéresse vivement. Ce mémoire, en réveillant en moi le souvenir d'anciennes recherches, me fit naître l'idée de les coordonner avec celles de M. d'Ammon; car en considérant l'ophthalmie des nouveau-nés comme favorisée par les exhalations et injections sanguines de l'œil; il présentait la maladie sous un point de vue aussi nouveau que piquant. Je vais exposer sommairement les recherches de M. d'Ammon. Ce chirurgien, grâce à M. Breschet, dont il s'empresse de reconnaître l'obligeance, disséqua, en 1822, aux Enfans-Trouvés de Paris, un grand nombre d'enfans nouveau-nés, et il crut reconnaître dans la coloration accidentelle des membranes de l'œil la cause primordiale de l'ophthalmie dite des nouveau-nés. Certes cette question mérite bien la peine d'être examinée avec soin, c'est ce que M. d'Ammon a fait dans l'article dont nous venons de parler, en coordonnant les recherches faites il y a dix ans avec celles auxquelles il venait de se livrer : « J'ai examiné, dit-il, un grand nombre d'yeux appartenant à des embryons humains dans presque toutes les périodes de leur vie intra-utérine, et très rarement j'ai trouvé une coloration anormale dans les humeurs et les membranes de l'œil, avant qu'ils fussent parvenus au quatrième mois. Passé cette époque, au contraire, je rencontrai souvent une teinte rouge non-seulement de l'humeur vitrée et des membranes. » Ce passage ayant vivement piqué ma curiosité, je me suis mis en mesure de vérifier les observations de M. d'Ammon. A mon tour, je dois manifester ma reconnaissance pour le zèle et l'empressement qu'un grand nombre d'accoucheurs de Paris et de la province a mis à m'adresser des fœtus de tout âge; ils m'ont été d'une grande utilité, non seulement pour les recherches pathologiques, mais encore pour celles auxquelles je me livre sur la formation de l'œil et de ses annexes, dans l'embryon humain.

Dans les yeux d'un fœtus de quatre mois et demi que m'avait donné M. le docteur Dufresnoy, je trouvai très manifestement la coloration en rouge de l'humeur vitrée, de la choroïde, mais, ainsi que l'avait observé M. d'Ammon, le cristallin était entièrement hyalin. Le même phénomène s'était toujours présenté dans les yeux des animaux chez lesquels j'avais trouvé l'humeur vitrée toute rouge. C'est surtout chez le phoque, dont l'œil est dur et sphérique, comme celui des poissons, que cette observation fut faite. M. d'Ammon pense que cette coloration des membranes et de l'éponge hyaloïdienne coïncide avec le développement des vaisseaux de l'œil, qui a lien vers le cinquième mois de la vie fœtale. J'ai pu vérifier aussi une des propositions du professeur de Dresde, qui dit que la coloration de la choroïde est d'autant plus grande, que la peau du fœtus est plus injectée de sang. Mais je n'ai jamais rencontré une hyper-sécrétion du pigment noir qui se détache facilement par plaque, et qui fait sur le fond rouge de la choroïde un effet singulier. M. d'Ammon lui-même n'a pas pu se rendre raison de ce phénomène qu'il a rencontré, même sur des fœtus à terme.

Chez les fœtus, il y a deux espèces de coloration des membranes de l'œil; l'une est le résultat de la putréfaction chez les fœtus morts depuis longtemps dans le sein de la mère; l'autre existe avec l'intégrité des membranes et des humeurs. La première coloration est d'un rouge brun, sale; l'humeur vitrée est ramollie; elle a perdu sa transparence, le cristallin n'est plus transparent, quoique blanc. Dans le second cas, l'humeur vitrée présente une couleur rouge carmin uniforme transparente, et le cristallin conserve sa couleur blanche et son entière pellucidité.

Lorsque l'on place l'œil dans un vase d'eau fraîche et bien net la coloration due à un commencement de putréfaction se dissipe peu à peu en teignant l'eau : on y voit surnager çà et là quelques flocons colorés.

Si, au contraire, l'on place dans le même liquide l'éponge hyaloïdienne colorée appartenant à la seconde variété de coloration, l'eau reste transparente après plusieurs heures d'immersion, il faut la soumettre à l'action du microscope de Raspail, pour y reconnaître quelques rares globules sanguins flottans dans l'espace.

Lorsque l'on coupe avec un instrument bien tranchant une tranche d'humeur vitrée, et qu'on l'expose à un microscope avec un grossissement de soixante-quinzième fois, l'on trouve un liquide coloré par une multitude de globules sanguins qui se touchent, se pressent, et sont arrangés en chapelets comme le frai de la grenouille (*rana esculenta*), lorsque l'on triture une lamelle de la même humeur, dans de l'eau, et que cette trituration est soumise au microscope, on retrouve encore les globules, mais plus clair semés. Jamais je n'ai vu, dans l'éponge hyaloïdienne, un simulacre de vaisseaux sanguins : cependant, en tenant compte du mémoire que publia mon excellent maître feu le professeur Rolando, dans lequel il explique comment les liquides se transforment en solides, je n'aurais pas été étonné de rencontrer des vaisseaux sanguins de nouvelle formation. Entre l'épanchement sanguin des fœtus humains et ceux des animaux qui ont succombé à l'asphyxie angioténique, il n'y a au microscope aucune différence. Cette analogie ne peut être expliquée que par la similitude du mécanisme qui les produit : en effet, c'est toujours à une exhalation, due chez les animaux forcés à une sur-excitation du système vasculaire portée au summum, et chez le fœtus à terme, tantôt aux difficultés de leur passage à travers les divers détroits du bassin, tantôt à une des causes inconnues, mais qui agissent avec une grande force; car non seulement l'œil, mais encore la peau et le tissu cellulaire sont gorgés de sang. Or, comme cet état de phlogose, ou tout au moins d'injection de la peau et du tissu cellulaire sous-jacent, dispose les nouveau-nés à l'érésypèle au sclérome, M. d'Ammon a pu tirer les mêmes conclusions pour l'ophthalmie des nouveau-nés. Il ne faut pas non plus se dissimuler que

---

tuation est déplorable; encore quelques années et elle sera réellement placée aux plus bas échelons de l'ordre social; elle y marche rapidement et ne tardera pas d'y arriver. Remarquons d'abord que les médecins n'ont plus qu'une considération personnelle, celle de la profession étant à peu près nulle. Il faut voir dans le monde le sourire d'ironie, quelquefois de pitié, qui effleure bien des lèvres lorsqu'on parle d'un jeune médecin, surtout quand il s'agit de quelque établissement matrimonial. Bel état, dit-on, c'est dommage qu'on y gagne un morceau de pain quand on n'a plus de dents, encore pas toujours, et ils ont raison. Cependant, peut-on objecter, nos écoles regorgent d'élèves, ils s'y pressent à l'envi, rien de plus vrai; mais quoi de plus évident que cela tient à l'encombrement de toutes les carrières? Je l'ai dit ailleurs, partout la ruche est pleine, elle est comblée, on ne sait plus où et comment se faire une place dans la société. A Paris, on a calculé que pour un homme à décroter, il y a maintenant dix décroteurs. C'est bien autre chose quand il s'agit de malades, les médecins pullulent de toutes parts, c'est une curiosité que de n'en pas voir. D'un autre côté, ces étudians ont-ils une idée nette du sort qui les attend quand ils se lanceront dans la mêlée des intérêts sociaux, effroyable pêle-mêle où il faut sans cesse lutter contre tous et contre tout? Savent-ils que c'est souvent s'inféoder à la misère par l'orgueil du diplôme? Loin de là, tous ignorent par quel creuset de tribulations ils devront passer pour arriver à une position plus que médiocre. C'est là ce qui arrive surtout à ceux qui s'obstinent à rester à Paris, où le personnel médical est porté au-delà de la saturation. Ils ne savent pas que dans la capitale, notre art, en général, n'est plus cultivé comme art, c'est une industrie où chacun cherche *à faire ses affaires;* que souvent, à force de soins, de ruses, d'entregent et de patience, on n'arrive qu'à une clientèle assez chétive; or, je demande ce que devient le mérite timide, qui ne veut pas, qui ne sait pas ou qui ne peut pas intriguer, qui ne se sent pas le courage de descendre à plat ventre les plus bas degrés de l'industrialisme médical. Le malheur est que beaucoup de jeunes gens, la plupart *internes* des hôpitaux, n'ayant de rapports qu'avec les haut placés de la profession, accoutumés aux recettes plantureuses, ne connaissent point les autres praticiens de la capitale. Aussi, dans leur modestie, ils consentent à renoncer à une fortune colossale; mais avec du savoir, de la conduite, ils comptent bien parvenir à un certain degré de prospérité et d'aisance; erreur fatale qui les conduit eux et leurs familles dans la gêne et la misère. Sur cent, il n'en est peut-être pas dix qui parviennent à un tolérable état de médiocrité; encore faut-il qu'un peu de fortune, des travaux assidus, des circonstances favorables sur lesquelles on ne peut compter, viennent les aider et les pousser. Si l'on savait combien la plaie du paupérisme médical est douloureuse et large, combien de regrets, de chagrins, d'inquiétudes, existent dans le cœur de beaucoup de jeunes médecins, on ne s'engagerait qu'avec une excessive défiance dans notre profession. Mais comment savoir la vérité, tous souffrent en silence, avec un certain vernis extérieur de bien-être; chacun cache sa misère le plus qu'il peut, et avec raison, il n'y gagnerait qu'une pitié stérile. Parce que beaucoup ont la patience qui supporte le malheur, la résignation qui l'adoucit, et comme une sorte d'héroïsme qui se place au dessus, on s'imagine difficilement que le mal est aussi grand qu'il l'est en effet. Il y a eu dans une ville du Midi une sorte d'émeute sucrière, tant l'intérêt remue la société dans ses fibres les plus passionnées, mais on peut être tranquille relativement aux médecins, une certaine élévation d'âme et l'habitude du malheur les ont rendus éminemment patiens et assouplis.

c'est dans les établissemens d'enfans trouvés que ces diverses lésions, qui ont une grande analogie entre elles, se rencontrent le plus souvent.

Tous les hommes qui succombent à l'asphyxie par strangulation ont les yeux très saillans, leur choroïde est gorgée de sang, et l'on rencontre toujours à la face postérieure de la rétine les vaisseaux rétiniens très gorgés de sang, et qui, au microscope de Raspail, et souvent même à l'œil nu, ressemblent au développement des vaisseaux veineux du placenta. Les paupières sont épaisses, vultueuses, sillonnées de veines tortueuses et épaisses; la conjonctive oculo-palpébrale est très injectée, et souvent l'on rencontre dans la région scléro-précornéenne quelques-uns de ces épanchemens sous-conjonctiviens dont j'ai signalé la fréquence chez les enfans atteints de toux convulsive, suite de croup ou de coqueluche. Ces phénomènes congestifs persistent plusieurs heures chez les individus que l'on parvient à rappeler à la vie, malgré l'abondance des évacuations sanguines nécessaires pour obtenir ce résultat. Je l'ai observé dans deux occasions : une fois chez un jeune collégien, aujourd'hui avocat distingué, qui, dans un accès de fureur alcoolique, se pendit et fut heureusement et très fortuitement sauvé par un camarade. L'autre cas avait rapport à un idiot qui s'était étranglé avec sa cravate pour ne pas satisfaire à la loi du recrutement qui l'appelait sous les drapeaux.

Voyons maintenant ce qui se passe chez les enfans qui restent longtemps enclavés dans le détroit supérieur, chez ceux surtout qui ont le cordon entortillé autour du col : nous verrons qu'il y a une analogie complète avec ce que l'on observe chez les adultes, quand il y existe sur le col des accidens de compression. Ces phénomènes sont la coloration et la bouffissure de la face, la saillie des yeux, l'injection prononcée des vaisseaux sanguins, non seulement de la conjonctive, mais encore de la sclérotique et de l'iris. La pupille est tellement contractée chez les nouveau-nés, que l'on ne peut diagnostiquer la nature de la coloration des humeurs de l'œil. Mais comme il a été mis hors de doute, par M. d'Ammon, que la coloration en rouge est un phénomène qui s'est manifesté pendant la vie, et non un accident produit par la mort, on peut conclure que si la pupille était largement dilatée, l'on pourrait reconnaître la coloration en rouge de l'humeur vitrée, ne fût elle même, cette coloration, qu'un reflet de la choroïde; car en disséquant avec soin les yeux des enfans qui avaient succombé à l'ophthalmie purulente, il reconnut que la choroïde était fortement injectée. Voici comment il s'exprime dans le Journal complémentaire (t. xxiii, 90e cahier, p. 145, 1825) : « Mais si je n'ai jamais trouvé cette membrane enflammée, si je dois reconnaître aussi que sa grande vascularité n'est point un phénomène pathologique, mais bien un phénomène d'injection, il n'est pas possible de ne point attribuer à un état pathologique les extravasations sanguines que j'ai trouvées entre la choroïde et la rétine. Des extravasations sanguines presque semblables ne sont point rares entre la face interne de la rétine et le corps vitré. » Dans son dernier travail, M. d'Ammon a dessiné diverses coupes de l'œil où ces divers phénomènes sont très bien représentés.

L'on conçoit facilement que l'état congestif que nous venons de décrire ayant lieu, rien n'est plus facile que de le voir se convertir en une véritable inflammation. J'ai même observé que sur cinquante-trois enfans atteints de l'ophthalmie des nouveau-nés, trente-trois avaient séjourné longtemps au passage, et trois avaient été soumis à l'application du forceps.

Sur deux enfans qui moururent au détroit, et qui furent retirés morts au moyen du forceps, l'un par M. le professeur Hatin dans la rue de Clichy, et un autre par madame Dutilleul, rue de Vaugirard, je trouvai, vingt-quatre heures après la mort, les mêmes phénomènes qu'avait observés M. d'Ammon.

Les phénomènes congestifs et ceux d'injection locale doivent donc jouer un grand rôle dans la production de l'ophthalmie des nouveau-nés. Cette doctrine acquiert un degré de certitude plus grande lorsque l'on se rappelle que le professeur Mayer de Bonn (Journal de Græfe et de Walther, t. ii, p. 100) observa des résultats analogues sur les yeux des individus qui avaient succombé à l'ophthalmie purulente des armées. Plus tard enfin le docteur Wolf, de Potsdam, publia dans le Magazin de Rust des considérations toutes à l'appui de ce que nous venons de dire (Rust's Magazin, t. xviii, p. 274).

L'on voit donc que j'étais en droit de reprocher à un de mes émules d'avoir passé sous silence les faits importans que les ophthalmologistes allemands ses compatriotes avaient publiés sur ce point important de pathologie oculaire (Bulletin thérap., analyse de l'ouvrage de M. Sichel, t. ii).

Quant aux conséquences pratiques tirées de ces faits, je les ai déjà déduites dans le Guide pratique pour l'étude et le traitement des maladies des yeux (t. ii), je les répète ici en forme de corollaire, savoir : toutes les fois qu'un enfant est resté longtemps au passage, et que ses membranes oculaires sont injectées, il faut se hâter de pratiquer un dégorgement par le cordon ombilical et préserver l'enfant des atteintes de l'air et de la lumière.

Dans un prochain article, nous examinerons le mécanisme au moyen duquel les humeurs de l'œil se colorent non seulement en rouge, mais encore de diverses autres couleurs.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA DYSENTERIE PAR L'ALBUMINE; communiquée par M. le docteur C. Saucerotte, médecin de l'hôpital Saint-Jacques de Lunéville, membre correspondant de l'Académie royale de médecine.

La dysenterie qui s'étend chaque année sur un assez grand nombre d'hommes dans notre garnison n'en a atteint que treize dans les mois d'octobre et novembre 1838, et dix seulement dans les mois d'août et septembre 1839. J'ai fait sur quelques-uns de ces malades l'application du traitement albumineux préconisé par MM. Bodin de la Pichonnerie et Mondière. Employé comparativement avec le traitement ordinaire (anti-phlogistiques et opiacés), il m'a, jusqu'à présent, donné des résultats vraiment remarquables, et qui ont dépassé toutes mes espérances. Que si je consulte non seulement les cas qui se sont passés sous mes yeux, mais encore l'expérience de plusieurs années, acquise dans l'établissement par le retour périodique de cette maladie, je la vois, quand elle a quelque intensité, durer généralement deux à trois septénaires; passer quelquefois

---

Il serait temps néanmoins que cet état de gêne et de compression professionnelle cessât. Dans cette époque d'égalité sociale qui règne maintenant partout, on peut dire que la médecine a été la plus froissée; par l'effet de nos grands mouvemens politiques, une sorte de niveau pris très bas, s'est établi entre les esprits et les positions; aucune profession, toutefois, n'a été aussi maltraitée que la nôtre depuis plus de cinquante ans. Toutes les servitudes sociales pèsent sur les médecins, et aucune loi ne protége suffisamment l'exercice de leur art; ainsi, beaucoup de devoirs, très peu de droits, aucune garantie, tel est leur lot. Le jury, la garde nationale sont là pour attester la vérité de mes paroles; ce sont des obligations toujours présentes, toujours en activité; quant aux améliorations, c'est autre chose; les plaintes paraissent vaines, les promesses illusoires, les réclamations impuissantes; il faut éternellement les moduler sur le *thème* patience. Qui le croirait? la patente même, oui la patente, ce signe flétrissant, attaché au front de la médecine, n'est pas encore un *impôt vaincu*, pour me servir de l'expression consacrée. En ce qui nous touche, on peut dire que tout est confusion, désordre et contradiction. On doit se rappeler qu'il y a deux ans, on communiqua officiellement à l'Académie de médecine la condamnation à l'amende de certains médicastres, vendeurs de remèdes secrets. Mais un des membres de l'assemblée fit aussitôt voir un numéro du Bulletin des lois, où l'on autorisait, par *brevet d'invention*, la vente de ces médicamens condamnés par le tribunal. Le beau conflit d'autorité! le spectacle instructif donné aux jeunes médecins! Et puis cherchez à détruire le charlatanisme, à porter la coignée au pied de cet arbre vénéneux.

A ne considérer que le côté moral et philosophique de la profession, plutôt que le côté matériel et lucratif, on doit bien se persuader qu'il y a un danger toujours flagrant d'immoralité dans d'aussi absurdes contradictions. Qu'aurait dit le promoteur de la loi qui nous régit s'il avait pu les prévoir? Une chose à remarquer, c'est que cette loi devait être, disait-on alors, très prochainement modifiée, car Fourcroy en sentait l'imperfection; mais c'est un provisoire devant lequel ont passé et passeront encore plusieurs générations. Pourtant, si une bonne législation doit être comme une bonne physique, expérimentale, on peut dire que l'épreuve de cette loi est suffisante; depuis trente six ans, elle est jugée par ses effets, par l'état déplorable où elle a mis la profession.

Il est néanmoins des gens qui soutiennent qu'une nouvelle forme d'organisation ne remédierait point à l'état d'abaissement social de la médecine; en sorte qu'avec ce vieux et détestable argument, *cela sera toujours*, aucun progrès, aucune amélioration ne seraient praticables. Comment ne voit-on pas, d'une part, que le mal va toujours croissant; de l'autre, que l'avilissement progressif de notre profession rejaillit en définitive sur tous, petits et grands. Je veux que le mal soit si grand, qu'une réforme tout aussi radicale qu'on la désire n'apporterait qu'un remède tardif, mais enfin ce remède opérerait à la longue et infailliblement. La cité médicale, véritable *citta dolente*, est maintenant au pillage, voilà ce qui est certain, et à quoi il faut remédier. Le grand malheur des médecins, il faut le dire et le redire sans fin, c'est leur isolement. Où résident le plus grand fond des idées des hommes, le principe de leurs forces? Evidemment dans leur commerce réciproque; qu'est-ce donc quand une même profession les rapproche et concentre sur quelques points les intérêts de tous. Dans cette grande société d'assurance mutuelle, qu'on appelait jadis une *faculté* de médecine, chacun des membres sentait qu'une espèce de solidarité le liait aux autres, que son sort dépendait en quelque sorte de celui de la pro-

à l'état chronique, on même se terminer par la mort. Qui ne sait, en outre, combien l'application réitérée des sangsues devient douloureuse au bout de quelques jours, combien l'administration des lavemens finit aussi par devenir difficile : quelles longues convalescences, quel affaiblissement profond entraîne après elle la dysenterie, quand on n'a pu l'enrayer dans le premier septenaire! Eh bien! si j'en juge par les cas qui me sont passés sous les yeux, aucun de ces inconvéniens n'est propre au traitement par l'albumine : promptitude dans les résultats, et par suite retour rapide des forces, absence de douleur dans les moyens curatifs, facilité, économie, voilà quels avantages m'ont paru recommander ce traitement. A l'appui de ces assertions et des faits déjà publiés par les honorables confrères auxquels on doit l'iniative de cette médication, je présenterai ici le sommaire de quelques-uns de ceux que j'ai recueillis jusqu'au commencement d'octobre.

Obs. I. — Monnet, soldat au 2e régiment de lanciers, a été pris, cinq jours avant son entrée à l'hôpital, des symptômes d'une dysenterie qui n'a fait qu'augmenter jusqu'au 23 août, où l'on nous l'amène. Des lavemens et des boissons émollientes donnés le même soir produisent un peu de soulagement.

Le 24, je le vois pour la première fois : les selles sont glaireuses et sanguinolentes, peu abondantes, mais très fréquentes et accompagnées de ténesme; douleur à la pression vers la fosse iliaque gauche, langue large et blanche; le pouls donne 80 à 90 pulsations; la peau est chaude, la soif vive.

Prescription : trois pots de tisane albumineuse (suivant la formule du docteur Moedière); deux demi-lavemens idem; cataplasme émollient sur le ventre.

Le 25, les selles sont diminuées de moitié, plus de douleur abdominale à la pression; la soif est moins vive; le mouvement fébrile très faible. Même prescription.

Le 26, trois selles seulement, pas de fièvre; appétit. Même tisane, deux soupes.

Le 27, la dysenterie a cessé; je permets le quart de la portion, et discontinue la tisane albumineuse.

Le malade n'a pas eu de rechute.

Le succès de l'albumine est ici d'autant plus remarquable que la maladie était accompagnée, comme le prouvent la douleur abdominale et la fièvre, d'une véritable phlegmasie de la fin du gros intestin. Si, comme je le crois, cette dysenterie se fût amendée assez promptement par les moyens ordinaires, ce n'est pas probablement pas en trois jours qu'on en eût obtenu la guérison.

Obs. II. — Chaponil, soldat au 2e régiment de lanciers, entre dans nos salles le 26 août, au troisième jour d'une dysenterie s'accompagnant de nausées et de vomituritions glaireuses, d'une douleur très vive vers le colon ascendant et transverse, de selles glaireuses et sanguinolentes avec ténesme, qui se répètent deux à trois fois par heure. La langue est pointue, un peu rouge à son limbe; la soif vive; le pouls fébrile.

Prescription : 20 sangsues *loco dolenti;* cataplasmes émolliens; tisane de riz; demi-lavement émollient.

Le 27, le ventre est peu sensible à la pression, les nausées ont cessé, la fièvre a diminué; mais les selles ne sont guère moins fréquentes. Je prescris le traitement albumineux *ut supra.*

Le 28, mieux général; encore douze selles dans la journée. Même prescription.

Le 29, quelques selles seulement; amendement des autres symptômes dans la même proportion. Même prescription.

Le 30, les symptômes de la dysenterie ont entièrement disparu, plus de traces de la phlegmasie du colon. Je permets des soupes, et suspends le lendemain la tisane albumineuse, le malade marchant à grands pas vers une convalescence franche.

Je ne possédais pas encore des données assez nombreuses sur le traitement albumineux pour l'employer de prime-abord dans un cas où les émissions sanguines locales étaient si positivement indiquées. Je pensai d'ailleurs qu'en dégageant cette maladie de ses complications, je ramenais le problème à sa plus simple expression, et me trouvais mieux à même de juger de la spécificité de l'albumine dans la dysenterie simple. Toutefois il serait intéressant de juger jusqu'à quel point ce même traitement réussirait dans les cas où il y a colite proprement dite. D'après quelques essais que j'ai déjà faits sur des malades atteints de diverses diarrhées, je suis porté à croire que l'on s'en trouverait bien.

Obs. III. — Schuller, âgé de 31 ans, musicien au 2e régiment de lanciers, a été pris, il y a six jours, des symptômes d'une dysenterie dont il s'est traité chez lui par des boissons et des lavemens émolliens. Je le vois le 13 octobre pour la première fois : il se plaignait alors de ténesmes douloureux et continuels, qui le forçaient de se présenter à chaque instant sur la chaise pour n'évacuer qu'un peu de mucus mêlé de sang, en assez grande proportion. Des tiraillemens douloureux se faisaient sentir dans les fesses et dans les cuisses; l'hypogastre était très sensible, et il accusait un sentiment de cuisson dans l'urètre en évacuant les urines rouges et rares; du reste l'abdomen était souple, la langue large, avec léger enduit jaunâtre et goût amer; pas de soif, pas de fièvre. Je prescris trois pots de tisane albumineuse, deux demi-lavemens idem, un cataplasme émollient sur l'hypogastre.

Le 14, un peu de diminution dans la fréquence des selles; agitation, rêvasseries pendant la nuit; toujours de la douleur à l'hypogastre; moiteur. Même prescription.

Le 15, les selles et les ténesmes ont notablement diminué, surtout depuis minuit; plus d'agitation; moins de douleur à l'hypogastre; moiteur. Même prescription.

Le 16, plus de sang dans les selles, plus de douleur à l'hypogastre et cuisson en urinant; cependant le malade se plaint toujours de ténesmes. Même prescription. Bouillon maigre.

Le 17, amélioration progessive. Soupes, même tisane.

Le 18, retour des ténesmes, sans selles; moiteur abondante. Prescription : tisane albumineuse, demi-lavement laudanisé.

Le 19, les lavemens laudanisés ont calmé les ténesmes. Je continue la prescription, et je permets des soupes.

Le lendemain, Schuller mangeait le quart de la portion, et se trouvait bien.

Quatre jours après, j'accordais la demie; et au moment où j'écris (fin d'octobre) il se dispose à quitter l'hôpital.

Ce n'est guères qu'au bout de quarante-huit heures que le traitement albumineux a montré ici son efficacité habituelle. C'est, en général, le temps qui m'a semblé nécessaire pour obtenir ce résultat, à moins que la maladie ne soit déjà en voie de décroissance; cas dans lequel on peut en avoir raison en vingt-quatre heures. L'opiniâtreté du ténesme a nécessité chez Schuller l'emploi des lavemens laudanisés, que je n'avais pas encore associés à l'albumine. Les symptômes d'irritation cystique qu'il a offerts ne sont pas rares dans la dysenterie. Je les combats avec succès par les bains de siége. Ici le traitement commun a suffi. Je ne pense pas que la tisane prescrite ait été la cause déterminante de l'abondante moiteur qui se déclarait tous les matins : au moins n'ai-je rien vu de semblable sur mes autres malades.

Les observations suivantes offrant une complète analogie avec la pre-

---

fession. Aussi, quel éclat de cette dernière, quelle force, quelle gravité de mœurs! L'importance individuelle d'un médecin était alors due en partie à la corporation, puis elle rejaillissait sur tous. Aujourd'hui les Facultés, à tort ou à raison, sont instituées dans un autre esprit; dès-lors, tous les liens de solidarité sont à jamais rompus. Chacune de ces Facultés semble dire au candidat reçu : « Mon ami, nous n'avons plus rien à régler ensemble, votre diplôme écrit sur parchemin est dûment enregistré, scellé, paraphé; maintenant, allez et prospérez, que Dieu vous bénisse. » Cela peut être légal et commode, mais d'effroyables maux pour la profession en ont été le résultat inévitable. Quelques hommes s'en sont tirés vaille que vaille, mais la masse a végété, la profession a descendu où nous la voyons. Il en résulte que chaque médecin abandonné à lui-même a pu dire de la Faculté qui le fit docteur ce que disait Gibbon de l'Université d'Oxford : « Elle peut bien me renoncer pour fils d'aussi bon cœur que je la renonce pour mère. » Une des plus fâcheuses conséquences de l'isolement des médecins a été de tomber, soit par instinct, soit par nécessité, dans la voie fangeuse du charlatanisme; en pouvait-il être autrement, puisque aucune police médicale, aucune surveillance n'existe, puisque certains délits ne peuvent être atteints par le bras de la loi.

Les avocats, si souvent cités, dans ce cas, et avec raison, ne s'y sont pas trompés, et l'expérience a complètement démontré leur sagesse prévoyante. Pour peu qu'on ait tâté le pouls de notre époque, il n'est pas difficile de voir que le barreau s'est emparé des premières positions sociales. Législateur, administrateur, ministre, lui seul règne et gouverne. Comment est-il parvenu à ce haut degré de puissance, non seulement par les formes actuelles de notre gouvernement, mais encore par l'admirable police de ce corps? Dans le fond, aucun avocat n'est absolument étranger à un autre avocat, et le mot *confrère* n'est parmi eux ni un mot inutile, ni un vain bruit de consonnes. La plupart des corporations en sont là quand elles se proposent un but louable, mais tous les pays ne se ressemblent point sous ce rapport; en Angleterre, on a voulu, par les corporations, *aristocratiser* la démocratie; en France, on est parvenu à l'*anarchiser* par l'individualisme; aussi voyez les conséquences d'un pareil principe; par la récolte, jugez de la semence. Cependant l'esprit d'association commence à faire sentir, même hors du cercle de l'industrie, ses inappréciables avantages. A l'exemple des avocats, les notaires, les commissaires priseurs, beaucoup de classes d'artisans, jusqu'aux commissionnaires de la capitale, ont établi entre eux des statuts, des réglemens de police exécutés avec rigueur. Les médecins seuls, qui élèvent si haut leurs prétentions, eux les victimes d'une rivalité souvent malveillante, marchent isolément, sans surveillance, sans ligne commune de direction. Mais où arrivent-il pour la plupart? Demandez-le à leurs veuves et à leurs enfans.

Qu'on se figure bien que dans notre état social un individu n'est rien, ne peut rien, ne doit prétendre qu'à végéter dans son étroite sphère. L'association seule obtient la suprématie, parce qu'elle concentre et domine les volontés pour les pousser vers un but commun et élevé. J'en conviens, il n'y a plus d'hiérarchie dans notre société, tout y est aplani, nivelé, mais il y a des intérêts à diriger, des devoirs à remplir, des positions à améliorer; or, comment y prétendre sans réunir les forces et les volontés en faisceau, *res parvæ concordia crescunt.* Personne n'ignore que l'isolement des médecins a contribué plus que toute autre cause à favoriser le charlatanisme, autrement dit, le vol et l'assassinat par voie médicale. Il n'est pas de vérité maintenant mieux démon-

mière, je n'en offrirai que les circonstances principales, pour éviter les redites.

Obs. IV. — Majean, soldat au deuxième régiment de lanciers, entre, le 30 août, avec des symptômes de dysenterie. Il est malade depuis deux jours. Cet homme a déjà eu, dit-il, une dysenterie à Lyon, l'année précédente. Il rend trois ou quatre fois par heure, avec ténesme, un mucus sanguinolent peu abondant. L'hypogastre est douloureux, la soif vive, la langue pâteuse; pas de fièvre. Je prescris le traitement albumineux, qui, dès le lendemain, produit une diminution considérable dans les selles. Le surlendemain, Majean n'était allé que trois ou quatre fois dans la journée, et ne ressentait aucune douleur à l'hypogastre. Il mange la soupe. Le 3 septembre, je suspendis le traitement albumineux. Le malade est au quart de la portion et se trouve très bien.

Obs. V. — Pécauld, soldat au même régiment, entré le 26 août, offrait les mêmes symptômes que le précédent : mais déjà il y avait une légère diminution dans les selles. Le traitement albumineux fut prescrit pendant trois jours, au bout desquels Pecauld entrait en convalescence.

Obs. VI. — Filhol, du même régiment, entré le 3 septembre, était malade, depuis cinq jours, d'une dysenterie analogue à celle des sujets précédens. Quinze à vingt selles dans la journée; légère douleur à l'hypogastre et dans la fosse iliaque gauche; langue blanche, un peu sèche; légère altération; pas de fièvre : tels étaient les symptômes que me présenta cet homme, qui me dit avoir été plus malade les jours précédens. Le quatrième jour du traitement albumineux, Filhol était guéri de sa dysenterie. Sa sortie de l'hôpital fut cependant retardée par des accès de fièvre intermittente, qui se déclarèrent peu après.

Obs. VII. — Gona, soldat au même régiment, offrait, à son entrée à l'hôpital, le 6 septembre, les symptômes d'une dysenterie légère en décroissance. La tisanne albumineuse y met fin en deux jours.

Obs. VIII. — Béquignon (même régiment), entré le même jour, était dans une position analogue. Mais la tisane dut être continuée pendant quatre jours pour le débarrasser complètement du flux et du ténesme dysentériques.

Quelle est la manière d'agir de l'albumine dans la dysentérie ? Admettrons-nous, avec M. le docteur Moudière, qu'elle guérit en rendant au sang les principes dont il est spolié par les évacuations répétées que cette maladie entraîne? Cette explication peut paraître plausible; mais elle est bien prématurée. Ne faudrait-il pas savoir, avant de s'arrêter à cette explication, quels résultats on obtient de ce même traitement dans des phlegmasies d'une autre nature ? S'il réussit, par exemple, dans différentes sortes de colites qui n'offrent plus la spécialité de la dysenterie?

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

CONSIDÉRATIONS SUR LA LONGUEUR DE L'URÈTRE; SUIVIES DE LA DESCRIPTION D'UN URÉTROMÈTRE ET D'UNE SONDE PORTE-CAUSTIQUE, SERVANT A LA FOIS ET EN UN SEUL TEMPS A MESURER LA LONGUEUR DE L'URÈTRE, A VIDER LA VESSIE ET A CAUTÉRISER SOIT SON COL, SOIT LA PORTION PROSTATIQUE DU CANAL; par J.-J. CAZENAVE, médecin à Bordeaux, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris, etc.

Rien de plus facile, en apparence, que de prendre la longueur de l'urètre; et cependant il existe à cet égard des dissidences choquantes entre les hommes les plus exercés à ce mode de mensuration.

Beaucoup d'anatomistes, Boyer et Meckel (1) entre autres, prétendent que l'urètre a généralement de six à douze pouces de longueur. Wately, trouvant ces données exagérées, a mesuré l'urètre sur quarante-huit sujets de haute, de moyenne et de petite taille, et a démontré par ses recherches, dont je copie ci-dessous les résultats, que le canal n'a, terme moyen, que huit à neuf pouces.

		Longueur de l'urètre. Pouces.	Lignes.
Sujets de haute taille.			
	Sur 1	9	6
	8	9	»
	5	8	6
	2	8	»
Total...	16		
Sujets de moyenne taille.			
	Sur 3	9	»
	1	8	9
	7	8	6
	2	8	3
	7	8	»
	2	7	9
	1	7	6
Total...	23		
Sujets de petite taille.			
	Sur 1	8	9
	2	8	6
	4	8	»
	2	7	9 (2).
Total...	9		

Ducamp adopte le sentiment de Wately. M. Leroy d'Étiolles, pensant qu'on ne peut acquérir que des notions approximatives à ce sujet, dit que le plus sage est d'évaluer la longueur de l'urètre à neuf ou dix pouces (3), tandis que MM. Lisfranc et Velpeau (4) ont vu qu'elle pouvait aller jusqu'à onze pouces. M. Malgaigne (5) soutient que le canal n'a presque jamais au-delà de six pouces. M. Velpeau (6) affirme que ses dimensions ordinaires varient de six à neuf pouces, et que sa longueur moyenne est de sept à huit quand il est séparé du bassin. Ce professeur ajoute

(1) Manuel d'anatomie générale, descriptive et pathologique, traduit de l'allemand par Jourdan et Breschet. Paris, 1825.

(2) An improved method of treating strictures in the uretra; by Thomas Wately. Londres, 1816; in-8°, pag. 68.

(3) Exposé des divers procédés employés jusqu'à ce jour pour guérir de la pierre, sans avoir recours à l'opération de la taille. Paris, 1825; pag. 2.

(4) Traité complet d'anatomie chirurgicale, générale et topographique du corps humain, ou anatomie considérée dans ses rapports avec la pathologie chirurgicale et la médecine opératoire. Deuxième édition. Paris, 1833. Tom. II, pag. 274.

(5) Gazette médicale, cahier d'août et septembre 1832, pag. 272.

(6) Op. cit., tom. II, pag. 275.

trée. Indiquer la cause du mal, c'est signaler le remède, l'association. Si les anciennes institutions ne peuvent être rétablies, qu'on les remplace par d'autres plus conformes à nos mœurs actuelles. La prospérité d'un charlatan est un libelle contre les lois; or, que sera-ce de la prospérité du charlatenisme marchant dans sa force et dans sa liberté, qui se propage si à l'aise, et dont l'homicide effronterie ne rencontre ni obstacle, ni empêchement? Sans doute l'opinion publique a ses rémunérations, ses stigmates, ses flétrissures; mais il faut la guider, l'éclairer, la prévenir. Comment veut-on qu'elle discerne le véritable médecin du charlatan reçu docteur qui, à l'aide de son titre, faisant abnégation de toute dignité morale, se pose périodiquement sur les tréteaux de la presse payée pour y débiter sa drogue à tout venant; qui, au moyen d'un petit pamphlet stupidement écrit, fraude la loi qui défend la vente des remèdes secrets. Voler un citoyen est un crime, l'empoisonner est un crime plus odieux encore; mais le voler et l'empoisonner tout à la fois, telle est l'œuvre complète du charlatanisme et toujours impunément. Il n'y a là ni exagération, ni hyperbole, c'est une vérité de tous les jours, une vérité qui frappe quand on ouvre les yeux et les oreilles. Il y a des lois, dit-on; je le crois, mais où est leur action, où sont leurs résultats ? Dans l'état actuel des choses, poursuivre juridiquement, c'est de la force perdue, du temps perdu, de l'argent perdu. En effet, réaliser assez de bénéfices pour faire face à un ou deux procès assez bénins, voilà le problème à résoudre, si bien que l'avantage reste en définitive au charlatan armé d'impudence et de capitaux. Il y a plus, c'est que si par hasard une légère condamnation frappe un de ces trafiquans de la vie des dupes, il s'en fait aussitôt un moyen de publicité. Pour lui, un jugement est un avis à la foule, une amende sert de prospectus, seulement l'annonce est un peu plus chère que celle du journal, voilà tout. Plaisantes toiles d'araignée que nos lois actuelles contre la ruse et l'audace des vendeurs de remèdes secrets!

Le charlatenisme a toujours existé, et il existera toujours; qui n'a pas entendu répéter cent fois ce bel argument? Il revient à dire : il y a toujours eu des malfaiteurs, il y en aura toujours, donc nos codes et nos lois sont inutiles. mais le *plus* ou le *moins* sont ici la grande affaire, et l'ordre public n'est autre chose qu'une guerre incessante de la société contre ceux qui la troublent. Toutefois on peut demander si autrefois comme aujourd'hui des charlatans, avoués comme tels par leurs écrits et leurs actes, par les condamnation qu'ils ont subies, osaient se parer du titre de docteur en médecine, et d'autres titres plus ou moins honorables. Cela ne s'est vu que de nos jours où le droit et le fait, les notions du juste et de l'injuste sont totalement confondus. Il en résulte que ces honnêtes gens cumulent tout à la fois les honneurs de la profession et les profits du charlatenisme; pas mal imaginé. N'est-ce pas la doctrine du *macairisme* médical porté à son plus haut point de perfection? d'où vient tant de désordre? encore une fois de l'isolement des médecins, du manque de police et de surveillance à leur égard, du défaut complet d'éducation *morale* et *professionnelle* dont on ne s'enquiert nullement ni pendant, ni après les études et les grades conférés.

Le lecteur sentira aisément qu'en dépeignant le triste état de la médecine, considérée comme art, je ne puis qu'effleurer cet important sujet. Il est encore une foule de maux qu'on est forcé de passer sous silence, comme la responsabilité médicale, la prescription par une année des honoraires, la position des médecins dans les hôpitaux, l'impôt sur les journaux scientifiques, cette énormité fiscale, etc., etc. Combien de maux, combien d'abus, pèsent sur notre

néanmoins que la thèse de M. Malgaigne (1) l'a forcé de reconnaître que cet observateur a véritablement raison au fond. Détaché, l'urètre offre effectivement les mesures indiquées plus haut. En place et dans le relâchement, au contraire, il n'a que de cinq à six pouces. « Ayant eu souvent l'occasion de prendre sur le vivant la longueur du canal pour des causes analogues et pour des moyens semblables à ceux que j'ai indiqués (obs. 3, 6 et 8), dit le professeur Lallemand, j'ai trouvé que les dimensions adoptées par Waely, le docteur Rougier et Ducamp, sont les plus exactes. Sur trente et quelques malades, sur lesquels j'ai été obligé de faire cette recherche, le canal n'a varié qu'entre sept pouces et demi et neuf pouces. Chez un seul, dont la verge paraissait avoir les plus grandes dimensions, j'ai mesuré neuf pouces et demi du col de la vessie à l'extrémité du gland (2). » Les mesures prises par M. Civiale lui ont donné de cinq à six pouces pour les vieillards; et de trois pouces à quatre pouces et demi pour les enfans de quatre à six ans (3). Pour ce qui me regarde, j'ai mesuré des urètres sur le vivant, ayant depuis quatre pouces seulement jusqu'à onze pouces et demi. J'ai, d'ailleurs, rencontré tous les termes moyens entre ces deux extrêmes. Ainsi M. Ereiche, qui m'avait été adressé par mon confrère M. Lacoste, n'a que quatre pouces d'urètre dans le relâchement du pénis, dont le gland flétri forme seul le relief; tandis que le capitaine Vo..., M. Rag... (de Bourg) et M. Les..., de la place Ste-Colombe à Bordeaux, ont de onze pouces à onze pouces et demi de canal, et cela à cause des larges proportions de la verge, même à l'état de flascidité. J'ai, du reste remarqué que les hommes qui avaient souffert beaucoup et longtemps de rétentions d'urine avaient généralement le pénis très court.

M. Lallemand tient à savoir au juste quelle est la longueur de l'urètre quand il s'agit de cautériser la portion prostatique et de ne pas dépasser le col de la vessie. « Il faut pour cela, dit-il, connaître exactement la longueur du canal, et rien n'est plus facile : il suffit de retirer lentement la sonde introduite dans la vessie, et, quand l'urine s'arrête, on tend la verge d'une main et l'on applique le pouce et l'indicateur de l'autre sur la sonde, au niveau du gland; en repoussant ensuite un peu la sonde, sans déplacer les doigts, on en voit de nouveau sortir de l'urine; puis, mesurant l'espace compris entre le dernier des yeux et l'endroit où se trouvent appliqués le pouce et l'indicateur, on a exactement la longueur du canal. Ces précautions sont importantes à cause de la différence très grande qu'on peut rencontrer dans la longueur de l'urètre de deux individus à peu près du même âge et de la même taille. J'en ai vu chez lesquels il n'avait pas plus de six pouces, tandis que chez d'autres il en avait neuf et demi (4). »

[illegible] facile à M. Lallemand dans le passage que je viens de citer pourrait fort bien ne l'être que pour lui, car *on peut dépasser les limites du canal, on peut cautériser la vessie*, etc. Il avoue toutefois que, malgré les précautions qu'il a indiquées, plus d'un praticien dépassera le col de la vessie; il dit aussi qu'il a cautérisé ce réservoir dans les premiers temps. On trouve un pareil aveu dans l'observation de Deleuze (la 18e de l'ouvrage cité), qui souffrit beaucoup et longtemps de cet accident. L'observation du soldat Salvasol (21e de l'ouvrage cité) démontre encore que, quand la vessie est habituellement vide, il est impossible de prendre exactement la longueur du canal. L'observation de Marc Vanat enfin (22e de l'ouvrage cité), prouve l'impossibilité dans laquelle se trouvait M. Lallemand de prendre la longueur de l'urètre, puisque la vessie était toujours vide, et de se guider sur les contractions de son col, puisqu'il n'opposait aucune résistance à l'introduction de la sonde (1).

Puisque M. Lallemand, malgré son habitude et malgré toutes ses précautions, a plusieurs fois dépassé le col de la vessie sans le savoir, et a cautérisé le réservoir urinaire un même nombre de fois, on doit en conclure qu'il importe beaucoup d'user d'un moyen plus sûr pour mesurer rigoureusement la longueur de l'urètre. Celui que je propose est d'une application facile, et fera constamment éviter les erreurs (2).

J'ai fait construire, pour cette petite opération, une bougie pleine, en argent, courbée comme les sondes ordinaires, cylindrique, ayant onze pouces de long, trois lignes de diamètre, et flexible à son extrémité vésicale par une articulation ginglymoïdale dont on redresse ou on recourbe la portion coudée, ayant six lignes, à l'aide d'une vis. Cette bougie est la copie, à la forme et aux dimensions près, de l'ingénieuse cuvette articulée dont M. Leroy d'Etiolles se sert pour extraire les calculs ou les fragmens de calculs retenus dans l'urètre. Voici comment on procède avec cet instrument : j'introduis dans le canal, et je pousse jusqu'à la vessie *l'urétromètre* que je viens de décrire, absolument de la même manière qu'une algalie ordinaire. Quand j'ai la certitude d'être arrivé dans la poche urinaire, je tourne la vis pour rabattre la portion coudée de la bougie, et retire l'instrument à moi, qui est forcément arrêté par le col de la vessie. C'est alors que je répète la manœuvre indiquée par M. Lallemand, et que je mets au niveau du gland le curseur dont l'urétromètre est pourvu, en ayant la précaution de laisser le pénis entièrement libre. L'espace compris alors entre le curseur et l'articulation ginglymoïdale de l'instrument, représente la longueur invariable de l'urètre.

Quand la vessie n'est pas habituellement vide, que son col se contracte,

(1) Thèse n° 35. Paris, 1834.

(2) OBSERVATIONS SUR LES MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES. Première partie. Paris, 1836; pag. 127.

(3) TRAITÉ PRATIQUE SUR LES MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES, Paris, 1837; pag. 36.

(4) OP. CIT. Deuxième partie, pag. 372, 373.

(1) OP. CIT. Deuxième partie, pag. 386, 387, 402, 430, 431 et 436.

(2) Pour avoir la longueur de l'urètre sur les cadavres, on conseille d'enlever les pubis, sans toucher à la vessie ni à la verge, et surtout sans exercer aucune traction sur cette dernière. On ouvre ensuite la vessie derrière son col, de manière à pouvoir mettre le doigt sur l'orifice vésical de l'urètre. Plaçant alors la verge dans une direction horizontale, on mesure le canal avec un instrument de précision.

Un procédé analogue a été proposé par M. Malgaigne. On introduit dans l'urètre une bougie flexible, ou tout autre corps mou; puis, en posant le doigt sur l'orifice vésical de ce canal, même sans enlever le pubis, et tenant de l'autre main l'instrument de mesure au niveau du méat urinaire, on obtient la longueur véritable de l'urètre, qu'on a d'ailleurs l'attention de ne point alonger, ni refouler. Il faut toutefois tenir compte d'un raccourcissement, d'un affaissement, qui ont souvent lieu par le fait de la mort.

Le moyen simple et exempt de douleurs que M. Civiale *, auquel nous avons emprunté les lignes de cette note, emploie sur le vivant pour mesurer l'urètre est absolument le même que celui de M. Lallemand.

* TRAITÉ PRATIQUE SUR LES MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES. Paris, 1837; pag. 34, 35.

noble profession, dont les hommes n'apprécieront jamais ni les difficultés, ni les services, ni les bienfaits. Or, que l'on comprenne maintenant le dommage qu'apporte à la société l'ajournement indéfini de la nouvelle organisation médicale. Toute mesure dilatoire est ici un crime de lèse-humanité. Mais si avant d'y remédier, on veut voir la fin des expériences politiques qui se font depuis cinquante ans sur le corps social, je crains fort que nous ne ressemblions au paysan d'Horace, attendant pour passer que le fleuve ait fini de couler. La politique plongée dans l'Orient et les sucres ne pense guère, il faut le croire, à réformer notre pauvre organisation médicale. Ces interminables délais sont d'autant plus fâcheux qu'il est une foule d'améliorations de détail que l'on néglige plus ou moins, tout se trouvant compris, dit-on, dans la nouvelle organisation, espèce de messie qu'on annonce parfois et qui n'arrive jamais. Il en résulte que les abus se prolongent, que les maux s'enracinent, et que les mœurs médicales s'altèrent de plus en plus. *Utinam sim vanus aruspex*, mais je répète et je puis assurer que la profession tend à un avilissement complet où elle arrivera dans peu d'années. Certes, en fait de lois, d'institutions, il faut de la réflexion, de la mesure, de la patience, rien de trop, rien de trop vite; mais encore faut-il satisfaire à une nécessité publique, reconnue depuis longtemps et avouée par tous. Remarquons, en effet, que les malheurs de la profession ne frappent pas seulement les praticiens des villes, ceux des campagnes en sont également atteints. C'est ce que j'essaierai de prouver très prochainement; découvrons entièrement la plaie, on jugera mieux son étendue, sa profondeur et ses degrés de curabilité.

R. P.

— CONFÉRENCES CLINIQUES SUR LES DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX. — M. le docteur JULES GUÉRIN terminera, samedi 30 novembre, à l'hôpital des Enfans, la seconde partie de ses conférences cliniques sur les difformités du système osseux. La conférence de samedi 23 sera consacrée à l'histoire des *difformités rachitiques du thorax*; celle de mercredi 27, à l'histoire des *difformités rachitiques du bassin*. Dans la dernière conférence, celle du samedi 30, le professeur présentera un résumé général des questions qu'il a traitées depuis l'ouverture des conférences, un tableau des principales difformités observées à la consultation, et l'indication des principales opérations exécutées depuis l'ouverture du service.

— M. le docteur BERTON nous adresse la lettre suivante :

« J'ai l'honneur de vous communiquer un mode de traitement très simple, et qui m'a réussi complètement bien, et plusieurs fois, contre l'hydarthrose du genou. Ce moyen consiste uniquement (quand il n'y a pas de symptômes inflammatoires, ainsi qu'il en est le plus souvent, ou quand on les a combattus et écartés s'ils existaient) à envelopper toute l'articulation d'un large emplâtre de *vigo cum. mercurio*, qu'on laisse en place de huit à quinze jours; le malade gardant d'ailleurs le repos dans le lit ou dans un fauteuil. »

oppose une résistance normale à l'introduction de la sonde, et qu'il faut à la fois mesurer la longueur précise de l'urètre, et vider la vessie avant de cautériser son col et la portion prostatique du canal, dans les inflammations chroniques du col de la vessie simulant des cystites, dans les blennorragies invétérées, dans les pertes séminales involontaires, dans certains cas d'impuissance, et dans les incontinences d'urine qui ont résisté à l'emploi des moyens conseillés en cas pareil; dans ces cas là, dis-je, il y a de l'avantage à se servir d'un instrument que je fis construire, il y a deux ans, par MM. Bataille, de Bordeaux, que je nomme *sonde porte-caustique*, et dont j'ai déjà fait l'heureuse application sur un bon nombre de malades. Cet instrument est en argent, a la courbure et la longueur des sondes ordinaires; trois lignes, trois lignes et demi, et jusqu'à quatre lignes de diamètre, suivant les cas, est divisé dans toute sa longueur, comme la sonde à double courant de Hales, par une cloison médiane, par une espèce de diaphragme séparant deux espaces libres et inégaux: l'un, plus petit, ayant un œil tout près du bec de cette sonde, du côté concave; et l'autre, plus grand, renfermant un porte-caustique ordinaire, ayant une cuvette de forte dimension, qui est supportée, soit par une tige flexible façonnée en spirale, soit par un mandrin dont la partie correspondante à la courbure de l'instrument consiste en une chaîne articulée semblable à celle du lithotriteur courbe de M. Pravaz. Afin que le nitrate d'argent ne soit pas dissous par l'urine, lorsque la sonde pénètre dans la vessie, et qu'on l'y laisse pour la vider, on lute l'extrémité du tube avec de la cire purifiée, et de façon à ce que sa réunion avec le bout olivaire du porte-caustique soit aussi oblitérée que possible. De plus, il faut recouvrir le nitrate d'argent d'une légère couche de cire, qui se foudra dès que ce caustique sera mis en rapport avec les surfaces muqueuses, mais qui le protégera très efficacement et l'empêchera d'être dissous pendant tout le temps qu'on tiendra le porte-caustique fermé, bien qu'il demeure en contact avec l'urine, ainsi que j'ai pu le constater chaque fois que j'ai voulu m'assurer de ce fait important.

Avec cet instrument, et en se bornant à la manœuvre du cathétérisme ordinaire, on fait trois opérations en un seul temps: on mesure la longueur de l'urètre à la manière du professeur Lallemand, on vide la vessie et on cautérise, soit le col de cet organe, soit la partie prostatique du canal, soit l'une et l'autre partie en même temps. A ces avantages déjà très grands, si je ne m'abuse, la sonde porte-caustique en réunit d'autres non moins précieux, et qui consistent en ce qu'on évite la réitération des douleurs et du violent spasme urétral que la plupart des malades éprouvent pour être sondés d'abord, cautérisés ensuite, ainsi que j'ai pu l'observer chez plusieurs de mes cliens, et que M. Lallemand lui-même en cite des exemples (1). Il y a plus, les malades sont cautérisés sans qu'ils s'en doutent, et alors seulement qu'ils croient n'être que sondés, ce qui est d'une haute importance pour les sujets nerveux et pusillanimes, sur lesquels le mot *cautérisation* produit une impression difficile à rendre, et même des lypothymies ou de véritables syncopes, à la vue seule du fatal instrument. Cette pusillanimité et cette constitution nerveuse, que je remarquai au commencement de 1837 sur un de mes cliens dont M. Lallemand avait une seule fois (1836) cautérisé la portion prostatique de l'urètre pour des pertes séminales involontaires, me fit songer à faire faire mon instrument, à l'aide duquel j'ai obtenu des guérisons dont je donnerai l'histoire ailleurs.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX AMÉRICAINS.

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES.

Le cahier du mois d'août dernier renferme les travaux originaux suivans: 1° *Rapport sur les maladies observées à l'hôpital de Wills (Wills hospital), pendant les mois d'octobre, novembre et décembre 1838, avec des observations*; par le docteur Isaac Hays, chirurgien; 2° *Observations de fistule vésico-vaginale traitée avec succès par une opération*; par le docteur G. Hayward, M. D., chirurgien à l'hôpital de Massachussetts; 3° *Histoire d'un cas dans lequel une capsule à percussion a été extraite avec succès de l'œil par une opération*; communiquée par le docteur Th. Sewall, de Washington; 4° *Observation de mort subite suivie de remarques sur ce fait*; par le docteur Edward Warren de Boston; 5° *Remarques sur le choléra des enfans*; par M. Hawey Lindsley, de Washington; 6° *Relevé des malades traités à l'hôpital de la Charité de Baltimore*; par M. Samuel Aunan, M. O., doyen des médecins de l'établissement; 7° *Opération pratiquée avec succès pour remédier à une difformité de la jambe, suite d'une fracture vicieusement consolidée*; par M. Ch. Parry, d'Indianopolis; 8° *Notice sur la fièvre scarlatine qui a régné dans la vallée de Virginie, et dans les comtés de Londres et de Fauquier, pendant l'année 1832, et sur le traitement qui a le mieux réussi dans cette circonstance*; par M. H. Magill, M. D., de Virginie; 9° *Notice sur les Albinos du cap de May*; par le docteur Samuel Marcy.

RAPPORT SUR LES MALADES TRAITÉS A L'HÔPITAL DE WILLS; par le docteur Isaac Hays.

Ce compte-rendu n'est relatif qu'à des affections oculaires. Il renferme plusieurs observations d'amaurose, dont l'une rapportée par l'auteur à une asthénie nerveuse de la rétine (*nervous asthenia of the retina*) fut guérie par l'application sur l'œil d'une solution de strychnine ainsi composée: Prenez: strychnine, 2 gr.; acid. acét., 1 dragme; aq. puræ., 1 once. M.—Le malade ne resta que cinq jours à l'hôpital; et son œil droit qui était amaurotique depuis trois ans avait repris son état normal. Un autre cas d'amaurose affectant l'œil gauche, de nature congestive (*congestive amaurosis*), accompagnée de violens maux de tête, de congestion cérébrale évidente, fut considérablement améliorée, puis tout à fait guérie après une saignée de 18 onces; purgatifs, calomel et aloës, sulfate de magnésie; la malade quitta l'hôpital huit jours après son entrée, dix à compter du début de la maladie, distinguant parfaitement les objets de l'œil gauche.

Après d'autres faits d'un moindre intérêt, le docteur Hays rapporte plusieurs cas intéressans de blessures de l'œil; l'observation suivante n'est pas la moins curieuse:

Obs.—James M'Gœnis, âgé de 12 ans, entra à l'hôpital le 10 novembre 1838. Six semaines avant, il disputait à un autre enfant des châtaignes qu'on abattait de l'arbre, lorsque pendant qu'il regardait en l'air un de ces fruits enveloppé dans sa bourre se détacha et le frappa dans l'œil. Il survint de l'inflammation qui ne céda pas à des remèdes ordinaires; la vision se trouvant perdue, la mère du cet enfant l'amena à l'hôpital. Nous reconnûmes alors qu'environ quatorze ou quinze épines d'enveloppe de châtaigne s'étaient enfoncées dans la cornée; plusieurs même l'avaient traversée; il y avait de la rougeur à la conjonctive, mais beaucoup moins qu'on peut en supposer consécutivement à la présence d'un aussi grand nombre de corps irritans. Avec la pointe d'une aiguille à cataracte, on put extraire trois ou quatre de ces épines irritantes; mais l'œil devint alors tellement sensible et fut si abondamment inondé de larmes, les vaisseaux s'injectèrent à un tel degré que M. Hays jugea convenable pour le moment de ne pas prolonger ses efforts. Il prescrivit un purgatif (sel d'Epsom, 1 once en deux fois).

Deux jours après, la rougeur et l'irritabilité avaient disparu; on put extraire encore deux épines; on s'arrêta alors, et l'on prescrivit une nouvelle solution saline. En continuant de la sorte, toutes les épines finirent par être extraites. L'une d'entre elles traversait la cornée et semblait entrer dans l'iris; son extraction fut difficile, et ne fut obtenue qu'à la suite de nombreuses tentatives. Au moment où elle sortit, il s'écoula une petite quantité d'humeur aqueuse. La plaie guérit aussi facilement que les autres, et il est maintenant difficile de reconnaître les points où les épines pénétraient.

Le malade sortit guéri le 29 mars 1838.

Le peu d'intensité des phénomènes locaux qui se développèrent dans cette circonstance méritent de fixer l'attention; toutefois qu'on ne s'y trompe pas, rien de plus fugace que les accidens inflammatoires qui sont dus à la présence de corps étrangers enfoncés dans la cornée transparente; à voir l'injection de l'œil, le larmoiement, à en juger par la douleur on croirait qu'il va se développer une kératite des plus graves. Eh bien! qu'on ôte le corps étranger et tout va rentrer dans l'ordre. Ici toutefois on ne voulut pas enlever dans une seule séance les épines nombreuses qui allaient développer et entretenir de l'inflammation; on craignait et avec raison de donner lieu par des tentatives opiniâtres à des accidens plus graves encore; on y revint à plusieurs reprises, et dans l'intervalle on donna les dérivatifs intestinaux; enfin tout put être extrait; dès lors les accidens cessèrent entièrement.

M. Hays termine ce travail par l'histoire de deux blessures de l'œil, dont l'une produite par un fragment de capsule; il y joint quelques considérations pratiques sur la conduite à tenir dans les cas de corps étrangers restés dans l'œil. Les préceptes qu'il donne quoique fort bons ne présentent rien d'assez neuf pour être rappelés ici.

OBSERVATION DE FISTULE VÉSICO-VAGINALE GUÉRIE PAR UNE OPÉRATION; par le docteur Geo. Hayward.

Après quelques considérations générales sur le mode de production des

(1) Des pertes séminales involontaires; Paris, 1836, p. 110-153.

fistules vésico-vaginales, l'auteur insiste sur les circonstances qui rendent l'exécution de toute opération difficile, et en compromettent le succès; 1° l'étroitesse de l'espace dans lequel on opère; 2° la tendance insurmontable de l'urine à passer entre les lèvres de la plaie; 3° le voisinage de l'urètre, qu'il est dangereux de léser; 4° l'abondante sécrétion de mucus qui se fait sur la tunique interne de la vessie; 5° le peu de disposition des membranes muqueuses à contracter une inflammation adhésive. Quelque bien faite que soit une opération, ces derniers inconvéniens, presque toujours, en rendent le succès impossible.

Obs. — Voici comment se conduisit M. G. Hayward, pour une fistule vésico-vaginale qui existait depuis seize ans chez une femme âgée de 34 ans, qui fut atteinte de cette dégoûtante infirmité après un accouchement laborieux. Disons d'abord que l'ouverture fistuleuse existait à 1 pouce et quart environ de l'orifice interne de l'urètre, un peu du côté gauche; elle pouvait admettre facilement l'extrémité du doigt indicateur. Les bords étaient épaissis, et avaient presque la consistance du cartilage. La muqueuse vaginale était irritée, de sorte que l'exploration fut douloureuse.

L'opération fut pratiquée le 10 mai 1839, en présence de MM. Channing, Putnam et Jackson; la malade fut placée sur le bord d'une table, dans la même position que pour la lithotomie. Les parties étant bien dilatées, j'introduisis, dit M. Hayward, une grosse bougie que je portai en arrière jusqu'à la fistule. Il devint facile, de cette manière, de porter la vessie en bas et en avant, et par conséquent de mettre bien en évidence l'ouverture fistuleuse. Confiant la bougie à un aide, j'incisai les bords de l'ouverture, de manière à détacher, dans toute sa circonférence, une portion de muqueuse d'une ligne d'épaisseur; j'enlevai avec la muqueuse les tissus sous-jacens. Donnant à l'écoulement sanguin qui se fit alors, le temps de s'arrêter, je disséquai, dans une étendue de trois lignes environ, la muqueuse adhérente de la vessie, tout autour de l'ouverture. J'avais pour but en agissant ainsi : 1° d'augmenter les chances de réunion, en donnant aux lèvres de la plaie une surface plus considérable; 2° d'éviter de porter les aiguilles dans l'épaisseur de la vessie. Trois points de suture entrecoupés suffirent à rapprocher les bords de la plaie; on laissa à chaque fil trois pouces de longueur environ. Je dois remarquer, dit M. Hayward, que j'eus peu de peine à introduire les aiguilles, par la raison que j'avais fortement attiré en bas et mis en évidence l'ouverture fistuleuse.

La malade fut reportée dans son lit et couchée sur le côté droit; on lui laissa un cathéter dans la vessie. Elle n'éprouva qu'un peu de cuisson douloureuse deux ou trois heures après l'opération. Le lendemain, on sortit la sonde; il ne s'était point écoulé d'urine par la fistule. On enleva les points de suture le sixième jour. L'urine ne passait pas à travers la plaie, quoique déjà la malade reposât sur le dos.

Examinée une seconde fois, dix-sept jours après l'opération, la plaie parut tout à fait cicatrisée, et la réunion semblait solidement établie. Toutefois, on conseilla à la malade de se sonder elle-même deux ou trois fois le jour pendant quelques semaines encore; bientôt elle retourna chez elle parfaitement guérie.

M. Hayward attribue en grande partie cet heureux résultat au procédé opératoire mis en usage, car il ne tirailla pas avec des airignes, et ne traversa pas avec les aiguilles l'ouverture fistuleuse.

Ce procédé diffère de la méthode mise en usage par M. Jobert, qui prend son lambeau à la face interne de la grande lèvre; le chirurgien français exécute la cystoplastie par transport de lambeau, le chirurgien américain se borne à la dissection; elle peut suffire en effet dans certaines circonstances, lorsque l'ouverture est peu étendue, surtout en largeur; mais lorsqu'il y a une déperdition de substance considérable à réparer, il devient nécessaire de créer un bouchon de toutes pièces, et de le prendre aux parties voisines.

OBSERVATION D'UN CAS DE MORT SUBITE, AVEC DES REMARQUES; par le docteur WARREN, de Boston.

Il n'est pas toujours facile de reconnaître au premier abord la nature de ces attaques, dans lesquelles un individu est frappé subitement, et sans cause appréciable, de perte de connaissance, et même quelquefois de mort. Le vulgaire, parmi nous, et même quelques hommes de l'art, en sont encore à regarder ces cas comme des cas d'apoplexie cérébrale; d'où vient l'usage banal de pratiquer immédiatement une saignée, même dans les cas où cette opération serait presque nécessairement mortelle, si déjà la mort n'avait frappé le sujet. L'observation que rapporte M. le docteur Warren est loin d'être complète, puisque l'autopsie n'a pu être faite, bien que le malade ait succombé; mais il en rapporte plusieurs autres empruntés à divers autres travaux sur le même sujet, et qui ne manquent pas d'intérêt, offrant une certaine analogie avec celle qu'il a recueillie lui-même. Trois sont empruntées à un mémoire contenu dans le premier volume des TRANSACTIONS MÉDICO-CHIRURGICALES, et chez les trois sujets, on ne trouva à l'autopsie d'autre cause probable de mort qu'une flaccidité remarquable du cœur, et une vacuité complète de toutes ses cavités, et même, chez deux sujets, de la veine-cave. Bouet et Morgagni ont rapporté chacun aussi un fait analogue, et dont les sujets n'ont offert à l'autopsie, après être morts subitement, d'autre altération que la vacuité complète des cavités du cœur.

L'auteur rapproche de ces faits deux cas rapportés par le docteur Wood, et dont les sujets ont échappé à une mort subite imminente, au moyen d'un traitement stimulant d'une grande énergie. Ces cas, qu'on propose de désigner sous le nom d'asphyxie idiopathique, dépendent-ils de ce que le sang resterait accumulé dans le système capillaire, soit par l'inertie de ce système, soit, comme semble le supposer de préférence le doct. Warren, par un excès d'activité du cœur, ou, au contraire, seraient-ils le résultat d'une diminution rapide de la quantité du sang? C'est ce qu'il est très difficile de déterminer d'une manière même approximative. Peut-être même est-il plus probable que ce n'est à aucune de ces causes qu'on doit attribuer ces accidens si graves, qui frappent subitement. On en pourrait dire autant de la cause signalée par M. Olivier, qui trouva chez plusieurs sujets une assez grande quantité de gaz dans les cavités du cœur pour que les battemens de cet organe aient pu être obligés de discontinuer, comme on le voit dans les cas où de l'air est introduit dans une veine peu éloignée du cœur, pendant une opération; car il faudrait démontrer que ces gaz s'étaient développés pendant la vie même du sujet, et non après sa mort, comme on le voit assez fréquemment à la suite de quelques affections rapidement mortelles.

REMARQUES SUR LE CHOLÉRA DES ENFANS; par le docteur HARVEY LINDSLEY, de WASHINGTON.

Il paraît, d'après ce travail, que le choléra règne habituellement, et depuis plusieurs années, sur les enfans de Washington, parmi lesquels il fait des ravages qui ont fixé l'attention des médecins. Ainsi il résulte du tableau dressé par le bureau de salubrité de Washington, que la mortalité la plus forte pèse sur les enfans au-dessous de deux ans, et que, dans certains mois (juillet et août), elle équivaut à elle seule ou même surpasse celle de tous les autres âges à la fois, et que les trois quarts au moins de ces enfans meurent de ce qu'on appelle sur les lieux *la maladie d'été*, et qui n'est autre chose que le choléra et la diarrhée des enfans. Le tableau suivant fera ressortir suffisamment le fait signalé par l'auteur :

		Mortalité générale.	Mort des enfans au-dessous de deux ans.	Enfans morts du choléra.
1837	Juin	30	14	4
	Juillet	32	14	10
	Août	32	21	14
	Septembre	42	18	5
	Octobre	28	6	2
1838	Juin	18	7	2
	Juillet	41	25	15
	Août	59	28	22
	Septembre	50	26	14
	Octobre	33	15	2

Comme le résultat est le même depuis plusieurs années, on peut considérer ces chiffres comme exprimant exactement la mortalité produite par le choléra sur les enfans de Washington. Nous allons retracer avec l'auteur quelques-uns des principaux symptômes de cette affection, ce qui mettra à même de reconnaître si réellement elle peut être considérée comme une maladie cholériforme.

La maladie débute de plusieurs manières différentes, quelquefois sous forme d'une simple diarrhée, sans nausées, douleurs, ni fièvre; ce n'est qu'après quelques jours qu'apparaissent les premiers vomissemens; c'est alors aussi que commence la fièvre, qui s'accompagne de douleur à la pression sur l'abdomen, d'altération des traits, de petitesse du pouls, de pâleur des tégumens avec froid aux extrémités, congestion à la tête et surtout aux yeux. Pendant ce temps, la langue est d'un blanc sale, la peau du front tendue et comme adhérente sur l'os, le nez pointu et effilé, et les lèvres pâles et amincies. L'enfant reste très abattu, bien que remuant cependant très souvent; plus tard, la soif est insatiable, les vomissemens sont continuels; il ne peut rien garder sur l'estomac. Dans les cas les plus graves, tous ces symptômes marchent avec rapidité; bientôt les spasmes s'étendent à toute l'économie et la mort ne tarde pas à arriver.

Dans beaucoup, dans le plus grand nombre des cas peut-être, le choléra se développe chez les enfans, sans avoir été précédé de diarrhée; le petit malade était pris tout à coup, au milieu d'une belle santé apparente, de vomissemens et d'un dévoiement très violent, qui, malgré le traitement le mieux combiné et le plus actif, amenait la mort dans l'espace de deux ou trois jours, et même quelquefois de vingt-quatre heures. Il arrive aussi assez souvent que le vomissement, qu'il ait commencé subitement ou qu'il soit venu lentement, peu importe, cesse au bout de quelques jours, tandis que le dévoiement continue pendant plusieurs semaines et épuise le petit malade, qui cède au traitement employé.

Les évacuations offrent pendant le cours de la maladie les caractères

les plus variés. L'amaigrissement qu'éprouvent les enfans frappés du choléra marche avec une rapidité surprenante. Quelque gros et de bonne apparence que soit l'enfant, il a éprouvé, au bout de quelques heures, un changement surprenant, et bientôt, si la maladie n'est terminée par la mort ou par les remèdes, son petit corps offre l'apparence d'un squelette recouvert d'une peau extrêment mince.

Après ce tableau, qui ne peut laisser de doute sur la nature de la maladie dont sont atteints les enfans qui meurent en si grand nombre à Washington, l'auteur passe en revue les autres points de l'étude de cette affection, le pronostic, le diagnostic, le traitement, l'étiologie; mais nous ne pouvons le suivre dans cette suite de son travail, où nous ne trouverions rien qui méritât une mention particulière.

HISTOIRE D'UNE OPÉRATION PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS POUR REMÉDIER A UNE DIFFORMITÉ DE LA JAMBE, RÉSULTANT D'UNE FRACTURE MAL CONSOLIDÉE; par le docteur CH. PARRY.

Nous avons publié dans la GAZETTE MÉDICALE (juin 1839, p. 306), l'observation intéressante d'une section du tibia pratiquée par M. Key pour guérir une difformité suite d'une plaie d'arme à feu; ce fait, emprunté au GUY'S HOSPITAL REPORTS (avril 1839), peut être rapproché de celui dont nous allons rappeler maintenant les principaux détails.

OBS. — Un jeune homme de 16 ans tomba sur la glace et se fractura les deux os de la jambe, le tibia à peu près à la partie moyenne, et le péroné à deux pouces au-dessus de son extrémité inférieure. Le médecin appelé au moment de l'accident était généralement regardé comme habile; mais il avait des habitudes d'intempérance, et malheureusement pour le malade, il ne se trouvait pas alors dans toute sa raison.

On ne sait quel bandage il employa, mais ce qu'il y eut de plus clair, au bout de quatre semaines, c'est que les deux os formaient un angle presque droit dans le lieu de la fracture. Le malade marchait avec des béquilles, les orteils de la jambe malade ne touchant pas le sol dans la station droite. Quand le malade s'asseyait sur une chaise et mettait ses deux pieds sur le plancher, le genou du membre sain dépassait de cinq pouces en hauteur celui du côté malade.

Le malade garda cette infirmité pendant plusieurs années; beaucoup de médecins qu'il consulta furent d'avis de ne rien entreprendre pour y remédier. Il vint à Cincinnati, où plusieurs chirurgiens lui conseillèrent de se faire briser la jambe de nouveau pour en obtenir la consolidation dans une bonne direction. Rien ne fut entrepris cependant à cette époque; quelques années se passèrent encore; enfin, il fit la rencontre du docteur Charles Parry, auquel il raconta son histoire. Je réfléchis quelque temps, dit ce dernier, et je m'arrêtai à l'idée de l'opération suivante: mettre les os à nu, disséquer les muscles qui les recouvrent, détacher, à l'aide de la scie, une portion de l'angle de chaque os; placer la partie inférieure du membre en droite ligne avec la supérieure; les fixer toutes deux dans cette position par un bandage, et agir, pour le reste, comme s'il s'agissait d'une fracture composée (compliquée.)

Le 17 janvier 1839, assisté de MM. Mason et Ford, et d'autres personnes, je procédai à l'opération telle que je viens de l'indiquer; je me servis d'une petite scie, sans laquelle j'aurais eu beaucoup de peine à couper le péroné étroitement et solidement uni à la face externe du tibia, et recouvert par le muscle tibial antérieur. Sans cette petite scie, j'aurais difficilement évité de léser l'artère tibiale antérieure; car, tandis que je faisais la section du péroné, il me fallait mettre l'extrémité du doigt indicateur entre l'artère et l'os, et agir de manière à ce que la scie coupât contre mon doigt.

En sciant le péroné, je dirigeai la scie de manière à ce que les deux traits se rencontrassent à la partie postérieure de l'os; mais après avoir enlevé une portion de celui-ci, je trouvai que la jambe ne cédait pas à des efforts modérés. J'enlevai alors une autre portion de l'extrémité inférieure, qui indiquait qu'au lieu de l'ancienne fracture existait une grosse esquille, qui était placée en travers de l'angle formé par les fragmens osseux, et lui donnait sa solidité. L'espace triangulaire était comblé par des concrétions osseuses. Il devint ensuite facile d'étendre le membre; il fut maintenu en position droite sans difficulté. Par cette opération, la jambe gagna trois pouces de longueur.

16 janvier. La première partie de la nuit a été mauvaise; le malade a accusé une grande douleur; une potion anodyne administrée vers une heure a produit beaucoup de calme jusqu'au lendemain matin. Aujourd'hui, le malade se trouve bien; la douleur est légère. Elle reparaît à onze heures; la fièvre survient le soir; léger purgatif.

Nous ne suivrons pas les symptômes consécutifs jour par jour. Il y eut encore de la douleur et de la fièvre les jours suivans. On insista sur les purgatifs.

La suppuration était bien établie le 19; l'état général bon.

Vers le 23, sans cause connue, les forces du malade semblent considérablement affaiblies; la plaie a pris un mauvais aspect (quinine, régime nourrisant, applications, toniques).

Mieux marqué les 25, 26 et 27.

Le 28, imprudence du malade, qui s'appuya dans son lit sur le membre fracturé et rompit les adhésions récentes qui unissaient les deux fragmens osseux; douleur vive; écoulement de sang (opium, cataplasme sur la blessure). Des accidens inflammatoires locaux surviennent, puis une réaction générale intense (purgatifs, cataplasmes continués).

Mieux marqué le 31; on met le membre en appareil. Il survient encore de la tuméfaction, des secousses nerveuses (opium, 12 gr.).

15 février. Le malade se trouve généralement mieux; il peut rester dans un fauteuil; il fait un tour de chambre appuyé sur une béquille.

Le 27, il se promène dans la ville; la jambe malade supporte assez bien le poids du corps.

Vers la fin du mois de mars, le malade partit pour faire une tournée à la campagne.

Il est probable que si on eût essayé de fracturer l'os de nouveau, comme le conseillaient les médecins de Cincinnati, la fracture se serait opérée non au lieu désiré, mais à deux pouces au-dessus ou au-dessous, ce qui aurait mis le membre dans des conditions plus fâcheuses qu'anparavant. L'accident qui vint entraver les suites naturelles de l'opération fut pour beaucoup dans le retard de la guérison; cependant à force de soins et de précautions, elle put être obtenue (1).

NOTICE SUR LES ALBINOS DU CAP MAY; par le docteur SAMUEL MARCY.

Les détails suivans sur une famille d'albinos, bien qu'étrangers à la médecine pratique, nous semblent cependant offrir assez d'intérêt pour mériter ici une courte analyse.

« Le père et la mère de cette famille, Pierre et Kegia Humphreys, deux beaux échantillons de la race africaine, sont nés et ont été élevés dans le comté du cap May, et ont toujours joui d'une réputation sous le rapport de l'activité, de l'honnêteté et des mœurs bien supérieure à celle des nègres de leur voisinage. Ils ont eu six enfans dont trois ont offert tous les traits, les caractères et la couleur de la race africaine et trois albinos. Les deux premiers enfans furent noirs, ensuite vinrent successivement deux petites filles albinos, puis une petite fille noire, et enfin en juin 1836 un garçon albinos. La mère attribua la couleur de son premier enfant albinos à une chute qu'elle avait faite pendant sa grossesse d'une vieille jument blanche sur laquelle elle était montée; elle fut vivement peinée de la naissance de cet enfant qu'elle cachait plutôt qu'elle ne cherchait à le montrer, et qu'elle cherchait à faire devenir noir par tous les moyens possibles. Elle était continuellement occupée de cet enfant, lorsqu'elle mit au monde un second albinos, et sa première question, après l'accouchement, fut de demander « de quelle couleur est-il? » La venue de ce second enfant blanc la réconcilia avec son mari qui avait eu bien de la peine en voyant le premier. La paix revint dès lors dans le ménage, puis un garçon de sang réellement africain vint la sceller, quand la mère devint enceinte pour la sixième fois. A partir de ce moment, sa maison a été fréquemment visitée par des curieux de Philadelphie et d'autres lieux, et elle se décida à visiter Philadelphie et quelques autres villes; mais fatiguée des plaisanteries dont elle était l'occasion journalière, elle rentra chez elle, où elle mit au monde son sixième enfant qui était une albinos. »

Voici la description que donne l'auteur de ces albinos :

« Ils ont tous les traits d'enfans nègres bien conformés; le pied plat et large; la jambe placée au centre du pied, avec la courbure normale du tibia; les lèvres épaisses, le nez large, la chevelure laineuse; la peau d'une délicatesse et d'une transparence extraordinaires; les yeux bleus, la cornée entourée d'un anneau délicat ayant la couleur fleur de pêcher, et la pupille entourée d'un anneau de la même couleur, ce qui donne à leurs yeux une apparence tout à fait extraordinaire : une lumière vive les incommode et les porte à se couvrir les yeux avec la main; les cheveux sont frisés et ressemblent pour la couleur à de la laine peignée; les cils et les sourcils sont de même. Ces enfans sont intelligens, actifs et gais. »

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1839.

SUR L'ESSENCE DE TÉRÉBENTINE ET SUR LE CAMPHRE ARTIFICIEL.

MM. Capitaine et Soubeiran adressent les résultats de leurs expériences sur ces corps.

1° L'acide chlorhydrique, en agissant sur l'essence de térébenthine, fournit deux composés différens : l'un est le camphre artificiel ordinaire; l'essence qui s'y trouve (camphène de M. Dumas) a conservé son pouvoir rotatoire primitif; l'autre combinaison est liquide; elle contient une portion d'essence qui a éprouvé, sous l'influence de l'acide, une modification qui lui a laissé sa composition chimique et sa capacité de saturation, mais qui lui a fait perdre la propriété de donner un camphre solide. Cette essence modifiée, que les deux auteurs nomment *pencylène*, possède dans le camphre liquide un pouvoir rotatoire à gauche plus faible que celui de l'huile volatile de térébenthine.

2° Quand on décompose par la chaux le camphre solide de térébenthine, on en retire une huile particulière, que M. Dumas considérait comme l'essence

(1) Voyez les remarques que nous avons ajoutées à l'observation de M. Aston Key. (GAZ. MÉD., 1839, p. 366.)

de térébenthine elle-même. MM. Soubeiran et Capitaine lui donnent le nom de *térébène*. Ce térébène a la même densité à l'état de liquide et à l'état de vapeur que l'essence de térébenthine : son point d'ébullition est le même; sa composition est identique, et pourtant il diffère de l'essence de térébenthine, car il n'a pas de pouvoir rotatoire. Ce térébène se combine avec l'acide chlorhydrique et reproduit un camphre solide, que l'on prendrait, à ses caractères et à sa composition chimique, pour du camphre de térébenthine; mais, chose remarquable, ce camphre n'a pas le pouvoir de dévier les rayons de lumière polarisée.

3° Le camphre liquide de térébenthine, ou le chlorhydrate de peucylène, a la même composition chimique que le camphre solide. On en retire, au moyen de la chaux, une espèce d'huile volatile, qui offre la plus grande analogie de caractère avec le térébène et avec l'essence de térébenthine. Cette huile nouvelle, que les deux auteurs désignent sous le nom de térébilène, a avec le térébène une identité qui ne se dément que dans un seul point. Le térébilène ne donne pas de camphre solide; il diffère de l'essence de térébenthine par son odeur et parce que son pouvoir de rotation est nul.

4° Le camphène, le téréphène, le peucylène et le térébilène offrent la série remarquable de quatre corps chimiquement isomériques formés des mêmes élémens, unis dans le même rapport pondéral, ayant une même capacité de saturation, un poids atomique semblable, et qui cependant ont chacun un état moléculaire particulier. C'est peut-être le cas le plus remarquable d'isomérie que la science possède encore.

M. Biot annonce qu'il a été témoin de presque tous les résultats obtenus par MM. Soubeiran et Capitaine, et fait à ce sujet les réflexions suivantes :

« En voyant le nombre des corps isomères augmenter tous les jours, on est conduit à se demander si l'analyse chimique n'omettrait pas quelques-uns des élémens essentiels à la constitution moléculaire des corps. Si une telle omission existe, l'extrême précision des procédés de pesage employés aujourd'hui semble devoir nécessairement la restreindre à quelque principe d'une densité assez faible pour échapper à nos balances. Or, comme le principe de la chaleur intervient avec une grande puissance dans la composition et la décomposition des corps formés de matières dissemblables, il devient naturel d'examiner par l'expérience s'il ne laisserait pas dans les substances isomères quelque trace de sa présence ou de son action, qui serait dissemblable, d'autant qu'une foule de considérations physiques tendent à faire croire que ce principe est, en effet, un élément essentiel et important des corps matériels.

» La première épreuve à faire pour arriver à ce but, celle qui semble s'offrir avant toute autre, consisterait à mesurer comparativement, avec beaucoup de soin, les chaleurs spécifiques de substances isomères, pour savoir si elles sont égales ou inégales dans chaque cas d'isomérie donné. Le résultat de cette épreuve, quel qu'il pût être, serait fructueux pour la science, car l'égalité des chaleurs spécifiques ajouterait encore un nouveau caractère d'identité très intime à ceux que ces substances présentent déjà, et leur inégalité révélerait du moins une dissemblance d'action dans un des principes les plus actifs de leur formation. N'ayant ni les moyens, ni les forces nécessaires pour entreprendre un tel travail, j'ai cru, dit en terminant M. Biot, pouvoir, avec quelque utilité, indiquer les conséquences importantes qu'il pourrait avoir, et en provoquer ici l'accomplissement. »

M. Dumas fait remarquer à cette occasion qu'il est à sa connaissance personnelle que la question soulevée par M. Biot a déjà fait l'objet d'un grand nombre d'expériences de la part de M. Regnault, un de nos jeunes chimistes les plus recommandables par la profondeur de ses vues, comme il l'est par la précision de ses expériences. Cette remarque est appuyée par MM. Gay-Lussac et Thénard, qui déclarent l'un et l'autre savoir que depuis longtemps M. Regnault s'occupe de ce travail; par M. Arago, qui annonce que le travail est terminé, et qu'il ne reste plus qu'à calculer les résultats obtenus; et par M. Elie de Beaumont, qui fait remarquer que, sans une longue et douloureuse maladie, dont M. Regnault est à peine remis, les résultats de ses importantes recherches seraient déjà soumis au jugement de l'Académie.

RECHERCHES SUR LES MATIÈRES COLORANTES.

M. Dumas communique l'extrait d'une lettre dans laquelle M. R. Kane lui fait connaître les résultats de ses recherches sur les principes colorans.

On sait que M. Robiquet a démontré depuis longtemps ce fait important, que la matière colorante de l'orseille du commerce préexiste sous la forme d'une matière sucrée et incolore qu'on a désignée sous le nom d'orcine. On se rappelle aussi les recherches sur le tournesol dues à M. Chevreul. Enfin, on sait encore qu'il y a plusieurs années M. Dumas a prouvé, par des analyses dont les résultats ne permettent aucun doute, que l'indigo bleu passe à l'état blanc en s'appropriant de l'hydrogène. La matière dans laquelle se transforme l'indigo, sous l'influence du chlore, a de même été analysée par ce chimiste, et ses recherches ont prouvé que, loin de se décolorer, comme on le suppose généralement, l'indigo se convertit en une matière d'une belle couleur rouge de cire à cacheter. Cette conversion se fait par le procédé ordinaire, c'est-à-dire que le chlore enlève de l'hydrogène à l'indigo, en prend la place de manière à constituer une matière nouvelle chlorée, ou plutôt un corps chloré appartenant au même type que l'indigo.

Ce sont ces résultats que s'est occupé d'étendre et de généraliser M. Kane. Dans un travail complet sur les matières colorantes, il a eu d'abord pour objet de reconnaître la condition primitive et généralement incolore de ces matières dans les plantes, puis de déterminer les lois qui régissent leurs altérations successives, enfin de fixer le mode d'action par lequel elles se trouvent détruites par l'oxigène ou le chlore, ce qui donnerait la théorie du blanchiment.

M. Kane s'est assuré que, dans l'action blanchissante du chlore sur les matières colorantes, il y a, comme pour les autres corps organiques, soustraction d'hydrogène et formation d'une nouvelle substance qui contient du chlore. C'est un véritable cas de substitution.

Il en résulte que l'ancienne théorie du blanchiment, qui consistait à dire que le chlore agissait en décomposant l'eau et en mettant à nu de l'oxigène, est fausse; si le chlore sec n'a qu'une action faible, c'est à cause de son état gazeux. De même qu'en faisant agir l'oxigène ou le chlore sur l'alcool, on obtient deux séries qui se terminent par les acides acétique et formique, de même en employant une substance colorée, on obtient des résultats à peu près semblables; mais comme les nouvelles matières sont en général incolores, le procédé est nommé blanchiment.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU 16 NOVEMBRE.

La plus grande partie de la séance a été occupée par un rapport de M. Devilliers, au nom de la commission de vaccine.

ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE CÉRÉBRALE.

M. Bally fait un rapport sur l'épidémie de fièvre cérébrale qui a régné dernièrement à Versailles.

RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE.

M. Leroy d'Etiolles fait une communication relative au traitement des rétrécissemens de l'urètre qui réclament l'application des méthodes exceptionnelles, telles que la cautérisation, la scarification et la résection. Les rétrécissemens cèdent pour la plupart à l'un des quatre procédés de dilatation, qui sont : la dilatation brusque et instantanée par les dilatateurs; la dilatation temporaire et progressive, faite pendant une heure chaque jour; la dilatation coup sur coup, qui s'accomplit en quatre ou cinq jours, et la dilatation permanente, telle que la pratiquent les disciples de l'école de Desault. Il y a des rétrécissemens qui ne peuvent guérir par la dilatation et parmi eux; il en est auxquels convient la cautérisation; mais tant de manières de la pratiquer ont été proposées que le chirurgien peut être embarrassé dans le choix. M. Leroy d'Etiolles, rénovateur, et non pas imitateur servile des idées d'Ambroise Paré et de Hunter, applique le caustique directement d'avant en arrière, et quelquefois d'arrière en avant. L'expérience, dit-il, a confirmé les avantages des porte-caustiques, qu'il a imaginés dans ce double but. La scarification a aussi ses applications utiles, et M. Leroy d'Etiolles a continué à perfectionner ce procédé : il montre à l'Académie un nouveau scarificateur en gomme et flexible, d'une structure fort simple. Il a aussi des rétrécissemens qui résistent à la dilatation, à la cautérisation, à la scarification et à la combinaison de ces divers moyens, ce sont les rétrécissemens *fibro-vasculaires*, connus sous le nom de *calleux*, de *spasmodique*, de *turgescent*, surtout quand ils existent dans la portion spongieuse de l'urètre et qu'ils ont été cautérisés mal à-propos; ceux-là M. Leroy d'Etiolles les enlève, et parfois avec un succès durable. Il met sous les yeux de l'Académie un nouveau sécateur, avec lequel il pratique cette opération; c'est un tube, dont les trois quarts de la circonférence ont été enlevés dans une longueur de cinq à sept lignes, de telle sorte que la continuité n'est plus conservée à cet endroit que par une lame, dont les bords sont rendus tranchans; une tige mobile dans le tube, et sur laquelle ce tranchant s'applique, protège les parties saines pendant l'introduction. L'extrémité conique du sécateur ayant franchi le rétrécissement, celui-ci se trouve compris entre les deux éminences; la tige est alors retirée, le bord tranchant est mis à nu, puis par un mouvement circulaire et de va et vient combinés, le bourrelet qui forme l'obstacle est enlevé sans que le tranchant puisse aller au-delà de ce qui forme saillie sur les parois de l'urètre. La cure se complète par la dilatation.

M. Leroy d'Etiolles termine en disant que la réclamation formée l'année dernière l'année dernière par M. Guillon, au sujet des scarificateurs doit être regardée comme non avenue, puisque ce médecin refuse de se soumettre à la clause pénale d'une amende à payer par celui des deux qui serait débouté de ses prétentions.

SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1839.

NOUVEAU SYSTÈME DE POMPES ET SERINGUES.

M. Charrière présente diverses pompes et seringues auxquelles il a adapté un piston dont les mouvemens demeurent toujours faciles, et qui pourtant ne peut jamais laisser passer l'air ni les liquides entre la surface et les parois du tube dans lequel il se meut, et qu'il remplit toujours parfaitement. Ce mécanisme très simple, et qui ne consiste que dans l'addition d'une rondelle de cuir rabattue sur une garniture élastique, est fondé sur la théorie du parachute, qui s'ouvre d'autant plus que la pression exercée à sa partie inférieure est plus grande. Cet appareil, dont la conservation demeure parfaite, même après être restée longtemps sans servir, offre de très grands avantages, surtout appliqué aux seringues d'Anel et aux pompes à ventouses, dont on avait souvent à se plaindre. Enfin, les divers appareils de secours pour les asphyxiés ont reçu un perfectionnement des plus importans en offrant un moyen d'injection et d'aspiration toujours exact et régulier. Toutes les pompes et seringues à tous usages étant susceptibles de recevoir cette modification, M. Charrière se charge de les mettre dans les mêmes conditions que les nouvelles, au moyen du nouveau piston. (M. Thillaye, rapporteur.)

ÉLECTION DANS LA SECTION DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE.

Cette section, n'étant pas en nombre suffisant pour la nomination qui doit la compléter, procède, par voie de scrutin, à l'élection d'un membre pris dans le sein de l'Académie. M. Rayer ayant obtenu 66 suffrages sur 85 votans, fera partie provisoirement de la section de médecine vétérinaire.

M. Thillaye, au nom de MM. Breschet, Ribes, et au sien, fait un rapport sur de nouveaux cornets acoustiques, et sur la composition des boites de chirurgie qui doivent être accordées par le ministre de l'intérieur au service des maisons de force.

DE LA NATURE DE LA FIÈVRE JAUNE.

M. Chervin lit la première partie d'un travail intitulé : De la nature et de l'origine de la fièvre jaune. (Nous reviendrons sur le mémoire de M. Chervin quand la lecture en sera terminée.)

ENFANT PORTANT DEUX VERGES.

M. Ségalas présente à l'Académie un enfant qui porte deux verges. Plusieurs membres pensent qu'il s'agit d'une bifidité des corps caverneux.

A quatre heures l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des rapports sur les sujets de prix proposés pour 1839, et qui seront proclamés dans la séance publique du 1er décembre.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

QUELQUES MOTS SUR LES TANNES; par M. Adrien Sicard, D. M., ex-chef de clinique externe à la Faculté de médecine de Montpellier.

Les tannes, d'après l'école physiologique, sont des sub-inflammations du système dermoïde; il nous est difficile d'admettre un pareil énoncé; car enfin, si elles constituent une sub-inflammation, il faut supposer que les follicules sébacés qui ont été le principe de ces tannes se sont enflammés; or, cela est loin de nous être démontré. Disons en conséquence que les tannes proviennent des follicules sébacés dont l'orifice a été obstrué, soit par la malpropreté, soit par une cause quelconque, et qui, par cela même, n'ont pu donner issue à la matière qui y était sécrétée; c'est alors que les tumeurs se sont développées; s'il était nécessaire de prouver notre opinion, un exemple bien simple et une expérience que chacun peut faire rendraient la chose évidente.

Il y a des personnes chez lesquelles des follicules cutanés sont plus développés que chez d'autres, sans cependant constituer un état morbide; or si, dans ce cas, on laisse séjourner sur ce follicule une substance graisseuse, on aura, au bout de quelques jours, et quelquefois d'un seul, un développement anormal de ce même follicule, et aussitôt que l'on donnera issue à la matière qui y était contenue, tout reviendra à l'état normal.

En serait-il ainsi, si c'était une sub-inflammation? non sans doute : il est vrai que l'on peut s'en laisser imposer par le cercle rougeâtre qui se développe autour du follicule, lorsqu'il est excessivement distendu par la matière sébacée; mais cette prétendue inflammation, n'est due qu'à la distension des parois du follicule, qui, gênant ainsi la sécrétion de son voisin, y fait affluer du sang au lieu de fluides blancs.

Une pareille altération en a quelquefois imposé pour un cancer, surtout dans les cas où il y a une grande quantité de follicules qui, s'étant engorgés à la fois, forment une ulcération assez large, dont l'aspect est grisâtre. La cause en est due à l'accumulation et à l'altération du fluide qui est contenu dans ces follicules; mais, si l'on a soin de passer plus loin son examen, et si surtout on se sert d'une loupe pour voir le fond de l'ulcération, alors on rectifie aisément son erreur. L'observation que nous allons exposer nous mettra à même de démontrer ce que nous avons annoncé.

TANNES SUR LE DOS DU NEZ; OPÉRATION; GUÉRISON.

Obs. — Roch (Jean), âgé de 66 ans, doué d'un tempérament sanguin et d'une bonne constitution, exerce la profession de cultivateur; il est issu de parens sains, et n'a jamais eu d'affection vénérienne.

Depuis dix ans, Roch remarquait sur le dos de son nez un développement de petits boutons qu'il grattait habituellement, et dont il n'éprouvait aucune douleur. Il y a quelque temps, qu'ayant voulu les écorcher comme d'ordinaire, il s'aperçut d'un suintement. Depuis lors, ce malade eut plusieurs fièvres catarrhales; pendant le cours de la dernière, les boutons se desséchèrent et la peau revint à son état normal; mais à la suite d'une maladie dont il fut atteint, au mois de mars 1837, une nouvelle éruption se manifesta sur le dos du nez, et se convertit bientôt en une plaie qui l'obligea de se rendre à l'Hôtel-Dieu-St-Eloi de Montpellier, où il entra le 24 mai 1838.

Le jour même de son entrée, le chirurgien de service lui ordonna une saignée, et l'on se contenta de recouvrir le nez avec un cataplasme émollient; on continua cette application les jours suivans.

Le 2 juin, jour où ce malade fut soumis à notre observation, nous remarquâmes que toute la peau de la face était recouverte de follicules sébacés extraordinairement développés.

Il présente sur le dos du nez, à partir des os propres de cet organe jusqu'au lobule, une tanne qui a environ un pouce de longueur sur autant de largeur; elle s'étend des deux côtés sur les ailes du nez, les bords en sont découpés, et elle est circonscrite par un bourrelet formé de chairs rougeâtres, mais insensibles à la pression. Vers le milieu du nez, à partir des os propres de cet organe jusqu'au lobule, il existe une bandelette de peau qui est tout à fait décollée, et forme une espèce de pont; sa largeur est d'une ligne.

Le fond de l'ulcération est d'un blanc sale, parsemé de points jaunâtres, ce qui le fait ressembler à du plâtre gâché; si l'on enlève la substance sécrétée et qu'on examine la plaie au plus fort grossissement d'une loupe, on remarque un assemblage de petits boutons sébacés qui, lorsqu'on les presse, laissent suinter par une infinité de petits trous, une matière semblable à du suif, et qui se moule sur l'ouverture du follicule.

Septembre. La bandelette que nous avons ci-dessus mentionnée est décelée du côté du lobule du nez; on remarque au-dessous la même disposition que dans le reste de la plaie.

13. L'opération étant résolue, le malade a été emmené dans la salle de courage; là il est placé sur une chaise, en face de l'opérateur; un aide lui soutient la tête par derrière; d'autres, disposés à côté de lui, s'emparent de ses mains. Alors, M. Serre, saisissant de la main droite un bistouri courbe, en appuie le tranchant sur les os propres du nez, et enlève en rasant toute la surface de l'ulcération; une seconde tranche est enlevée (les deux prises ensemble pouvaient avoir trois lignes de hauteur); puis, s'armant d'un cautère actuel, il l'applique sur la plaie artificielle qu'il venait de produire.

Le malade a supporté l'opération avec calme; dans la journée, il se plaint à peine d'éprouver une douleur dans la partie qui avait été le siége de la maladie.

Les jours suivans, l'escarre se détache peu à peu et tombe le 20 du même mois; c'est alors que nous remarquons le bon aspect de la plaie; toutefois, du côté droit, l'escarre ayant été un peu plus forte, la narine se trouve percée dans un point de son étendue.

22. La plaie commence à fournir des bourgeons charnus, et la solution de continuité faite à la narine droite diminue; tout marche vers la guérison.

5 juillet. On réprime les bourgeons charnus avec le nitrate d'argent.

Enfin, le 12 août, le malade, qu'on avait eu soin de cautériser journellement avec le nitrate, sort tout à fait guéri, et présente le nez à peu près dans l'état normal; la narine droite seule est un peu affaissée.

L'observation que nous venons d'exposer nous présente plusieurs points à considérer; et, d'abord, quelle était la nature de l'ulcération.

La première idée qui se présente à nous est de savoir si la maladie n'était pas cancéreuse; or, qui pourrait le supposer, puisqu'elle a disparu à la suite d'une maladie interne, et que les affections cancéreuses ne rétrogradent jamais; d'un autre côté, la bandelette de peau qui s'était conservée intacte au milieu de l'ulcération nous détourne de cette idée.

Mais, dira-t-on, c'était peut-être un ulcère scrofuleux? A cela nous répondrons qu'il n'en avait nullement l'aspect, et que le tempérament du malade devait éloigner cette présomption.

Était-ce un ulcère scorbutique? Mais, en pareil cas, l'ensemble de la constitution est entachée de ce vice, et rien chez ce malade n'en présentait le moindre indice.

Il ne nous reste qu'une supposition; peut-être, diront quelques personnes, c'était un ulcère dartreux? Mais le malade n'a jamais eu aucune maladie de ce genre, et l'ulcération n'en a nullement l'aspect.

C'était donc une maladie des follicules sébacés; cette plaie avait été produite par l'oblitération d'un nombre considérable de follicules qui s'étaient engorgés en masse. Du reste, l'inspection de la partie enlevée nous a démontré la vérité de cette version.

Le diagnostic étant établi, quel était le moyen propre à délivrer le malade de cette infirmité? Fallait-il se contenter d'enlever la partie affectée sans y porter le cautère actuel? Non; car il était nécessaire de changer le mode de vitalité des tissus, afin d'obtenir l'oblitération des follicules sébacés; or, pour y parvenir, l'application du cautère actuel était indispensable.

Nous terminons cette note en disant avec Ménard (1) : « Le médecin qui veut porter un pronostic assuré ne doit pas s'en rapporter à un signe isolé, mais il doit encore peser, dans sa sagesse, la valeur de tous les signes que présente la maladie; réfléchir attentivement sur ce qui a précédé, et ne se décider que d'après la réunion de ces considérations. »

LETTRE SUR L'EMPLOI DU PAIN FERRUGINEUX; par M. le docteur Louvel, de Saint-Denis.

Une importante modification vient d'être apportée au traitement d'une classe nombreuse de maladies, veuillez bien, monsieur et très honoré confrère, me prêter l'appui de votre intéressant journal pour la soumettre à la connaissance et à la discussion consciencieuse des praticiens qui lui sont déjà si redevables.

(1) Ce que dit Ménard, p. 321 de ses Éléments de médecine pratique, s'applique aussi bien au médecin qu'au chirurgien: c'est une preuve de plus en faveur de la réunion des deux branches d'un même tout. Nous pouvons en dire ce que dit M. Lordat de la physiologie et de la médecine : « La chirurgie et la médecine sont deux points de vue du même objet. »

Le docteur Dernuet-Boissier vient, à mon avis, de résoudre la difficulté de l'administration des sels de fer de la manière la plus heureuse. Il est parvenu à introduire les sels de fer dans le pain sans lui communiquer leur saveur et même leur couleur. Quels sont les malades qui éprouveront du dégoût pour le pain, le dernier des alimens que l'on refuse lorsque l'inappétence arrive, le premier que l'on demande au début d'une convalescence ?

Préparées d'après son procédé, des flutes de trois onces de pain peuvent contenir jusqu'à vingt grains de sous-carbonate de fer sans qu'il soit possible d'en reconnaître la présence, soit à l'œil, soit au goût. J'ai cité le sous-carbonate, parce que c'est le plus usité, mais il fait également entrer dans le pain tous les sels de fer. On peut donc par son moyen prendre jusqu'à quarante grains de fer dans un jour, et cette dose est une des plus fortes que l'on puisse administrer, attendu que par ce mode tout le sel est assimilé ou à peu près.

Voilà, je pense, une amélioration d'autant plus importante qu'on peut la discuter physiologiquement. Nous avons employé le pain du docteur Boissierre et nous n'avons eu qu'à nous en louer.

C'est dans les maladies des femmes que les sels de fer ont été le plus généralement employés. Il est bien rare que ces malades lorsqu'on est appelé à les traiter n'aient pas déjà réagi sur l'estomac et les faiblesses de cet organe sont ordinairement un des premiers symptômes accusés. Cependant si vous administrez les sels de fer par les moyens usités jusqu'ici, c'est en dehors des repas que vous les ordonnez; vous ajoutez alors aux fatigues de la digestion ordinaire un travail de digestion médicamenteuse, si je puis m'exprimer ainsi; l'estomac se trouve forcé de subir un nouveau travail d'élaboration, et il n'y a plus pour lui d'intervalle de repos. Si, au contraire, vous donnez les sels de fer dans le pain, cet inconvénient disparaît et l'assimilation du médicament est sans contredit plus facile et plus complète.

On ne peut nier que le pain ne soit le meilleur véhicule pour tous les agens thérapeutiques qui peuvent être introduits dans l'économie au moment du repas; et M. le docteur Boissierre n'aura pas seulement rendu service à la science en incorporant le fer à cet aliment; mais on ne peut douter que cette voie nouvelle ouverte à la médecine s'agrandira considérablement, et que bientôt nombre de médicamens seront donnés dans le pain autant comme moyen prophylactique que comme moyen curatif.

Nous nous sommes interdit de citer des histoires de maladies; mais il nous sera permis de faire part d'une observation physiologique résultant de l'emploi du moyen que nous proposons.

Tous les praticiens ont observé que lorsqu'on fait prendre des sels de fer à hautes doses les matières fécales des malades sont fortement colorées en noir. Cette coloration est due évidemment au fer dont une grande partie n'est point absorbée. Cependant nous avons pu donner jusqu'à un gros de fer par jour dans le pain du docteur Boissierre sans provoquer cette coloration. Il est vrai que nous avons alors vu se manifester des accidens causés par une administration trop forte des sels de fer; mais nous n'en sommes restés que plus convaincus, que, par ce moyen, l'assimilation est plus facile et plus complète, et que partant des doses moins fortes arriveraient ainsi bien plus vite et plus sûrement au but que l'on se propose.

C'est particulièrement l'étude de la thérapeutique des maladies des femmes qui nous a conduits à rechercher le meilleur mode d'emploi du fer. Mais introduit dans le pain, comme l'a fait si heureusement le docteur Boissierre, dans combien d'autres cas son usage ne sera-t-il pas indiqué ? Combien de maladies des enfans chez lesquels l'usage des médicamens est si difficile à obtenir ? Combien de dyspepsies, d'engorgemens du foie ou de la rate réclameront son emploi ?

Enfin, depuis le moment où M. le docteur Dernuet-Boissierre a réalisé son idée et a bien voulu nous associer à ses expériences, nous n'avons eu qu'à nous applaudir de l'emploi du pain ferrugineux; nous sommes convaincus que nul autre moyen ne peut rivaliser avec lui d'efficacité; nous appelons, en conséquence, sur son usage toute l'attention de nos confrères.

Agréez, etc.

BIBLIOGRAPHIE.

DIE MERCURIAL-KRANKHEIT IN ALLEN IHREN FORMEN, GESCHICHTLICH, PATHOLOGISCH, DIAGNOSTISCH UND THERAPEUTISCH DARGESTELLT; von G. LUDWIG DIETERICH, der gesammten Heilkunde Doctor, etc. — Leipzig, 1837. Verlag von Otto Wigand. (EXPOSÉ HISTORIQUE, PATHOLOGIQUE, DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE LA MALADIE MERCURIELLE DANS TOUTES SES FORMES; par G. LOUIS DIETERICH, D. M., praticien à Munich). 422 pages in-8°.

Le livre dont nous allons rendre compte n'a point pour but d'apporter un tribut à la solution des débats soulevés naguères à propos du traitement des maladies syphilitiques par le mercure ou sans ce métal. Comme l'indique le titre, l'auteur s'est attaché à présenter une histoire complète des altérations pathologiques qui peuvent survenir dans l'économie animale sous l'influence du mercure, quelle que soit d'ailleurs la maladie contre laquelle il a été administré.

Dans un chapitre érudit autant que minutieusement détaillé, l'auteur passe en revue l'histoire de l'emploi du mercure en médecine, et de la maladie qu'il appelle mercurielle, mercurialisme. C'est Paracelse qui a le premier reconnu les effets pathologiques du mercure, et c'est en 1603 que fut publié le premier écrit *ex-professo* sur cette matière, par Balcianellus, à Vérone.

Dans une division consacrée à la nosologie, l'auteur étudie l'action du mercure sur les corps organisés. « L'action particulière du mercure, dit-il, est d'anéantir la vie organique; en d'autres termes, avec Sachs de Kœnigsberg, il agit contairement à toute force de végétation organique; c'est pourquoi les zoospermes manquent chez les individus mercurialisés, comme le prouvent les recherches de Gaspard. »

Avant d'aller plus loin, M. Dieterich croit devoir donner un aperçu de ses idées sur le mode d'action des médicamens en général, idées qu'il a puisées dans les leçons du célèbre professeur Schœnlein. Nous sommes bien aises d'en donner ici quelques extraits assez étendus; mais nous engageons nos lecteurs, quelle que soit la valeur qu'ils attacheront à des élucubrations si étranges et si peu en harmonie avec les habitudes sagement positives de nos thérapeutistes observateurs, à ne pas puiser dans ce spécimen de prévention fâcheuse contre le fond d'un ouvrage auquel, bâtonnous de le dire, nous reconnaissons une grande importance pratique.

Voici donc comment l'auteur prétend expliquer l'action des médicamens en général. « Tout dans la création a lieu par une action mutuelle et réciproque d'un être sur un autre. Chaque être entrant en contact avec un autre tend à se l'assimiler, ou en d'autres termes, à lui imprimer le cachet d'individualité; de là un combat qui constitue la vie. L'inaction, c'est la mort. Or, tout être agit à sa manière d'autant plus énergiquement qu'il est plus puissamment constitué dans son individualité. De même les médicamens. Ainsi l'arsenic dessèche et durcit la masse d'un corps organisé; le mercure tend à la dissoudre, à la *liquéfier*. On peut donc établir la proposition suivante, *que les médicamens n'agissent qu'en procreant* (zurch zeugung), *c'est-à-dire par la tendance à reproduire leur semblable*...... »

On remarque souvent dans la nature qu'un être, une chose a plus ou moins de tendance vers une autre; de là sympathie ou antipathie. Par une déduction éloignée de ce principe, les médicamens des trois règnes peuvent avoir plus ou moins d'action sur tel ou tel organe, système d'organe, tissu, etc.; de là les *spécifiques*......

Appliquant ces principes généraux au mercure, M. Dieterich dit que plus la forme sous laquelle il est employée est rapprochée de l'état métallique, plus ses effets sont puissans et conformes à sa nature particulière. Représentant le plus élevé du règne anorganique, il pénètre avec la plus grande facilité les corps organiques et détruit leur individualité, c'est-à-dire les ramène dans le domaine de la vie anorganique avec d'autant plus de rapidité qu'ils occupent un rang moins élevé dans l'ordre matériel et physiologique.

Maintenant, toutes les modifications qui s'opèrent dans les différens organes ou systèmes organiques du corps humain sans l'influence du mercure (l'auteur les énumère dans leur ordre de succession), sont consécutives à une altération du sang et du système nerveux de la vie organique. Le sang qui est naturellement électro-négatif (c'est toujours l'auteur qui parle) est chargé et saturé, par l'introduction du mercure, d'électricité positive. Le système nerveux étant au contraire l'agent le plus sensible de

réaction contre les influences électriques, se trouve élevé à un degré de puissance supérieure pour chasser l'ennemi du corps, et les nerfs font naturellement l'office de conducteurs pour décharger l'excès d'électricité positive; de là les tremblemens nerveux qui se transmettent et se manifestent dans le système musculaire.

Il n'en fallait certes pas tant pour nous faire comprendre que la maladie mercurielle, le mercurialisme, est un état pathologique particulier qui a ses phénomènes et ses formes biologiques à lui. En continuant avec l'auteur, les forces vitales y sont altérées d'une manière spéciale comme dans toute autre maladie; l'état électrique du corps est changé; la vie animale y est rabaissée à un degré inférieur, et se rapproche de l'état végétatif. Le sang se décompose graduellement, et la nutrition se faisant mal par suite de l'altération des fonctions glandulaires, cette maladie appartient à la famille des *dyscrasies*.

Nous voici heureusement arrivés à la fin des éclaircissemens théoriques de M. Dieterich. Il eût certes été difficile de trouver un exemple plus curieux du penchant de nos voisins pour des explications abstraites que cette application de l'antique système du dualisme à l'action intime des médicamens en général, et à la production d'un empoisonnement prompt ou lent par une substance métallique.

Mais je le répète, nous en avons fini maintenant avec ces divagations théoriques, et désormais l'auteur, dans les longs et utiles développemens qui remplissent son ouvrage, va se livrer à l'étude pure et simple des faits aidés de son expérience propre.

Il n'est pas rare, dit-il, que le mercurialisme soit accompagné d'une fièvre qui prend alors le type rémittent, et dont l'apparition plus ou moins précoce dépend:

1° De la quantité de mercure ingérée;

2° De l'âge de l'individu. Les adultes en sont plus fréquemment atteints que les enfans;

3° Des dispositions particulières, telles que le tempérament lymphatique à fibre molle;

4° De la préexistence d'autres diathèses; scrofules, goutte, hystérie, etc.;

5° Du mode d'administration employé.

Le traitement par les vapeurs, ou par l'ingestion dans les premières voies, occasionne plutôt la fièvre que les frictions, les bains, les injections.

Cette fièvre précède ordinairement la salivation, et accompagne les exanthèmes mercuriels. Il faut en distinguer les phénomènes fébriles qui sont particuliers à certaines formes du mercurialisme, comme le rhumatisme, l'iritis mercurialis.

La plupart des formes chroniques du mercurialisme sont exemptes de fièvre.

La maladie mercurielle peut se combiner avec d'autres maladies. Y a-t-il réellement combinaison, c'est-à-dire production de formes pathologiques nouvelles, ou seulement complication; c'est ce que l'analyse des symptômes n'a pas suffisamment démontré.

On sait que cette combinaison a lieu plus souvent avec la syphilis, par la raison bien simple que cette maladie est celle qui jusqu'à présent a eu le privilége du plus grand nombre de traitemens mercuriels. M. Dieterich, qui ne paraît pas partisan du traitement simple ou antiphlogistique, blâme énergiquement l'opinion de M. Desruelles, qui a avancé que tous les symptômes consécutifs d'une vérole traitée primitivement par le mercure seraient mercuriels. Il pense que la combinaison du mercurialisme avec la syphilis a lieu après un traitement mercuriel trop prolongé, malgré son inefficacité, ou bien quand il n'a servi qu'à pallier les symptômes vénériens.

Les maladies avec lesquelles cette combinaison se fait ensuite le plus souvent sont les scrofules, la goutte, le rhumatisme, le scorbut, l'érysipèle, l'enflammation, etc.

L'auteur traite successivement de l'étiologie du développement, de la marche, des terminaisons du diagnostic et du pronostic, du mercurialisme seul ou combiné, et arrive enfin au traitement qu'il établit sur les cinq indications suivantes, savoir: 1° indication prophylactique; 2° indication fournie par la cause de la maladie; 3° par la maladie elle-même; 4° par ses combinaisons avec d'autres affections; 5° et par ses formes locales.

Nous ne le suivrons pas dans le développement de ces divers paragraphes, qui tous sont traités de la manière la plus judicieuse; nous dirons seulement que M. Dieterich remplit l'indication fournie par la maladie d'une manière différente, suivant qu'elle a revêtu la marche aiguë ou chronique. Dans le premier cas, s'il y a fièvre, il faut avant tout la combattre par les moyens adaptés à son caractère éréthique ou adynamique, et suivant les principes généraux de thérapeutique. Quand aux cas apyrétiques, le traitement varie encore suivant qu'ils peuvent être regardés comme névralgiques ou cachectiques. Dans les cas névralgiques, il préfère le lactucarium ou thridace à l'opium, parce qu'il n'enraie pas comme lui les sécrétions et les excrétions. Dans la cachexie, c'est l'or d'abord que M. Dieterich conseille. Il nous apprend que ce métal, que l'on a employé dans les mêmes maladies que le mercure, et dans les cas surtout où celui-ci avait échoué, agit sur l'économie animale en sens inverse, c'est-à-dire électro-négativement, en stimulant l'hématose et en rapprochant les globules constitutifs du sang. Il entre, au sujet de l'emploi de ce métal, dans de grands détails pratiques, basés en partie sur ses propres observations, sur celles de M. Puché et autres praticiens. Il lui accorde une grande efficacité antimercurielle. Il regarde au contraire ses propriétés antisyphilitiques comme fort douteuses, attendu que ses partisans, dans ce sens, ne l'ont jamais administré que dans des cas de syphilis ancienne, dont les symptômes pouvaient bien n'être que des accidens mercuriels.

Le fer et ses préparations agissent, selon lui, comme l'or, mais d'une manière encore plus durable, sur l'hématose; il faut remarquer en outre, que d'après les expériences de Horn, ce métal serait le meilleur réactif de la syphilis, c'est-à-dire que sans son influence des affections qui ne seraient pas purement mercurielles, mais combinées avec la syphilis ou seulement syphilitiques, ne feraient que s'aggraver. Si ces observations étaient bien confirmées, ce serait là un moyen précieux de diagnostic dans certains cas douteux.

Vient enfin l'électricité. On conçoit d'après l'exposé que nous avons fait de la théorie pharmaco-dynamique de l'auteur, qu'il place cet agent au-dessus de tous les autres. En effet, ce serait celui qui agirait le plus directement sur les désordres occasionnés par le mercure, s'il faut en croire l'expérience de l'auteur et celle de Werneck. Nous regrettons qu'un certain nombre d'observations bien faites ne nous mettent pas à même de donner gain de cause à cette assertion.

L'indication la plus difficile à satisfaire est, sans contredit, celle qui résulte de la combinaison ou de la complication du mercurialisme avec une autre maladie, attendu que les agens qui pourraient guérir l'un peuvent aggraver l'autre. Il faut alors, dit M. Dieterich, conduire, s'il est possible, les deux genres de lésions vers une terminaison commune, ou les traiter séparément, en commençant par celle qui présente le plus de gravité. Ainsi, dans le cas de combinaison du mercurialisme avec la syphilis, il faut avoir recours aux moyens médicamenteux que l'expérience nous a appris à pouvoir combattre en même temps les deux maladies. Au premier rang se trouve la salsepareille seule ou associée comme dans la décoction de Zittmann, dans le cas où les tissus fibreux et osseux seraient déjà affectés, le Roh de Laffecteur, les acides minéraux, nitrique, phosphorique, la liqueur antimiasmatique de Kochlin (muriate de cuivre ammoniacale), d'après John et Martini, et encore l'électricité, d'après Werneck. — L'auteur n'approuve pas la proposition de Laumier, Rust, Wendt, Simon, etc., d'employer dans les cas où le mercurialisme n'a pas une prédominance bien marquée, un traitement régulier par le précipité rouge ou par les faictions. Le moyen qui lui paraît mériter le plus de confiance, c'est le *hunger-cur* (traitement par la faim), auquel il associe l'emploi de l'acide nitrique.

Dans la deuxième partie de son ouvrage, M. Dieterich se livre à l'examen des différentes formes que peut affecter la maladie mercurielle, et qu'il divise en formes aiguës et formes chroniques. Nous serons courts dans ce compte rendu de cette partie, composée d'un très grand nombre de chapitres, dans lesquels la théorie tient beaucoup moins de place, tandis que les détails d'observation et de pratique y abondent.

Parmi les formes aiguës, l'auteur traite successivement de la fièvre mercurielle, du ptyalisme proprement dit, du ptyalisme pancréatique, avec lequel il pense que l'on a souvent confondu la diarrhée mercurielle, de la diurèse mercurielle, affection rare, et de la diaphorèse, que l'auteur regarde, ainsi que les deux précédentes, comme des évacuations critiques qui cessent d'elles-mêmes au bout de peu de jours. Viennent ensuite les exanthèmes aigus, l'eczema, qui peut être général et critique ou partiel, (érysipèle produit par le mercure, de MM. Cullerier et Lagneau), généralement peu grave, et la miliaire, affection dangereuse au contraire, et que l'auteur a vue devenir mortelle.

Parmi les formes chroniques, nous rencontrons d'abord les symphorèses (συμφόρησις sc. αἵματος). L'auteur appelle ainsi les accidens mercuriels que Travers, Fœger, Ammon et d'autres considèrent comme inflammatoires, et qu'il regarde, lui, comme un état de congestion sanguine, déterminée sur un point par l'action du mercure, et pouvant être aggravée jusqu'au point de passer à l'état inflammatoire sous l'influence d'un principe rhumatismal ou goutteux. M. Dieterich attribue à cet élément de congestion mercurielle, qui fait selon lui la base de ces lésions, leur disposition à la décomposition et au ramollissement des liquides et des solides. Ces maladies, selon lui, ne sont jamais *actives*, mais toujours *passives*, et c'est pourquoi il recommande d'être très sobre d'antiphlogistiques dans leur traitement, et de recourir de préférence aux dérivatifs, aux calmans,

aux altérans et enfin aux toniques. Il décrit successivement la symphorèse on congestion inflammatoire mercurielle de la conjonctive, de la rétine, de l'iris, du pharynx et du périoste. Ces maladies appartiennent plus spécialement aux pays du Nord, sont très rebelles, et laissent souvent après elles des traces indélébiles.

Les hypertrophies (engorgemens, indurations), sont, à proprement parler, des productions secondaires de la symphorèse quand elle affecte les glandes inguinales, axillaires, cervicales et mesaraïques, on la parotide. On l'observe alors sous toutes les latitudes, tandis que celles du foie, de la rate et du pancreas ne se rencontrent guères que dans les zônes tropicales. Elles naissent le plus souvent sous l'influence d'un vice scrofuleux ou squirrheux et se développent très lentement. Leur traitement est difficile et exclut entièrement l'usage des acides.

Les exanthêmes mercorio-chrooiques, l'herpes prœputialis, la psydracia et l'impetigo sont traités avec le plus grand soin. L'auteur a utilisé les travaux des meilleurs dermatologistes modernes; c'est-à-dire que nos compatriotes y ont contribué pour leur part. Nous recommandons vivement la lecture de cette partie de l'ouvrage, ainsi que de la suivante, qui traite des helcoses on ulcérations, aux praticiens qui dans l'exercice de l'art ont probablement éprouvé plus d'une fois la difficulté de reconnaître la nature d'un exanthême ou d'une ulcération chez des sujets soumis à la double influence de la syphilis et du mercure.

L'auteur réunit enfin dans une dernière division les nevroses mercurielles qui sont la névralgie, l'asthme, le tremblement, le bégaiement, la paralysie, l'amaurose, l'apoplexie, et termine par l'hypochondrie et la cachexie mercurielle.

On sent que dans ces dernières lésions le diagnostic doit reposer principalement sur les antécédens; que de leur importance dépendra aussi le traitement auquel il faudra donner la préférence, et que c'est ici le cas de faire l'application des préceptes généraux de thérapeutique dont nous avons rendu compte plus haut.

Tel est l'ouvrage de M. Dieterich. Nous serions heureux d'avoir pu, par cette analyse succincte, faire partager à nos lecteurs la haute idée que nous avons conçue du mérite de ce travail.

CONCOURS

POUR LA CHAIRE DE PATHOLOGIE INTERNE DE LA FACULTÉ DE PARIS.

PREMIÈRE ÉPREUVE. — COMPOSITION ÉCRITE.

De la fièvre. Tel est le sujet que le sort a livré à la méditation des compétiteurs. Personne ne sera tenté d'en accuser les limites; elles s'étendent aussi loin que la médecine elle-même, qui se résume historiquement dans la question de la fièvre. Peut-être plus d'un candidat a-t-il murmuré en lui-même contre la fortune du scrutin, contre l'immensité du sujet proposé; ce qui sourit le plus à l'esprit, ce sont les questions qui se circonscrivent par elles-mêmes, sans vague et sans géne étroite; il a besoin, pour se déployer à l'aise, d'un cadre qui ne soit ni trop resserré, ni trop élastique. Dans le champ de la pyrétologie, chaque concurrent peut tracer un sillon, se frayer une voie particulière; ce n'est pas que des jalons classiques n'y soient posés, pour orienter leur investigation; mais entre ces signes échelonnés par la science de nos devanciers, l'espace est grand, la course est libre et chacun peut la fournir suivant la force de son haleine et dans la direction de ses idées. Nous approuvons le choix du sujet, à cause de sa richesse même; le véritable mérite d'un concurrent consiste non seulement à savoir beaucoup de choses, mais encore à soumettre à un triage logique les matériaux accumulés dans sa mémoire; l'écrivain, l'orateur, l'homme de sens et de tact se décèle autant par ce qu'il ne dit point que par ce qu'il énonce. Une épreuve aussi importante que celle de la composition doit-elle solliciter exclusivement la mémoire, et fournir aux candidats l'occasion d'une luxuriante exhibition de leur bagage scientifique? Elle doit s'adresser avant tout à leur jugement; elle doit provoquer leur esprit aux utiles exercitations de la philosophie médicale, aux aperçus généraux, aux fécondes analyses; il convient, en un mot, de la calculer de manière à mettre au jour ce que chaque intelligence recèle de verve originale et de puissance inductive. Toutes ces conditions se rencontrent réunies dans le problème de la fièvre; il était à prévoir qu'il se produirait sous la plume des compétiteurs dans des termes différens, qu'il serait envisagé sous des faces multiples; l'un y trouve de quoi renouveler la controverse séculaire de l'essentialité morbide; l'autre, de quoi faire acte de bibliographe et d'érudit; celui-ci s'empresse d'échafauder tout un édifice pyrétologique: celui-là se borne à commenter les phénomènes que comprend en lui l'état fébrile. Toutes les doctrines qui ont vécu dans le passé s'agitent encore, tout poudre qu'elles sont, comme disait Bossuet, au fond de cette question; voici l'hippocratisme, muni de son principe de la nature médicatrice qui n'a été promulgué que longtemps après Hippocrate; les théories humorales du médecin de Pergame, si grossières qu'elles nous paraissent aujourd'hui, contiennent néanmoins le germe de mainte idée courante de nos jours, et si l'humorisme contemporain a des allures plus rationnelles, c'est que Lavoisier, Berthollet, Gay-Lussac et Berzélius n'étaient pas nés du temps de Galien. Si vous entendez proclamer dans l'enceinte de la Faculté que la fièvre est une maladie générale, rappelez-vous que Cœlius Aurelianus l'avait définie *morbus totius substantiæ*. Non seulement les considérations que suggère la matière ramènent sans cesse vers les dissidences dogmatiques du passé, mais encore la manière dont on se reprend à envisager la fièvre rappelle des idées analogues, des idées-mères émises à des époques reculées. Il est aisé de comprendre que les auteurs des mémoires que nous nous proposons d'analyser ont dû ressentir un certain embarras dans la coordination des faits et des notions que soulevait en masse dans leur esprit la question de la fièvre. Tous ne se sont pas munis du même fil pour se guider à travers les ambages du sujet; nos lecteurs jugeront de l'excellence relative des méthodes qu'ils ont adoptées; mais nous n'avons pas à nous imposer une réserve absolue; il nous est permis d'exprimer le point de vue sous lequel se présente à notre pensée le thême de la composition écrite. Et d'abord, il s'agit de la fièvre, ce nous semble, et non des fièvres. Le jury demandait aux candidats, moins le programme d'un système pyrétologique, moins le savant résumé de toutes les querelles qu'a fomentées cette question à travers les siècles, moins l'exposition didactique des données élémentaires qui font partie intégrante d'un livre ou d'un cours de pathologie, que l'étude large et philosophique de la fièvre en général. Il n'y avait pas lieu à débuter par une définition, à produire une définition tant bien que mal; le premier office du compétiteur était de décrire l'état morbide complexe que l'on désigne sous le nom de fièvre. Peu nous importe, dès l'abord, s'il est essentiel ou le reflet symptomatique d'une autre lésion; le décrire, l'analyser dans sa phénomalité, le poursuivre dans ses nuances et ses variations, dans sa marche et ses terminaisons; le rechercher ensuite et le caractériser dans les différens cas où il apparait; noter ses transformations suivant les états morbides auxquels il se lie ou qu'il domine; scruter les influences qui le développent ou l'arrêtent, le prolongent ou le font cesser, l'augmentent ou l'apaisent; signaler les indications qu'il suscite, soit pour sa guérison, soit à titre de moyen curateur qu'il constitue lui-même; tel eût été notre cadre, et ce n'est qu'après l'avoir rempli que nous aurions abordé l'examen de la nature de la fièvre: ici se serait entr'ouverte à notre exploration critique l'histoire de la médecine; nous aurions interrogé les opinions qui ont retenti dans la science des siècles antérieurs; nous en aurions montré la filiation, et les opposant à celles qui maitrisent notre époque, nous serions arrivé à formuler, ou notre conviction, ou notre doute... Mais c'est trop de magnificence gratuite que cette énumération de tous les élémens que nous aurions associés, harmonisés dans un travail sur la fièvre; le censeur qui se complaît à proférer ses vues sur un sujet avec la dispense préalablement acquise de les remplir ressemble aux généraux qui prennent des villes sur la carte, théâtre facile de leurs guerroyantes hallucinations. Il est aisé de dresser sur le papier l'appareil fastueux de sa stratégie. Les candidats dont nous avons ouï les lectures ont battu en brèche le sujet fourni par le scrutin; introduit à leur suite au cœur de la question, sachons observer d'un œil indulgent les ruines qui nous entourent, soit qu'elles attestent leur valeur, soit qu'elles servent de sépulture à leurs espérances.

M. HOURMANN.

Le candidat débute par quelques réflexions sur l'étendue du sujet, et que la faiblesse de son organe nous a empêché de saisir exactement. Il se demande ensuite s'il existe une seule fièvre ou plusieurs modes de mouvement fébrile; les anciens admettaient trois espèces d'états fébriles; on sait les groupes établis par Pinel; le candidat glisse très rapidement sur les données historiques, passe, sans transition, de l'époque hippocratique à celle qui se résume dans l'auteur de la Nosologie philosophique. Il énonce ensuite que le mot fièvre n'est plus aujourd'hui qu'un terme générique, appliqué à des affections multiformes, tantôt idiopathiques, tantôt symptomatiques. Division des fièvres : la plus logique classification aux yeux de l'auteur est celle qui les range en deux séries, fièvres essentielles, fièvres d'expression phénoménale. Le principe de l'essentialité fébrile domine la pensée médicale du candidat; sans nier que l'ensemble de leurs symptômes n'est souvent que l'expression d'une maladie locale, il admet pourtant qu'elles peuvent être primitives; laissant là les controverses de la doctrine physiologique dont il n'a souci d'entreprendre l'histoire, il déclare que la localisation des fièvres ne fut autre chose que leur confusion avec les phlegmasies. Rien ne démontre mieux qu'elles constituent des maladies générales que le siége même qu'il est rationnel de leur assigner. Comment méconnaître que le premier rôle dans la production des fièvres est dévolu à la totalité du système sanguin? L'appareil nerveux se refuse, il est vrai, à nos moyens investigateurs et ses modifications ne peuvent être analysées avec précision; mais il est évident qu'il partage, avec le système sanguin, la lésion primitive, constante, cause et raison de la fièvre. L'auteur effleure ensuite les considérations qui se rattachent à l'étiologie. La marche des fièvres est régulière, déterminée en périodes; elles présentent la triple phase de l'augment, de l'état et du déclin; leurs terminaisons et leur traitement fournissent quelques réflexions à M. Hourmann qui pense que la thérapeutique des fièvres doit se subordoner à ce principe général, à savoir, qu'il convient de les modérer plutôt que de les combattre. Il termine par l'examen des différentes espèces ou formes fébriles qu'il propose d'admettre; il nomme les types qu'elles peuvent revêtir, quand elles se règlent sur la grande loi de l'intermittence; il ramène la discussion sur les formes admises par Pinel et qu'il paraît disposé à fondre dans la généralité typhoïde, ce fantôme de la clinique contemporaine; il parle ensuite de la fièvre éphémère, des fièvres éruptives de la peau, et par incidence, de la contagion qui en est le cachet. Toutefois, pour le candidat, la division la plus nette, la plus vraie des fièvres est celle des primitives et des symptomatiques.

M. Hourmann n'est pas au nombre des lutteurs familiers qui se rencontrent dans les concours de la Faculté; c'est sans doute à cette inexpérience d'un genre spécial de travaux et d'efforts intellectuels qu'il faut attribuer et les dimensions de son mémoire qui a paru écourté, et la modicité du détail historique dont il l'a assaisonné. Un si vaste sujet comportait plus d'idées, plus de richesse d'observation, et se prêtait difficilement au cadre banal que les pathologistes ont uniformément adopté pour l'étude particulière des maladies.

M. CASENAVE.

M. Casenave recherche la notion que l'on s'est faite de la fièvre dans les différentes époques de l'antiquité médicale; il la montre se modifiant à travers le naturisme d'Hippocrate, l'humorisme de Galien, réfléchissant encore chez les Arabes la double influence conservée de ces deux génies; le moyen-âge n'a fait que commenter ces données traditionnelles, et de nos jours encore, que fait-on, sinon que modifier, combiner les idés hippocratiques et humorales? néanmoins la découverte de la circulation, les recherches de Bonnet et Morgagni, les expériences de Bichat, etc., ont introduit de nouveaux élémens dans l'appréciation des doctrines pyrétologiques. L'essentialisme est encore debout dans Pinel, mais il ne tarde point à crouler sous les coups que lui porte Broussais. Depuis la promulgation des idées de ce réformateur, de nouveaux progrès se sont accomplis; de nouvelles études, entreprises au flambeau de l'observation, ont amené des découvertes importantes, dont le premier effet a été de frapper d'une égale impossibilité et le solidisme exclusif et l'exclusif humorisme. Ce rapide coup-d'œil sur le passé de la pyrétologie conduit l'auteur à présenter sur la fièvre la définition suivante : elle est un ensemble de phénomènes qui traduisent des troubles fonctionnels de la calorification, de la circulation et de l'innervation, troubles qui résultent d'une lésion locale ou qui constituent un état général. Dans ce dernier cas, la fièvre n'est-elle autre qu'une irritation générale? Elle devrait alors se caractériser par le rapprochement des globules, par la plus grande densité du sang. Le candidat ne s'arrête point à cette épineuse question de la nature de la fièvre; l'état actuel de la science, dit-il, ne fournit point les matériaux de cette grave solution; et c'est sagesse que de se borner à exprimer la nature de la fièvre par l'énoncé de ses caractères symptomatiques; aucun d'entre eux ne prédomine assez pour suffire à la représenter sommairement; il les faut réunir dans la définition. L'auteur est ainsi conduit à passer en revue les phénomènes qui composent l'état fébrile, la *chaleur*, appréciable à la main exploratrice comme au sentiment du malade, l'*accélération du pouls*, symptôme le plus constant après le précédent, mais qui se produit aussi sous l'influence d'une émotion ou d'une diète prolongée la *courbature*, l'*anxiété*, la *céphalalgie*, etc.

Expression symptomatique, la fièvre tire ses caractères de l'état morbide qui l'engendre; néanmoins il existe, sous ce rapport, des variétés qui ne se révèlent pas toutes à l'observateur; il s'en faut que nous puissions toujours saisir les relations qui existent entre une partie enflammée et le mouvement fébrile: ce que nous estimons, d'ailleurs, un rapport de causalité peut n'être qu'un rapport de coïncidence. Il est regrettable que le candidat n'ait point développé cette proposition par une étude concise des principales formes fébriles dont s'enveloppent les phlegmasies et les autres affections locales. Il rappelle toutefois les groupes de fièvres admis au commencement de ce siècle et montre les fièvres dites putrides, adynamiques, ataxiques, ramenées, par les travaux de MM. Petit et Serres, Louis, Andral, et surtout par M. Bouillaud, à l'entéro-mésentérite. Ces fièvres ne sont donc pour M. Casenave que des formes symptomatiques d'une affection, qu'il localise et dénomme avec M. Bouillaud. Passant ensuite à une catégorie de fièvres qu'il sépare des fièvres symptomatiques, l'auteur la partage en fièvres continues et en fièvres par accès : aux premières, il rattache la peste, le choléra, la fièvre jaune, le typhus; la fièvre typhoïde, la variole, la rougeole, la scarlatine. Toutefois ces fièvres continues se caractérisent par une altération nécroscopique; elles présentent, de plus, un signe commun, la contagion, excepté la fièvre typhoïde, dans laquelle on n'a pu déterminer encore avec certitude ce caractère spécifique. Il est une autre fièvre continue à laquelle manque le signe de la contagion, en même temps que la lésion du tissu, c'est la fièvre éphémère, que l'on ne saurait rattacher à une maladie locale, circonscrite; elle dure deux ou trois jours; puis les troubles fonctionnels qu'elle a fait naître s'apaisent et tout rentre dans l'ordre. Les fièvres d'accès offrent divers types d'intermittence et de gravité (fièvres pernicieuses); au type rémittent se rapporte la fièvre appelée rémittente bilieuse des pays chauds. Enfin l'auteur range encore dans les fièvres non symptomatiques la fièvre hectique, et termine en reproduisant, en d'autres termes, la définition qu'il a déjà donnée de la fièvre; c'est un état complexe, dit il, se manifestant par un trouble général et qui peut le plus souvent être localisé; il accorde, par compensation, à cette tendance localisatrice qu'il est des fièvres, telles les intermittentes, dont l'anatomie pathologique ne peut point rendre compte.

M. GIBERT.

La question de la fièvre se présente sous une apparente simplicité; mais les difficultés qu'elle présente ont rendu vains les efforts des plus beaux génies de l'antiquité. Elle a exercé la sagacité des princes de la médecine grecque et latine, dont on peut dire que la médecine est sortie toute armée de leur cerveau, comme Minerve de la tête de Jupiter. L'auteur jette un rapide coup-d'œil sur l'historique de son sujet, et s'arrête particulièrement aux 17e et 18e siècles, qu'il appelle l'âge d'or de notre science. Regrettant l'étroite limite du temps, il aborde ensuite le plan d'une pyrétologie, tel qu'il l'exécuterait à la faveur d'un suffisant loisir; il traiterait 1° des fièvres continues, dans lesquelles il range la fièvre éphémère, l'inflammatoire, la bilieuse, la catarrhale, le typhus, la rémittente des pays chauds, etc.; 2° des fièvres par accès; 3° des fièvres symptomatiques. Il esquisse les bases de leur diagnostic; s'empressant d'annoncer par anticipation qu'il admet les fièvres essentielles, occasion de tant de scandales. Il dit l'importance qu'il attache à la prognose hippocratique, appliquée aux fièvres, les règles générales qu'il imposerait à leur thérapeutique, dont il résume l'esprit dans l'axiome si connu : *medicus naturæ minister*, etc. Mais, forcé de restreindre la portée de son travail, il se contente de toucher quelques points du vaste programme dont il déroule la riche et savante ordonnance; et dans la seconde partie de sa composition, il entre dans l'étude des phénomènes constitutifs de la fièvre: c'est la chaleur qui l'occupe particulièrement; c'est le premier phénomène qui a frappé les anciens. Hippocrate a déjà signalé les variétés que présente la chaleur dans ses rapports avec la nature de la maladie; la liaison étroite de la fièvre et de l'inflammation était connue dès la plus haute antiquité. Il passe successivement en revue les principaux caractères qui dénoient la fièvre; mais elle se reconnait surtout par la chaleur, perçue au tact, aussi bien que par la sensation du malade. Après cette analyse symptomatique, l'auteur revient à l'historique, insiste encore sur les travaux du 17e et du 18e siècle, sur les écrits de Sydenham, qui se récriait déjà contre la prétendue malignité des fièvres: de Baglivi, qui accusait les médecins de provoquer la malignité par le désordre des médications; de Van Helmont, qui s'élève contre ceux qui, spectateurs inactifs, attendent l'apparition des crises, et ne s'opposent point à la marche des maladies par l'énergie du traitement. Il faut donc reconnaître, ajoute M. Gibert, que l'ontologie dont on a fait bruit, néologisme retentissant, qui a joui d'une sorte de vogue, n'existait point chez les anciens bien étudiés. Quant à la division des fièvres, on les a partagées en essentielles et en symptomatiques; sous l'empire de la médecine arabe, on a fait des affections éruptives de la peau une autre classe de fièvres. La découverte de l'Amérique a joint la fièvre jaune au groupe des fièvres pestilentielles. On les a divisées encore en continues et en intermittentes, rattachant à celles-ci les rémittentes, quelquefois mieux rapprochées des continues. Quelle est la cause productrice de la fièvre? L'auteur rappelle brièvement les différentes interprétations dont elle a été l'objet sous le règne des doctrines successives qui ont dominé la science. Elle a été tour à tour une réaction de l'économie contre une lésion locale, une succession de phases caractérisées par les mots crudité, état, coction; plus tard, le solidisme l'a suspendue entre l'excitation des nerfs et celle du système sanguin; l'humorisme a fourni sa fabulation. Une sorte d'opinion mixte est née de ces deux derniers systèmes, et c'est elle qui règne encore aujourd'hui sous les livrées de la doctrine la plus à la mode. Pour M. Gibert, la fièvre est une maladie générale de l'économie, une fonction morbide, ayant pour instrumens les deux appareils les plus répandus de l'organisme, le système nerveux et le système sanguin. La cause organique de la fièvre est tantôt une lésion locale qui se généralise, tantôt une maladie générale, dont l'origine varie. Aux yeux de l'auteur, la fièvre intermittente et la fièvre éphémère sont les exemples les plus frappans de l'indépendance possible de la fièvre de toute phlegmasie locale. Il indique ensuite les différentes espèces, les variétés de la fièvre, et passe à leur anatomie pathologique. Les recherches de Rœderer et Wagler, Petit et Serres (1810), Broussais, Chomel, Louis, sont rapidement appréciées. M. Gibert fait observer que, d'après les résultats produits par ces deux derniers, la lésion intestinale semble plutôt l'effet que la cause de la fièvre; il cite et rejette les idées de Bretonneau sur l'existence d'une éruption intestinale, de Bouillaud sur l'angéio-cardite, considérée comme cause de la fièvre. Il résume cette partie de son travail en annulant le rôle de l'anatomie pathologique dans toutes les fièvres, excepté dans la fièvre typhoïde; encore, dans cette dernière, y a-t-il trop souvent manque ou disparité de rapport entre l'affection locale et la marche des symptômes, disproportion entre l'intensité de ceux ci, la promptitude de la mort et l'étendue du désordre cadavérique. Néanmoins les caractères anatomo-pathologiques qui appartiennent à la fièvre typhoïde méritent, par leur constance, une attention particulière. Dans le traitement des fièvres, M. Gibert veut une méthode régulière, rationnelle; il plaide pour la nécessité d'un système, et pourtant, dit-il, avouons que le succès s'est trouvé au fond des méthodes thérapeutiques les plus opposées; les toniques, les purgatifs, les antiphlogistiques, etc., ont eu, ont encore journellement leur fortune. Un principe doit toutefois être rappelé ici, c'est que la fièvre, fonction morbide générale, s'accommode mal d'une médecine agressive, perturbatrice, et le praticien doit s'étudier à la régler, à en diriger le mouvement plutôt qu'à le combattre.

La composition de M. Gibert a été remarquée par la sagesse des vues, l'élégance de la rédaction, une érudition de bon aloi et le bon goût de sa polémique.

M. CASIMIR BROUSSAIS.

De la fièvre, dit le candidat en commençant, et non pas des fièvres. Qu'est-ce donc que cet état? L'homme du monde à qui le médecin a prononcé le mot de fièvre pousse rarement plus loin ses interrogations, et se persuade qu'il a une idée parfaitement nette de la maladie; pour le médecin, l'affirmation de la fièvre est le commencement d'une série de problèmes à résoudre. Pourquoi le médecin a-t-il prononcé le mot fièvre? Il a constaté la chaleur de la peau, une altération du pouls, un malaise général, une lésion grave ou légère des principales fonctions : tel est l'ensemble des phénomènes qui l'ont frappé. Cherchons par une analyse détaillée à nous en rendre compte.

1° Chaleur de la peau. Ce phénomène existe au début de la fièvre; sensible pour le malade comme pour le médecin, il est même appréciable au thermomètre qui s'élève de 5 à 6°. C'est l'épigastre qui est le point le plus chaud de la périphérie, excepté les aisselles, dont la température est à peu près celle du sang (37° +). Celle de l'épigastre monte de 36° à 40, 41; cette élévation de température existe même au début des accès intermittens; en outre, la chaleur est douce ou âcre, sèche ou halitueuse, etc.

2° Altération du pouls. Il va de 60 ou 65 à 80, 90, 100, 120, 140 pulsations à la minute chez l'adulte, et plus encore, jusqu'à ce qu'il ne soit plus possible de le compter. Les recherches de deux internes de l'hôpital des enfans tendraient à prouver que le pouls de ceux-ci est plus fréquent le matin; les autres recherches, qu'il est plus fréquent le soir. Il serait plus fréquent chez les vieillards que chez les adultes, d'après le mémoire de MM. Leuret et Mitivié. Le ralentissement du pouls dans le cours de la fièvre est un signe fâcheux, souvent mortel; il en arrive ainsi dans la gangrène, le choléra, dans les commotions du cerveau, etc. Le pouls offre d'autres altérations; il peut être irrégulier: M. Pereyra, de Bordeaux, marchant sur les traces de Solano de Lucques et de Fouquet, a reproduit le pouls abdominal, le pouls thoracique, le pouls hémorrhoïdal, etc.

3° Malaise général. Cette lésion des centres nerveux se rapporte à cet aphorisme d'Hippocrate : *Lassitudines sponte obortæ morbum denuntiant.*

4° Lésion des principales fonctions. L'auteur les énumère: anorexie, soif, odeur fébrile spéciale s'exhalant des poumons et de la surface du corps; urine claire, limpide, contenant peu d'urée et de sels, etc., etc.

Mais cet état particulier de l'organisme, auquel s'applique le mot fièvre, d'où vient-il, que veut-il, où va-t-il?

Cherchons.

Un homme reçoit un coup de sabre; la fièvre se déclare; la plaie guérit et la fièvre avec elle. Ici, la cause est évidente; j'appelle cette fièvre traumatique, symptomatique. Un individu s'empoisonne, la fièvre s'allume, mais le poison a été en grande partie rejeté ou neutralisé; les symptômes d'empoisonnement disparaissent, et la fièvre avec eux. Ici encore, elle est symptomatique. Autre cas : un érysipèle se déclare, encore de la fièvre; l'érysipèle guérit et la fièvre s'en va. On suppose qu'elle n'a pas précédé; donc elle est encore symptomatique. Chez un quatrième individu, c'est une maladie interne, une pneumonie qui occasionne la fièvre, qui s'enlève avec elle. Enfin, dans un cinquième cas, quelque soin que l'on mette à explorer le malade, point de lésion appréciable, et pourtant il y a fièvre; elle est donc essentielle. N'oubliez pas, ajoute M. Broussais, que je fais ici une supposition.

Il résulte de cette exposition de faits, que dans la plupart des cas, la fièvre est le résultat d'une lésion de l'organisme, et que, dans d'autres, il n'existerait pas de lésion appréciable. Examinons séparément chacune de ces deux séries.

PREMIÈRE SÉRIE. Lésions de l'organisme. A. *Lésions des solides* Ici le candidat passe en revue tous les cas d'inflammation, de lésion organique, et en montre les rapports avec l'état fébrile. Ne pouvant le suivre dans ces détails, mentionnons seulement ce qu'il émet à l'occasion de quelques phlegmasies. Dans celle de la muqueuse digestive (dont la cause première est pour lui quelquefois dans les humeurs comme dans l'affection typhoïde, la fièvre jaune, la peste, le choléra, etc.), il signale deux doctrines: suivant l'une d'elles, le poison, le miasme porté dans le sang irait déterminer les affections locales; dans l'autre doctrine, on admet que la maladie est générale. Il se prononce pour la première. Après avoir cité les travaux de Rœderer et Wagler, de Starck, de Petit et Serres et ceux de M. Bretonneau, Louis, Chomel, Andral, Bouillaud, Bally, etc., sur l'altération des follicules intestinaux, M. Broussais déclare que ces travaux caractérisent pour lui des progrès importans dans la science, mais ne croit pas que l'on puisse entièrement isoler l'altération des follicules de celle de la membrane villeuse et que l'on aurait été plus dans le vrai si l'on n'avait parlé que de prédominance, car l'altération prédomine tantôt dans les follicules, tantôt dans les villosités. Le candidat recherche les rapports de toutes ces affections avec la fièvre. B. *Lésions des fluides*. L'auteur énumère ici la plupart des altérations du sang et recherche celles qui provoquent la fièvre, depuis les altérations dans lesquelles le sang a perdu quelques-uns de ses caractères physiques (affection typhoïde, etc.) jusqu'à celles où il manque de quelques-uns de ses élémens ou bien celles où il contient des principes étrangers saisissables; il note l'augmentation de la sérosité et des sels (Denis) ou la diminution de ces derniers (Nevcox) dans le choléra; la diminution du cruor, du fer et de la fibrine (Lecanu) dans la chlorose; la présence de l'urée après l'extirpation des reins (Prévost et Dumas); après la ligature de leurs vaisseaux (Marchand); dans l'hydropisie albumineuse (Christison, Guibourt, Rayer), etc., etc. Quant à l'odeur urineuse des sécrétions que l'on remarque dans certaines résorptions de l'urine, il l'attribue au passage de ce liquide dans le sang, d'où la fièvre. Pour le principe colorant de la bile que MM. Clarion, Orfila et Chevreul ont trouvé dans le sang des ictériques, le candidat note chez ces derniers le ralentissement notable du pouls; il en conclut que ce n'est pas à la présence de ce principe qu'il faudrait attribuer la fièvre dans les cas de maladies à forme bilieuse. Le candidat s'occupe encore du chyle, de l'urine, et fait ensuite une troisième section des cas où l'on constate la *présence de corps étrangers*. On en a trouvé dans presque tous les organes sans fièvre; d'autrefois ils provoquent une réaction violente, et l'auteur cite deux cas d'accumulation des fèces dans le rectum, sans autre maladie d'ailleurs, cas où se développa une fièvre intense qui ne céda qu'à l'exonération du rectum au moyen de la curette.

Il arrive ainsi à la DEUXIÈME SÉRIE, celle où la fièvre existerait sans lésion appréciable; pour lui, cette classe est vide; s'il existe de ces cas, il espère que les progrès de la science en feront prompte justice.

Après avoir établi que pour lui la fièvre est toujours provoquée par une lésion des solides ou des fluides, il est conduit à faire l'histoire de l'état fébrile; mais pressé par le temps, il s'en tient aux limites d'une esquisse.

Pour M. Casimir Broussais, tout état fébrile se termine nécessairement par une crise ou des mouvemens convulsifs. Il est facile de distinguer la fièvre de l'excitation passagère que détermine une émotion morale, une course, une excitation physique quelconque. Sa marche est celle des affections qui la provoquent; son traitement n'est autre que le traitement de celles-ci; généralement il importe de faire cesser la fièvre; ailleurs elle peut être utilisée comme moyen curatif. Quant à l'anatomie pathologique, les derniers travaux exécutés dans cette science démontrent qu'un examen minutieux des altérations des solides et des fluides suffit de plus en plus à l'interprétation de toutes les lésions fonctionnelles. Il ne craint pas l'invasion de la médecine par les sciences accessoires, par la chimie, par l'humorisme; l'humorisme viendra déposer en faveur des vérités acquises et apportera des vérités nouvelles; mais il faut être sévère à les examiner, réservé dans leur admission; il repousse le merveilleux; il veut une observation exacte, contrôlée par les lumières de la publicité, et il répète, en terminant, ces paroles qu'il a prises pour épigraphe : « La science de la veille ne sera point reniée par la science du lendemain. »

(*La suite du compte-rendu de cette épreuve au prochain numéro*).

VARIÉTÉS.

— Nous empruntons l'article qui suit au dernier numéro de la GAZETTE DES MÉDECINS PRATICIENS. En attendant que la GAZETTE MÉDICALE traite la question de principe soulevée par la candidature de MM. Double et Larrey à la pairie, ce qu'elle se propose de faire bientôt, nous sommes heureux de nous associer au jugement porté par l'honorable rédacteur de la GAZETTE DES MÉDECINS PRATICIENS sur les circonstances qu'il rapporte.

« La presse médicale ne peut laisser passer sans s'émouvoir un fait grave, qui nous a été révélé par la presse politique. Dans la dernière promotion de pairs, le nom d'un médecin célèbre, le nom de M. Double a été agité, et la dignité de pair de France a été offerte à notre illustre confrère, à la condition qu'il renoncerait à l'exercice de sa profession et aux habitudes d'une vie laborieuse et utile. M. Double a honorablement repoussé une telle proposition. Noblement pénétré des devoirs que lui impose son titre, il s'est demandé si la dignité de pair était incompatible avec les fonctions du médecin, et s'il devait renoncer à être utile à ses semblables par cela seul qu'il serait élevé à une des plus éminentes fonctions de l'État. Sa conscience, le sentiment de ses devoirs, la dignité du corps dont il est un des plus honorables représentans, lui ont fait prendre une de ces résolutions qui honorent toute une vie d'homme, et dont la libéralité rejaillit sur une profession tout entière. Nous sommes heureux qu'un tel acte de courage, d'honneur et de désintéressement soit donné par un membre de ce corps si déloyalement laissé dans l'ombre, et auquel on n'a pas craint de faire injure par une proposition inepte et ridicule. Le commerçant sur lequel on jette un manteau de pair est-il empêché dans ses spéculations, l'industriel dans ses entreprises, le savant dans ses recherches, le général dans son service, le littérateur dans ses publications? Par quelle pruderie aristocratique, par quel puritanisme de grand seigneur les hommes *de qualité* qui président aujourd'hui aux destinées de la France ont-ils été guidés pour croire que le médecin vieilli dans la pratique austère de son art doive, pour aspirer à de hautes récompenses, faire abnégation de son intelligence, de ses connaissances spéciales, et renoncer à rendre les services que l'humanité peut encore attendre de lui? Est-il plus roturier de soigner des malades que de faire de l'épicerie en gros? Et l'auteur de l'ÉPITRE AUX MULES a-t-il les mêmes droits à la reconnaissance de la patrie que l'auteur d'un bon livre de médecine? Si le corps médical se sent profondément humilié de la proposition faite à M. Double, s'il ne peut voir sans amertume que l'exercice de sa noble et bienfaisante profession soit aujourd'hui un motif d'exclusion aux dignités dont l'intelligente libéralité de Napoléon avait doté Cabanis, Berthollet et Fourcroy, il s'enorgueillit cependant du noble exemple donné par M. Double, qui vient de s'acquérir par là de nouveaux titres à son estime et à sa reconnaissance. »

— D'après le MONITEUR, il existe en Algérie des hôpitaux organisés pour 5,966 malades, avec un mobilier de 6,500 lits, 9,000 paillasses, 6,000 matelas, et 12,700 couvertures de laine. Il y a en outre 1,250 lits de l'entreprise Valée pour les besoins éventuels. Le personnel de ces hôpitaux comporte 219 officiers de santé, 79 officiers d'administration et 826 infirmiers dont 706 infirmiers militaires. Les approvisionnemens pharmaceutiques ont été calculés sur la plus large échelle, et s'il y a eu quelques plaintes, elles ont été le résultat d'un encombrement momentané à Constantine et à Philippeville. Du reste, le MONITEUR promet des documens qui prouveront que la mortalité n'a point atteint le chiffre qu'on lui assigne : « Quoi qu'on ait dit, ajoute la feuille officielle, les services administratifs en Algérie laissent peu à désirer. Les approvisionnemens réalisés pour les vivres, les fourrages et le chauffage suffisent aux besoins de plus d'une année. Par suite d'un nouveau marché, le vin est, depuis un an, d'une qualité supérieure, et n'a pas donné lieu à une seule plainte fondée. »

— On écrit au TOULONNAIS, du Fort-Royal (Martinique), 7 septembre : « J'ai de bien mauvaises nouvelles à vous donner sur notre malheureux pays; la fièvre jaune nous a de nouveau envahis et fait de terribles ravages.

» Sont morts : M. Luzeau, médecin en chef; M. Dulupet, chirurgien-major de la Thisbé; 7 sœurs hospitalières; 2 autres chirurgiens de la station; 1 pharmacien de la marine; 4 médecins civils et plusieurs officiers de la marine dont les noms ne me reviennent pas.

» Au milieu d'une pareille catastrophe, les équipages des bâtimens de guerre et du commerce n'ont pas été épargnés.

» Dans les autres localités, la maladie a sévi avec moins d'intensité : la position spéciale du Fort-Royal explique suffisamment cette différence : la ville offre encore un vaste champ de ruines depuis le tremblement de terre du 11 janvier 1839, et que l'administration n'a pu faire disparaître en totalité; cette cause, jointe aux exhalaisons des marais environnans et à l'agglomération des bâtimens de tous genres forcés d'hiverner dans le port au carénage, a dû nécessairement prédisposer les habitans de cette malheureuse ville à subir l'influence de l'épidémie. »

— M. MALGAIGNE publiera prochainement le premier volume d'une très belle édition d'Ambroise Paré, avec des notes historiques et critiques, et une introduction sur l'histoire de la chirurgie du moyen-âge, du 6e au 16 siècle. Cette introduction ne comprendra pas moins de 300 pages; l'auteur a fouillé à toutes les sources, imprimés et manuscrits; et plus d'une question historique paraît avoir reçu de ses recherches une solution nouvelle. Nous en extrairons prochainement l'histoire des chirurgiens de Paris, que l'on ne connaît guère que par les infidèles récits de Devaux et de Quesnay, et qui, écrite en grande partie sur des documens nouveaux, se présente avec une couleur tout à fait originale.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 48. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 30 NOVEMBRE 1839.

Gazette Médicale
DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1ᵉʳ Janvier, 1ᵉʳ Avril, 1ᵉʳ Juillet, 1ᵉʳ Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

SOMMAIRE.

PATHOLOGIE INTERNE.

RECHERCHES HISTORIQUES ET CLINIQUES SUR L'ÉTAT DU SANG DANS L'ENTÉRITE FOLLICULEUSE (FIÈVRE TYPHOÏDE); par C. FORGET, professeur de clinique médicale de la Faculté de Strasbourg.

L'histoire nous enseigne et les érudits ont fait observer que la médecine, qui, dans l'antiquité, fut une branche de la philosophie, a suivi, dans la série des siècles, les vicissitudes et les phases de cette dernière. L'esprit qui domine, de nos jours, parmi ceux qui cultivent les sciences médicales, vient à l'appui de cette observation: au scepticisme et à la liberté d'examen que nous a légués le dix-huitième siècle ont succédé le goût du positif et une légitime indifférence pour les idées purement spéculatives. On n'accepte plus que ce qui est démontré par l'observation rigoureuse, et de cette tendance il est résulté qu'une foule d'opinions admises si longtemps sur l'autorité de noms illustres, et comme conséquence des principes hypothétiques dont se contentaient les anciens sont actuellement repassées au creuset de l'expérimentation.

Néanmoins, comme l'esprit humain affecte une propension invincible à pénétrer au-delà du palpable; comme la solution de certains problèmes médicaux comporte souvent des difficultés actuellement insolubles, il en résulte que les opinions subissent de longues oscillations et de pénibles tiraillemens, inséparables d'une époque de transition.

Ces réflexions sont entièrement applicables à l'histoire des fièvres graves: le progrès marche, sans doute; le moment n'est pas éloigné, nous aimons à le croire, où les bons esprits tomberont d'accord sur les grandes questions que soulève un sujet aussi sérieux; mais une condition est attachée à la réalisation d'une harmonie si désirable: c'est que la sévérité, la patience, le désintéressement présideront aux recherches nécessaires à l'élucidation des obscurités qui nous environnent. C'est en tâchant de réunir ces qualités que nous avons procédé aux investigations dont nous offrons ici les résultats sommaires.

Telle est l'incertitude qui règne aujourd'hui sur la nature des fièvres graves qu'une société de médecine a couronné récemment deux mémoires dont l'un fait jouer le rôle principal au fluide biliaire, et l'autre fait dériver la maladie d'une lésion primitive du sang: *quod demonstrandum*. Cette société probablement aurait usé de la même bienveillance à l'égard de la théorie qui repose sur l'altération du système nerveux et de celle qui fait dépendre toute la maladie des lésions de l'intestin. Ce fait historique résume complètement la situation des esprits à l'égard du sujet actuel.

Quoi qu'il en soit, un des systèmes les plus accrédités, surtout pendant le règne exclusif et prolongé des théories humorales, est, sans contredit, celui qui fait considérer l'altération du sang comme la cause première des fièvres graves. On vient de voir et l'on verra que ce système compte encore en sa faveur d'imposantes et nombreuses autorités; moi-même, un des premiers, ai combattu pour ce que j'ai nommé l'humorisme rationnel, titre qui a fait fortune (JOURN. HEBDOM., 1834-35). Si donc nous arrivions à des conclusions contraires à ce système, nos opinions mériteraient d'autant plus de crédit qu'elles seraient en opposition avec nos idées préconçues.

Feuilleton.

DE L'ORGANISATION MÉDICALE PROJETÉE.

(Deuxième et dernier article. — Voir le précédent numéro.)

Si je ne m'abuse, j'ai fait sentir précédemment combien il importe à l'humanité, peut-être plus encore qu'à notre profession, que le projet de réforme ait reçu la sanction législative. Toutefois, je n'ai parlé que des médecins exerçant dans les villes; c'est bien autre chose quand il s'agit de ceux des campagnes. Ici, tout est à refaire, et sans vouloir répéter ce qu'ont dit d'autres médecins, notamment M. Munaret, dans ses excellentes lettres sur ce sujet, on peut affirmer, en général, que quiconque exerce la médecine extra-urbaine, remplit une mission d'honneur et de souffrance. Toutefois, n'exagérons rien, car chaque chose a son revers. A entendre quelques praticiens ruraux, on dirait que les médecins des villes sont tous dans un pays de papimanie, et que l'art est pour eux une grasse sinécure. Ayant constamment en vue les notabilités de la profession, ils s'imaginent, qu'un peu plus ou un peu moins, tous jouissent des avantages du luxe et de la richesse; qu'ils se détrompent. Pour quelques-uns dont la moisson est ample et dorée, combien d'autres cultivent un champ stérile, et dont les produits sont loin de répondre à leurs besoins! Dans Paris surtout, cet état de choses est aussi remarquable qu'affligeant, parce qu'il atteint le plus grand nombre. Remarquons que les objets de première nécessité y sont d'un prix excessif; l'eau, l'air, le temps, l'espace, la lumière, tout s'y vend au poids de l'or, tout ne s'acquiert que par d'infatigables labeurs. Quoi qu'on dise dans les campagnes, la position est toujours moins restreinte, on y a au moins le nécessaire, et là peu est le nécessaire. A peine le médecin commence-t-il à prospérer, que son existence devient tolérable; il a un jardin plus ou moins spacieux, un champ qui le nourrit, un toit qui l'abrite, bientôt le *res angusta domi* se fait sentir moins douloureusement. Le médecin, à Paris, est fort loin de ces jouissances, à moins d'heureuses exceptions. S'il peut vivre honorablement, calculant avec sévérité la recette et la dépense, il aura atteint un *summum* de félicité qui n'appartient pas à tous. Du reste, nul moyen de faire des économies pour soulager ses vieux jours, quand la mort fait déjà signe qu'elle s'approche, et que les infirmités disent: c'est assez, repose-toi. Il y a d'anciens et bons médecins qui, après cinquante ans de pratique, vont à pied dans les horribles et dangereuses rues de la capitale.

Un jeune docteur instruit, qui débute dans un canton, est bientôt estimé, apprécié. Avec un peu de prudence et d'adresse, il diminue ses revers; mais s'il réussit, son succès est sur-le-champ connu, prôné; tous le vantent, voilà sa réputation faite. A Paris, les choses se passent bien différemment; il s'y fait tous les jours des miracles de l'art, que les voisins séparés par une simple cloison de briques ignorent et ignoreront à jamais; jugez du reste de la ville. Pour se faire une réputation dans la capitale, il faut un théâtre, et tout le monde n'a pas ce privilége. On peut, à la vérité, au son de trompe des journaux, annoncer de magnifiques découvertes, des moyens de guérison infailli-

CHAP. I. — PARTIE HISTORIQUE.

La réaction qui s'opère actuellement en faveur des autorités antiques impose à tout observateur qui prétend éclairer un point de science, l'obligation de descendre dans le passé et d'exposer les faits consignés dans l'histoire. Mais, il faut bien le dire, la plupart des auteurs anciens ne réfléchissent que des opinions traditionnelles, admises de confiance, et résultant forcément des théories galéniques dont ils étaient pénétrés. Aussi devons-nous choisir nos autorités, non parmi les copistes serviles, mais bien parmi les observateurs-modèles, ceux qui ont établi des faits *ex professo*.

Et d'abord un grand fait surgit de nos études : c'est que les anciens admettaient des modes d'altération du sang différens, suivans les diverses espèces de fièvres : dans la fièvre inflammatoire le sang était riche et consistant; il était riche aussi, mais nuancé de jaune, dans la fièvre bilieuse; séreux, mais non corrompu, dans la fièvre muqueuse; ce n'est que dans la fièvre putride ou maligne que cette corruption était admise. Or, par une singulière préoccupation, les modernes, qui ont réduit toutes les fièvres à l'affection typhoïde, oublient que, pour les anciens, celle-ci n'était qu'une espèce différente des autres; et comme cette espèce ne se montrait le plus souvent que consécutivement aux formes inflammatoire, bilieuse et muqueuse, il en résulte rigoureusement que, pour les anciens, cette corruption, cette putridité, qu'ils n'admettaient que dans les fièvres graves, était manifestement secondaire : la chaleur, la bile, la pituite, disaient-ils, ont corrompu le sang; et pourtant les modernes, qui invoquent l'antiquité, raisonnent dans l'hypothèse où, pour les anciens comme pour nous, toutes les fièvres n'eussent été qu'une seule et même maladie, et croient pouvoir s'appuyer de leur autorité pour admettre la dissolution primitive du sang dans toutes les fièvres typhoïdes, tandis que les anciens, je le répète, n'admettaient l'altération dont il s'agit que dans la forme ou période putride et maligne. Je ne sais si je m'abuse; mais il me semble que cette remarque historique porte, dès l'abord, un coup puissant à la doctrine de l'altération primitive du sang dans la généralité des fièvres typhoïdes, en tant que cette doctrine prétendrait s'appuyer de l'autorité des anciens ; car il faudrait élaguer les formes inflammatoire, bilieuse et même muqueuse, formes dans lesquelles l'altération qu'ils admettaient différait complètement de celle qu'ils supposaient dans la forme putride.

Cela dit et recommandé à l'attention du lecteur, nous entrons dans l'exhibition des textes, et pour ne pas prendre la question de trop haut, nous débutons par une des premières autorités aux yeux des praticiens. Sydenham a observé que dans la fièvre de 1673: « Le sang que l'on retirait ressemblait à celui des pleurétiques, du moins dans la première et la seconde saignée » (MÉD. PRAT., trad. de Jault, p. 207) ; de même dans la *nouvelle fièvre* de 1684 (p. 518); et ce sont les deux seuls passages où nous trouvons l'état du sang dans les fièvres graves spécifié *de visu* par Sydenham.

Voici ce que dit l'historien de la fièvre nerveuse, laquelle fut pourtant ainsi désignée avant lui par Willis. « Le sang dans les fièvres malignes, dit Huxam, est d'un tissu beaucoup plus lâche et d'une consistance plus molle que celui des pleurétiques » (ESSAI SUR LES FIÈVRES, p. 148); mais cette mollesse peut-être n'était-elle pas supérieure à celle du sang des personnes en santé ou affectées de quelques autres maladies.

« Le premier sang paraît fréquemment d'une *couleur vive* (notez ceci); celui qu'on tire vingt-quatre heures après est communément, non pas toujours, livide, noir, et a peu de consistance; celui d'une troisième saignée est livide, dissous et sanieux. » (Page 153.) Nous verrons ce qu'il y a de vrai dans cette graduation si bien établie. — « J'ai vu quelquefois la consistance du sang tellement détruite qu'il déposait au fond une poudre noire, semblable à de la suie, la partie supérieure étant une espèce de sanie ou une espèce de gelée d'un vert-foncé et d'une consistance excessivement molle. » (P. 153.) Il n'est pas un praticien qui ne reconnaisse la vérité de cette description qui fort heureusement se rapporte à des cas assez rares.

Les observations de Pringle sont également véridiques : « Le sang varie beaucoup, quoique l'altération soit communément fort légère; on l'a cependant trouvé couenneux, non seulement au commencement de l'attaque, mais encore après que la fièvre est formée. La plus mauvaise espèce est lorsque le coagulum est dans un état de dissolution, quoique cela n'arrive que lorsque la maladie est avancée; mais comme on tire alors rarement du sang, je ne saurais dire si cela se montre fréquemment. » (MALAD. DES ARMÉES, t. I, p. 9.) Sage réserve que devraient imiter tant d'observateurs si prompts à conclure.

Rœderer et Wagler ont décrit les altérations du sang dans la fièvre muqueuse avec cette vérité de coloris qu'on leur connaît : nous traduisons : « La superficie du caillot est recouverte d'une couenne pleurétique mince, blanche, bleuâtre et semi-transparente; il y a quelquefois absence de sérum; le sang tiré de la veine au commencement (quatrième jour de la maladie) est recouvert de taches cendrées, inflammatoires; le sérum est en petite quantité. La partie inférieure du caillot est mélangée de grumeaux pourprés et de sang noir diffluent. Par la suite, si l'on ouvre la veine de nouveau, le sang s'écoule avec peine et par goutte sur le membre en bavant); le caillot, sans couenne inflammatoire et sans sérum, adhère fortement à la palette, et sa substance est d'un rouge brillant (*superficies coccinea splendet*). Si, à cause d'une métastase sur les poumons (bronchite typhoïde), vous saignez une troisième fois, le caillot sans sérum offre de nouveau des vestiges de couenne inflammatoire. » (*De morbo mucoso*, p. 128).

Cette description ne ressemble guère aux précédentes; il n'est plus fait mention de sang dissous; c'est qu'elle est tracée sans préoccupation et embrasse le fait général, celle de Huxam et de Pringle ayant trait évidemment à des cas exceptionnels dont leurs doctrines leur exagéraient l'importance.

Sous le rapport de l'exactitude, il nous paraît que les observations de Sarcône sont encore supérieures aux précédentes, ce qui doit faire excuser la longueur de nos citations : « Le sang qu'on tirait dans les premiers jours de l'attaque était ordinairement recouvert à sa surface d'un gluten dense, cendré. A cette couche glutineuse succédait une masse sanguine presque entièrement séparée de cette même couche, et d'une couleur inclinant au rouge-brun; il ne présentait qu'une petite quantité de sérosité verdâtre ou légèrement jaunâtre (MALAD. DE NAPLES, tom. II, p. 135). Dès les premiers jours, sa couleur (du caillot) inclinait au rouge obscur; il était d'une consistance peu tenace (137). Dans d'autres cas, croûte mince et dense; caillot rouge, clair et ardent, de consistance considérable; peu de sérosité jaunâtre, très coagulable. Dans ces cas, dit Sarcône, la maladie était manifestement inflammatoire (p. 138-39); on remarqua

---

bles; mais fi de la fortune couverte de cette fange. Et puis le charlatanisme ne réussit pas à tous; il a son génie, son cachet, en sorte qu'on peut avoir la honte sans le profit, la pire espèce de toutes les positions.

Les médecins qui exercent dans les campagnes se plaignent des préjugés qu'ils rencontrent à chaque instant et qu'ils combattent vainement. Il est certain que ces préjugés y sont nombreux; c'est là qu'on trouve d'anciennes et inébranlables superstitions, les curés qui *font la nuée* et qui en disposent, des sorts jetés par des bergers, etc. C'est là aussi que les rhabilleurs, les rebouteurs, les charlatans forains, les médecins d'urine, les vieilles femmes qui coupent le périnée avec une pièce de six liards, sont consultés avec une incroyable confiance. Mais pense-t-on que dans les grandes villes, le peuple, cette masse ignorante et souffrante, première assise de toute société, soit exempt de préjugés absurdes? il n'est que trop facile de prouver le contraire. Il y a plus, la haute classe, les gens instruits, n'en sont nullement affranchis. Aucun d'eux ne reconnaît le *fas* et le *jus* de la véritable médecine; les contes les plus ridicules, les affirmations les plus mensongères, les traitemens les plus insolites, les plus contre nature, y sont toujours en crédit et préconisés. Le charlatanisme, l'intrigue, l'audace, le faux savoir, la sottise, l'ineptie, trouvent appui et protection dans tous les rangs de la société. Au moins chez quelques paysans remarque-t-on un jugement net et sain, un bon sens fort et dru; mais chez les citadins, la plupart dissertateurs, raisonneurs, bavardant et avocassant, c'est un non sens complet, une ignorance vaniteuse qui ne comprend ni la médecine, ni le médecin, ni l'art, ni ses moyens.

En général, la médecine n'a pas, dans notre état social, le rang qui lui est dû; toutefois, une semblable irrégularité est plus notoire dans les villes que dans les campagnes. Quand un médecin est bien connu dans un canton rural, il y jouit d'une certaine considération, comme faisant partie de cette trinité de puissance populaire dont le curé et le notaire complètent l'unité. Beaucoup de médecins ruraux sont maires, beaucoup font partie des conseils municipaux et même des conseils généraux. Mais à Paris, confondu dans une immense population, un médecin ne peut prétendre à des distinctions éminentes, ses talens et même ses succès élèvent de très peu sa considération et son rang; car les avocats et les industriels l'éclipsent toujours. Sous le rapport de la fortune, un artiste en réputation surpassera de beaucoup le médecin le plus en faveur; la flexibilité des jarrets d'un acrobate, le moindre *ut de poitrine* admiré des connaisseurs, seront infiniment plus estimés, plus récompensés que tout le savoir d'Hippocrate. S'agit-il de la position politique, elle est pour nous des plus minces à Paris; les obstacles se multiplient sans cesse. Ce qu'il y a de certain, c'est que parmi les médecins devenus députés, aucun n'est sorti de la capitale, quels qu'aient été d'ailleurs son mérite, sa fortune et sa célébrité. Quant au livre d'or de la pairie, ce qui vient de se passer lors de la dernière promotion prouve que les médecins doivent y renoncer. Conçoit-on que Jenner, lui qui dota l'humanité de l'immense bienfait de la vaccine, ne pourrait siéger au Luxembourg, à cause de sa qualité de médecin? Et ce stupide orgueil a lieu à cette époque, en France, et avec nos mœurs plus que démocratiques !

Relativement à la profession en elle-même, la médecine est plus difficile à pratiquer dans les grandes villes que dans les campagnes, parce que les cas les plus variés, les plus opposés, se présentent à chaque instant. Lorsqu'il s'agit d'un canton, l'influence des localités, du climat, des mœurs, est bientôt connue, et ramène presque toujours les mêmes maladies; beaucoup même de

chez quelques-uns, en petit nombre, que dans la première semaine, au lieu de la croûte glutineuse, on ne vit qu'un sang noirâtre se séparant en un caillot tendre et facile à se diviser, et en une sérosité blanchâtre; quoique la croûte glutineuse crût de plus en plus en densité dans la dernière semaine, il arriva quelquefois de la voir paraître à la première saignée manquer à la seconde et reparaître ensuite à la troisième, tandis que, d'autres fois, on ne l'observa qu'à la troisième saignée seulement (p. 141). » Voici qui donne le premier démenti à la graduation de fluidité établie par Huxam, démenti que nous verrons bientôt confirmé par Dehaën; poursuivons : « Chez quelques-uns, le sang parut constamment couenneux dans les premiers jours de la seconde semaine (p. 141); il y en eut chez lesquels le sang parut constamment couenneux (p. 142). Je n'ai vu que dans trois cas le sang tiré se convertir en un coagulum noir, rare et nageant dans une grande quantité de sérosité sale et sanguinolente. On vit aussi une densité coriace et très peu de sérosité remplacer l'état de dissulution (p. 143). »

Il est très curieux de voir ce que dit Sarcône du sang des malades qu'il appelle gangréneux ou affectés d'escarres et de dissulution putride avancée : « Nous ne laisserons pas que d'avertir que, malgré l'exactitude la plus scrupuleuse, il ne nous fut pas possible d'observer la moindre mutation sensible dans le sang de ces mêmes malades. » Et il ajoute : « Cette circonstance nous enseigne qu'il ne serait pas raisonnable de vouloir s'en rapporter à l'inspection simple et nue des caractères extérieurs du sang, et d'après cela seul établir le pronostic, et porter un jugement sur la nature de la maladie (p. 147). »

Nous soupçonnons Sarcône d'avoir exagéré la fréquence de la couenne dont il avait besoin pour étayer sa théorie du gluten; il faut voir les divagations auxquelles il se livre pour démontrer que cette couenne diffère de celle de l'inflammation; mais comme il était en même temps partisan de la putrescence, son témoignage en faveur de la rareté de la dissolution du sang a d'autant plus de poids.

Nous abordons une imposante autorité, celle de Dehaën, qui, peut-être, a fait plus d'observations sur le sang que beaucoup de modernes glorieux de leurs recherches. En lisant les beaux travaux de cet auteur, on admire la sagacité qui les a dirigés, et l'on s'étonne qu'ils soient si peu consultés. Nous en produirons quelques extraits que nous traduisons :

« On demande si, dans les affections malignes, la masse du sang est en dissolution, notamment lorsqu'il existe à la peau des taches rouges ou pourprées. Cela ne paraît pas être. Nous ne connaissons pas parfaitement l'histoire du sang. Dans la première partie du RATIO MED., cap. VI, j'ai démontré que, dans le même temps, le sang obtenu de la même ouverture, du même jet, paraissait tantôt dissous, tantôt couenneux, de sorte que ces deux apparences contradictoires s'observaient en même temps. Il résulte encore de plusieurs expériences faites dans l'hôpital de Vienne, que le sang tiré le quatorzième ou le dix-septième jour de la variole se couvrait encore d'une couenne inflammatoire. Chez une jeune fille affectée de plusieurs exanthèmes à la fois, le sang tiré peu d'heures avant la mort était inflammatoire, etc. (RAT. MED., part. II, cap. VI).

» Il résulte de tout cela 1° que le sang est souvent épais et phlogistique dans les fièvres malignes, dans la variole maligne, qu'il s'y joigne des taches rouges, du crachement de sang ou de l'hématurie, de même que lorsqu'il y a des pétéchies et de la miliaire.

» 2° Que dans les fièvres épidémiques avec de violentes inflammations d'entrailles, le sang peut paraître dissous depuis le commencement jusqu'à la fin.

» Dans les maladies putrides, comme dans les maladies inflammatoires, le sang de la même saignée, du même jet, reçu dans des vases de même forme et de même capacité, peut se montrer pleurétique dans l'un et dissous dans l'autre, et le même phénomène peut se produire à tous les degrés de la même maladie.

» Les choses étant ainsi, comment s'appuyer sur l'aspect du sang pour caractériser une maladie, ou statuer sur le traitement? Hippocrate aurait-il pressenti cette incertitude des signes tirés du sang, lui qui étudie si scrupuleusement les variations des urines, des selles, des sueurs, et qui garde un si profond silence sur les variations du sang? (RAT. MED., part. X, cap. V.) »

Malgré ses nombreuses expériences, nous ne pouvons partager le scepticisme absolu de Dehaën, quant à la signification de certains caractères du sang. Néanmoins, on conviendra que de telles observations, faites par un tel homme, sont bien propres à rendre circonspect, eu égard aux altérations prétendues caractéristiques du sang dans les fièvres graves.

Stoll, le grand humoriste, signale l'existence de la couenne inflammatoire dans les premiers temps des fièvres continues : « Le besoin de répéter la saignée était plus marqué à l'égard des hommes, et leur sang se couvrait d'une couenne inflammatoire. (MED. PRAT., t. II, p. 43.) »

Dans la fièvre putride de mars 1779, « le sang des saignées avait ordinairement une couenne rosacée, et formait un gâteau très tenace (t. III, p. 94). »

Et cependant, lorsque Stoll vient à tracer l'histoire générale de la fièvre putride, il donne au sang les caractères suivans : « Le sang... dissous, d'un rouge foncé, noirâtre, couvert d'une croûte verte, muqueuse, plombée. » (APHOR., p. 489.) C'est avec de pareilles sentences que se perpétuent les préjugés en médecine; et l'on a le courage de les préférer à la statistique!

Borsieri nous paraît avoir combattu par de solides argumens la théorie de la putridité dans les fièvres; après avoir montré combien les anciens étaient loin de s'entendre sur ce qu'on doit concevoir par ce mot, il réfute ainsi les argumens qu'on a fait valoir en faveur de cette théorie. Nous traduisons en abrégeant : « Les anciens voyaient bien que la dissolution complète du sang et des autres humeurs qui constitue la putridité réelle était incompatible avec la vie et le retour à la santé; l'idée de putridité répugne à la possibilité du retour du sang corrompu à sa crâse normale. La fétidité des excrétions s'observe parfois chez l'homme le plus sain (haleine, sueurs, excrémens, urines). Ce serait perdre son temps que de réfuter ceux qui considèrent comme signe de putridité la chaleur mordicante de la peau, la gangrène, etc., dont la putridité est plus souvent l'effet que la cause. Le froid ne produit-il pas la gangrène? Cependant, quoi de plus propre que le froid à prévenir la putridité? Les hémorragies et autres évacuations immodérées n'en sont pas une meilleure preuve; car on sait très bien qu'une foule de causes peuvent les produire. D'ailleurs, la dissolution putride du sang ne se rencontre pas dans toutes les fièvres dites putrides ou malignes, ce qui pourtant devrait être, pour leur valoir ce nom; et par contre, cette dissolution s'observe dans des fièvres non réputées malignes. Enfin, les symptômes principaux ne décèlent aucunement la dissolution putride du sang; il y a plus, c'est qu'ils indique-

---

celles-ci sont endémiques. Il en est tout autrement dans un grand foyer de civilisation, et la capitale en est l'exemple le plus marqué. Dans ce Paris, sale et brillant, vrai *fumier praliné*, comme l'a dit une femme d'esprit, et qui exporte annuellement « cent trente mille mètres cubes carrés d'immondices », couvent et naissent toutes les maladies contenues dans le plus vaste cadre nosologique. C'est dans cette ville où le temps a fini par presser, par encaquer un million d'individus dans l'espace de quatre lieues carrées, qu'il est possible de voir toutes les formes pathologiques que peut produire l'économie animale. D'un côté, la misère, le travail, la débauche, portés à l'extrême; de l'autre, le luxe, l'oisiveté, la sollicitude excessive des moindres commodités de la vie, réunis à une multitude d'autres causes, expliquent cette différence. Je ne dirai pas, comme un auteur du seizième siècle, « que Paris est une vraye *spelunque* de bestes farouches », mais on peut assurer que les causes des maladies y sont infiniment plus nombreuses, plus intenses, plus actives qu'ailleurs, par conséquent leurs résultats beaucoup plus compliqués. Quand ce ne serait que la grande classe des maladies nerveuses et leurs incroyables variétés, on y trouverait la preuve décisive de nos assertions? Par exemple, comprend-on bien, ailleurs qu'à Paris, ce que c'est que cet être artificiel qu'on appelle une femme du grand monde, nerveuse, mobile, impressionnable au plus haut degré, chez laquelle se trouve toujours cette dose de richesse et d'oisiveté qui compose *l'ennui*, principe fécond d'une foule d'affections morbides? Il y a certainement loin, très loin d'une pareille existence à la vie simple et monotone de la plupart des villageois; aussi comptez, appréciez la différence des résultats pathologiques.

Du reste, mon intention n'est pas de prouver, par ce parallèle, que l'exercice de la médecine soit plus avantageux dans les campagnes que dans les villes. J'ai voulu faire voir que notre profession est partout pénible, partout laborieuse, partout ingrate; qu'elle ne compense nullement les travaux, les dangers et les dépenses qu'elle exige. Rendons pleine justice aux médecins des cantons ruraux, ils la méritent par leur dévouement et leur sainte patience. Ne sont-ils pas continuellement en contact avec une population dont les idées et les mœurs n'ont aucun rapport avec celles qu'ils ont reçues, ou du moins qui n'y sympathisent que difficilement? Quiconque n'a jamais vu de près la classe villageoise moderne ne se figure que bien difficilement ce qu'elle est en réalité. Pour mon compte, il y a longtemps que j'ai abdiqué ma romantique admiration pour *l'homme des champs*. L'ignorance, l'envie et la faim sont trois mauvais conseillers, dont il ne suit que trop les inspirations. Il en est, en général, des habitans des campagnes comme des urbains; la forme diffère, mais le fond reste invariable. Parmi eux, comme parmi nous, on a des intérêts, point de conviction, aucune croyance; tout gravite vers l'argent. Un paysan n'est très souvent qu'un courtisan assidu de la fortune, en cheveux plats, en habits grossiers et qui parle patois. A entendre de pauvres romanciers et quelques phraseurs étourdis, la corruption est le partage des villes; c'est qu'ils n'ont rien vu des campagnes. Mais si, par hasard, ils y ont un très minime intérêt en litige, qu'ils s'attendent à trouver dans l'habitant du hameau le plus champêtre, un adversaire aussi fin, aussi rusé, aussi astucieux qu'un procureur émérite.

Il est aussi des personnes qui s'imaginent que les habitans des campagnes sont tous vigoureux, doués d'une bonne et saine constitution. Certes, ils jouiraient de cet inappréciable trésor s'ils étaient mieux nourris, mieux vêtus, s'ils travaillaient moins; s'ils étaient moins avares, moins cupides, moins adonnés à

raient un état tout contraire; la force du pouls, la chaleur, la consistance du sang, la couenne pleurétique, qui souvent le recouvre, sont si loin d'indiquer la putridité des humeurs qu'ils impliquent plutôt une diathèse inflammatoire. Cette diathèse résulte même du traitement institué par les anciens, qui s'accordaient à combattre la synoque putride principalement par les larges saignées, que certes personne ne dira convenir dans les cas de putridité réelle. Les galénistes même voulaient proportionner la quantité des émissions sanguines à l'intensité de la putridité; pourquoi cela, je vous prie, si ce n'est qu'ils confondaient la diathèse inflammatoire avec la putridité? » DE FEBRIB. CONTIN., t. I, p. 163 et suiv.). Je ne sais rien de mieux pensé, de plus logique, dans aucun de nos livres modernes. Au sujet de la fièvre nerveuse, Borsieri dit positivement que « le sang tiré de la veine est naturel ou couvert d'une pellicule mince, mais avec un caillot mou, noir et friable » (PROP., 273); dernier état qui, dans tous les cas, n'est pas, selon Borsieri lui-même, un fait général.

Voici comment s'exprime Jos. Frank, sur le même sujet: « Le sang, dans les fièvres dites putrides, n'est pas toujours plus fluide qu'à l'ordinaire; mais, au contraire, il se coagule quelquefois fort promptement. » (MÉD. PRAT., t. I, p. 234.)

Pour le savant Lobstein, notre prédécesseur dans la chaire de clinique de Strasbourg, les altérations du sang observées dans les fièvres nerveuses ne pouvaient être que secondaires; aussi dit-il, dans un endroit de son ANATOMIE PATHOLOGIQUE, que si l'on n'a pas trouvé le sang altéré dans les fièvres nerveuses, c'est qu'on ne l'a examiné que dans le début, et non dans la période avancée de ces maladies.

Nous arrivons à des auteurs dont l'exactitude et la perspicacité ne peuvent être suspectées. Voici comment s'exprime M. le professeur Andral, au sujet de la fièvre typhoïde : « Tout ce que nous avons constaté, c'est la rareté de la couenne et la mollesse assez grande du caillot. » (CLIN. MÉD., t. I, p. 598.) C'est-à-dire que M. Andral n'a pas de raisons suffisantes pour affirmer l'altération réelle du sang; aussi conclut-il que « s'il existe une altération du sang, elle n'est point le plus souvent appréciable à nos sens. » (P. 599.) Et il cite en note l'opinion de Milmann, qui a vu que, dans les fièvres putrides, le sang variait autant que dans les autres maladies.

M. Louis n'a trouvé, non plus, rien de particulier dans le sang des sujets atteints de fièvre typhoïde, si ce n'est la rareté de la couenne de la gastro-entérite.

MM. Chomel et Hersent rapportent que, sur trente saignées pratiquées à des sujets atteints de fièvre typhoïde, pendant la première ou au commencement de la deuxième période, il a trouvé :

Caillot	ferme et couenneux	6 fois.
—	ferme et sans couenne	20
—	diffluent, avec couenne légère	2
—	complétement diffluent	2

Donc, ajoutent ces auteurs, la différence n'appartient à la maladie ni comme lésion primitive, ni même comme phénomène secondaire. (FIÈV. TYPHOÏDE, p. 51-52.)

M. Piorry, qui s'est beaucoup occupé des altérations des liquides, est arrivé à établir, à l'égard des lésions primitives dans les fièvres graves, une distinction dichotomique. « L'entérite typho-hémique consiste principalement dans la réunion de deux états organo-pathologiques : l'entérite et la typho-hémie. Tantôt cette maladie mériterait le nom de *typho-hémie entérique*, parce que les symptômes circulatoires paraissent primitifs; d'autres fois, le nom d'*entérite typho-hémique* convient infiniment mieux, parce que, dès le principe, l'intestin est malade. » (DU DIAGNOSTIC, t. II, p. 174.) Ainsi, pour M. Piorry, l'intoxication du sang est tantôt primitive et tantôt secondaire à l'affection intestinale. Cette distinction peut avoir du fondement, eu égard à la succession des phénomènes aperçus de la maladie; mais elle ne pénètre pas assez au fond des choses et tourne la difficulté au lieu de la résoudre. Du reste, M. Piorry lui-même ne paraît pas très convaincu de l'altération du sang, à en juger par ce qu'il en dit dans un autre endroit de son ouvrage : « En général (dans la typho-hémie), la coagulation est lente; le cruor est, dit-on, noirâtre, quelquefois d'une teinte rosée; il est mou, diffluent; il semble que la fibrine ait éprouvé une sorte de dissolution. La densité du cruor et de la sérosité est un peu moins grande que d'ordinaire; la couche inflammatoire, quand il s'en forme, est mince, d'une teinte grise, colorée de rose, etc. » (T. I, p. 382.) Nous croyons voir dans cette description une empreinte de réminiscences scholastiques, de préoccupations théoriques peut-être.

M. le professeur Bouillaud a fait de savans efforts, colligé de nombreuses observations, pour étayer la doctrine de l'altération, au moins secondaire, du sang dans la fièvre typhoïde. Voici le résumé de ses opinions : et d'abord, il refuse à M. Chomel le droit de se prononcer, vu que, dit il, ce professeur ne tire pas de sang dans l'état avancé de la maladie. Par cela même, M. Bouillaud accorde implicitement que le sang n'est pas sensiblement altéré dans le principe de la maladie. « Règle générale, dit-il, toutes les fois que la maladie est bien caractérisée, simple et assez avancée dans son cours, le sang a plus ou moins perdu de sa consistance. » (CLINIQ. DE LA CHARITÉ, t. I, p. 296.) « Dans la période où les phénomènes inflammatoires l'emportent sur les phénomènes typhoïdes proprement dits, le sang n'a pas encore très notablement perdu de sa consistance, et le caillot peut se couvrir d'une couenne générale ou partielle; mais jamais le caillot ne présente ce retrait, ces bords retroussés, cette consistance, cette couenne épaisse et ferme qu'on observe dans le rhumatisme et la pneumonie, par exemple. » (Ibid., p. 307.)

Nous avons déjà fait remarquer, au sujet des observations d'Hoxam, que, pour n'être pas couenneux comme celui de la pleurésie, le sang de la fièvre typhoïde n'est pas nécessairement altéré, et M. Bouillaud vient de convenir qu'au début, au moins, le sang n'offre pas d'altération notable. Du reste, M. Bouillaud, proclamant le caractère primitif des lésions intestinales (LEÇONS ORALES; GAZ. DES HÔP., 1839), récuse, *ipso facto*, l'altération primitive du sang. Voyons donc pour l'altération secondaire : « Dans la période où les phénomènes typhoïdes sont très prononcés, le caillot est constamment plus mou, parfois diffluent, noirâtre, comme dissous; s'il se forme une couenne, elle est mollasse, gélatineuse, etc. Ce phénomène est aussi constant qu'aucun de ceux qu'on a considérés comme des caractères essentiels de l'état typhoïde. » (CLINIQUE). Or, c'est dans les mots *constamment* et *constant* que nous paraît résider l'exagération. Il n'est pas exact de dire, par exemple, que la mollesse appréciable du caillot est aussi constante que la lésion intestinale, qui est, à vrai dire, et pour M. Bouillaud lui-même, le seul phénomène positif et invariable, à de très rares exceptions près, s'il en existe. Quant à la mollesse du caillot en elle même, ce n'est malheureusement qu'un caractère relatif, sans

---

l'ivrognerie; si leurs habitations étaient mieux aérées, moins sales, moins humides, nullement empestées par les immondices, les mares de fumier, les cloaques qui les entourent; mais surtout s'ils soignaient mieux leurs enfans, notamment dans le premier âge. Beaucoup de paysans sont vieux de bonne heure, et vieux pas plus long-temps que dans les villes. Leurs femmes, en général, suivent les mêmes principes et sont, par conséquent, exposées aux mêmes inconvéniens. A Paris, dit-on, les femmes sont de fer, et la vanité leur donne la trempe; à la campagne, c'est la pauvreté et quelquefois aussi l'avarice. Une chose qui paraîtra paradoxale, et n'est pourtant qu'une vérité facile à vérifier, c'est que dans les campagnes souvent on connaît la richesse et presque jamais *l'aisance*. D'où provient cette singularité? De ce que le paysan, le fermier qui fait bien ses affaires n'a qu'un seul objet en vue, acquérir, joindre un morceau de terre à un autre, un bout de champ à un bout de pré ou de vigne, celui-ci à un troisième, et ainsi de suite : voilà la cause de l'étonnant contraste qu'on remarque entre les habitudes malsaines, le régime grossier de certains paysans et l'état florissant de leur fortune; c'est ainsi que l'abondance et le malaise, l'argent et la misère se trouvent confondus; c'est aussi pourquoi la médecine est, aux yeux de beaucoup d'habitans de la campagne, un objet de luxe, parfaitement inutile, tout au plus convenable pour les citadins riches et oisifs.

Au milieu d'une population imbue de pareilles idées, la position d'un médecin instruit, doué d'une certaine délicatesse de mœurs, devient nécessairement pénible. Que d'ennuis à éprouver, de soucis à dévorer! Pour quelques personnes qui le comprendront, la foule ne saura jamais l'estimer à sa valeur. Il faut ou qu'il s'abaisse pour se mettre à l'unisson de la masse ignorante, ou qu'il s'élève au dessus par un sentiment instinctif de ce qu'il vaut; mais, dans le dernier cas, il s'isole; souvent on le redoute, et toujours on le juge mal. Encore si une bonne loi d'organisation médicale protégeait l'exercice de son art, peut-être trouverait-il quelques compensations; mais c'est ce que la loi actuelle est loin de faire. Sous le nom d'officier de santé, on le ravale, en quelque sorte, jusqu'à un rang inférieur : il est demi-docteur, demi-médecin, demi capable, comme si, pour traiter une maladie quelconque, pour étudier la topographie médicale d'un pays, pour des cas de médecine légale, pour les épidémies, etc., il ne fallait pas une instruction profonde et variée. Aussi quel sort que celui de plusieurs médecins de campagne! Au moins le curé est seul dans son canton, son revenu est fixe, son casuel y est ajouté, il a un presbytère communal. Le notaire fait partie d'un nombre fixe, ses honoraires sont comme tarifés, personne ne les lui conteste. Combien de fois, au contraire, le médecin voit-il atténuer ses modiques honoraires, trop heureux si on ne les lui refuse pas en entier! Aux yeux du paysan, ce qui n'est pas matériel n'existe pas; jamais il n'entrera dans sa tête que des produits intellectuels ont de la valeur et qu'il doit ouvrir sa bourse de cuir pour les rétribuer. Alors l'ingratitude, la mauvaise foi, la chicane lui viennent en aide pour refuser au médecin le prix de son savoir. Ces détails ne sont point oiseux, qu'on le croie bien, et leur exactitude n'est que trop prouvée; que voulez-vous? Ce sont des argumens *ad crumenam*, *ad ventrem*, et ils en valent bien d'autres, surtout dans le temps actuel.

Ce n'est pas tout, indépendamment des rhabilleurs, des rebouteurs, dans les campagnes, s'il vient quelque opérateur forain, quelque marchand de drogues ambulant, c'est celui-là que la foule consultera, que l'autorité locale protégera

valeur absolue, cette mollesse n'exprimant qu'un état susceptible d'être diversement apprécié : tel caillot qui sera mou pour M. Bouillaud sera normal pour un autre observateur, pour nous, par exemple, qui, depuis quatre ans, repassons la matière. Or, quelle valeur pratique, ou même théorique peut avoir un caractère aussi contestable, aussi difficile à préciser ? Il faudrait, pour vider la question, comparer le caillot présumé mou d'un grand nombre de fièvres typhoïdes au caillot du sang extrait à des individus sains, ou à peu près, ou bien affectés d'autres maladies, abstraction faite de celles où le sang offre des caractères le plus souvent tranchés (pleurésie, pneumonie, rhumatisme, scorbut, chlorose, etc.); eh bien ! c'est ce que nous avons fait et ce que nous faisons tous les jours, en présence de nos élèves, et nous avons vu que, dans mainte autre affection, le caillot s'offre aussi mou, parfois plus mou que dans la généralité des cas de fièvre typhoïde. Vingt fois, nous avons porté le défi qu'accepte M. Bouillaud de pouvoir distinguer, *à priori*, le sang provenant d'une fièvre typhoïde ou d'une autre maladie. Ce défi n'est décidément acceptable que dans des cas exceptionnels, où la mollesse du caillot est incontestable, et encore les observations de Sarcône et surtout de Dehaën sur ce point commanderaient-elles une certaine circonspection. M. Bouillaud compare ce sang dissous à celui des animaux dans les veines desquelles on injecte des matières putrides, ou, selon M. Donné, à celui du sang auquel on a mêlé directement une plus ou moins grande quantité de pus après sa sortie de la veine. » (P. 307 et suiv.) Certes, le parallèle est séduisant; mais comparer n'est pas démontrer; et puis, il est fâcheux que cette dissolution, je le répète, ne soit pas le fait général. Mais il est temps de déduire nos preuves cliniques.

CHAP. II. — PARTIE CLINIQUE.

Nos observations porteront sur un total de cent vingt-trois saignées, dans lesquelles nous avons spécifié l'état du sang, *coràm spectantibus;* saignées provenant de soixante-dix-sept individus affectés d'entérite folliculeuse (fièvre typhoïde), à divers degrés. De ces saignées, quatre-vingt-dix ont été pratiquées sur cinquante-cinq sujets, qui ont guéri, et trente-trois sur vingt-deux sujets qui sont morts (1), et chez lesquels, par conséquent, le diagnostic ne peut être douteux.

Toutes ces saignées ont été recueillies dans des vases de même substance, de même forme et de mêmes dimensions; ce sont des poêlettes cylindriques, en fer-blanc, graduées pour mesurer la quantité du sang, et que nous avons fait construire *ad hoc*. Toutes ont été pratiquées avec la lancette, et non pas avec le phlébotome à ressort, en usage dans notre ville. La quantité de sang extrait a varié entre six et douze onces (180 et 160 grammes), jamais plus, rarement moins. Le sang extrait après la visite du matin, ou dans le cours de la journée, a été régulièrement examiné à la visite du lendemain, vingt-deux heures environ après l'opération.

(1) Ces soixante-dix-sept malades font partie d'un total de 155 cas observés à la Clinique pendant trois ans et cinq mois; les 78 autres cas sont constitués par quelques-uns où l'état du sang n'a pas été noté, et qui appartiennent à l'époque où nous n'avions pas encore fixé notre attention sur ce point, et par d'autres, en plus grand nombre, auxquels nous n'avons pas pratiqué de saignées générales.

Dans nos études cliniques sur le sang, nous avons dû examiner successivement le sérum et le caillot. Le sérum offre à considérer la quantité et la coloration. La quantité du sérum de nos saignées était généralement peu considérable, ou du moins inappréciable, le caillot adhérant le plus souvent au vase. Nous n'avons pas remarqué que cette quantité fût sensiblement plus ou moins considérable que dans d'autres maladies, et nous ne pensons pas qu'il soit possible d'établir de distinctions à cet égard entre le sang des typhoïdes et celui de tout autre individu. Le sérum est généralement plus abondant chez les sujets épuisés par une longue maladie ou par des saignées antérieures, mais cela n'est pas particulier à l'affection typhoïde. Quant à la coloration du sérum, bien rarement nous l'avons trouvée sanguinolente, et même alors nous ne sommes pas sûrs que le sang n'ait pas été agité avant de nous être offert. Cette coloration, d'ailleurs, ne coïncidait pas toujours avec une mollesse plus marquée du caillot. Quant aux colorations jaunâtres, verdâtres, troubles, etc., dont parlent les auteurs, nous n'avons pas observé qu'elles fussent particulières à la fièvre typhoïde, dans laquelle, au contraire, nous avons souvent vu le sérum d'une transparence parfaite et de cette couleur opaline qui appartient au sang normal. Cela même s'est observé dans des cas où le caillot offrait une mollesse remarquable.

Le caillot est, sans contredit, la partie du sang la plus intéressante à étudier. Nous avons à considérer sa coloration, son volume, ses rapports avec le vase, sa consistance et, enfin, la couenne qui le recouvre parfois.

La coloration du caillot est extrêmement variable. Nous avons vu les auteurs signaler toutes les nuances, depuis le rouge vif jusqu'au noir. Le fait est que nous ne saurions reconnaître de couleur spéciale au sang typhoïde. Je dirai cependant un mot des deux extrêmes : on a voulu, dans ces derniers temps, faire considérer comme analogue à la couenne, et décelant un état inflammatoire, la couche superficielle d'un rouge plus ou moins vif, qui recouvre parfois le caillot. Nous ne saurions, nous, y voir qu'un phénomène purement physico-chimique accidentel et de cause extérieure, dû probablement au contact de l'air et indépendant de l'espèce de maladie, car nous l'avons rencontré dans des cas très dissemblables. Le phénomène suivant, que nous avons souvent fait observer à nos élèves, semble démontrer que cette couleur rouge n'est pas due à la pesanteur spécifique de certaines parties constituantes du sang, comme cela paraît être pour la couenne, qui toujours constitue une couche superficielle et tranchée; ce phénomène est celui-ci : lorsqu'il existe un intervalle entre les bords du caillot et les parois latérales du vase, la coloration rouge de la superficie, lorsqu'elle existe, descend, en s'amincissant, sur les côtés du cylindre fibrineux en contact avec l'air, de sorte que la partie centrale et noirâtre du caillot se trouve renfermée dans une sorte de virole purpurine, inégale, le plus souvent incomplète, qui se continue avec la couche supérieure. Cela s'observe ou fait défaut dans les maladies les plus variées.

La couleur noire du caillot est tout aussi peu significative. Elle peut se rencontrer dans la plupart des maladies; on la remarque surtout lorsqu'il existe une couenne molle ou consistante, ou cette couche rutilante dont nous venons de parler; il semble que celles-ci soient formées aux dépens des parties rouges, ou que par leur présence elles empêchent l'air extérieur de colorer les parties profondes du caillot. Le caillot complètement noir s'observe spécialement dans l'asphyxie imminente et la cyanose con-

ou du moins laissera faire. Un très honorable praticien de campagne me disait dernièrement que rien ne lui était plus odieux, plus difficile à supporter que quand, brisé de fatigues, accablé par l'intempérie des saisons, il voyait en rentrant chez lui un Esculape de carrefour exercer en plein air son misérable commerce, *avec permission de M. le maire*, ou bien encore de voir le pays inondé d'affiches, de prospectus, de petits livres annonces, fabriqués par les charlatans de la capitale, puis répandus à profusion par les journaux, les bureaux de poste, les colporteurs, les pharmaciens, les compères, moyennant remise et salaire. Que de calamités dans une mauvaise loi ! Combien la semence du mal est vivace et prolifère ! Au fait, dans l'état actuel de notre législation, que peut faire contre ce débordement de mauvaises mœurs médicales un pauvre praticien isolé, sans appui ? jamais il n'oserait dire au plus effronté bateleur-médecin : qui êtes-vous ? D'où venez-vous ? Que savez-vous ? Vous avez forfait à la loi, je puis vous clouer votre impudence au front. Qu'il s'en garde bien même, car la loi le condamnerait sans admission de preuves, comme ayant porté dommage aux profits de cet honorable commerçant. Voilà pourtant où nous en sommes, et le mal ne peut qu'empirer. On dit : votre diplôme vous confère tel droit; d'accord, rien de merveilleux comme un diplôme, il est fâcheux que les effets répondent si mal aux assurances. En sorte qu'une ancienne plaisanterie devient pour nous de tristes réalités. Oui, armé de votre diplôme, vous avez des droits que nul ne saurait vous contester; vous avez le droit de payer patente, vous avez le droit de monter votre garde, vous avez encore le droit d'être du jury, etc. etc.; mais n'exigez rien de plus, car votre insatiable ambition trouverait une barrière de fer.

C'est surtout dans les campagnes qu'une bonne police médicale serait importante; car, en général, l'autorité y est peu éclairée, peu vigilante. Il en résulte que le charlatanisme, ce crime-fléau, étendant partout sa fatale activité, y fait plus de ravages qu'ailleurs; là le malade semble la dupe née de l'annonce, il y croit comme à l'espérance. Le manque absolu de police médicale est d'autant plus malheureux qu'il n'y a dans les campagnes, ni hôpitaux, ni dispensaires, ni salles d'asile, ni bureaux de charité; le pauvre y est plus pauvre qu'autre part quand il souffre, que la maladie l'atteint; quelques secours lui sont donnés, mais partiellement, il peut dire : aujourd'hui j'ai du bouillon, des médicamens, demain je n'aurai rien. De là la nécessité des médecins cantonnaux; ainsi sous une infinité de rapports, une nouvelle loi d'organisation médicale est une loi d'urgence, une loi d'humanité; celle qui nous régit ne répond ni à nos besoins, ni à l'ordre actuel de la société; c'est une loi absurde, sans racine dans le passé, sans force pour le présent, sans garantie pour l'avenir; l'expérience en est faite; elle a été longue et cruelle.

On ne peut nier qu'une réforme complète et radicale serait chose difficile, mais selon le mot d'un homme d'esprit « on ne nettoie pas les étables d'Augias avec un plumeau. » On a dit encore qu'une bonne et sévère police médicale attenterait à la liberté des citoyens, et que dans notre profession, il est juste de décliner toute intervention disciplinaire. On croit rêver en entendant soutenir de pareilles assertions, et cependant rien de plus réel. Mais oublie-t-on que la véritable liberté est l'ordre à sa plus haute puissance; or, quand l'ignorance et l'impudence trompent le public sciemment et ouvertement, est-ce donc de la vraie liberté ? N'est-ce pas polluer ce grand nom en l'accouplant aux homicides manœuvres du charlatanisme ? Certes, nous sommes à une époque étrange, on ne sait plus où est le droit, où est la justice, où est la vérité; une

comitantes de certaines affections du cœur ou des poumons, dans le scorbut apyrétique, etc.; mais dans la généralité des maladies aiguës, nous n'avons pas vu qu'il fût spécial à l'affection typhoïde, surtout dans les premières périodes; et lorsqu'il s'offre dans l'état avancé, l'on peut alléguer qu'il se rencontre aussi dans beaucoup de cas de maladies de langueur. Du reste, la noirceur coïncide ordinairement avec la mollesse, et ce que nous dirons de celle-ci lui sera généralement applicable.

Le volume du caillot est en raison inverse de la quantité du sérum; or, ce que nous avons dit de celui-ci implique ce que nous dirons de celui-là, à savoir que le caillot, dans les fièvres typhoïdes, offre généralement un volume notable, au lieu d'être plus petit que dans d'autres maladies, ainsi qu'on l'a prétendu; nous faisons toujours abstraction de l'état d'épuisement. Ce volume apparent peut tenir en partie à la circonstance suivante: Rœderer et Wagler ont insisté, comme on l'a vu, sur l'adhérence du caillot aux parois du vase. Déjà nous avons mentionné cette particularité qui pourtant est loin d'être constante. Notre attention une fois fixée sur ce point, nous avons maintefois constaté que cette adhérence n'était pas rare dans d'autres affections: rhumatismes sub-aigus, bronchites, etc. Ces jours derniers, nous l'avons observée chez un jeune sujet qui a succombé à une encéphalite consécutive à une otorrhée chronique, et aujourd'hui même (26 octobre), nous l'avons rencontrée chez un sujet vigoureux affecté de céphalé opiniâtre. Ce caractère est donc, aussi, dépourvu de valeur.

Nous arrivons à l'appréciation de la consistance, terme collectif qui comprend la plasticité ou ténacité dont l'état opposé est la friabilité; et la densité ou dureté qui, le plus souvent liée à la plasticité, n'est pas cependant incompatible avec la friabilité. On juge de la plasticité du caillot en le soulevant par ses bords; s'il ne se brise pas entre les doigts, on dit qu'il est plastique; si, au contraire, il ne supporte pas son poids et se brise dans l'acte de le saisir et de l'élever, on dit qu'il est friable; lorsqu'il fuse entre les doigts et se dissout facilement dans le sérum, on dit qu'il est déliquescent ou diffluent. Il n'est pas possible d'établir de limites tranchées entre ces états, qui, parfois, d'ailleurs, sont relatifs à des circonstances purement accidentelles; ainsi, le caillot plastique, s'il est trop épais ou trop mince, ne supportera pas son poids ou la pression des doigts, et l'on peut soulever en entier un caillot peu tenace en embrassant avec la main une grande partie de sa surface. Pour nous, alors que le caillot est de couleur brune plus ou moins foncée, avec ou sans couche purpurine, qu'il se laisse saisir et soulever en tout ou en partie, sans se briser ou se dissoudre en fragmens diffluens, nous disons qu'il est normal, car tels sont les caractères inhérens au caillot à l'état sain, dans la généralité des cas. Cet état est désigné sur les feuilles d'observation tenues par nos chefs de clinique sous les qualifications variables, mais synonymes, de sang ou caillot normal, insignifiant, consistant, plastique, riche, etc. Cette appréciation est une affaire d'habitude, et nous, qui inspectons et manipulons toutes les saignées qui se font dans nos salles et dans notre pratique, nous savons très bien ce qui constitue le sang normal, sans pouvoir le définir autrement que ci-dessus; par contre, nous disons que le sang est mou, lorsqu'il se brise facilement sous la pression des doigts, et qu'il ne peut soutenir la suspension, même partielle.

De même qu'il est impossible de préciser les degrés de la consistance du caillot, on ne peut établir de distinction bien tranchée entre ceux qui séparent la couenne consistante, albumineuse ou analogue au blanc d'œuf plus ou moins durci par la cuisson, et la couenne molle, diffluente, gélatineuse ou analogue à la gelée tremblotante. Cela soit dit pour expliquer l'uniformité que nous serons obligé d'apporter dans les termes. Nous reviendrons plus loin sur la valeur séméiotique de la couenne.

Les tableaux suivans sont spécialement relatifs à la consistance du caillot.

RECHERCHES STATISTIQUES SUR L'ÉTAT DU SANG DANS L'ENTÉRITE FOLLICULEUSE (FIÈVRE TYPHOÏDE).

ART. I. — ENTÉRITES FOLLICULEUSES SUIVIES DE GUÉRISON.

Nous allons étudier les 90 saignées qui appartiennent à cette catégorie, sous les rapports des périodes, des formes, des degrés de la maladie; enfin, d'après l'ordre de succession des saignées chez le même individu, chacune de ces particularité offrant des problèmes importans à résoudre. Pour ce qui est relatif à l'âge, au sexe, à la constitution, aux saisons, nous n'avons rien de remarquable à signaler, quant à l'objet qui nous occupe.

§ I. — PÉRIODES DE LA MALADIE.

A vrai dire, nous trouvons que l'usage de diviser certaines maladies en périodes, et notamment l'entérite folliculeuse, est souvent arbitraire: la nature ne s'astreint pas à ces divisions. Néanmoins, et pour nous conformer à l'usage, nous adopterons la division empirique en septenaires.

1er SEPTENAIRE... 31 saignées, dans lesquelles	Caillot normal....	25 fois.
	— couenneux.	5
	— mou......	1
2e SEPTENAIRE... 42 — —	Caillot normal....	28
	— couenneux.	7
	— mou......	7
3e SEP. et au-delà. 17 — —	Caillot normal....	12
	— couenneux.	5
	— mou......	0
TOTAL .. 90 saignées, dans lesquelles	Caillot normal....	63
	— couenneux.	17
	— mou......	8
		90

Dans les 17 cas où la couenne est signalée, son état gélatineux n'est spécifié que deux fois, mais nous nous accusons volontiers de négligence à cet égard. Une fois nous trouvons signalée une couenne molle, gélatineuse, sur un caillot riche.

Dans nos observations, les proportions relatives du caillot et du sérum ne sont pas notées; c'est, nous l'avons dit, parce que ces proportions n'offraient rien de remarquable.

Ainsi, quant aux périodes, la mollesse notable du sang est très rare dans le premier septenaire, puisqu'elle ne s'est offerte qu'une fois sur trente et une ($\frac{1}{31}$). Cette mollesse devient plus fréquente dans le deuxième septenaire, sept fois sur quarante-deux ($\frac{1}{6}$); mais voilà que, dans un état plus avancé, dans le troisième septenaire et au delà, cette mollesse ne s'observe plus. Il est vrai de dire que, dans cet état avancé, les saignées n'ont plus guère été pratiquées que pour des complications inflammatoi-

---

immense négation nous environne de toutes parts; prétendre toutefois qu'il est licite de prendre l'argent du public en échange de poisons donnés comme médicamens infaillibles, ce serait la perfection du sophisme et de l'insulte à la raison.

Au reste, quelle que soit la loi qu'on nous a promise, qu'on nous promet, du moins qu'elle paraisse, que les intérêts de l'humanité et ceux de la profession soient enfin placés sur la sellette législative, nous accepterons toujours, comme un bienfait, ce qui en résultera pour la profession; il y aura certainement progrès, si minime qu'il soit. Sans doute il nous faudrait une loi sagement conçue, une loi d'avenir, une loi qui rebât autant que possible et fortement les intérêts généraux de la profession; franchement nous craignons qu'il n'en soit autrement; il y a aussi un vandalisme qui répare. Mais encore une fois qu'elle vienne cette loi, qu'elle apparaisse, qu'elle brille à l'horison médical; que sa bienfaisante influence se fasse sentir dussent ses résultats n'avoir lieu qu'à dix ou vingt ans d'échéance; toutefois jusqu'à ce qu'elle soit insérée dans le Bulletin des lois, duement enregistrée, officiellement promulguée, on ne peut rien espérer, comment ne pas se méfier d'un mirage perpétuel. La plus sainte, la plus unanime, la plus entraînante protestation de l'esprit humain fut toujours en faveur des êtres qui souffrent; ici nous voyons le contraire; sur cinquante ou soixante projets de lois qui frappent, dit-on, à la porte du sanctuaire législatif, il est à peu près sûr qu'on s'occupera exclusivement de ceux qui touchent les intérêts. Les questions d'argent auront toujours la priorité. L'argent avant l'humanité, l'argent avant la raison et le mérite, l'argent pour activer les esprits, pour huiler le grand ressort de la machine sociale, l'argent avant tout, n'est-ce pas là la règle générale. Toute servilité conditionnelle et lucrative est acceptée, car on ne mesure les hommes qu'à leur fortune, le cens est tout, la capacité seulement présumée, elle marche « bien loing et après » comme dit Charron. Or avec cette disposition de l'opinion dirigeant nécessairement *l'esprit des lois* actuelles, c'est se flatter d'espérer que l'organisation médicale fixe l'attention de nos législateurs. Les médecins n'ont d'ailleurs ni protection, ni appuis, ni défenseurs, ni organes actifs et puissans; de temps en temps, ils montrent leurs plaies, voilà tout, on passe outre, et on les oublie; l'excès du mal fera-t-il enfin pencher la balance du côté du bien? Je ne sais, mais il est très douteux que la loi d'organisation médicale soit discutée dans la session prochaine. C'est un grand malheur, car après les difficultés de la faire et de l'élaborer, il faudra bien du temps encore pour en obtenir des résultats, pour inculquer cette loi dans les esprits, pour en faire la règle, le principe des mœurs médicales, en un mot pour arriver à ce haut point d'habitude et de conviction dont parle Hobbes, qu'il faut regarder la loi publique comme la conscience du citoyen, *lex publica civi, pro conscientia subeunda.*

R. P.

— Par décision royale du 17 octobre dernier, M. le docteur Aronssohn, de Strasbourg, a été nommé médecin-consultant du roi.

— M. le docteur Soudan, professeur au Val-de-Grâce, vient de recevoir la croix de la Légion-d'Honneur.

res, et Rœderer et Wagler, entre autres, nous ont appris que, dans ces cas, le sang revêtait de nouveau les apparences phlogistiques du début; aussi voyons-nous la couenne se montrer proportionnellement plus fréquente à cette troisième période qu'aux deux autres, où l'état couenneux du sang fut à peu près également fréquent.

§ II. — DEGRÉS DE LA MALADIE.

Il serait intéressant de savoir avec quel appareil de symptômes peuvent coïncider les diverses apparences du sang. Nous conserverons ici la division en septenaires.

1er SEPTENAIRE. — Le cas de caillot mou coïncidait avec une fièvre légère; la couenne molle sur un caillot riche avec une fièvre légère; deux cas de caillots très couenneux avec des fièvres graves.

2e SEPTENAIRE. — Sur six cas de caillots mous, deux correspondaient à des formes adynamiques graves, avec pouls fréquent et développé; un à un cas d'ataxie grave (délire, pouls fort); un à un cas de fièvre moyenne.

Les sept cas de caillot couenneux étaient ainsi répartis : deux cas de couenne épaisse, résistante, correspondant à un cas grave et à un cas moyen; quatre cas de couenne ordinaire correspondant à quatre cas graves, dont un avec adynamie profonde (prostration, fuliginosités, pouls petit, à 128); un cas de couenne gélatineuse correspondant à un cas grave ataxo-adynamique.

3e SEPTENAIRE ET AU-DELA. — Les cinq cas de couenne étaient ainsi répartis : un cas de fièvre moyenne avec pleuro-pneumonie; deux cas de fièvre grave ataxo-adynamique; deux cas de fièvre grave adynamique, dont un avec prostration extrême, fuliginosités, pouls petit, fréquent (de 128 à 138).

Ainsi, quant aux degrés, nous voyons avec étonnement que le caillot mou du premier septénaire coïncide avec un cas léger, et que la couenne coïncide le plus souvent avec des cas graves, même lorsqu'elle est épaisse et résistante; que les caillots mous du deuxième septénaire coïncidaient avec des cas graves, à la vérité, mais que plusieurs fois le pouls est signalé fort, fréquent, développé; que la couenne correspond aussi souvent à des cas graves que le caillot mou; qu'enfin, au troisième septénaire, la couenne s'est montrée dans un cas de profonde adynamie, avec tout le cortége de la putridité. C'est que ni la mollesse ni la couenne ne sont liées régulièrement à tel ou tel degré de la maladie.

§ III. — FORMES DE LA MALADIE.

Serait-ce donc la forme de la maladie qui gouvernerait la consistance et l'état couenneux du caillot? Eh bien! nous voyons que si chez deux sujets du deuxième septénaire la mollesse du sang accompagnait l'adynamie, chez deux autres atteints d'ataxo-adynamie, cette mollesse existait également, ainsi que chez un cinquième, affecté d'ataxie prédominante. Nous voyons que, dans la série de nos observations, la mollesse du caillot coïncide souvent avec la force du pouls, et que, par contre, nous rencontrons la couenne avec pouls petit, prostration, fuliginosités, etc. Ce qui heurte directement les opinions généralement accréditées dans la science.

Il serait utile, sans doute, de pouvoir étudier l'état comparatif du sang dans les formes inflammatoire, bilieuse et muqueuse; mais on sait aujourd'hui qu'il est fort difficile, dans la plupart des cas, d'assigner une forme précise à la maladie.

§ IV. — ASPECT DES SAIGNÉES SUCCESSIVES CHEZ LE MÊME INDIVIDU.

Voyons, d'après nos faits, s'il est exact de dire que, dans l'affection typhoïde, le sang se dissolve successivement et aussi régulièrement que l'affirme Huxam et que le fait entendre M. le professeur Bouillaud. Ce que nous avons dit au sujet des périodes répond en partie à cette question, mais n'a trait qu'à la marche de l'affection en général. Nous allons étudier ici le phénomène dans l'individu :

1° Chez un sujet affecté de fièvre grave, avec pouls petit, à 140 :

Saignée le 8e jour	Caillot normal.
— le 28e jour	— —

2° Dans un cas de fièvre grave, avec pouls fort et fréquent :

Saignée le 8e jour	Caillot riche, léger, couenneux.
— le 9e jour (pouls petit, prostration).	— riche.
— le 18e jour (adynamie).	— consistant.
— le 21e jour	— —

3° Fièvre grave, prostration, fuliginosités, pouls petit, à 128 :

Saignée le 14e jour	Caillot consistant, couenneux.
— le 21e jour	— consist., léger, couenn.
— le 22e jour	*Ut suprà.*
— le 27e jour	—

4° Fièvre moyenne, complication de bronchite générale :

Saignée le 7e jour	Caillot plastique.
— le 20e jour	*Ut suprà.*
— le 26e jour	—
— le 30e jour	—
— le 31e jour	Caillot couenneux.

5° Fièvre grave :

Saignée le 12e jour	Caillot normal.
— le 16e jour	— couenneux.

Ces cas ne sont pas choisis; ce sont ceux où le nombre des saignées et l'examen que nous en avons fait nous ont permis d'apprécier la marche des modifications successives du sang. Chacun d'eux nous offre un trait particulier : dans le premier cas, le sang reste le même dans deux saignées, à vingt jours d'intervalle; dans le deuxième, le sang, d'abord couenneux, finit par devenir et se maintenir normal, et même consistant dans trois saignées successives, du 9e au 21e jour. Dans le troisième cas, le sang reste couenneux dans quatre saignées successives, du 14e au 27e jour; enfin, dans les quatrième et cinquième cas, le sang, d'abord normal, finit par devenir couenneux, à la cinquième saignée (4e cas), et au 31e jour ; il est vrai qu'il y a complication pulmonaire. Or, dans aucun de ces cas, le sang ne devient diffluent; c'est un hasard peut-être, car nous avons vu cette diffluence arriver dans un de nos cas suivis de mort. Mais cela suffit pour au moins constater de nombreuses exceptions, au fait, beaucoup trop généralisés, de la dissolution successive.

Que si, ce que nous ne pouvons croire, des soupçons étaient élevés sur la validité du diagnostic dans les cas précédens, ceux qui vont suivre ne laisseront, je l'espère, aucun doute, l'entérite folliculeuse ayant été vérifiée par l'autopsie.

ART. II. — ENTÉRITES FOLLICULEUSES, SUIVIES DE MORT.

Nous avons à examiner ici trente-trois saignées, provenant de vingt-deux individus, qui ont succombé et chez lesquels nous avons rencontré, à la nécroscopie, toutes les formes et tous les degrés de l'entérite folliculeuse. Nous les étudierons brièvement et dans le même ordre que les précédentes.

§ I. — PÉRIODES DE LA MALADIE.

1er SEPTENAIRE...	6 saignées, dans lesquelles	Caillot	normal...	3 fois.
		—	couenneux.	2
		—	mou.....	1
2e SEPTENAIRE...	16 — —	Caillot	normal...	13
		—	couenneux.	1
		—	mou.....	2
3e SEP. et au delà.	11 — —	Caillot	normal...	3
		—	couenneux.	4
		—	mou.....	4
TOTAL ..	33 saignées, dans lesquelles	Caillot	normal...	19
		—	couenneux.	7
		—	mou.....	7

Le caillot mou du premier septénaire provenait d'une troisième saignée; l'état des deux autres n'est pas noté. Le caillot couenneux du deuxième septénaire coïncidait avec un sang très mou et provenait d'une deuxième saignée.

Les quatre caillots couenneux du troisième septénaire et au-delà coïncidaient deux fois avec un sang mou et deux fois avec un sang normal. Deux fois, la couenne fut gélatineuse, et coïncidant avec du sang mou. Mais nous avons vu, au sujet des cas de guérison, que la couenne gélatineuse pouvait coïncider avec un sang riche, et l'on voit fréquemment des couennes très consistantes recouvrir du sang noir et diffluent.

Nous voyons ici que la mollesse du sang est moins rare que dans les cas de guérison ; elle s'offre dans un cinquième des cas environ ($\frac{7}{33}$) ; tandis que, dans les cas de guérison elle ne s'est offerte que dans le onzième des cas ($\frac{5}{56}$). Dans la première période, nous rencontrons la mollesse une fois sur six ($\frac{1}{6}$) ; dans la seconde période, elle ne se trouve plus qu'une fois sur huit ($\frac{2}{16}$) ; mais, dans la troisième et au-delà, nous la trouvons une fois sur trois ($\frac{4}{11}$). Somme toute, elle ne constitue pas, tant s'en faut, le fait général.

Quant à la couenne, il est bien remarquable qu'elle se montre aussi plus fréquente et en même proportion que la mollesse du sang ($\frac{7}{33}$), et

qu'elle s'associe également au sang normal et au sang mou, même au troisième septénaire. La couenne même se montre plus fréquente à cette période qu'aux deux premiers septénaires. Ainsi donc, la dissolution du sang est l'exception plutôt que la règle.

Mais lorsque cette dissolution arrive, est-il vrai qu'elle soit propre à telle période plutôt qu'à telle autre? Voici ce que répondent les faits : les cas où l'altération du sang était le plus marquée se rapportent aux quatorzième, seizième et vingt-troisième jours; mais, d'autre part, nous la voyons se montrer dès le septème jour; tandis que, dans deux autres cas, au vingt-unième et au trente-sixième jours, le sang se montre plastique et légèrement couenneux. Dans un de ces cas, le pouls était large et fréquent, et cette saignée était la cinquième. Ainsi rien de précis quant à la période à laquelle le sang révèle des altérations; nous voulons bien croire pourtant qu'elles sont moins rares dans l'état avancé.

§ II. — Degrés de la maladie.

Nous n'avons ici rien à dire sur ce point, le résultat funeste impliquant naturellement une extrême gravité. Nous dirons cependant, et en passant, que cette conclusion n'est pas rigoureuse, car, plus souvent qu'on ne le pense généralement, les malades succombent à des complications plutôt qu'à la gravité de l'entérite folliculeuse elle-même, ce qui, précisément induit en erreur ceux qui pensent que la gravité des cas est fréquemment en désaccord avec la gravité des lésions intestinales, ou qui ignorent que la forme typhoïde n'est pas exclusive à l'entérite folliculeuse.

§ III. — Formes de la maladie.

Nous ne trouvons ici rien de plus précis que pour les cas suivis de guérison. Les divers états du sang se sont rencontrés indifféremment, soit qu'il y eût stupeur ou délire, adynamie ou ataxie. Dans les trois cas où le sang nous a paru le plus altéré, il existait prostration, fuliginosités, sub-délire, etc.; mais, en même temps, il y avait fréquence, dureté, même développement plus ou moins notable du pouls, car nous ne saignous guère sans que ces circonstances n'existent.

Dans un cas, parvenu au quinzième jour, avec prostration, délire, pouls à 120, mou, pétéchies véritables (purpura), le sang nous a paru parfaitement anormal.

§ IV. — Aspect des saignées successives chez le même individu.

Cette question est en partie résolue par ce que nous avons dit au paragraphe 1er, en parlant des périodes; il nous reste donc ici peu de chose à ajouter :

1° Saignée	le 10e jour	....	Caillot plastique.
—	le 11e jour	....	*Ut suprà.*
—	le 36e jour (pneumonie)	....	Caillot plastique, couen. légère.
2° Saignée	le 6e jour	....	— plastique, couenneux.
—	le 7e jour	....	— — —
—	le 8e jour	....	— Normal.
—	le 9e jour	....	— —
—	le 12e jour	....	— —
3° Saignée	le 4e jour	....	— —
—	le 5e jour	....	— —
—	le 7e jour	....	— mou.

Ces trois faits signifient peu de chose. Dans le premier, nous voyons le sang plastique devenir couenneux le trente-sixième jour; mais il y avait pneumonie; dans le deuxième, le sang couenneux redevient normal à force de saignées, et se maintient normal; dans le troisième, enfin, le sang devient mou à la troisième saignée. Toujours est-il que deux fois sur trois il n'est pas devenu mou dans les saignées successives. Il est malheureux que, dans d'autres cas où nous avons noté l'altération du sang, nous n'ayons pas spécifié l'aspect des saignées précédentes; il est probable pourtant, d'après tout ce qui précède, et ayant égard aux opinions de la généralité des praticiens, que la mollesse du sang, lorsqu'elle se montre, est moins rare dans l'état avancé de la maladie et à la suite de saignées répétées; mais il reste encore à savoir si c'est là un attribut particulier à l'affection typhoïde, et l'ensemble de nos observations nous fait incliner vers la négative.

Art. III. — Résumé.

De l'examen de nos 123 saignées, pratiquées à toutes les périodes de la maladie, il résulte que le sang a paru :

Normal......................	48 fois.
Couenneux...................	24
Ramolli.....................	15
	123

C'est-à-dire que la mollesse du sang n'a pu être appréciée que dans un huitième de cas environ ($\frac{1}{8}$); que, si nous étudions comparativement le sang dans le premier et dans le troisième septénaires et au-delà, nous trouvons que, sur un total de 37 saignées, pratiquées dans le premier septénaire, le sang nous a paru :

Normal......................	28 fois.
Couenneux...................	7
Ramolli.....................	2
	37

D'où résulte que la mollesse appréciable, à cette époque, n'existe que dans un dix-huitième de cas environ ($\frac{1}{18}$);

Que, sur un total de 28 saignées, pratiquées dans un troisième septénaire et au delà, le sang nous a paru :

Normal......................	15 fois.
Couenneux...................	9
Ramolli.....................	4
	28

D'où résulte que la mollesse appréciable dans l'état avancé n'existe que dans un septième des cas ($\frac{4}{28}$).

Certes nous ne craignons pas de le redire, le sang, dans la fièvre typhoïde, n'offre pas en général, un aspect comparable à celui provenant de quelques autres maladies, pneumonie, rhumatisme, etc.; mais de l'absence de ces caractères fortement inflammatoires à cet état de dissolution, de putridité, dont parlent les auteurs, il y a loin encore, et nous maintenons qu'il est impossible, dans la généralité des cas, de distinguer le sang typhoïde de tout autre. Récemment encore nous avons mis en parallèle le sang d'une femme atteinte de métrite non puerpérale, et celui d'un autre affecté d'entérite folliculeuse à la fin du deuxième septénaire avec symptômes ataxo-adynamiques; eh bien! ces deux sangs présentaient une parfaite ressemblance; tous deux offraient : caillot assez consistant, volumineux, rouge à la superficie, sérum normal, etc.; et nous avons vu, même dans la pneumonie et le rhumatisme aigus, le caillot présenter une rutilance, une plasticité moindres que celles observées dans certains cas de fièvre typhoïde. Ces déceptions, nous les avons maintefois éprouvées et communiquées aux assistans. Dernièrement une femme entre à la clinique, affectée de céphalalgie, courbature et fièvre intense, sans symptômes abdominaux; une saignée est pratiquée : le sang offre un caillot noir, diffluent, et nous disons que si, pour nous, ces signes avaient quelque valeur, nous pourrions croire à l'existence d'une fièvre typhoïde. Deux jours après apparaît un érysipèle de la face qui est enlevé en trois jours par les frictions mercurielles! Voilà des faits sur lesquels on ne saurait trop insister.

Quant à la couenne gélatineuse, comme elle se lie également avec la consistance et avec la mollesse du sang; comme elle se rencontre dans toutes les périodes de la maladie; comme sa valeur séméiotique est tellement indéterminée qu'on ne peut spécifier les caractères qui la distinguent de la couenne franchement inflammatoire, comme on la rencontre, ainsi qu'on va le voir, dans d'autres affections que la fièvre typhoïde, il est rigoureusement impossible de lui assigner une valeur positive. Il est probable, il est certain, si l'on veut, qu'elle est plus commune ou moins rare dans la fièvre typhoïde que dans d'autres affections, mais le fait suivant n'est pas sans analogue : en juin dernier, une femme se présente affectée d'hépatite aiguë avec ictère. Une saignée que nous faisons pratiquer offre un caillot noir, assez consistant, recouvert d'une couche mince de substance gélatineuse, filante, semblable à du mucus. Il n'existait pourtant chez la malade aucun phénomène typhoïde. On dira, peut-être, que la matière colorante de la bile avait altéré le sang; toujours est-il que le sang était altéré autrement que dans la fièvre typhoïde; donc la couenne gélatineuse n'est point un caractère spécial de cette dernière. D'ailleurs cette apparence de la couenne est au moins aussi rare que la mollesse du caillot.

De tous ces détails, il résulte dans nos convictions que :

1° L'altération appréciable du sang dans les diverses périodes de la fièvre typhoïde n'est pas le fait le plus général;

2° Le sang paraît rarement altéré dans la première période;

3° Le sang paraît d'autant moins rarement altéré que la maladie est plus avancée;

4° Le degré d'altération apparente du sang, lorsque cette altération existe, n'est pas toujours en rapport avec les périodes de la maladie;

5° L'altération apparente du sang ne coïncide pas toujours avec l'existence des symptômes dits de putridité ou d'ataxie, lesquels existent souvent sans elle, et *vice versâ*;

6° Les diverses apparences d'altération du sang, lorsqu'elles existent, ne paraissent manifestement liées à aucune forme déterminée de la maladie;

7° L'altération du sang n'est pas toujours en rapport avec la gravité de la maladie;

8° L'altération du sang ne croît pas toujours en proportion des saignées pratiquées sur le même individu; l'inverse s'observe quelquefois.

9° Les altérations apparentes du sang, lorsqu'elles existent, sont purement accidentelles et dues à des circonstances le plus souvent inappréciables.

En un mot, nous restons convaincus qu'en se basant sur les apparences du sang pour considérer l'affection typhoïde comme un produit des altérations de ce liquide, les auteurs ont été dupes de leurs idées préconçues ou d'observations superficielles; nous avons été dupe nous-même jusqu'au moment où des résultats statistiques inattendus sont venus nous révéler notre erreur.

Nous voici donc, à l'égard de l'altération du sang dans la fièvre typhoïde, arrivés aussi, par des observations attentives et nombreuses, au scepticisme de Dehaën, Borsieri, Louis, Andral, Chomel, etc.; et en dépit de tant de respectables autorités contraires, nous pensons que l'altération primitive et même secondaire du sang dans la fièvre typhoïde, en tant que fait général appréciable, reste encore à démontrer, si elle n'est démontrée fausse.

Cela ne veut pas dire que l'altération du sang n'existe pas; mais si elle existe, il faut la chercher ailleurs que dans les simples apparences extérieures de ce fluide. C'est au microscope, c'est à la chimie qu'il faut désormais emprunter des lumières. Déjà de nombreuses tentatives ont été faites dans ce sens, et les travaux de MM. Denis, Lecanu, Piorry, Donné, Bonnet (de Lyon), Gluge (de Bruxelles), etc., ont ouvert la voie qu'il faut suivre, et dans laquelle notre intention n'est pas de nous engager ici. Je dois me borner à dire que les résultats obtenus jusqu'à ce jour n'ont pas une puissance et une valeur suffisante pour pouvoir servir d'appuis à la théorie et de régulateurs à la pratique.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1839.

POLYPES FIXES QUI DEVIENNENT LIBRES A UNE CERTAINE ÉPOQUE DE LEUR EXISTENCE.

M. Milne Edwards communique les résultats d'observations faites par M. Nordmann d'Odessa sur les polypiers du genre campanulaire. M. Nordmann a constaté qu'à une certaine époque de la vie de ces zoophytes, la portion terminale et contractile de chaque individu se détache de l'espèce de tige qui la porte, et devenue libre, continue de vivre et acquiert des facultés locomotives assez étendues; cette portion terminale, portant les tentacules et la bouche, nage alors dans le liquide ambiant, et, chose remarquable, ressemble tout à fait à une petite Méduse. Il est aussi à noter que la tige continue également à vivre et reproduit par bourgeons de nouveaux individus.

TYPE JUIF RETROUVÉ EN CHALDÉE.

M. Dureau de la Malle, dans une communication faite il y a quelques années à l'Académie, avait appelé l'attention sur un caractère qu'il avait observé dans les figures peintes ou sculptées que les anciens nous ont laissées des juifs (la position très élevée du conduit auditif), caractère que présentent aussi les figures de Chaldéens, de Kurdes, de Mèdes figurés dans les bas-reliefs de Persépolis. Il avait observé cette conformation à Rome, chez les juifs du Ghetto. Aujourd'hui il vient annoncer que M. E. Boré, orientaliste, qui voyage maintenant en Perse et dans le Kurdistan, l'y a trouvée également. La conformité dans les caractères physiques existe donc, dit-il, aujourd'hui comme autrefois, entre ces deux races, ou plutôt entre ces deux branches d'une même race, et la conformité de langage vient confirmer cette sortie d'un tronc commun. Les guides kurdes et chaldéens de M. Boré s'entendaient en parlant leur patois avec les juifs parlant l'hébreu littéral.

MOUVEMENS DE LA MÉDITERRANÉE EN RAPPORT AVEC LA PRESSION ATMOSPHÉRIQUE.

M. Arago donne une courte analyse d'un mémoire de M. Aimé sur les variations de hauteur des eaux dans le port d'Alger. L'auteur, au moyen d'un appareil comme ceux dont on a déjà fait usage en d'autres occasions pour déterminer le niveau de la mer en un lieu où sa surface est habituellement agitée, a reconnu des variations de hauteur bien marquées et a vu que ces variations étaient liées avec celles de la colonne barométrique, mais en sens inverse. Déjà M. d'Aussy par un procédé différent, et en tenant compte dans les observations des hauteurs des marées, et de la direction des vents, était arrivé aussi à reconnaître, pour quelques points de nos côtes, des relations entre la hauteur des eaux et la pression atmosphérique. Mais des observations faites dans une mer qui n'a pas de marées sensibles sont plus démonstratives. On sait qu'on a dit avoir observé sur quelques points de nos côtes, dans les eaux de la Méditerranée, des mouvemens qui semblaient être des marées lunaires; M. Aimé n'a pas négligé les observations propres à éclairer ce point pour le port d'Alger; mais comme ces derniers mouvement exigent des observations beaucoup plus délicates, en raison de la petitesse de la variation, M. Aimé ne se hasarde encore à rien décider.

ANOMALIES DANS LA DISTRIBUTION DE LA TEMPÉRATURE ATMOSPHÉRIQUE.

M. Arago fait connaître les résultats d'observations faites à ce sujet par M. Fournier. Les premières ont été faites à l'occasion de changemens brusques de température qui correspondaient à un changement dans la direction; par exemple, après plusieurs jours où le vent du midi avait soufflé constamment et où l'air avait été très doux, le vent passa brusquement au nord, et un vent rigoureux se fit sentir. Cependant, comme quelques signes semblaient indiquer que la nouvelle direction du vent ne régnait que dans les couches inférieures de l'atmosphère, et que le vent du sud continuait à souffler dans les hautes régions, M. Fournier pensa que, contre la loi ordinaire de distribution de la chaleur atmosphérique, ces hautes régions devaient avoir une température plus élevée que celle voisine du sol dans le lieu où il se trouvait (à Lyon), et comme il n'avait pas les moyens de mesurer directement la température de l'air à une grande hauteur, il imagina de s'informer de celle qu'on avait éprouvée dans des lieux plus élevés que la ville de Lyon, et le résultat de cette enquête confirma sa prévision. Le cas s'est présenté plusieurs fois dans des circonstances analogues à l'observateur, et il en a constaté de la même manière d'autres plus curieux encore, en ce qu'ils prouvaient qu'il y avait eu trois courans superposés dont le moyen était froid, pendant que le supérieur et l'inférieur étaient chauds.

RECHERCHES SUR L'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE.

M. Duval présente l'analyse d'un travail de M. Deville sur ce sujet. M. Deville a trouvé que l'essence de térébenthine fournit deux huiles qui ont la même composition chimique, la même densité à l'état liquide et à l'état de vapeur, ainsi que le même point d'ébullition. Elles ont les mêmes affinités, et se combinent l'une et l'autre avec l'acide chlorhydrique; mais leurs combinaisons sont inégalement stables. L'une d'elles, qui fournit le composé solide connu sous le nom de camphre artificiel, est plus difficile à séparer de l'acide que l'autre, qui produit avec l'acide chlorhydrique un composé liquide.

L'auteur a remarqué que l'essence de térébenthine brute, traité par l'acide chlorhydrique, fournit les deux combinaisons qu'on vient d'indiquer, ce que tout le monde sait; mais il ajoute que, lorsqu'on sépare des premiers cristaux obtenus la partie non cristallisée, et qu'on abandonne celle-ci à l'air, il s'y forme de nouveaux cristaux, et qu'en répétant plusieurs fois cette expérience, la presque totalité de l'essence finit par se convertir en camphre artificiel cristallisé.

L'auteur, ayant traité l'essence de térébenthine par l'acide sulfurique et le péroxide de manganèse, s'est assuré que la majeure partie de l'essence se transforme en produit non volatil. Une huile se volatilise, et c'est précisément celle qui produit un camphre liquide. C'est un moyen pour obtenir à volonté ce produit.

En traitant l'essence de térébenthine par le chlore, l'auteur se procure un composé qui a pour formule $C^{40}\ H^{24}\ Ch^{8}$, conformément à la théorie des substitutions. En traitant de la même manière la partie de l'essence qui fait un camphre liquide, on obtient un corps isomère avec le précédent et moins stable que lui.

PROPRIÉTÉS ÉLECTRIQUES DES CORPS, CONSIDÉRÉES COMME MOYEN DE DÉCOUVRIR LA FALSIFICATION DES SUBSTANCES ALIMENTAIRES.

M. Rousseau avait présenté en 1824 un appareil qu'il désignait sous le nom de déagomètre, et qui avait pour objet de faire découvrir l'altération de l'huile d'olive par le mélange d'autres, en se fondant sur cette observation que la première n'est pas conducteur de l'électricité, pendant que les autres, l'étant plus ou moins, communiquent au mélange cette propriété. Aujourd'hui on croit pouvoir étendre ce procédé révélateur à d'autres substances employées dans l'économie domestique, par la propriété isolante qui appartient au chocolat fait sans addition de fécule, et non à celui qui a été altéré par cette addition. De même, le café torréfié et moulu ne conduit pas l'électricité; mais cette propriété lui est communiquée par le mélange, avec une quantité même assez petite de poudre de chicorée torréfiée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1839.

CORRESPONDANCE.

La correspondance renferme : 1° Un état des vaccinations dans divers départemens (Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Somme, etc.);

2° Une lettre de M. Leblanc, qui se porte comme candidat à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire (avec envoi de plusieurs travaux);

3° Un paquet cacheté de M. Orfila, etc.

OPHTHALMIE BELGE.

M. Bouvier lit, au nom de MM. Sanson, Renoult, Gérardin et au sien pro-

pre, un rapport sur un mémoire de M. Caffe sur *l'ophthalmie de l'armée belge.*

M. Caffe s'est rendu en 1838, d'après une lettre de M. le ministre du commerce, en Belgique, en Hollande et en Prusse; il a visité à ses frais toutes les villes où se trouvaient des garnisons, des hôpitaux, des campemens ou des dépôts militaires, afin de recueillir des documens de toute espèce sur l'ophthalmie belge. Aidé du concours obligeant des médecins de ces contrées, réunissant en un faisceau les lumières que pouvaient lui fournir leurs observations, les travaux déjà publiés et les faits intéressans qu'il avait sous les yeux, M. Caffe a pu arriver, comme nous le verrons, à des résultats tout à fait positifs sur divers points relatifs à l'ophthalmie des armées.

Cette maladie s'est montrée en Belgique dès 1814; mais c'est surtout depuis 1830, après les mouvemens des troupes qui suivirent la dernière révolution, qu'elle a sévi avec une grande intensité, au point d'atteindre un huitième des soldats et dans quelques régimens la moitié. Elle a frappé plus de cent mille individus depuis son invasion, et elle a privé de la vue un nombre considérable de militaires restés à la charge de l'état.

Le gouvernement belge, pour combattre ce fléau, nomma une commission permanente, composée de professeurs et de praticiens nationaux, et fit en outre venir à ses frais des des médecins ophthalmologistes de Vienne, de Berlin; mais, malgré ses efforts et ceux des médecins distingués qu'il appelait à son aide, le mal ne fut point détruit, et l'on comptait encore en 1838 cinq mille ophthalmiques environ dans une armée de cinquante mille hommes. Un grand nombre de soldats étaient aveugles et rien n'annonçait la cessation prochaine de l'épidémie. Assurément une maladie aussi grave, aussi étendue, aussi rapprochée de nous, était de nature à éveiller l'attention de notre gouvernement, et l'on a lieu de s'étonner qu'aucune mesure n'eût encore été prise pour l'étudier sur les lieux et pour rechercher les moyens d'en arrêter la marche, si elle venait à franchir nos frontières.

L'ophthalmie de l'armée belge, que M. Caffe nomme avec les médecins belges blennorrhée, blennophthalmie, est spécialement caractérisée par l'injection, le ramollissement, le gonflement de la muqueuse palpébro-oculaire, par le développement de granulations rouges sur les replis de cette membrane et la sécrétion d'un liquide d'abord séreux, puis mucoso-purulent et enfin mucoso-purulent.

On peut distinguer dans cette affection, avec M. Caffe, trois variétés principales, qui en sont autant de degrés ou de périodes, quand elles se succèdent chez le même individu.

Dans une première nuance, la paupière inférieure est gonflée; quelques arborisations vasculaires rampent de la sclérotique à la cornée; la conjonctive palpébrale, tuméfiée, veloutée, d'un rouge uniforme, présente vers son repli semi-lunaire un bourrelet sur lequel s'élèvent des saillies vésiculaires, molles, spongieuses, fréquemment disposées circulairement à la paupière inférieure, plus souvent éparses à la paupière supérieure; ce sont les granulations, symptôme dont le professeur Sungken a le premier fait voir l'importance, et qu'on attribue au développement exagéré des papilles ou villosités que quelques personnes admettent dans la conjonctive palpébro-oculaire. A ce degré la conjonctive granuleuse cause peu de douleur et donne lieu seulement à une légère photophobie et à la sensation d'un grain de sable, qui roulerait sous les paupières dans les mouvemens de l'œil. Il n'y a pas encore sécrétion mucoso-purulente.

Dans une forme plus intense, la conjonctive est partout épaissie et fortement boursouflée; des vésicules acuminées se voient sur le sclérotique, mais surtout vis-à-vis le point d'union de cette membrane avec la cornée; la surface interne des paupières est d'un rouge vif et couverte de granulations très rapprochées; il se forme souvent alors un pannus vasculaire. Une couche albumineuse se dépose entre les lames superficielles de la cornée, et un liquide mucoso-purulent s'amasse sous les paupières, d'où il s'échappe par la pression exercée sur leur face externe. Il n'y a qu'un pas de là au degré le plus élevé de l'ophthalmo-blénorrhée. Dans cet état sur-aigu, les paupières tuméfiées offrent une couleur rouge violacée; on suit sur la peau le trajet des vaisseaux devenus variqueux; un pus abondant s'écoule des paupières; quand on les écarte il inonde les joues qui en sont excoriées. Une tache pulpeuse, blanchâtre, se montre alors sur la cornée ramollie, qui se perfore dans ce point, soit par ulcération, soit par une véritable gangrène; les humeurs de l'œil s'écoulent et la cécité devient complète.

D'autres fois l'ulcération n'atteint qu'une partie de l'épaisseur de la cornée, amenant à sa suite une simple opacité également incompatible avec la vision.

Dans d'autres cas qui aujourd'hui paraissent les plus communs, l'ophthalmie est chronique dès le début ou après une période aiguë plus ou moins courte, la conjonctive reste injectée, gonflée, blafarde, les granulations persistent, avec une sécrétion moins abondante et mucoso-séreuse; la cornée se couvre d'un nuage qui trouble la vision. Cet état peut se prolonger fort longtemps; il expose sans cesse le malade au développement de l'état aigu.

M. Caffe distingue avec soin l'ophthalmie des armées des autres formes de cette affection qui lui sont les plus analogues, telles que l'ophthalmie blennorrhagique, l'ophthalmie catarrhale, sporadique ou épidémique, l'ophthalmie puriforme des enfans, qui peut aussi affecter les adultes, et qui se rapproche alors beaucoup de l'ophthalmie militaire. La présence sous forme de granulations, sous forme chronique ou latente, avant l'explosion de l'état aigu, fournit à M. Caffe un des phénomènes les plus caractéristiques de l'ophthalmie belge, bien qu'il reconnaisse que ce symptôme n'appartient pas exclusivement à cette dernière, et qu'il l'ait même vu manquer, avec M. Hairion, de Louvain, dans des cas qui débutaient par l'état aigu.

L'importante recherche de l'étiologie et du mode d'extension de cette cruelle affection a donné lieu, depuis vingt-cinq ans, à des discussions animées, et à une foule d'écrits la plupart inconnus en France. M. Caffe discute avec détail toutes les opinions émises à ce sujet, et tout en se déclarant en faveur des contagionistes, il présente, sans les affaiblir, les argumens du parti contraire, et les combat par des faits.

C'est ainsi qu'il fait voir qu'on ne peut attribuer l'ophthalmie belge à l'introduction entre les paupières de la craie qui sert à entretenir les buffleteries des soldats, ou du tripoli employé dans le nettoyage des bontour et des ornemens de cuivre des uniformes, puisque des régimens qui ne se servent pas de ces substances n'ont pas moins été en proie à l'épidémie, et qu'au contraire l'ophthalmie ne s'est pas montrée parmi d'autres troupes européennes qui font un grand usage de ces matières.

M. Caffe démontre également que cette maladie n'est point due au régime alimentaire du soldat, à l'abus des boissons spiritueuses, à la coupe trop fréquente des cheveux, aux fatigues, aux suppressions brusques de la transpiration cutanée, aux affections morales tristes, telles que la nostalgie, aux fumigations chlorurées employées dans le traitement de la gale ou de la syphilis, à l'insalubrité des casernes, à leur mauvaise tenue, admise un peu légèrement, à ce qu'il paraît, par le professeur Jungken.

M. le docteur Caffe réfute en particulier le système des compressionnistes, qui a longtemps joui d'une grande faveur, quoique battu en brèche par plusieurs écrivains, parmi lesquels nous citerons MM. Fallot et Varler, Cunier, Marinus, etc., qui ont opposé d'excellens argumens à M. Vleminckx, inspecteur-général du service de santé, et chaud partisan de ce système.

Une seule considération doit faire rejeter toutes les explications exclusivement fondées sur la position spéciale du soldat sous le point de vue hygiénique, c'est que, bien que cette position soit, à peu de chose près, la même dans toutes les armées de l'Europe, l'épidémie reste pourtant limitée à certains corps, même en Belgique, et n'a paru qu'à de longs intervalles dans des régimens anglais, français, italiens, hanovriens, prussiens, autrichiens et maltais. Les circonstances qui tiennent à la condition du soldat ne font donc que favoriser l'action d'une cause plus puissante et moins saisissable, qu'il faut chercher ailleurs. Cette cause, M. Caffe croit la trouver dans la propriété contagieuse de la maladie susceptible de se communiquer, soit par l'inoculation directe, par le transport sur l'œil sain de la matière sécrétée par l'œil malade, au moyen des doigts, des linges, des fluides imprégnés de cette matière, soit par contagion médiate ou infection de l'air chargé de miasmes produits par l'évaporisation du liquide sécrété dans cette affection.

La transmission de l'ophthalmie belge par le contact immédiat du produit de la sécrétion de l'œil est aujourd'hui reconnue de ceux-là mêmes qui ne lui accordent qu'un rôle secondaire dans la production ou dans l'extension de l'épidémie. Si l'on pouvait encore douter de ce fait, on en serait convaincu par les preuves que M. Caffe en a fournies.

Non seulement on a réussi à inoculer l'ophthalmie sur des chiens, des chats et des cochons d'inde, mais le même résultat a été obtenu chez l'homme, soit qu'on eût choisi une cornée opaque pour y déposer le liquide virulent, soit qu'une foi trop robuste dans la non-contagion eût fait soumettre des gens sains à la même expérience. M. de Condé croit même avoir découvert un liquide virulent spécial, contenu dans des vésicules que M. Caffe a pu aussi distinguer à la loupe, et d'où il a pu faire suinter par la pression un liquide séreux.

Les exemples d'inoculation accidentelle fourmillent pour ainsi dire dans les écrits des médecins belges. Notre confrère en cite un très grand nombre, recueillis dans des lieux, des circonstances et des époques très différentes.

Un travail récent de M. Hairion, professeur à l'Université catholique de Louvain, contient le fait suivant :

Un soldat ayant l'ophthalmie militaire retourne dans ses foyers, deux membres de sa famille deviennent aveugles et trois borgnes par suite de la contagion. Dix ans après, ce militaire vient se faire traiter à l'Institut ophthalmiatrique de Mons. M. le docteur François ayant porté aux yeux, par mégarde, après l'avoir examiné, ses doigts imprégnés d'une très petite quantité de pus, fut pris d'une ophthalmie qui dura près de six mois. Un infirmier n'ayant point suivi le conseil qui lui avait été donné de ne faire usage d'aucun des objets qui avaient servi au malade, contracta une ophthalmie qui le rendit aveugle.

On a vu à Arlon un bataillon logé chez les bourgeois leur communiquer l'ophthalmie, et jusqu'à cinq ou six habitans en être atteints dans la même maison.

La contagion miasmatique a rencontré plus d'adversaires que la contagion immédiate. En effet, elle tombe moins sur les sens, et il est presque toujours difficile de démontrer que les malades infectés de cette manière ne l'ont pas été par un contact plus direct. Cependant, si l'on considère l'influence que doit exercer sur la conjonctive une atmosphère resserrée, viciée par les exhalaisons de la matière purulente des ophthalmiques, dans les casernes, les hôpitaux, les camps, les corps-de-garde, la rapide propagation de la maladie et sa prompte aggravation dans les lieux où l'air est mal renouvelé, quelques précautions que l'on prenne contre la contagion immédiate, on sera disposé à attribuer à l'infection miasmatique, au moins une part dans la production de l'épidémie.

La contagion de l'épidémie n'exclut pas son développement spontané sous l'influence de causes spéciales, du catarrhe oculaire; il est même présumable que telle a été en Belgique l'origine première de la maladie, bien que l'on ait voulu prouver qu'elle avait été importée de Prusse ou d'Egypte. On sait que cette dernière opinion a été également professée dans d'autres contrées de l'Europe, à l'occasion des épidémies d'ophthalmies purulentes qui y ont sévi depuis la campagne d'Egypte.

La blennophthalmie qui existe en permanence à Paris, dans l'hôpital des enfans et à l'hospice des orphelins, confirme en tout point les idées de M. Caffe sur l'ophthalmie belge, avec laquelle elle offre plus d'un trait de ressemblance. La conjonctive se recouvre également de granulations, phénomène déjà signalé par Mongenot, dans l'ANNUAIRE MÉDICO-CHIRURGICAL pour 1815.

M. le rapporteur a été témoin, en 1832, d'une épidémie semblable, à l'hôpital temporaire des Bons-Hommes, où se trouvaient réunis cent et quelques enfans orphelins du choléra, qui, entassés dans la maison de refuge de l'Ourcine, y avaient été atteints d'une ophthalmie purulente. Plusieurs infirmières des Bons-Hommes contractèrent la maladie; l'une d'elles devint aveugle. Une religieuse resta aussi privée de la vue, et un élève en médecine attaché à l'établissement perdit un œil. La contagion ne peut être ici contestée, puisqu'il n'y avait point d'ophthalmie dans la localité avant l'arrivée de ces enfans.

Le traitement de l'ophthalmie militaire a fixé d'une manière particulière l'attention de M. Caffe. Il signale les meilleurs procédés de cautérisation et d'excision de cette membrane, ainsi que les circonstances qui indiquent l'application de l'une ou de l'autre méthode. Et dès le début de la maladie, il rappelle l'emploi que l'on a fait des solutions sur-saturées de nitrate d'argent.

L'expérience a prouvé que la réunion des ophthalmiques dans un même lieu rend leur guérison plus difficile, quelquefois impossible. M. Caffe conseille la dissémination au loin des soldats atteints d'ophthalmie, et le bivouac en rase campagne, sous l'influence d'un air sec et vif. Il a recueilli de nombreux exemples des bons effets de cette mesure.

Pour obtenir la cessation de l'épidémie et pour extirper ce fléau, M. Caffe propose :

1° D'éloigner des rangs de l'armée tout individu menacé ou affecté d'ophthalmie purulente, à quelque degré que soit la maladie, en faisant constater deux fois le jour, par des médecins experts, l'état sanitaire des hommes de chaque compagnie.

2° De diriger, sur des dépôts différens, qui seraient établis dans toutes les provinces, les hommes considérés en état de suspicion, et ceux qui seraient réellement infectés.

3° De ne réintégrer ces hommes dans leurs corps respectifs, qu'après leur avoir fait passer un certain temps, au sortir des dépôts, dans des compagnies d'attente, que l'on pourrait préposer à la garde des citadelles et des places fortes.

La réussite de ce plan rigoureusement exécuté n'exigerait, dit l'auteur, que l'espace de temps nécessaire à la guérison de ceux qui, dès ce jour, seraient soumis aux mesures indiquées. Privé de l'aliment qui entretient son activité, l'épidémie s'évanouirait par l'entière extinction de son foyer.

Ces vues nous ont paru fondées en principe; elles s'appuient sur des documens d'une valeur incontestable. En somme, le travail de M. le docteur Caffe sur l'ophthalmie belge décèle un observateur éclairé et laborieux; il contient des faits d'une haute importance, qui témoignent que son auteur n'a rien négligé de tout ce qui pouvait contribuer à résoudre une question aussi grave, ainsi qu'à éclairer les gouvernemens qui s'y trouvent intéressés.

Il est à désirer que notre estimable confrère soit à même d'étendre encore le cercle de ses observations, et de compléter la démonstration d'une doctrine dont les preuves ne sauraient être trop nombreuses.

M. Caffe a joint à son mémoire des recherches statistiques intéressantes sur les productions de la Belgique, sur sa population, sa mortalité, ses causes de mort, sur la nature des délits qui y sont commis, ainsi qu'une description complète de ses eaux minérales, et d'autres détails propres à faire connaître, sous toutes ses faces, ce pays et ses habitans; persuadé, dit-il en terminant, que la connaissance de l'homme doit toujours accompagner celle du pays qu'il habite.

M. Velpeau présente quelques considérations sur le traitement de l'ophthalmie purulente en général. Je n'ai jamais eu l'occasion, dit-il, d'observer l'ophthalmie belge; mais tout porte à croire que son traitement ne doit pas différer beaucoup de celui des autres ophthalmies purulentes. On connaît toute la gravité de ces dernières; on sait qu'une foule d'individus perdent les yeux, dans l'ophthalmie blennorrhagique, par exemple; aussi a-t-on essayé un grand nombre de moyens. Celui qui m'a donné le plus de succès et auquel je me suis arrêté, est le nitrate d'argent en solution : d'abord je le donnais à de faibles doses (un grain par once d'eau distillée); je l'ai successivement porté à un demi-gros, un gros, et même deux gros, à l'imitation des chirurgiens anglais; administré dans cette énorme proportion en injections, en lotion sur l'œil, bien loin de déterminer des accidens, ce médicament a produit les plus heureux effets. J'ai dans ce moment-ci à la Charité quatre malades atteints d'ophthalmie purulente très grave, chez lesquels j'ai obtenu une amélioration rapide et inespérée. C'est désormais un fait acquis à la science et bien établi sur l'observation. Ne pourrait-on pas réussir aussi par ce moyen appliqué à l'ophthalmie belge ?

M. Baron dit avoir employé la solution, même concentrée, de nitrate d'argent à l'hospice des enfans trouvés; il a été non seulement jusqu'à faire une solution d'un gros par once d'eau, mais il a employé la cautérisation avec le nitrate d'argent solide.

M. Chevallier, citant sa propre observation, affirme devoir la conservation d'un œil à l'emploi de la solution de nitrate d'argent.

M. Villeneuve a vu beaucoup d'ophthalmies purulentes, même graves, chez les nouveau-nés, dissipées par les émolliens, une sangsue à la tempe, un vésicatoire à la nuque, etc.

M. Gerdy repousse l'emploi exclusif d'un seul moyen contre les ophthalmies; il insiste sur la combinaison des sangsues, des purgatifs, des dérivatifs cutanés, etc.

M. Baron, d'après les faits qu'il a pu observer, croit que l'ophthalmie des nouveau-nés est grave par elle-même, et la regarde comme contagieuse; il revient sur l'emploi du nitrate d'argent, qui, suivant lui, conserve un bien plus grand nombre d'yeux que toute autre médication.

M. Velpeau ne donne pas ce traitement comme nouveau, puisqu'il est connu depuis vingt ans au moins; toutefois il cite deux thèses sur l'ophthalmie des nouveau-nés, dans lesquelles il n'est point fait mention de son emploi à l'hospice des enfans trouvés. Au reste, pour bien juger son efficacité, il importe de distinguer les cas; le nitrate d'argent n'est pas heureusement applicable à tous les genres d'ophthalmies; il est plutôt nuisible qu'utile dans les kératites, l'iritis, etc., et d'une manière générale dans toutes les phlegmasies qui n'atteignent pas la conjonctive; au contraire, il est très avantageux dans toutes les conjonctivites.

M. P. Dubois parle en faveur de l'efficacité de ce médicament, qu'il a souvent employé à la Clinique d'accouchement; depuis qu'il y a recours, aucun enfant atteint d'ophthalmie purulente n'a perdu les yeux; un seul, sorti trop tôt, imprudemment exposé à l'air, a perdu la vue. M. Dubois n'est pas disposé à admettre la contagion. Les raisons de M. Baron ne lui semblent pas concluantes; il est difficile de distinguer les effets de l'infection de ceux de la contagion. Les expériences ne tranchent nullement la question. M. Dubois regrette, en terminant, que la discussion soulevée par le travail de M. Caffe et le rapport dont il a été l'objet se prolonge inutilement, et qu'on ne reste pas dans les limites mêmes de la question, relative surtout à la contagion.

M. Moreau établit une grande différence entre l'ophthalmie purulente des nouveau-nés qui se développe dans les hôpitaux et celle qu'on observe dans la pratique civile. Cette dernière est rarement grave; la première l'est beaucoup plus. Toutefois, si des enfans ont perdu la vue parmi ceux qu'il a traités à la maison d'accouchement, M. Moreau fait observer qu'ils arrivaient fort tard, alors que déjà les altérations de l'œil étaient trop avancées. Le traitement antiphlogistique, les émolliens, et surtout les soins de propreté paraissent à M. Moreau tout aussi utiles que la dissolution de nitrate d'argent; cela résulte du moins des expériences comparatives auxquelles il s'est livré. Je crois qu'il est difficile d'établir les preuves de la contagion; je regarde, au contraire, dans le plus grand nombre des cas, l'ophthalmie des nouveau-nés comme épidémique.

M. Desportes admet une prédisposition spéciale, et croit plutôt au développement par infection que par contagion.

M. Baron insiste sur la différence de gravité de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, suivant l'époque à laquelle on commence le traitement; ceci explique en partie les différences de résultats; tous les faits qui se sont passés sous ses yeux tendent à lui faire admettre la contagion; nombre d'infirmières, de religieuses ont été atteintes d'ophthalmie purulente en soignant des enfans malades; plusieurs ont perdu un œil ou la vue.

M. Larrey combat les mesures hygiéniques proposées par M. Caffe.

M. Baudelocque a vu à l'hôpital des enfans une petite fille atteinte d'ophthalmie purulente, qui au bout de quatre à cinq jours avait donné lieu dans la même salle au développement d'affections semblables chez sept à huit enfans, non parmi ceux qui l'avoisinaient, mais à une certaine distance dans la salle. Ce fait s'est reproduit à trois reprises différentes.

Au commencement de novembre, continue M. Baudelocque, une épidémie s'est développée qui a résisté aux mercuriaux à l'intérieur, aux frictions mercurielles, au nitrate d'argent; nous avons fait évacuer la salle, disséminer les malades, et au bout de quelques jours les mêmes moyens, qui dans le principe n'avaient amené aucun résultat, ont produit les plus heureux effets; l'encombrement a donc une influence puissante sur le développement et la gravité de la maladie; sous ce rapport, il est difficile de comparer les résultats obtenus en ville avec ceux qu'on obtient dans les hôpitaux.

M. Gimelle parle de l'ophthalmie purulente développée chez les vieillards dans des lieux de rassemblement. Elle est fort grave suivant lui, donne lieu au ramollissement de la cornée, à la perte de l'œil. Il a souvent employé dans ces cas le nitrate d'argent avec avantage, mais toujours après les saignées, et un traitement dirigé contre les symptômes inflammatoires.

M. le rapporteur ne pense pas qu'on puisse nier, après les faits qu'il a rapportés, la contagion directe ou immédiate; quant à la contagion miasmatique elle est moins manifeste; cependant elle est assez probable pour que les mesures proposées par M. Caffe, d'ailleurs sans inconvénient, puissent être adoptées. Sous le rapport du traitement, il fait remarquer l'influence exercée par la constitution épidémique, qui rend fort souvent toutes les méthodes infructueuses. Et dans une même épidémie il est très fréquent de voir survenir une époque où le traitement jusqu'alors infructueux redevient efficace.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

CORNE DÉVELOPPÉE SUR LE FRONT D'UNE FEMME.

M. Souberbielle met sous les yeux de l'Académie une corne ayant près de dix pouces de longueur développée sur le front d'une femme âgée; elle était implantée dans le périoste qui revêt la bosse frontale, et a été extirpée avec succès.

NÉCROSE DU FÉMUR.

M. Jobert présente une pièce anatomique importante pour l'histoire de la nécrose. Il s'agit d'un séquestre formé par une portion considérable de l'extrémité inférieure du fémur qui a cheminé à travers l'os de nouvelle formation, est arrivé jusqu'au tibia et s'est fixé assez profondément dans le condyle interne de cet os; la malade atteinte de cette affection souffrait depuis plusieurs années. M. Jobert a pratiqué l'amputation de la cuisse qui a été suivie de succès.

M. Jobert montre un malade auquel il a fait la résection de l'extrémité antérieure du premier métatarsien, et de la portion postérieure de la première phalange du gros orteil; ce dernier a été ainsi conservé; la cicatrice est aujourd'hui très solide.

PIEDS-BOTS.

M. Martin montre un fœtus qui présente, suivant lui, un commencement de varus d'un côté et de valgus de l'autre dont il attribue la formation à la compression des parois utérines; la mère a été atteinte de convulsion et a accouché avant terme.

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DES MALADIES DE PLOMB OU SATURNINES; par le docteur TANQUEREL DES PLANCHES. — 2 vol. in-8.

M. le docteur Tanquerel vient de publier un ouvrage remarquable sur les maladies que le plomb et ses diverses préparations peuvent produire. Il a étudié pendant huit années consécutives, et avec une persévérance bien rare, les effets de l'empoisonnement qui résulte de l'action des molécules de ce métal sur l'économie; et il est parvenu à distinguer quatre formes de lésions que le plomb peut produire : ce sont la colique, l'arthralgie, la paralysie et l'encéphalopathie saturnine. Cette division résulte justement des quatre phénomènes les plus saillans de ce genre de maladie.

Avant d'aller plus loin, commençons par un petit mot de critique. L'ouvrage de M. Tanquerel est intitulé: TRAITÉ DES MALADIES DE PLOMB. Il faut être sévère en médecine dans le choix des expressions, et ce n'est pas une petitesse de la part de celui qui analyse de dire que le plumb n'est pas malade. Dans une nouvelle édition, M. Tanquerel mettra, sans doute, *produites* par l'action du plomb et de ses diverses préparations.

Les maladies de ce genre offrent de grandes différences sous le point de vue de leur siége, de leur forme, de leur marche, de leur durée, de leur traitement. Elles n'ont de rapport réel et nécessaire que leur commune origine. Aussi l'ouvrage se compose-t-il de la réunion de quatre monographies.

Les systèmes nerveux qui président, soit à la vie intérieure, soit à la vie de relation, sont exposés à devenir le siége de troubles divers. Dans les nerfs de la vie intérieure, on n'observe que l'exaltation de l'action nerveuse; par le système de la vie de relation, les phénomènes peuvent être quelquefois exaltés, souvent abolis. Aussi, le plumb a-t-il porté son action sur les viscères abdominaux, l'entéralgie se montre avec toutes ses variétés. Si c'est l'appareil nerveux rachidien qui par suite de l'absorption se trouve atteint, alors peuvent apparaître des douleurs vives qui se prononcent sur les articulations. On rencontre aussi dans cette circonstance cette abolition de mouvement ou de sentiment qui signale la paralysie ou l'anesthésie saturnine. Si l'encéphale est atteint, alors surviennent le délire, les convulsions, le coma, qui caractérisent l'encéphalopathie saturnine. Les chiffres suivans donneront une idée suffisante de la diversité de physionomie que présentent les affections produites par le plomb : sur 1,217 cas bien étudiés, on a constaté 755 arthralgies, 127 paralysies, et 72 encéphalopathies.

L'auteur ne s'est pas contenté de recueillir les faits sous les yeux des trois médecins à qui il a dédié son ouvrage; il a fréquenté les fabriques, examiné tous les travaux, étudié tous les procédés, interrogé les ouvriers et comparé entre eux les effets de l'action des autres substances minérales employées dans les arts. Le premier volume traite de l'intoxication saturnine primitive; le second renferme l'histoire de la paralysie et de l'encéphalopathie saturnines. Un exposé détaillé des moyens que l'on doit mettre en usage pour prévenir l'influence délétère des préparations de plomb forme le complément des matières traitées dans le second volume.

Avant de produire une maladie bien caractérisée, les molécules de plomb, introduites et absorbées, accusent leur présence par un certain nombre de modifications pathologiques, accessibles à nos sens. M. Tanquerel s'est attaché avec juste raison à esquisser d'abord les principaux traits de cette action préalable du plomb, qu'il désigne sous les noms d'intoxication saturnine primitive; cette manière de préluder à l'étude des maladies que détermine le plomb est non seulement logique, mais aussi féconde en résultats pratiques, puisqu'elle nous apprend à reconnaître à l'avance les effets provoqués par le plomb, avant même qu'il se soit développé une maladie bien caractérisée. Les phénomènes les plus fréquens qui annoncent l'action primitive du plomb sur l'économie sont: la coloration gris-ardoisé des gencives dans la partie qui avoisine l'émail des dents; cette coloration s'étend parfois à toute la membrane muqueuse buccale. Cette matière colorante, qui n'est autre chose que du sulfure de plomb, est abondante au collet des dents. Les autres signes de l'intoxication primitive sont la saveur sucrée, styptique, la fétidité de l'haleine, un amaigrissement que rien n'explique, le ralentissement et l'affaiblissement de la circulation; enfin, une coloration jaune-sale et terreuse de la peau, que M. Tanquerel nomme *ictère saturnin*.

L'ictère saturnin est plus prononcé à la face que partout ailleurs; il ne dépend en aucune manière de la malpropreté ni des particules saturnines qui se seraient logées dans les plis de l'épiderme. Il est le résultat de l'absorption et de l'accumulation dans l'économie d'une grande quantité de molécules de plomb. Enfin, l'auteur relate des analyses chimiques du sang d'individus atteints d'ictère saturnin, d'où il résulte que ce liquide contenant une quantité de plomb notable est cause de cette coloration caractéristique.

J'insisterai sur ce fait, qu'il y a un état primitif qui s'exprime par de simples douleurs abdominales et la constipation. Et il est d'autant plus nécessaire de bien arrêter nos opinions à cet égard, qu'il cède constamment et promptement à la méthode que j'ai introduite dans la pratique, celle de l'emploi de l'huile de croton tiglium. Une seule goutte suffit souvent lorsqu'il n'y a point encore d'absorption.

Il résulte des recherches et des expérimentations tentées par M. Tanquerel, que, chez les individus qui étaient d'abord étrangers aux professions dans lesquelles on manie le plomb ou ses composés, les molécules mises en contact avec la membrane muqueuse y sont facilement absorbées, tandis que la peau, recouverte de son épiderme, et mise accidentellement en contact avec le plomb, ne l'absorbe pas en quantité suffisante pour donner naissance à l'empoisonnement.

L'auteur, après avoir passé en revue chaque espèce de profession; après avoir indiqué, d'après de très nombreuses observations faites dans les ateliers, les opérations qui sont dangereuses et celles qui sont sans influence délétère, arrive à cette conclusion générale: « Tous les ouvriers qui, dans leurs travaux, font voler dans l'atmosphère des particules de plomb, ont les membranes muqueuses des voies digestives et respiratoires en contact avec ces émanations; ces parcelles toxiques, après avoir été absorbées à la surface de ces muqueuses donnent naissance à la colique saturnine. Les ouvriers, au contraire, qui travaillent le plomb à l'état fixe ne sont point attaqués de coliques; la peau seule ne peut absorber des quantités de molécules capables de donner naissance à l'entéralgie saturnine. Les substances le plus facilement réductibles en poussière disséminable ou en vapeur sont celles qui occasionnent ce genre de maladie: telles sont la céruse, le minium et la litharge. »

Tous les individus qui se trouvent dans les mêmes circonstances en contact avec ce poison ne sont pas aptes également à en recevoir les effets. Aussi, pour apprécier les circonstances qui, en dehors de la cause toxique, favorisent ou contrarient l'action des préparations de plomb, M. Tanquerel passe en revue les saisons, les climats, l'âge, le sexe, la constitution et le régime. C'est à l'aide de nombreux tableaux statistiques dressés avec tout le soin désirable, qu'il apprécie à leur juste valeur les prédispositions aux douleurs intestinales.

La douleur, la constipation, la rétraction et la dureté du ventre, les nausées, les vomissements, les éructations, le hoquet, l'état de la langue, des dents, des gencives, la soif et l'appétit, les lésions fonctionnelles des voies urinaires et de l'appareil vasculaire, le facies, l'état des forces, les troubles de l'intelligence, ceux de la nutrition, des organes de la génération, de la respiration, de la voix, de l'appareil biliaire, sont l'objet d'autant de paragraphes remarquables.

En raison de l'intensité, du siége de la douleur et de la diversité des altérations fonctionnelles qui l'accompagnent; en raison aussi des complications et de la durée de la maladie, M. Tanquerel établit plusieurs formes ou variétés de la colique de plomb: colique ombilicale, épigastrique, hypogastrique, rénale, légère, modérée, violente, aiguë, chronique. A cette occasion, je dirai que je préférerais au mot colique le mot entéralgie ou douleur intestinale. En effet, j'acquiers chaque jour la conviction que la maladie affecte plutôt le petit intestin que le gros; et c'est peut-être une erreur de dénomination qui avait fait jadis imaginer une foule de formules pour injections dans le rectum; formules, à mon sens, toutes plus inutiles les unes que les autres.

L'entéralgie saturnine parcourt souvent plusieurs phases qui ont une marche irrégulière, brusque, variable et une durée indéterminée, surtout lorsque cette maladie se trouve associée à d'autres affections qui reconnaissent une cause analogue.

Il y a un grand nombre de maladies qui ont quelques traits de ressemblance avec la colique saturnine, telles sont entre autres celles que l'auteur désigne sous les noms de *coliques végétales*. La plus grande obscurité régnait encore sur l'existence de ces affections connues sous les noms de coliques de Poitou, de Madrid, de Devonshire, de Normandie, des Indes, que quelques auteurs confondaient avec l'empoisonnement saturnin. M. Tanquerel a obtenu et fourni de curieux renseignemens qui détruiront désormais les incertitudes sur l'origine et la physionomie de ces affections. Il résulte de leur exposé qu'il n'existe en aucun pays du monde une série d'accidens semblables à ceux de l'empoisonnement saturnin qui n'ait pour origine l'introduction du plomb dans l'économie.

Nous lui savons gré également d'avoir établi nettement les ressemblances et les dissemblances qui existent entre la colique de plomb et la colique de cuivre, les névroses et les névralgies du ventre, les inflammations et autres affections des viscères abdominaux. Après ce parallèle, après un diagnostic différentiel bien discuté, l'auteur a été autorisé à for-

muler l'aphorisme suivant : *La colique saturnine a une physionomie, une marche et une durée qui la caractérisent lors même que la cause serait inconnue; la colique de plomb est donc une maladie à nulle autre pareille.*

Quelque violente que paraisse la colique produite par le plomb, on ne connaît dans la science qu'un seul cas qui se soit terminé par la mort, et c'est M. Tanquerel qui l'a recueilli. Remarquez bien que je parle ici des symptômes primitifs et de l'entéralgie proprement dite; car la mort frappe assez fréquemment les malheureux chez qui l'absorption s'est opérée avant qu'ils aient réclamé les secours de l'art, et alors il y a paralysie ou encéphalopathie épileptiforme.

Des recherches nombreuses ont été faites pour découvrir des altérations caractéristiques de cette intoxication chez les individus qui ont succombé. Je me suis livré moi-même à ce genre d'investigation, et je suis convaincu que le plomb ne laisse dans l'économie aucune trace apparente. C'est précisément cette conviction qui m'a conduit à la méthode que j'ai proposée dans le temps, et qui n'est du reste qu'un grand et heureux perfectionnement de celle dite de la Charité. Aucun observateur n'a pu jusqu'ici découvrir une lésion qui puisse être regardée comme le vrai caractère anatomique de cette singulière affection.

M. Tanquerel analyse avec soin l'histoire de 49 nécropsies, dans lesquelles on n'a le plus souvent constaté aucune altération appréciable. Dans quelques-uns de ces cas, des congestions mécaniques, des ramollissemens partiels, un épaississement plus ou moins marqué du tube digestif, le développement des glandes de Brunner et de Peyer, le tassement ou le retrait du paquet intestinal, l'épaississement du mucus, le développement anormal des ganglions du grand sympathique ont été notés. Mais toutes ces altérations matérielles si variables, et plus ou moins bien vues, ne sont que des effets consécutifs et non les causes premières des accidens.

On a essayé de retrouver le plomb à l'aide de l'analyse chimique. On a prétendu qu'on avait observé dans le canal intestinal des traces de poussière saturnine. Et cependant MM. Mérat, Chevallier, Barruel ont fait de vains efforts pour l'y découvrir. D'autre part, M. Devergie affirme qu'il a recueilli du plomb en quantité notable dans les voies digestives et urinaires. Mais il y a loin de là à en découvrir la poussière adhérente à la surface interne de la membrane muqueuse intestinale.

Tous les symptômes pathognomoniques de l'entéralgie se réduisent à une exaltation de la sensibilité, à une perversion de la contractilité et des sécrétions des organes digestifs. Or, c'est le système nerveux et ganglionaire qui leur porte le sentiment et le mouvement; on est donc obligé, dit l'auteur, de placer le siége primitif de cette maladie dans le système nerveux du grand sympathique. L'étude des symptômes, de la marche, de la durée, des terminaisons et du traitement, nous prouve que cette affection est de nature névralgique; *ainsi la colique de plomb est une névralgie spécifique du grand sympathique.* Je laisse à l'auteur tout le mérite et toute la responsabilité de cette localisation.

Depuis fort longtemps les médecins se sont occupés avec une attention toute d'humanité du traitement de la colique de plomb. Les moyens les plus opposés ont été tour à tour vantés. Mais plus la maladie offrait de résistance, plus on imaginait de procédés pour la combattre; c'était un vrai chaos. M. Tanquerel, au milieu de ce conflit qui rendait tout obscur, a fait preuve d'un bon esprit. Il a fait table rase; il a commencé par ne rien croire, afin de pouvoir en toute liberté comparer les diverses méthodes.

Il nous donne d'abord l'analyse de plusieurs cas d'entéralgie saturnine, livrés aux seuls efforts de la nature; puis viennent des séries de recherches et d'expérimentations sur l'emploi de l'acide sulfurique, de l'acide sulfhydrique, de l'alun, de la noix vomique, des antiphlogistiques et des narcotiques. Toutes ces méthodes, et je l'atteste pour ma part, exercent fort peu d'influence sur l'issue de cette maladie.

Enfin il arrive à l'examen de tous les moyens purgatifs mis en usage. Le traitement de la Charité est apprécié à toute sa valeur, et il convient de son efficacité. A cet égard il a raison, et si nous n'avions rien de mieux, il faudrait bien conserver ce pis-aller.

Mais M. Tanquerel ne tarde pas à ajouter que le moyen qui guérit le plus tôt, le plus sûrement, qui soulage le plus vite, qui met plus positivement à l'abri des rechutes et des accidens de l'empoisonnement cérébro-spinal, c'est l'*huile de croton tiglium*, administrée suivant ma méthode. Je suis heureux de voir un esprit aussi judicieux, un homme aussi consciencieux, et qui a consacré tant d'années à un travail spécial, approuver une méthode de traitement que j'ai proposée depuis si longtemps. Aussitôt qu'un malade entre dans ma division à la Charité, l'interne lui fait donner une goutte de cette huile dans une cuillerée d'eau fraîche; le lendemain à la visite on en prescrit deux ou trois selon l'opiniâtreté de la constipation; mais chaque goutte est administrée séparément et toutes les six ou huit heures. Si on obtient plusieurs selles, on s'arrête de suite dans cette journée. La dernière ou les deux dernières deviennent inutiles. Cependant on en donne encore une le lendemain et quelquefois le surlendemain. Alors le malade, entéralgie bien entendu, est infailliblement guéri.

Il ne faut pas se lasser dans l'emploi du drastique, bien que les vomissemens qui surviennent en contrarient l'effet purgatif. Une goutte, si elle purge bien, suffit souvent; mais il arrive quelquefois que la défécation ne commence que le troisième jour, ce qui du reste est rare.

M. Tanquerel affirme que les animaux qui habitent les ateliers où le plomb s'élève en poussière contractent la maladie. Ce qui confirme l'opinion que j'ai émise et qui est aussi celle de l'auteur, que l'empoisonnement ne se fait pas par la peau. On a vu aussi d'autres animaux être tourmentés de l'entéralgie pour avoir bu de l'eau chargée de molécules saturnines.

La dernière partie du premier volume est consacrée à l'*arthralgie saturnine*; c'est une affection caractérisée par des douleurs vives dans les membres, sans rougeur ni gonflement, ne suivant point exactement le trajet des cordons nerveux continus, mais devenant plus aiguës par accès ou crises et diminuant par la pression. L'arthralgie peut être compliquée de divers troubles de la motilité, tels que crampes, dureté et tension des parties souffrantes. Ces douleurs névralgiques peuvent d'ailleurs se montrer au tronc et même dans la plupart des organes de la vie de relation.

Nous sommes si habitués à ne voir dans le mot arthrodynie qu'une maladie des articulations, que le néologisme de M. Tanquerel nous a d'abord étonné. Cependant l'auteur se justifie complètement lorsqu'il prouve que les Grecs employaient l'expression ἄρθρον, tantôt pour désigner l'articulation, tantôt pour désigner un membre.

L'arthralgie était une affection saturnine peu connue et non encore décrite : c'est, après l'entéralgie avec constipation, l'affection la plus fréquente. Ces deux formes de l'empoisonnement existent souvent simultanément. Aussi ont-elles sous le rapport de leurs causes la plus grande analogie. Seulement l'arthralgie complique plus facilement la maladie chez les ouvriers qui fabriquent le minium. Nous devons considérer ce chapitre comme entièrement neuf. Peut-être aura-t-on à examiner si le chiffre de ceux qui travaillent à fabriquer le minium l'emporte sur le chiffre de ceux qui ne fabriquent que le carbonate de plomb, ou qui sont peintres en bâtimens et de voitures. Au reste, on ne connaît point les conditions organiques qui font que certains individus sont de préférence attaqués d'arthralgie.

La marche de l'arthralgie, sujette d'ailleurs à des récidives, peut être brusque, affecter le type intermittent, et changer de siége. Sa durée varie beaucoup, depuis trois jours jusqu'à des semaines, des mois entiers. J'ai souvent observé qu'elle cessait aussitôt que le purgatif faisait cesser la constipation.

Dans le cas de coexistence de l'arthralgie et de la paralysie, la première occupe assez ordinairement les membres pelviens; la seconde, les membres thoraciques; l'une s'observe dans le sens de la flexion des membres; l'autre dans le sens de l'extension. Habituellement l'arthralgie se dissipe en partie lorsque la paralysie commence à se développer. La marche aiguë de l'une de ces affections contraste avec la marche chronique de l'autre. L'arthralgie se termine presque toujours par la santé; l'auteur n'a observé qu'un seul cas de mort.

Cette maladie pourrait être confondue avec le rhumatisme, les névralgies ordinaires, les douleurs ostéocopes, les courbatures et les douleurs sympathiques des affections abdominales; cependant l'aspect de cette affection, la coexistence fréquente de l'entéralgie saturnine, de la paralysie, de l'encéphalopathie, la profession du malade, permettent de la distinguer des autres maladies.

L'arthralgie saturnine est une névralgie des organes de la vie de relation produite par l'absorption du plomb. Si l'on compare la colique saturnine avec cet autre symptôme, on trouve entre ces deux formes, produites directement par le plomb, la plus grande ressemblance. La seule différence qui existe entre elles, c'est le siége. L'arthralgie est aux organes de la vie de relation ce qu'est la colique aux organes de la vie intérieure; l'une est l'image parfaite de l'autre, au siége près. Exaltation de la sensibilité, perversion de la contractilité et des fonctions des organes malades, marche, durée, terminaisons, pronostic, et jusqu'aux causes tout est semblable. Elles ne diffèrent que par le traitement, car les bains et surtout les bains sulfureux conviennent parfaitement à l'arthralgie, tandis qu'ils sont de toute nullité, de toute inutilité dans l'entéralgie saturnine.

Dans le deuxième volume, l'auteur trace l'histoire de la paralysie, de l'encéphalopathie saturnines.

PARALYSIE SATURNINE. Cette dégénérescence peut frapper isolément, soit la contractilité, soit la sensibilité. Dans le premier cas, elle conserve

le nom de paralysie; dans le second, elle prend celui d'anesthésie. Ce sont des affections sur lesquelles les auteurs ne nous avaient transmis que des notions incomplètes.

Premièrement, la paralysie frappe plus souvent les membres supérieurs que les inférieurs. Il peut arriver qu'elle envahisse les muscles du tronc et même ceux de l'organe vocal. Sur cent deux cas de paralysie observés par l'auteur, elle a affecté quatre-vingt dix-sept fois les membres supérieurs, cinq fois les inférieurs et dix fois les quatre extrémités simultanément; deux fois les muscles intercostaux, les pectoraux, le grand dorsal; une fois les muscles sterno-cléido-mastoïdiens; enfin chez ces mêmes sujets il y a eu seize fois aphonie, et quinze fois bégaiement ou difficulté de prononciation.

L'absorption du plomb à l'état moléculaire occasione la paralysie à peu près dans les mêmes circonstances que la colique ou toute autre maladie saturnine. La paralysie peut aussi exister isolément, et M. Tanquerel a recueilli plusieurs faits qui sembleraient prouver que cette maladie ne suppose pas toujours une entéralgie qui a précédé. Pour mon compte j'en ai aperçu quelques-uns, mais en fort petit nombre.

L'auteur fait remarquer que la perte du mouvement est presque toujours complète dans le muscle intéressé. La conservation partielle du mouvement n'est due qu'à l'action des muscles supplémentaires de celui ou de ceux que la maladie a frappés, et non, comme on l'a dit, à l'incomplète paralysie de ces derniers. Quelquefois néanmoins ces muscles supplémentaires sont eux-mêmes affectés: de là la distinction de la paralysie en partielle et en générale.

Les paralysies spéciales sont subdivisées d'après les régions qu'elles occupent. Elles se trouvent étudiées par M. Tanquerel jusques dans les moindres détails avec une précision tout anatomique et des aperçus ingénieux. Cette histoire des paralysies spéciales est suivie de l'examen des paralysies qui occupent le tronc, la poitrine, les organes de la voix.

La paralysie saturnine est une maladie à marche lente et progressive; lorsque tout un membre se paralyse, ce sont ordinairement les parties supérieures qui commencent à s'affecter; de même que plus tard elles guériront les premières.

Dans le cas de paralysie générale des membres supérieurs, la guérison commence toujours par les muscles fléchisseurs; puis par les pronateurs, les supinateurs, et enfin les extenseurs qui cependant sont les premiers attaqués.

Les terminaisons de la paralysie peuvent amener on la santé, ou la conversion en une autre maladie saturnine, ou la mort.

L'anatomie pathologique u'a pu, malgré les recherches les plus minutieuses, m'éclairer sur la nature et le siége du mal. M. Tanquerel avoue qu'il n'a pas été plus heureux que moi. Il se trouve, par conséquent, forcé d'avoir recours à une hypothèse, en admettant une altération d'un point spécial du système spinal. Je suis loin de contester ce qu'il y a de probable dans cette assertion, puisque je divise l'empoisonnement par le plomb en entéralgie saturnine et en entérorachialgie saturnine.

Les moyens dirigés contre cette affection sont fort nombreux et guérissent avec une lenteur désespérante. Ce qui semblele mieux réussir, ce sont les bains sulfureux, la galvano-puncture, et les préparations de noix vomique, tant à l'intérieur que par la méthode endermique.

2° Anesthésie. La paralysie du sentiment peut atteindre les membres, le tronc, les organes des sens. Tantôt elle n'intéresse que la peau; tantôt elle attaque les parties sous-jacentes.

L'anesthésie des membres du tronc débute souvent tout à coup; dans certains cas, elle est précédée par la colique, ou par la paralysie du mouvement, ou par l'astralgie. Généralement limitée à une petite étendue d'un membre, elle occupe de préférence les parties situées dans le sens de la flexion. Son siége est donc l'opposé de celui de la paralysie du mouvement. Si elle attaque le tronc, elle ne frappe que quelques points du ventre, de la poitrine ou du col. Elle a une marche souvent inégale, et dure rarement au-delà de huit à quinze jours. On ne constate du côté de l'encéphale aucun phénomène appréciable à nos sens; et il n'y a point non plus de réaction fébrile.

Le traitement se compose de bains sulfureux, de moyens excitans, de strichnine, ou bien d'électricité. On avait employé le galvanisme longtemps avant moi; mais je crois être le premier qui ait fait passer le courant électrique au moyen d'aiguilles implantées dans les tissus. Tout au moins, mes nombreuses expérimentations sur ce sujet remontent à dix-sept ans, dans l'hôpital de la Pitié: c'est le procédé que j'ai nommé *galvano-puncture*.

L'amaurose est quelquefois le seul phénomène qui dérive de l'empoisonnement saturnin. Le plus souvent elle s'associe à l'entéralgie ou à l'encéphalopathie saturnine. On observe alors une dilatation considérable de la pupille, avec immobilité absolue de l'iris. Souvent la pupille est également dilatée.

Évidemment ce symptôme résulte de l'action stupéfiante du plomb, directement exercée sur la rétine, sans lésion matérielle d'organe; selon l'auteur, il cède aux moyens indiqués pour les autres paralysies.

3° Encéphalopathie saturnine. Elle existe dans une névrose apyrétique de l'encéphale, pouvant paraître et disparaître brusquement, et qui revêt une physionomie toute particulière. Les causes sont les mêmes que pour les formes précédentes. Toutefois les émanations toxiques ont besoin ici d'agir plus longtemps et en plus grande quantité sur la constitution de l'homme pour qu'elle apparaisse. Les autres formes coexistent souvent avec l'encéphalopathie.

Elle peut surprendre brusquement et d'une manière imprévue. Elle s'annonce alors par quelque trouble fonctionnel du côté du cerveau. D'autres fois, enfin, divers dérangemens ont lieu vers des points plus ou moins éloignés de l'encéphale.

Les symptômes si divers qui peuvent signaler l'existence de l'encéphalopathie saturnine ont été classés par M. Tanquerel sous quatre formes principales, subdivisées elles-mêmes en plusieurs variétés.

1° Forme délirante. Ici se présentent deux variétés principales, le délire tranquille et le délire furieux, qui se succèdent en général l'un à l'autre.

2° Forme comateuse. Le coma existe seul ou est accompagné de subdelirium.

3° Forme convulsive. M. Tanquerel la divise en convulsions partielles, générales, épileptiques et cataleptiques.

4° Réunion des formes délirantes, comateuses et convulsives. Ici la description nous représente à merveille jusque dans ses plus petits détails toutes les faces de cette bizarre maladie. Sur 72 cas observés par l'auteur, la mort est arrivée 16 fois, et la guérison 56.

On trouvera dans le chapitre du diagnostic un tableau comparatif des plus exacts de l'encéphalopathie saturnine avec les maladies qui peuvent présenter quelques traits de ressemblance.

La forme délirante est la moins grave de toutes; puis vient la forme comateuse moins grave que la convulsive. Enfin, la réunion du délire, du côma et des convulsions annonce le plus souvent une fin mortelle.

L'anatomie pathologique ne jette aucun jour sur l'histoire de l'encéphalopathie saturnine. On a quelquefois constaté après la mort certaines lésions qu'on pourrait soupçonner d'en être la source, tel est ce que M. Tanquerel nomme *hypertrophie de la masse encéphalique*; telle est aussi la coloration jaune saturnine de la substance cérébrale. Enfin, MM. Devergie et Guibourt ont rencontré dans le cerveau, du plomb en quantité notable, chez deux sujets morts d'encéphalopathie saturnine. L'un de ces sujets avait succombé dans mon service à la suite de convulsions épileptiformes. L'art n'est pas aussi puissant ici que dans les autres espèces de lésions. Aussi M. Tanquerel arrive-t-il à cette conclusion décourageante, mais consciencieuse, qu'il faut se borner à la médecine expectante.

Après avoir ainsi tracé une histoire complète de toutes les maladies saturnines, M. Tanquerel termine par une dernière partie non moins importante. Il puise dans les lois de l'hygiène, et il approfondit les moyens qui peuvent préserver de l'atteinte de l'affection saturnine. Le traitement préservatif se compose de moyens hygiéniques ou médicaux communs à tous les ouvriers qui manient le plomb.

En terminant cette analyse de l'excellent ouvrage de M. Tanquerel des Planches, je le signalerai avec confiance aux médecins qui y trouveront des vues nouvelles et dignes de leur attention. Je le signalerai également aux fabricans, qui pourront y recueillir des avertissemens aussi profitables à leurs intérêts personnels qu'à la santé des ouvriers. Les uns et les autres reconnaîtront que l'auteur n'a pas moins étudié les affections saturnines dans l'atelier de l'ouvrier, qu'au lit des malades, et surtout qu'à l'hôpital de la Charité, où une vieille réputation attire la foule des malades qui ont travaillé au plomb.

V. Bally,
médecin de la Charité.

CONCOURS

POUR LA CHAIRE DE PATHOLOGIE INTERNE DE LA FACULTÉ DE PARIS.

PREMIÈRE ÉPREUVE. — COMPOSITION ÉCRITE.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

Nous donnons aujourd'hui la suite de la première éqreuve. Est-il besoin de rappeler que nous faisons besogns d'analyse, non de sténographie; de justice, non de prédilection? Ce nous est un soin religieux de mettre en lumière les parties solides ou brillantes de chaque épreuve, les traits caractéristiques de chaque figure; plus désireux de peindre que de juger; plus préoccupé de fixer

le regard du lecteur sur le noyau intellectuel de chaque candidature que sur la couleur de ses livrées dogmatiques. Un reproche nous est arrivé, que nous avons accueilli avec satisfaction, loin de le repousser : il s'adresse à notre timidité d'appréciation. On nous souhaite moins de réserve à produire nos impressions personnelles. Pourtant il y a place pour cette réserve. Là où sont engagés tant et de si délicats intérêts : réputations acquises, titres fondés sur une longue publicité, faveur mondaine, vieilles espérances couvées sous l'aile du travail et de l'intelligence, amours propres excités, tout cela est en question ici : l'impartialité devient prudence. Toutefois la critique a son rôle et son droit; il lui es permis d'agiter, par dessus les noms propres, des généralités qui résument et la portée des épreuves et la tendance des esprits qui y participent. Au prochain numéro donc une appréciation sommaire des compositions lues, des idées et des faits qui y sont déposés, des velléités dogmatiques qui y circulent, le tout sans classement, c'est-à-dire sans usurpation sur la mission non enviée du jury.

M. COMBETT.

L'origine grecque et latine du mot fièvre indique un état morbide général, caractérisé par l'augmentation de la chaleur. L'auteur regrette qu'on ne lui ait pas conservé sa signification primitive; c'était le moyen d'éviter bien des erreurs, bien des controverses inutiles. Il rappelle ensuite sous quel point de vue la fièvre était envisagée par l'hippocratisme antique, à quelles absurdes théories elle a donné lieu dans l'école galénique, qui faisait jouer les humeurs et rattachait les variétés de l'état fébrile à la prédominance des humeurs. La doctrine humorale avait encore tout son empire, dit M. Combett, quand Rœderer et Wagler jetèrent les fondemens d'une appréciation plus vraie des fièvres; à une époque plus rapprochée, Pinel leur assigne déjà un siége anatomique, suivant le trouble fonctionnel prédominant; pour lui, l'essentialité n'est plus qu'une inconnue à dégager; mais une part immense revient à Broussais dans la détermination du sens du mot fièvre; à la suite des travaux de ces deux écrivains, qui dominent le premier tiers de notre siècle, M. Combett cite ceux de MM. Petit et Serres, Bretonneau, Louis, Chomel, Andral; il rappelle la valeur que ces écrivains attachent à l'affection typhoïde, les dissidences touchant l'importance de l'altération locale qui l'accompagne; il effleure la question de la localisation des fièvres, dont beaucoup ne sont à ses yeux que l'expression phénoménale des lésions diverses, et annonce qu'il étudiera la fièvre 1° d'une manière générale; 2° d'une manière spéciale, c'est-à-dire en groupant à part certains états fébriles qui sont désignés par les dénominations de typhus, fièvre jaune, etc., affections dont la nature et le principe nous sont encore un problème.

La fièvre, considerée dans la généralité du terme, est un trouble fonctionnel, général, complexe, caractérisé surtout par l'accroissement de la chaleur et l'accélération du pouls. Après cet énoncé, l'auteur entreprend l'analyse des principales lésions fonctionnelles : 1° fréquence du pouls; symptôme variable quant à l'intensité, mais est-il constant? Des auteurs prétendent que la fièvre peut coïncider avec le ralentissement du pouls; M. Combett ne voit dans cette assertion qu'un abus de mots; 2° la chaleur est sèche, humide, mordicante, douce, halitueuse, etc.; elle est percevable sur toute la surface cutanée, mais elle est plus prononcée en certaines régions; 3° le frisson existe simultanément ou alterne avec la chaleur; ici l'auteur mentionne brièvement les recherches récentes sur la température animale durant les maladies; il note l'élévation de la chaleur pendant le stade de frisson, au-dessus du point normal; 4° les sécrétions présentent aussi leurs modifications; les sueurs se déclarent quand la chaleur vient à baisser; les urines, d'abord rares, ternes, deviennent ensuite foncées, plus abondantes; la secrétion salivaire offre des changemens analogues et fait varier le caractère de la langue; elle peut se sécher, se durcir, noircir par le seul effet de l'intensité fébrile, sans qu'il faille attribuer ces phases à l'existence nécessaire d'une phlegmasie du tube digestif; 5° le système nerveux donne en quelque sorte le signal de la fièvre; son excitation en est le point de départ, et ce sont ses troubles qui lui impriment un caractère si mobile, si complexe.

Il s'agit maintenant d'étudier les causes et les formes diverses de la fièvre; si elle ne constitue qu'un état symptomatique, il faut remonter à la cause qui le fait naître; l'auteur se livre à une discussion sur l'essentialité, et arrive à cette conclusion, que l'inflammation est la cause la plus générale de la fièvre; il range ensuite ses variétés dans les fièvres avec inflammation (le typhus, la fièvre jaune), dans les intermittentes et dans les symptomatiques. Cette partie de son travail se ressent de la hâte qu'il y a dû mettre. Il termine en se prononçant sur la grande question de l'essentialité, dans les termes suivans : si par fièvres essentielles, on désigne des états fébriles qui ne présentent pas dans leurs lésions nécroscopiques, une suffisante explication de leur marche et de leurs symptômes, oui, il existe des fièvres essentielles. Si ce mot désigne des états fébriles qui résident dans les troubles fonctionnels sans relation avec aucune lésion locale, non, il n'existe pas de fièvres essentielles.

M. GENDRIN.

Une rumeur générale se manifeste au moment où ce candidat monte en chaire; mais elle ne tarde point à faire place à une attention profonde. La composition de M. Gendrin a intéressé, malgré sa longueur et la minutie recherchée des détails consignés dans la première partie; une lecture sonore et rapide a sauvé, dans l'oreille des auditeurs, l'inconvénient d'un style un peu prolixe et mal articulé.

L'auteur émet, en commençant, quelques réflexions physiologiques sur les fonctions de l'économie; il les distingue en deux sortes, celles qui sont manifestes durant leur accomplissement, et celles qui ne sont appréciables que par leurs résultats (la nutrition); les variations légères que subissent ces fonctions, sans que la santé générale en souffre, échappent à l'attention du médecin; mais des impressions douloureuses viennent dénoncer leurs dérangemens, quand ils dépassent cette mesure intermédiaire. Par une transition qui nous a échappé, l'auteur passe à l'opinion que s'était formée l'antiquité de l'état fébrile; Thémisson la caractérisait par l'augmentation de la chaleur et l'accélération du pouls et des mouvemens respiratoires; c'est aussi l'idée qu'en avaient généralement les anciens; en y ajoutant l'idée de la persistance de ces phénomènes et le sentiment de malaise qui avertit que les fonctions s'accomplissent mal ou incomplètement, on a l'opinion de Galien. M. Gendrin admet cette définition, toute faite pour la forme la plus habituelle de la fièvre, mais pour celle qui est secondaire à d'autres affections. Il aborde ensuite l'étude des phénomènes constitutifs de la fièvre, dans les périodes qu'elle parcourt.

1° PÉRIODE D'INVASION. Malaise, sécheresse, respiration plus fréquente, chaleur augmentée au tact du médecin et au sentiment du malade. Quand le début est subit, il y a courbature, le froid est plus intense, le malade se plaint de constriction de la tête et de céphalalgie obtuse. L'auteur, après cet énoncé vague, analyse avec détail les troubles fonctionnels : nous rapporterons les principaux traits de cette revue symptomatique. Le pouls est moins fréquent durant le frisson que pendant la chaleur; la diastole artérielle est brusque, courte, d'où le pouls serré, concentré; l'impulsion du cœur est faible, sa pointe se retire rapidement, un léger bruit de frottement correspond à la première contraction comme à la suite des pertes sanguines; observation de Marshall, confirmée par l'auteur, si on comprime les veines, elles se remplissent très lentement après que la compression a cessé; les orifices muqueux sont décolorés; la turgescence est interrompue dans les parties vivantes, ce qui donne lieu au phénomène appelé chair de poule; il en résulte une diminution dans le volume du corps et le relâchement des liens qui y sont appliqués. Le bruit d'inspiration est fort léger; le souffle d'expansion vésiculaire est même difficile à percevoir; l'haleine est fraîche à la main opposée à la bouche du malade; l'abaissement de la température peut s'évaluer à 2-3 degrés. Après avoir exprimé ce fait, l'auteur critique, nous ne savons pourquoi, les résultats de la thermométrie animale obtenue par les instrumens; l'application de la main lui paraît préférable à l'usage du thermomètre; que n'a-t-il ajouté par quel moyen il s'est procuré l'évaluation émise par lui sur l'abaissement de la température pendant le frisson? Les sécrétions sont modifiées : la peau est sèche, la muqueuse buccale est visqueuse, les urines aqueuses, rares, inodores, aussi peu animalisées que possible, sans sédiment, et ne sont expulsées que lorsqu'elles surabondent dans le réservoir; c'est donc plutôt l'excrétion que la sécrétion qui se montre ralentie. Les fonctions digestives participent au trouble général; le frisson détermine la suppression momentanée des hémorragies, du flux menstruel, leucorrhéique; il tarit la surface suppurante des plaies. Les fibres musculaires sont comme tremblantes, frémissantes sous la peau, et ce phénomène tient à la faiblesse des muscles. Les organes des sens sont moins actifs, le tabac perd son parfum pour les priseurs; il existe un bruissement dans les oreilles; les idées sont lentement formées et lentement comprises. Les malades se plaignent encore de douleurs dans les articulations, dans la longueur du rachis, dans la continuité des membres. Tel est le tableau de la période algide, dans son maximum d'intensité; il ne s'applique guère qu'aux cas rares. Le plus souvent le frisson est remplacé par une simple horripilation.

2° PÉRIODE D'ÉTAT. C'est la fièvre chaude des auteurs; elle est caractérisée par des phénomènes inverses, et dure de douze à quinze heures.

3° PÉRIODE DE DÉCLIN. Décroissement successif des phénomènes précités; l'auteur les reprend en détail et donne carrière à son goût pour la description symptomatologique. Nous ne le suivrons pas dans ces détails inutiles, et noterons seulement avec lui les phénomènes spéciaux de cette période; ils consistent dans l'augmentation de la transpiration cutanée et pulmonaire, quelquefois si abondante que les draps du lit sont mouillés par l'haleine du malade; en même temps les hémorragies et les autres déperditions morbides, antérieures au frisson, se rétablissent et parfois sont suractivées.

Les différentes espèces de fièvre se déduisent du mode de succession des phénomènes étudiés plus haut; elles se distinguent donc en 1° fièvres à paroxysmes; 2° fièvre aiguë continue; 3° fièvres continues chroniques. Les fièvres d'accès présentent trois stades; l'auteur insiste sur les phénomènes pyrétiques les plus prononcés; la succession et le type des paroxysmes donnent les fièvres intermittentes, rémittentes. La fièvre aiguë continue dure de deux à cinq jours, présente des oscillations diurnes appelées exacerbations et, vers son déclin, des phénomènes variés qualifiés de crises. La fièvre continue chronique offre encore des paroxysmes, mais à un degré moins prononcé; elle est marquée par des recrudescences, par l'augmentation des sécrétions, qui finit par constituer des pertes réelles et amène ce que les pathologistes ont appelé l'état de colliquation.

Après avoir esquissé les différentes variétés de l'état fébrile, M. Gendrin revient aux trois groupes de symptômes qui constituent les accès et les soumet à l'analyse physiologique. Le premier stade dénote la dépression de la vitalité; le deuxième, période réactionnaire, se caractérise surtout par l'activité anormale de la circulation; mais les sécrétions demeurent encore suspendues : la suractivité de la circulation s'oppose-t-elle à la nutrition? L'auteur le pense, et rappelle le principe émis par M. de Blainville, à savoir, que la vitesse circulatoire suspend les fonctions organiques, et, si elle se prolonge, entraîne l'émaciation. La période de déclin nous montre les sécrétions et les excrétions augmentées; mais ce phénomène coïncide avec le ralentissement du pouls, ce qui confirme l'opinion de M. de Blainville. Cette interprétation des symptômes conduit M. Gendrin à déterminer le siége de la fièvre dans l'appareil circulatoire; le système nerveux devient souvent le siége de perturbations qui se traduisent par des accidens variés, suivant que le trouble se localise dans les différens appareils qui composent ce grand système, dans le cerveau, dans les nerfs des membres (convulsions), etc.

L'auteur résume sa pensée pyrétologique dans une série de propositions :

1° La plupart des fièvres symptomatiques sont secondaires à des inflammations qui se généralisent.

2° La surcharge vasculaire donne lieu à la synoque simple; si la stimulation porte sur la totalité du système vasculaire, la fièvre est idiopathique; si elle se circonscrit dans un département de ce système, elle est symptomatique;

3° Quand une surface vivante est soumise à une superstimulation, même de

la part de ses stimulans normaux, la fièvre qui en résulte est symptomatique; exemple, l'exercice trop actif des fonctions cérébrales;

4° L'activité insolite d'une fonction organique se traduit par une fièvre symptomatique, fièvre de lait, embarras gastrique;

5° La fièvre est encore le résultat de la pénétration de principes miasmatiques dans l'organisme;

6° Elle succède à la pénétration dans l'organisme de certains principes morbigènes; les effets locaux, les éruptions sont secondaires; ici se placent les fièvres exanthématiques et les continues dites essentielles (typhus);

7° Elle résulte de la pénétration dans l'organisme de produits morbides de différentes nature (résorption purulente);

8° Elle se produit par l'absorption de produits sécrétés destinés à être rejetés (fièvre urineuse); l'auteur rattache à cette catégorie des fièvres celle qui accompagne le rhumatisme articulaire aigu et celle qui précède de quelques jours l'apparition des phlegmasies pneumoniques; ces phlegmasies ne sont plus alors pour M. Cendrin que des effets secondaires.

Le phénomène de la fièvre varie dans de larges proportions comme tout phénomène vital. Quelques considérations générales sur l'importance pathologique de la fièvre et la variété des accidens qu'elle détermine dans les maladies, couronnent ce mémoire qui renferme des détails inutiles, des conclusions fort contestables, mais qui porte le cachet du talent. Nous osons conseiller à M. Gendrin une certaine défiance de sa propre originalité, et un peu moins de complaisance descriptive. Qu'il se rappelle le vers de Delille :

Mais n'allez pas non plus toujours peindre et décrire.

Le goût exagéré pour le détail symptomatologique force parfois l'observation jusqu'à l'illusion, et fait dégénérer la minutie en superfluité. Les signes physiques que M. Cendrin attribue au stade algide de la fièvre, ont besoin de confirmation, et si le bruit de frottement qu'il a noté est réel, ce sera une nouvelle atteinte portée à la nouvelle séméiologie des affections des organes circulatoires.

M. REQUIN.

L'auteur fait ressortir l'importance pratique et l'immensité du sujet. Le traiter supérieurement, serait une œuvre fort difficile, même en toute latitude de rédaction; une composition improvisée n'en saurait promettre qu'une ébauche incomplète, informe.

1° DÉFINITION. Vouloir fonder cette définition sur la nature de la fièvre, c'est se lancer dans une controverse sans terme. Il convient de la définir par ses principaux caractères. Trouble général de l'économie principalement caractérisé par l'accroissement de la chaleur animale, et par l'accélération du pouls. C'est même le premier caractère qui a frappé le plus dans les commencemens de l'art et qui a fourni les mots anciens de *πυρετὸς* et *febris*.

La pyrétologie se divise en pyrétologie générale et pyrétologie spéciale. Cette dernière s'occupe des fièvres spéciales ou essentielles, qui doivent être considérées comme des maladies distinctes, et non comme symptôme d'une maladie locale primitive; elle ne rentre pas dans le sujet, tel qu'il a été proposé par la question.

La pyrétologie générale, branche imposante de la pathologie générale, tout aussi bien pour les adversaires que pour les partisans des fièvres essentielles, embrasse toutes les notions qui concernent la fièvre, considérée en général soit comme symptôme d'une affection locale, soit comme élément commun des maladies dites fièvres essentielles. C'est à celle-ci que M. Requin croit, avec raison, devoir se borner, et quoique circonscrite, la tâche n'est déjà que trop grande.

1° PARTIE THÉORIQUE. Elle comprend les différences nosologiques de la fièvre, ses causes, ses phénomènes.

La fièvre, quant au type, est continue, intermittente ou rémittente; quant à la durée, elle est tantôt aiguë, tantôt chronique, lente ou hectique; quant à la cause anatomique, elle est symptomatique, si cette cause peut être appréciée par nos sens; dans le cas contraire, elle doit être dite essentielle, non pas que le candidat veuille ériger la fièvre en un être à part, il se défend d'une ontologie; mais il ne connait pas de meilleur mot pour qualifier les fièvres qui ne peuvent être légitimement réputées symptomatiques, dans l'état actuel de nos connaissances. Il mentionne rapidement les principales fièvres de cette catégorie, savoir les fièvres intermittentes, les fièvres exanthématiques, la fièvre inflammatoire, le plus souvent légère ou éphémère, quelquefois grave et même mortelle, la fièvre typhoïde, etc.

En ce qui concerne l'étiologie, la distinction de la fièvre en symptomatique et en essentielle, constitue déjà le point de vue le plus sérieux et le plus philosophique de la question. Tantôt nous découvrons plus ou moins aisément la cause locale, l'*épine* qui provoque la fièvre symptomatique, tantôt l'*épine* est invisible et la fièvre est dite essentielle. Pour certaines fièvres essentielles, la raison est obligée d'admettre une cause spécifique, un principe particulier qui gît caché dans les profondeurs invisibles de l'économie. Au reste, lors même que la fièvre est symptomatique d'une lésion locale, nous ne savons guère par quel mécanisme elle se produit, et nous invoquons la mystérieuse et incompréhensible puissance des sympathies à défaut d'une explication plus lumineuse. M. Requin ne veut point clore ses considérations étiologiques, sans se prononcer qui envisage la fièvre comme un effort de la nature médicatrice, comme une tendance salutaire; il démontre que, sauf peut-être un très petit nombre d'exceptions, c'est malgré la fièvre et non par le moyen de la fièvre que la nature opère la guérison des maladies.

Les phénomènes de la fièvre sont essentiels ou accessoires. M. Requin n'a admis dans sa définition que deux phénomènes comme caractères nécessaires de la fièvre, l'accroissement de la chaleur animale et l'accélération de la circulation. En admettant d'autres élémens dans la notion générale de la fièvre, on s'aventure dans l'observation des faits particuliers, au risque de soulever contre soi nombre de cas exceptionnels. Quelquefois même l'un des deux phénomènes précités peut manquer dans l'appareil fébrile; l'accélération du pouls manque, par exemple, dans certaines affections cérébrales et autres, où la chaleur morbide accuse incontestablement l'état fébrile; réciproquement la chaleur peut manquer dans le cours d'une fièvre hectique, le pouls continuant néanmoins à garder sa fréquence; mais enfin ces deux caractères co-existent le plus souvent dans la fièvre; et l'un des deux au moins est toujours nécessaire pour qu'on en reconnaisse l'existence. Parmi les phénomènes accessoires qui se rencontrent réunis d'une façon plus ou moins constante aux phénomènes essentiels sans qu'on puisse encore accuser autre chose qu'un état de fièvre simple, M. Requin mentionne la courbature, le frisson, la soif, la céphalalgie, la sueur, l'anorexie, etc. Et à ce propos, il fait remarquer que l'anorexie et le trouble des fonctions gastriques n'étant pas des élémens constans et nécessaires de l'état fébrile, c'est bien par une hypothèse gratuite que l'on fait intervenir la gastrite comme cause prochaine de toute fièvre.

2° PARTIE PRATIQUE. Le candidat comprend sous ce titre le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique. L'esprit judicieux de M. Requin prête difficilement à la critique; ses habitudes didactiques semblent protéger d'autre part les divisions qu'il adopte; néanmoins celle qui précède ne nous agrée point. Pourquoi rejeter l'étiologie, la symptomalogie dans ce que le candidat appelle partie théorique? La connaissance de la cause morbifère, la discussion de la valeur relative et absolue des phénomènes pathologiques ne sont-elles pas d'une égale nécessité pour le praticien? Nous sentons du reste le peu d'importance de notre observation; les divisions les meilleures n'amélioreront pas un écrit médiocre; les plus défectueuses divisions ne gâtent pas un bon travail.

Il suffit au médecin de toucher son malade et de lui tâter le pouls pour reconnaître qu'il y a fièvre; mais il faut aller plus loin : cette fièvre est-elle symptomatique ou essentielle? Voilà un problème dont la solution ne peut sortir que d'une exploration attentive de tout l'organisme.—Hélas! malgré l'étude la plus minutieuse du malade, nous ne sommes pas assez heureux pour désigner la lésion locale dont la fièvre n'est que l'expression, ni pour reconnaître les caractères propres à telle ou telle de ces fièvres que la nosologie actuelle doit qualifier de fièvres essentielles. Fièvre sans caractère, telle est la dénomination qui convient à plus d'un cas morbide que l'on rencontre dans la pratique, quand on ne veut appliquer qu'à bon escient les noms de gastrite, de fièvre typhoïde ou de toute autre maladie classique.

Le pronostic est subordonné au diagnostic; il flotte incertain, tant que celui-ci n'est point fixé avec précision. Les signes différentiels une fois interprétés, le pronostic n'est plus qu'une affaire de pyrétologie spéciale.

La thérapeutique est directe ou symptomatique; directe, si elle s'adresse à la lésion locale dont la fièvre est le symptôme, ou, dans le cas même de fièvre essentielle, si elle attaque et détruit par une médicamentation spécifique, la cause intime et occulte du mal (quinquina contre les intermittentes); symptomatique, si elle ne puise ses indications que dans l'appréciation des phénomènes de la fièvre proprement dite. On a beaucoup déclamé contre la médecine symptomatique; sans doute, elle cède le pas à la médecine directe et spécifique; mais à défaut de celle-ci ou par sa combinaison habile avec la médication précitée, elle peut rendre d'éminens services. Indépendamment du régime hygiénique qui convient à l'état fébrile, la médecine symptomatique de la fièvre a pour agens principaux, la saignée en première ligne, puis les purgatifs dont le candidat dit avoir étudié l'influence anti-pyrétique; nos lecteurs n'ont pas oublié, en effet, l'excellente thèse que M. Requin a publiée sur cet ordre de médicamens et sur leurs applications, lors du concours de matière médicale (1).

(*La suite du compte-rendu de cette épreuve au prochain numéro*).

— On nous écrit de Marseille :

« Un fait qui mérite d'être signalé à la publicité vient de se passer au sein de la commission administrative des hôpitaux de notre ville :

» M. le docteur Cauvière, membre de cette commission et professeur de clinique chirurgicale à l'école secondaire de médecine de Marseille, a demandé, dans l'intérêt de l'instruction des élèves, l'augmentation du nombre des lits de malades affectés à la clinique. Ce nombre est de vingt pour la médecine et vingt pour la chirurgie. Dans un hôpital où chaque salle renferme environ cent-vingt lits il était facile de satisfaire à la demande de l'honorable professeur sans froisser les susceptibilités des autres médecins et chirurgiens de l'Hôtel-Dieu. Eh bien! il n'en a pas été ainsi. Un membre de la commission des hôpitaux et qui a la réputation d'être un homme éclairé, a fait rejeter l'utile proposition du docteur Cauvière, après lui avoir promis son appui la veille... Cette conduite de la part de quelques-uns de ses collègues administratifs a mis le docteur Cauvière dans le cas de donner sa démisssion séance tenante; ce qu'il y a de plus déplorable dans tout ceci, c'est que M. Cauvière, qui a été le premier médecin appelé à faire partie de la commission des hospices, sera probablement le dernier, car on paraît peu s'accommoder de la présence des hommes compétens dans ces sortes d'administrations. Chose singulière et digne de remarque! c'est au moment où un projet de loi touchant l'instruction secondaire s'élabore dans les bureaux du ministère de l'instruction publique, loi qui doit donner une plus grande importance aux écoles secondaires de médecine, qu'on cherche, à Marseille du moins, à entraver la marche et les progrès de cette instruction! Ceux qui connaissent les éminentes qualités du docteur Cauvière, comme homme de science et de pratique, ont été douloureusement surpris en apprenant sa démission. »

(1) Des purgatifs et de leurs principales applications, 1839. Chez Germer-Baillière.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale
DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier janvier. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR UNE MÉTHODE SPÉCIALE DE TRAITEMENT POUR QUELQUES SURDITÉS; par M. Petrequin, D. M. P., chirurgien en chef désigné de l'Hôtel Dieu de Lyon, correspondant spécial de la Société de Médecine de Paris, etc.

> Ce n'est point chose commune parmi les hommes de notre profession que la connaissance exacte de l'oreille et de la nature de ses maladies.
>
> Sir Astley Cooper. (Philosph. trans. 1802.)

On regarde, en général, l'oreille comme un organe si compliqué que nombre des hommes de l'art négligent l'étude de sa structure, de ses fonctions et de ses maladies. Ce serait donc chose utile que chercher à en faciliter, ainsi qu'à en répandre la connaissance. Peut-être n'est-il pas difficile d'en donner une première idée assez nette en la comparant à un des instrumens de physique les plus connus.

La cavité tympanique qui constitue l'oreille moyenne, sans contredit la plus importante à connaître en pathologie, est construite à la manière d'un tambour.

Les différences de structure de l'auricule et du conduit auditif ne peuvent modifier surtout que les degrés de force du son, tandis que les différences de forme et de structure de la membrane et de la cavité du tympan modifient spécialement la nature du son. (Rosenthal. J. complémentaire, vi, 1820.)

A quoi servira la trompe *dite* d'Eustachi, bien qu'elle fût connue avant cet anatomiste, comme on peut le conclure de quelques passages d'Aristote (Hist. anim., lib. i, cap. 2), de Pline (Hist. nat., lib. viii), cap. 76, de Celse (De re medica, lib. vi, cap. 7), de Vésale (De corp. hum. fabri., lib. i, cap. 12), d'Ingrassias (In Galen. de ossib. comment., lib. i, cap. 8), etc.?

Feuilleton.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Les assemblées scientifiques qui ont reçu l'investiture d'une institution officielle composent entre elles un petit monde qui a ses lois, ses mœurs, ses types caractéristiques, ses fluctuations, ses évènemens, ses intérêts divers, ses tendances nuancées, son instinct conservateur; c'est une société tout entière, mais dont la vie est réglée sur la loi de périodicité; les séances hebdomadaires sont les manifestations de son activité collective; la tribune est sa voix, la publicité son excitant naturel; malgré le contraste des esprits qu'elle réunit et le conflit des opinions qu'elle abrite dans son enceinte, elle a son harmonie, ses allures d'ensemble, et comme pour renouveler tous les ans, sous les yeux du public, la consécration de son unité, elle a institué ces solennités paisibles où tous ses membres, mêlés sur les mêmes bancs, entendent, dans une émotion fraternelle, l'éloge de ceux d'entre eux qui ne sont plus. Conférences pieuses que chaque année ramène et que la monotonie du programme obligé ne peut dépouiller de leur intérêt! Les voilà réunies, confondues dans les insignes de la fête et dans l'accord d'une pensée commune, toutes les puissances belligérantes de la tribune académique! Partisans de doctrines adverses, héritiers des traditions les plus opposées, rivaux de talent ou d'industrie, se rencontrent sans sourcillement, se coudoient sans choc; les dissentimens d'hier sont oubliés; le génie de l'invention sommeille, les vanités anguleuses s'effacent; chacun a cru lire sur la porte cette bienfaisante inscription : O vous qui entrez, laissez sur le seuil tout espoir de rumeur et d'éclat. C'est une trève d'un jour : ni rapports ni controverses; l'apostrophe est remerciée pour aujourd'hui, la personnalité est congédiée. Les amis et les ennemis de la contagion se donnent la main; le zélateur des localisations phrénologiques laisse tomber un regard serein sur le front du spiritualiste, négateur obstiné de protubérances. Les adversaires du système décimal et les rénégats de la vieille posologie comptent à l'unisson les battemens de leurs cœurs. Ah! que l'on raille encore ces placides cérémonies, consacrées par la tradition académique! Que l'on mette encore en doute l'utilité de ces réunions d'apprêt, qui procurent à quelques-uns l'avantage d'exhiber en plein vent d'amphithéâtre leur uniforme multipalmé d'académicien; à d'autres, de poser dans l'originalité précieuse de leur habitude étudiée; à ceux-ci, de se reposer de leurs interruptions coutumières aux séances non solennelles; à ceux-là d'entendre parler correctement la langue de leur pays et de leur science! Vivans et morts y trouvent profit et satisfaction : aux morts le regard de la postérité, sollicitée par l'éloquence du nécrologe officiel; aux vivans, la délectable contemplation de l'assistance. Il est plus d'un honorable qui ne vient là, pourquoi le taire? que pour dire du regard au public : Oyez, je suis académicien. Il en est, soporeuses natures, qui viennent somnolenter là comme aux séances ordinaires, nonobstant les harmonieuses effusions de l'éloquence commémorative, absolument comme s'il s'agissait d'un rapport de M. un tel, ou d'une improvisation anhéleuse de M. un tel. Mais qu'importent les infirmités du petit nombre? Parade d'amour-propre

Fant-il, avec Fabrice d'Aqnapendente (DE AUDIT. ONGANO, p. III, cap. 9), Baulim (THEAT. ANATOM., lib. II, cap. 49), Casserius (DE AUNIS ONGANO, lib. IV, sect. III, cap. 6), et plus tard Bœhmer (INSTIT. OSTÉOLO., § 174), et Haller (ÉLÉM. PHYSIOL., tom. V, p. 285), fant-il, dis-je, la considérer comme servant principalement à propager jusqn'à l'oreille interne les rayons sonores qui pénètrent jusque dans la bonche? C'est cette doctrine que M. Bérard enseigne à la Faculté de Paris (COURS ONAL DE PHYSIOL., 1836-1837), se fondant sur ce que l'air tympanique communique avec l'extérieur, sur cette expérience si ancienne que tous les houmes, snrtout ceux qui ont l'ouïe dnre, entendent mieux lorsqu'ils écoutent la bouche ouverte, sur ce fait irrécusahle qne l'occlusion dn canal entraîne la surdité, et, enfin, snr l'inflnence henreuse dn cathétérisme de la trompe pour la guérison de la dysécie. Cette manière de voir a récemment encore été soutenue à la société médicale d'émnlation de Paris par MM. Belhomme, Vassal, Adorne et Ciraldès. (Séance des 5 et 19 septembre 1838.)

Mais on pent remarquer, avec Perolle et Schellamer, qu'en introduisant dans la bonche une fonrchette métallique à deux branches, mise en résonnance par sa fixation dans une table de bois, on n'entend le bruit que lorsqne la fonrchette, dans ses oscillations, touche anx dents, anx mâchoires, ou à quelqne partie solide de la bouche. Verdnc avait déjà remarqué qn'on entendait malgré l'occlusion des oreilles, lorsque les dents étaient en contact avec les corps sonores mis en vibration. C'est ce phénomène qui a donné lieu anx expériences de Swan de Lincoln, données comme nonvelles. (J. COMPLÉM., 1820, t. VII.)

Ce n'est pas qne les dents propagent les rayons sonores aux nerfs aconstiques, parce qne, comme le disait Kœllner, la portion dnre de la septième paire s'anastomose avec le rameau sous-cutané malaire de la cinquième, qui se rend à la mâchoire, de manière que les vibrations des dents, par l'action des rayons sonores, pnissent facilement être propagées jusque dans l'organe anditif; car, ainsi que le remarquent Herholdt et, après lui, Westrumb (J. COMPLÉM., 1828, XXXI, 334), des rangées entières de dents artificielles, *pour lesquelles il n'existe point d'anastomose nerveuse*, remplissent le même office d'nne manière bien sensible.

Cette faculté tient à la propriété que les dents, comme les os du crâne en général, possèdent, par leur élasticité propre, d'entrer, sous l'inflnence des rayons sonores, dans le mouvement oscillatoire nécessaire pour propager le son; ce qui explique un problème curieux d'anatomie comparée, à savoir comment les mammifères, dépourvus d'oreilles externes, tels que les tatons et quelques phoqnes (WESTRUMB., ibid.), peuvent entendre.

L'anatomie comparée nous apprend encore que dans les poissons à branchies libres, tant cartilaginenx qu'osseux, il n'y a aucune communication entre le labyrinthe et l'extérienr. Toutes les parties de l'oreille sont enfermées dans le crâne et recouvertes par les os. Dans les chondroptérygiens, l'onverture extérieure est fermée par une membrane et par la peau. Dans certains reptiles, cet organe est aussi renfermé dans le crâne, sans communication avec l'air extérieur. (BIOAULT DE VILLIERS, 1820. J. COMPLÉM., VII, 132.) Or, l'expérience de Jean Hunter a dès longtemps fixé sur l'ouïe des poissons.

Ainsi je ne m'arrêterai point à discuter l'opinion de César Bressa, qui prétend, avec Arnemann, que la trompe sert à permettre à l'homme d'entendre sa propre voix.

Quel sera donc l'usage de la trompe?

1° Elle sert de canal édnctenr an liquide sécrété dans l'intérienr de la caisse du tambour, qui, sans cette dérivation, entraînerait, par son accumulation, la perte de l'ouïe, comme on le voit dans qnelqnes cas pathologiques; cet office justifie le nom qu'on lui donne d'*aqueduc* (*aquæ ductus*) d'Eustachi.

2° Elle sert à établir un degré uniforme de caloriqne dans l'air du tamhonr, pour ne pas tronbler les fonctions des diverses pièces qui le constituent.

3° Elle sert à maintenir dans cet air les hygrométriqnes pour ménager la sensibilité des fenêtres ronde et ovale.

4° Son principal nsage est de mettre l'air du tambonr en équilibre avec l'air extérieur, pour permettre à la memhrane du tympan de vihrer convenahlement, en facilitant dans la caisse nne sorte de flnx et de reflux aérien à chaqne vibration tympanique. J'ai dit que la cavité du tympan est construite comme un tambour. Or, de même qu'on démontre en acoustique qu'un tamhour ne rend que très peu de son, si l'air n'y a pas accès par une ouverture latérale, de même la membrane du tympan cesse de fonctionner, si l'air, dont la présence est essentielle à l'audition, n'a pas accès dans la cavité de la caisse par la trompe pharyngienne d'Eustachi, de manière à mettre la memhrane en contact par ses deux faces avec le fluide atmosphérique; et si, pour mienx entendre, on entr'ouvre la bouche, c'est spécialement pour faciliter le flux et le reflux aérien, en même temps que pour élargir le conduit anditif externe par le léger glissement des condyles de la mâchoire: aussi dirige-t-on alors (1) l'oreille et non la bouche vers le côté d'où émanent les rayons sonores. Cette opinion, que je vois avec plaisir partagée par MM. Mojon, Nonat et Gillette (GAZ MÉD., 3 nov. 1838) me semble d'autant mieux établie pour tous les faits que j'ai développés que, d'ailleurs, la sitnation profonde et cachée dn pavillon rendrait la trompe peu propre à l'office qu'on lui attrihue.

C'est la pénétration de l'air en trop grande quantité par ce canal, dans le bâillement et l'éternuement, qui occasionne le sentiment de chatouillement et la surdité momentanée qu'on éprouve alors, tandis que, quand des sons trop rudes viennent à faire une impression insolite sur le tympan, nous ressentons un chatouillement dans la bouche, dû à ce que l'air tympanique, mis en trop grand mouvement par les oscillations de la membrane du tamhour, s'échappe vivement par la trompe. Aussi, dit Westrumh, les canonuiers, pour éviter ce chatouillement, porté qnelqnefois an point d'exciter le vomissement, onvrent-ils la bouche en tirant leurs pièces, ce qui donne à l'air une issue plus facile par le conduit d'Eustachi.

Ceci posé, on conçoit toute l'influence perturhatrice que les maladies dn tambonr, et plus fréquemment de la trompe, doivent exercer sur l'audition. La liaison morbide qui enchaîne la pathologie de la trompe avec celle dn pharynx étendra cette sphère de réaction, comme le cadre étiologique de la surdité; et, dans l'étude de la dysécie, l'exploration de l'arrière gorge devient de première nécessité. Nous allons voir quelles conditions diverses peuvent présider à ces phénomènes.

L'observation suivante déroule la série de symptômes et de désordres

(1) L'influence de l'exercice actif de la volonté sur le sens de l'ouïe a été fort bien developpée pour la veille et le sommeil, par M. le docteur Diday, dans son MEMOIRE SUR LES APPAREILS MUSCULAIRES ANNEXES AUX ORGANES DES SENS. (GAZ. MÉD., 1838.)

---

et sénile ennui ne sauraient gâter une bonne institution, et nous tenons pour elle les solennités annuelles de l'Académie. Resterait à en grandir le but; si respectable que soit la mémoire des morts, si magnifiques que soient les renommées que l'Académie inscrit dans le livre d'or de ses panégyriques, nous n'estimons point que l'appareil public de ces réunions ne puisse servir à quelque chose de plus nécessaire et de plus durable que cet éphémère retentissement de louanges préparées. Les prix que l'assemblée décerne en ce jour ne leur impriment pas non plus un suffisant cachet de grandeur et d'utilité; tout à l'heure nous dirons ce que nous attachons d'importance à ce luxe de la rémunération académique, organisée comme elle l'est; mais ne comprend-on pas dans la convocation solennelle des patriciens de notre carrière, un objet plus imposant, une efficacité plus largement calculée? Il est temps que l'Académie se porte dans la véritable voie de sa destination; les efforts de ceux qui lui souhaitent gloire et crédit doivent tendre à l'y faire entrer. Qu'elle cesse de se considérer exclusivement comme un aréopage scientifique: un échange de lettres ministérielles et de rapports, une perpétuelle gymnastique de paroles et d'écrits, tel ne saurait être le but de sa création. Ses rangs ne sont-ils composés que de savans, courbés jour et nuit sur les expériences de l'amphithéâtre ou du laboratoire, sans cesse entraînés dans les hauteurs de la spéculation? Non, ce sont des praticiens qui viennent s'asseoir là, dans l'enceinte de la rue de Poitiers, souillés encore de la noble poussière du métier, tout chauds du contact de leurs malades et des intérêts de leur profession. Qu'ils soient donc aussi les représentans de cette profession! qu'ils en étudient les besoins, les droits, les griefs méconnus! qu'ils prennent en main le soin de sa dignité; qu'ils revendiquent pour le sénat dont ils font partie les prérogatives d'une salubre juridiction! Quoi! l'Académie n'a été, n'est encore que le comité consultatif du charlatanisme et de l'industrie, requérant à prix d'argent ses faciles et inconsidérées délibérations par l'organe de l'administration supérieure! Au lieu d'opiner, qu'elle juge; au lieu de se laisser requérir pour aider à libeller certificats et brevets d'invention, qu'elle enveloppe le mercantilisme médical et pharmaceutique dans le réseau d'une inexorable et persévérante enquête! Puisque la législation promise se fait attendre, puisque la législation existante s'émousse dans l'oublieuse indulgence du ministère public, qu'elle s'occupe à aiguiser nos armes légales, qu'elle s'arroge la mission d'en user, qu'elle gourmande le zèle assoupi de la justice. Puis, viennent les séances annuelles: ce ne sera plus seulement une visite de famille au tombeau de quelque illustration éteinte; ce ne sera plus seulement un réglement de compte des rentes et capitaux attribués à l'Académie pour le déploiement d'une stérile munificence sous forme de prix et d'encouragemens: ce seront les états généraux de notre profession, ce seront les comices annuels de tout un peuple de savans laborieux qui grimpent, de par le monde, dans les âpres sentiers de l'existence qu'on leur a faite; au lieu de débiter à voix basse le programme de je ne sais combien de prix donnés, partagés, ajournés ou proposés, le président de cette décisive assemblée, organe d'une magistrature collective, dira la statistique des abus et des griefs redressés, les améliorations obtenues dans les différentes branches de l'exercice médical; après quoi l'on entendra avec plus de satisfaction et d'aise les pures et abondantes élégances d'une muse nécrologique; bien plus, dans la vie des célébrités qui viendront à mourir, celle ci pourra glorifier, à côté des heureuses productions du talent, les efforts non moins heureux qu'elles auront tentés pour la rédemption sociale de la médecine. L'inoculation de la

qu'amènent ces affections alors qu'on les néglige ou qu'on en méconnaît la nature :

SURDITÉ DE L'OREILLE GAUCHE, SUITE D'UNE PHLEGMASIE CHRONIQUE DE LA TROMPE ET DU PHARYNX ; GUÉRISON.

Obs. I. — Jean Marie Champal de Cublize (Rhône), voiturier, âgé de 57 ans, d'une assez bonne constitution, entra à l'Hôtel-Dieu le 16 février 1838, dans l'état suivant : depuis treize mois, l'arrière-gorge est le siége d'une inflammation chronique, qui empêche la déglutition et ne permet pas même au malade d'avaler sa salive, avec sensation d'âpreté au gosier; rougeur lie de vin de toute l'arrière-gorge; épaississement de la muqueuse et hypertrophie de la luette, qui retombe sur la base de la langue, et provoque des efforts continuels de vomissement. La sécrétion gutturale augmentée produit une salive épaisse, muqueuse et souvent puriforme, avec soif continuelle, insomnie et état général de dépérissement. L'ouïe n'est pas altérée; la vue est très affaiblie et les yeux sont injectés, comme chassés de leur orbite, sans doute par suite des vomissemens répétés, etc. J'attaquai la lésion du pharynx, origine de tout le mal (gargarisme avec un gros de sulfate d'albumine, une once de miel rosat et cinq onces d'eau d'orge; insufflations quotidiennes d'un mélange d'alun et de sucre en poudre; tisane d'orge coupée avec du lait; soupe de riz.)

Après quatre jours, il commence à pouvoir manger du pain, ce qu'il n'avait pas fait depuis longtemps; l'état du gosier s'améliore graduellement; l'inflammation s'efface, ainsi que la couleur lie de vin; l'hypertrophie de la luette disparaît peu à peu, et, avec elle, les vomituritions; les yeux sont moins saillans, la vue revient, et le malade se sentant bien sort le 22 mars.

L'arrière-gorge se maintient en bon état jusqu'au mois de septembre, époque où cet homme, exposé par sa vie errante et sans asile à toutes les vicissitudes de l'atmosphère, sent revenir le malaise guttural.

Le 20 octobre 1838, il rentre à l'hôpital avec une surdité incomplète mais progressive de l'oreille gauche, rougeur variqueuse de l'arrière-gorge, épaississement de la muqueuse, hypertrophie de la luette, engorgement et ulcération des deux amygdales, mais surtout de la gauche, hypersécrétion muqueuse et salivaire abondante, etc., la vue est abolie de l'œil gauche qui est déformé; l'état général est meilleur que précédemment (gargarisme, insufflations, tisane et régime comme la première fois; de plus, je touche tous les deux jours l'arrière-gorge avec une pierre d'alun). Cet homme fume malgré ma défense, ce qui contrarie l'effet des remèdes; néanmoins le 28 octobre, l'arrière-gorge est moins rouge, plus libre; le malade se sent beaucoup mieux, et commence à entendre le bruit d'une montre à quelques pouces de distance. La vue revient un peu.

Le 7 novembre, il reste quelques douleurs dans l'oreille; néanmoins l'ouïe s'est beaucoup améliorée: il entend assez bien et commence à distinguer les objets (vésicatoire à la nuque). Un soulagement prononcé dans les douleurs de l'oreille se manifeste de suite; la surdité disparaît peu à peu; l'état du gosier et l'engorgement des amygdales s'améliorent très notablement; la vue revient : un mieux général s'était rétabli, quand, le 11 novembre, des affaires pressantes l'obligent de sortir.

On voit ici d'une manière évidente l'influence de la médication à deux reprises différentes. De plus, on peut suivre les phases de la surdité se développant et se dissipant en raison directe de la marche progressive ou rétrograde de la maladie du pharynx. A mesure que la phlegmasie chronique obstruait l'orifice et le conduit de la trompe, la surdité s'établissait; cette circonstance est d'autant plus probante que nous avions affaire à une lésion facile à caractériser, en ce qui regarde le sens de l'ouïe. Ainsi la lésion productrice de la surdité résidait ici dans le pharynx, et c'était là la cause morbide fondamentale qu'il fallait attaquer.

On voit clairement dans cette observation la surdité suivre des progrès même de la phlegmasie gutturale; les signes physiques ne sont point toujours aussi sensibles; mais cette circonstance même démontre tout l'avantage des principes que j'ai posés, comme on le remarquera dans le fait suivant :

SURDITÉ DOUBLE; GUÉRISON.

Obs. II. — Olagner, âgé de 21 ans, voiturier, entre, le 24 juin 1838, salle d'Orléans, n° 146, pour une contusion du poignet gauche, étant affecté en outre d'une surdité double progressivement croissante depuis deux mois. Pour qu'il entendît, il fallait non seulement qu'on lui parlât très fort, mais encore qu'il regardât la personne qui lui parlait; bourdonnemens d'oreilles, douleurs de tête, déglutition douloureuse, rougeur de l'arrière-gorge avec engorgement de la muqueuse gutturale; la surdité paraissait un peu moins intense à droite qu'à gauche; mais était assez forte pour qu'on ne pût apprendre de suite les détails de sa maladie. (Le conduit auditif ne présentait ni inflammation ni écoulement.) Je remarquais seulement que, par suite de son état de voiturier, il était exposé à la pluie et à toutes les vicissitudes atmosphériques. Je traitai d'abord son poignet; puis le 28, vésicatoire à la nuque, suivi d'un purgatif; emploi quotidien d'un gargarisme aluminé avec deux insufflations par jour d'un mélange de sucre et de sulfate d'alumine par parties égales.

Amélioration de l'ouïe le troisième jour.

Le 4 juillet, il commence à entendre alors même qu'on lui parle à voix basse.

Il reste encore quelques bourdonnemens lorsqu'il mange, lorsqu'il a mâché (deuxième purgatif le 6). La déglutition devient libre, la rougeur gutturale se dissipe, l'ouïe revient, et se sentant guéri, il demande lui-même sa sortie le 8 juillet.

Ici je n'avais point assisté aux phases progressives de la maladie, mais les principes étaient posés par mes observations, et j'utilisai la théorie par une application opportune, comme dans l'exemple qui suit :

SURDITÉ DOUBLE PROGRESSIVE DEPUIS TROIS MOIS; GUÉRISON.

Obs. III. — Joseph Robin, âgé de 25 ans, agriculteur, tempérament lymphatique, intelligence très bornée, entre à l'Hôtel-Dieu le 11 juillet 1838. Depuis trois mois il est atteint de surdité sans cause connue; peu à peu une ophthalmie de l'œil gauche se déclare; il a perdu l'œil droit, il y a plusieurs années, dans le cours d'une maladie grave : il n'entend rien, à tel point que je n'en puis tirer aucun renseignement. L'oreille droite ne présente rien et semble entendre un peu quand on crie très fort; l'oreille gauche est humide, contient beaucoup de cérumen demi-liquide, et ne distingue nullement les sons articulés.

L'examen de l'arrière-gorge y fait reconnaître une sub-inflammation chronique avec hypersécrétion muqueuse s'étendant jusqu'aux trompes; l'œil n'est point enflammé, et se trouve seulement propulsé en avant, sans qu'on puisse en reconnaître la cause; la vue est conservée; l'état général bon. (Potion purgative avec sulfate de soude, gargarisme avec miel rosat et alun demi-gros; insufflation deux fois par jour dans l'arrière-gorge d'un mélange de sucre et de sulfate d'alumine un demi gros de chaque; collyre de sulfate de cuivre laudanisé.) Le lendemain, vésicatoire à la nuque. Amélioration de l'ouïe.

Le 17 juillet, le malade entend quand on lui parle fort, distingue les sons articulés et répond assez exactement.

Du 18 juillet au 12 août, le traitement est négligé ou suspendu pendant une absence que je fis pour cause d'indisposition.

Le 14 août, vésicatoire à la nuque, reprise du gargarisme et des insufflations.

Le 18 août, il entend bien, mieux encore de l'oreille droite; l'arrière-gorge est à peu près nette : le malade paraît affecter d'entendre moins qu'il n'entend réellement, parce qu'il a peur d'être renvoyé. Ses voisins assurent qu'il entend bien lorsqu'ils lui parlent sur le ton de la conversation. Il sort le 20 août 1838, ayant avoué lui-même son stratagème.

---

peste à Jaffa et la découverte de l'auscultation perdraient-elles à s'associer, dans la carrière des Desgenettes et des Laënnec, aux gestes d'un dévouement efficace aux intérêts outragés de la profession qu'ils ont ennoblie par leur gloire, quand ils pouvaient encore la relever par l'ascendant de leur crédit public et l'exigeante autorité de leur nom ?

Des séances annuelles, inspirées par ces vues, fondées sur les flagrans besoins de la profession médicale en France, ne se perdraient point dans les fugitives impressions de l'agitation quotidienne et laisseraient après elle quelque chose de plus qu'un bon discours; en attendant que nous assistions à ces positives solennités, disons ce que nous a laissé dans l'esprit la réunion de dimanche dernier. Elle a été administrative et littéraire : littéraire par la lecture de M. Bousquet et le style de M. Pariset; administrative par la dispensation des prix et médailles accoutumés. Ce dernier acte, suscité par une intention de progrès scientifique, nous paraît en effet se réduire aux proportions d'une mesure de comptabilité, par les résultats qu'il fournit habituellement. Les questions, mises au concours par l'Académie n'ont pas eu sur notre science la même influence que celles agitées autrefois par les programmes de l'Académie de chirurgie. A part la portée ou les limites très contestables des questions proposées, quels sont aujourd'hui les hommes de labeur et de savoir qui suspendant en eux l'impulsion de la spontanéité, attendent que l'oracle académique leur jette un sujet à traiter? que sort-il, pour la science, de toutes les élucubrations que fait éclore l'ambition d'une médaille? Les mémoires que l'Académie reçoit et couronne ne contribuent guère plus au développement de l'art que les discours et les pièces versifiées que le suffrage des quarante dénonce annuellement à l'admiration de la France n'ajoutent d'élémens réels au trésor de notre littérature nationale. Certaines fondations veulent être modifiées dans leurs conditions; voyez ce que devient, d'année en année, cette malheureuse question, toujours pendante, de l'influence de l'hérédité sur la surexcitation nerveuse! Les fonds dont l'Académie dispose pourraient fructifier autrement dans le double intérêt de la science et de la profession. C'est un sujet de motion, quelque peu radicale, que nous signalons à la ferveur novatrice de quelques académiciens, jaloux d'attacher leur nom à l'histoire de leur compagnie, et nous laissons à leur génie parlementaire le soin d'aplanir les difficultés légales qui s'opposent à cette réforme, digne de tous leurs efforts. Les prix Portal, Civrieux et de l'Académie sont remis; parmi les prix que rappelle le Bulletin imprimé de la séance figure, avec un amendement fort honnête, celui que M. Burdin a fondé en l'honneur du magnétisme animal ou plutôt de la clairvoyance à travers les corps opaque. Le Bulletin que nous avons sous les yeux n'exige pas la condition de l'état magnétique ou du somnambulisme; qu'une personne éveillée lise, non plus à travers un tissu de coton, de fil ou de soie, mais seulement à travers une simple feuille de papier placée à six pouces de la figure, et elle aura diminué de trois mille francs la fortune de M. Burdin : en vérité, on ne saurait dresser de meilleure grâce et à moins de frais un appétissant mât de cocagne à la gent pseudo-médicale qui pullule et chante au soleil de Paris.

M. Bousquet a ouvert la séance par l'éloge de M. Itard. L'orateur a payé sa dette à l'amitié, et c'est dans ce sentiment qu'il a puisé le courage d'empiéter sur les attributions littéraires du secrétaire perpétuel. M. Bousquet a peint avec simplicité les commencemens de M. Itard; il l'a pris au Val-de-Grâce, où, jeune élève militaire, il a puisé les premières notions de l'anatomie dans l'enseignement du baron Larrey. M. Itard, comme la plupart des médecins émi-

Le besoin de principes fixes était ici d'autant plus urgent pour servir de guide qu'on ne pouvait tirer aucun renseignement du malade.

Je passe à l'examen de la conduite à tenir lorsque l'affection devient complexe, en se combinant à des élémens divers, comme dans les observations qu'on va lire.

SURDITÉ CATARRHALE DE L'OREILLE GAUCHE AVEC OTHORRÉE ET COMPLICATION DE BRONCHITE AIGUE; GUÉRISON.

Obs. IV. — Marie Blauchardet, âgée de 31 ans, du département de l'Allier, blanchisseuse à Lyon depuis dix ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 17 octobre 1838, pour une bronchite aiguë, et de plus une surdité intense de l'oreille gauche. Elle était alitée depuis trois semaines. Il y a de la toux, beaucoup de dyspnée; des râles bronchiques, avec céphalalgie, rougeur de la face, fièvre intense, constipation. Elle est d'un tempérament lymphatique sanguin, d'une constitution assez forte, bien réglée d'ailleurs et jouissant auparavant d'une bonne santé.

De plus, surdité presque complète à gauche; rougeur inflammatoire dans le conduit auditif externe avec tuméfaction douloureuse à l'entour, léger écoulement muqueux, bourdonnemens, impossibilité d'ouvrir largement la bouche, gêne dans la déglutition, douleur au gosier, surtout à gauche, etc.

J'attaquai d'abord l'état général (saignée de bras, tisane de violette et de tilleul, potion calmante, diète, lavement huileux).

Le lendemain, mieux général; persistance des douleurs dans l'oreille (15 sangsues à l'apophyse mastoïde); soulagement très prononcé, écoulement muqueux plus abondant.

21 octobre. Amendement de la bronchite, l'arrière gorge parait rouge et congestionnée, la déglutition devient moins difficile (vésicatoire au bras gauche, pour agir à la fois contre la toux et l'othorrée).

23. L'écoulement persiste, abondant, jaunâtre et puriforme; l'arrière-gorge reste rouge (gargarisme avec un gros de sulfate d'alumine pour cinq onces d'eau d'orge; injection de même nature dans le conduit auditif; insufflation dans le gosier d'un mélange de sucre et d'alun en poudre).

La surdité diminue, ainsi que les bourdonnemens et la douleur.

Le 28, elle entend bien, et n'a presque plus de bruits encéphaliques.

Il survient, le 3 novembre, quelques douleurs de tête et d'oreille; avec pesanteur, etc. (10 sangsues à l'apophyse mastoïde gauche); la tête se dégage; la malade entend clairement; l'écoulement persiste.

Eau de Sedlitz le 5; vésicatoire à la nuque le 8.

L'écoulement diminue graduellement, et se trouve tari le 14. L'ouïe est dans un état de finesse très satisfaisant; il n'y a que quelques rares bourdonnemens. La malade se trouvant guérie demande elle-même sa sortie le 14 novembre, après vingt jours de traitement par les préparations d'alumine.

Cette observation est intéressante sous plus d'un rapport, et d'abord sous celui de la rapidité de la guérison et de la cure qui a été radicale; puis il est remarquable qu'il y avait ici concomitance de deux ordres de causes de surdité: ainsi, l'otite externe était compliquée d'un état fluxionnaire et phlogosique non seulement de la trompe d'Eustachi, mais encore des régions latérales du pharynx; le traitement par les applications aluminées combiné aux moyens convenables, a promptement fait justice de toutes ces complications, avec le soin de les traiter simultanément l'une et l'autre. Cette observation nous montre la conduite à tenir en pareille circonstance. En voici un autre exemple:

SURDITÉ CATARRHALE DOUBLE, SUITE DE COUCHES; GUÉRISON.

Obs. V. — Une ouvrière bijoutière en faux, d'une constitution assez forte, d'un tempérament lymphatique et sanguin, âgée de 27 ans, entre, le 16 juin 1838, pour une surdité incomplète des deux oreilles. Elle a été menstruée à 14 ans; elle est réglée assez bien tous les mois, et elle perd quelquefois beaucoup pendant quatre jours; elle a été antérieurement d'une bonne santé; jamais elle n'a eu mal aux oreilles; seulement, depuis trois ans, elle entend, de temps à autre, quelques bourdonnemens avec diminution notable de l'ouïe: elle n'est pas non plus sujette aux maux de gorge.

En mars 1838, elle eut une couche assez heureuse qui n'amena pas de dérangement dans les règles, lesquelles sont bientôt revenues; seulement, à la suite de cet accouchement, elle fut prise d'un affaiblissement de l'ouïe qui alla en augmentant, s'accompagna d'abord de démangeaison et puis d'écoulement par le conduit auditif. Ennuyée de ne plus entendre ce qui se passait autour d'elle, elle alla consulter M. Viricel, qui prescrivit l'application de quelques sangsues au-dessous des oreilles; elles furent placées en petit nombre; leurs piqûres déterminèrent de chaque côté un engorgement inflammatoire assez considérable et douloureux qui l'amena à l'hôpital le 10 juin, dans l'état suivant: les côtés du cou sont tuméfiés, durs, douloureux à la pression; les piqûres des sangsues sont enflammées. La malade ne peut entendre, à moins qu'on ne lui parle très fort et qu'elle n'ait le soin de regarder son interlocuteur. Le conduit auditif externe n'est pas enflammé; il est le siége d'un écoulement filant, oléagineux, du reste grisâtre et peu abondant. La malade entend des bruits, tantôt comme le murmure d'une rivière; tantôt comme le son du vent; tantôt comme le cri des oiseaux. En examinant l'arrière-gorge, je trouve que le voile du palais et les piliers sont rouges, couverts çà et là de mucus grisâtre et manifestement enflammés; du reste, la malade a de l'appétit; elle digère et dort passablement. (Applications de cataplasmes émolliens.)

Le 25, l'engorgement du cou a disparu; la rougeur de l'arrière-gorge et la surdité persistent. (Vésicatoires à la nuque; le lendemain, purgatif avec une once et demie de sulfate de soude.)

28. Pas d'amélioration. (Gargarisme avec le miel rosat et demi gros de sulfate d'alumine pour quatre onces de véhicule; deuxième purgatif le lendemain.)

Le 30, la malade commence à entendre assez bien; les bruits ont presque disparu. (Le premier vésicatoire étant sec, application d'un deuxième.)

2 juillet. L'ouïe va s'améliorant de plus en plus. (Troisième purgatif avec l'eau de Sedlitz; continuation du gargarisme.)

La malade sort le 3 juillet, ne souffrant plus de la gorge et entendant d'une manière très satisfaisante.

Tous ces faits sont des exemples bien probans de l'efficacité de la médication spéciale que j'ai employée et dont j'ai cherché à faire marcher la démonstration avec l'analyse des élémens étiologiques de la surdité. Sans ce diagnostic différentiel, il n'y a pas de médecine rationnelle possible, et les meilleures méthodes thérapeutiques doivent toujours finir par échouer. Voici des exemples de surdité de nature diverse.

SURDITÉ DE L'OREILLE DROITE COEXISTANT AVEC UN ABCÈS MASTOÏDIEN; GUÉRISON.

Obs. VI. — Un maçon, âgé de 32 ans, d'une forte constitution, et jusque-là d'une bonne santé, entre à l'Hôtel-Dieu le 7 juin 1838, accusant une vive douleur à l'apophyse mastoïde à droite, douleur qui existe depuis un mois, qui a suivi une marche progressivement croissante, et a entraîné la surdité de cette oreille.

Le méat auditif externe ne parait point enflammé; et cependant il en suinte un liquide oléagineux, peu abondant, d'un blanc grisâtre et d'apparence muqueuse; derrière l'oreille, je trouve une tuméfaction arrondie plus prononcée en largeur qu'en saillie, et siégeant sur l'apophyse mastoïde, comme si elle tenait à une altération organique de l'os; cette circonstance porta l'interne à croire à un développement exostosique de l'apophyse, ce qui ne laissait pas d'être conforme avec la marche lente de la maladie. Le malade n'entendait rien de cette oreille; la tumeur est dure, la peau tendue, la pression très douloureuse; je crus reconnaître profondément une fluctuation rénitente, mais obscure, ce qu'explique la densité de l'aponévrose résistante qui recouvre cette région; j'y plongeai la pointe d'un bistouri qu'il fallut enfoncer fort avant: un mélange de pus et de sang s'en écoula; la tumeur s'affaissa un peu. J'y fis ap-

---

rens de sa génération, a passé par cette carrière des officiers de santé militaires, si riche d'honneur et de dévouement, et si médiocrement appréciée. M. Bousquet suit M. Itard dans les travaux de métaphysique et de physiologie, qui ont marqué ses débuts; il entre avec lui dans la maison des sourds-muets, et nous le montre se dévouant avec une sorte de piété à l'éducation de ces infortunés. Ceci est la partie ingénieuse du travail de M. Bousquet; l'état moral des sourds-muets, leurs conditions spéciales d'organisation, leurs habitudes, leurs mœurs, leurs vertus, leur caractère enfin, ont été pour M. Itard l'objet d'une profonde étude, et, pour son panégyriste, le sujet d'une philosophique digression. Nous ne reproduirons pas tous les détails dans lesquels est entré M. Bousquet, les discussions qu'il a soulevées en passant sur le mode et la quantité d'audition des sourds-muets, sur la séparation établie par Itard entre les maladies de l'oreille et celles de l'ouïe; entre les lésions de tissu et celles de fonction; sur les résultats obtenus par la perforation du tympan et le cathétérisme de la trompe d'Eustache, sur le rapport générateur qui lie la parole à l'idée, etc. Quel résultat ont fourni à la science et à l'humanité les recherches si longues et si minutieuses du médecin des Sourds-Muets? M. Bousquet nous l'a dit: c'est qu'il n'existe nul remède contre la surdi-mutité de naissance; et renonçant à la guérir, Itard n'a plus songé qu'à en corriger les effets par une bonne éducation. La mélancolie qui formait le fond de son caractère a coloré la partie du discours destinée à le retracer. M. Bousquet nous a fait pénétrer dans l'intimité triste et bénigne de cette intelligence active, chagrine, incrédule à la science, tout en travaillant à en hâter le progrès. Un seul trait suffit à peindre Itard: il n'a pas voulu que l'autopsie interrogeât ses organes, convaincu que l'anatomie pathologique n'ajoutera rien, par ses découvertes, à nos moyens curateurs, et que nulle puissance ne réussit à nous soustraire à ces deux lamentables et fatales conditions de notre existence: souffrir et mourir. Tout le monde sait les legs que cet homme bienfaisant a institués par son testament; M. Bousquet a su les faire valoir pour l'honneur de son cœur, et l'émotion de l'auditoire a répondu par des applaudissemens à celle de l'orateur.

Comment louer un éloge de M. Pariset? Le spirituel et disert secrétaire a depuis longtemps épuisé le vocabulaire de notre admiration. Qui ne sait ce qu'il y a dans l'esprit de M. Pariset de faces et de facettes brillantes, d'abondance et d'élégante vertu dans sa plume, de richesse et d'éclat dans son imagination, de finesse et de nouveauté dans ses aperçus? Qui contourne avec plus d'agilité tous les côtés d'une individualité historique, qui explore d'une touche plus délicate tous les accidens d'une physionomie médicale? Qui sait répandre plus de clarté sur les détails les plus complexes et les plus obscurs de la science, détacher avec plus de relief, nuancer plus vivement tous les faits qui surgissent d'une observation subtile, fugitive? Qui peut lui disputer le privilége des digressions heureuses et l'art de captiver par les incidences de la pensée, comme d'autres font par l'allure directe et rectiligne de leurs développemens? M. Pariset est au nombre de ces esprits multiples et vivaces qui se créent plusieurs sentiers à travers le même sujet et les sèment tous, à la fois, d'idées ingénieuses et de mots heureux. A un esprit doué de telles qualités, livrez un sujet comme l'éloge de Laënnec, et vous pressentez avec quel art il éclaircira, pour les moins initiés, le mystère des phénomènes qui se passent dans les organes de la respiration, avec quelle netteté il rendra toutes les nuances de retentissement physiologique ou morbide, dont ils sont le siége et l'instru-

pliquer des cataplasmes émolliens et maintenir une mèche tant qu'il y eut de la suppuration; je donnai un purgatif.

La douleur s'en alla avec la tuméfaction; la surdité disparut; l'écoulement auriculaire se tarit, et le malade se sentant guéri demanda sa sortie le 14 juin.

Cette observation présente à considérer 1° une cause de surdité peu commune; 2° l'existence d'un écoulement muqueux, sans que le méat fût enflammé, et paraissant tenir à une hypersécrétion morbide sympathique siégeant dans la région mastoïdienne.

Je passe à une lésion isolée de la trompe, sans signes extérieurs bien sensibles, et sans autres symptômes que la douleur locale et la surdité.

SURDITÉ DE L'OREILLE GAUCHE, OCCASIONNÉE PAR UNE INFLAMMATION AIGUE DE LA TROMPE; GUÉRISON.

Obs. VII.—Le 12 août 1832, par une grande chaleur, un étudiant en médecine se baignant dans le Rhône, plongea plusieurs fois; dans la journée, sentiment de pesanteur douloureuse dans l'oreille gauche, impression du froid pénible; introduction d'un bourdonnet de charpie imbibée de baume tranquille. Dans la nuit, mouvement fébrile avec douleur très vive dans l'oreille. Le lendemain, faiblesse, inappétence, soif, langue muqueuse; surdité incomplète de cette oreille. Il rapporte ses douleurs à la caisse du tympan et à la trompe. Tempérament nervoso-sanguin, constitution bonne et pléthorique. Je fais appliquer sept sangsues qui saignent beaucoup; pédiluve sinapisé où il éprouve un commencement de syncope.

Le 14, troisième jour, soif, constipation, anorexie. Il remarque pendant plusieurs jours que, quand il ne boit pas chaud, la surdité augmente momentanément, et qu'elle diminue au contraire quand il se gargarise longtemps l'arrière-gorge avec des boissons chaudes. Quand il se mouche un peu fort, il lui semble que quelque chose lui éclate dans l'oreille. Le mucus mouché est verdâtre. Le matin en se levant il éprouve jusqu'au 20 un goût d'amertume dans le gosier, ce qui me fait soupçonner un léger écoulement par la trompe d'Eustachi. La surdité, sans être complète, était assez forte. Elle diminue progressivement après les sangsues, l'impression de l'air reste quelque temps douloureuse; le méat auditif est garni de coton. Par l'usage seul des gargarismes chauds, la maladie est terminée le 21; l'ouïe revient complétement; la cure s'est maintenue jusqu'à ce jour (1839), sans aucune altération nouvelle des facultés auditives. La durée de l'otite a été de dix jours.

Ce fait me paraît digne d'intérêt, en ce qu'il nous offre un exemple de l'inflammation isolée de la trompe, dont les caractères serviront à mieux établir le diagnostic différentiel, si nécessaire pour la thérapeutique. L'étiologie est toute différente dans le cas suivant.

SURDITÉ NERVEUSE DE L'OREILLE DROITE, D'ORIGINE TRAUMATIQUE; GUÉRISON.

Obs. VIII.—François Desvignes, veloutier, fut assailli, le 17 septembre 1838, par un voleur, qui lui asséna un violent coup de poing sur la région auriculaire droite. Renversé sans connaissance, il resta dans cet état pendant dix ans environ. Lorsqu'il reprit ses sens, il éprouva une douleur vive dans toute la tête, avec perception d'un son aigu et continu dans l'oreille droite. Quelques caillots sanguins sortirent par le conduit auditif du même côté. Les vertiges, les défaillances et les nausées, suite de son accident, ayant persisté pendant deux jours, on l'amena à l'Hôtel-Dieu, le 20 septembre, dans l'état suivant : pâleur, air de stupeur, parole lente et difficile; les réponses sont néanmoins justes. Nausées, défaillances, douleurs de tête, langue couverte d'un épais enduit blanchâtre.

Dans la région où a porté le coup, on ne trouve aucune trace de contusion; il se plaint seulement d'avoir toujours eu, depuis la sortie des caillots de sang, un léger suintement liquide par l'oreille. L'ouïe de ce côté est entièrement abolie; le bourdonnement est continuel; dans le milieu de la journée, il a perçu un bruit de cloches à timbre clair et de différens tons, bruit qui n'a persisté que pendant dix minutes environ. (12 sangsues derrière l'oreille.)

Le 21, la céphalalgie a diminué; elle est surtout moins vive quand le malade repose sa tête sur l'oreiller; dès qu'il se met sur son séant, il survient immédiatement des pesanteurs de tête, des étourdissemens, un trouble de la vue et une sorte de douleur vive et rapide qui s'étend d'une oreille à l'autre et cesse aussitôt; même bourdonnement d'oreille.

Le 22, huit sangsues derrière l'oreille.

Le 27, amélioration sensible; il ne reste qu'une légère susceptibilité aux étourdissemens dans la position verticale. Les bourdonnemens persistent encore, mais ils sont beaucoup moins prononcés; la figure s'est animée; la parole est plus nette; l'appétit revient à son type normal; l'audition ne s'est pourtant pas encore rétablie. (Vésicatoire au bras.)

Le 28, même état; il n'entend pas le bruit d'une montre appliquée sur l'oreille droite. Du reste, la surdité n'est pas complète comme les premiers jours.

Le 30, amélioration progressive, mais lente; il existe encore quelques bourdonnemens, et l'ouïe, quoique devenue plus fine, n'a pas, à beaucoup près, la même délicatesse dans l'oreille droite que dans la gauche.

Les premiers jours d'octobre, M. Pétrequin lui fait appliquer de nouveau 12 sangsues derrière l'oreille, et donne ensuite un purgatif. Deux mouches sont successivement appliquées à l'apophyse mastoïde, et le 18 il commence à entendre le bruit d'une montre; l'ouïe revient, mais il persiste quelques bruits.

Le 26, nouvelle mouche à l'oreille, avec du coton saupoudré de camphre dans le méat auditif.

Le 1er novembre, le malade sort, entendant bien, quoiqu'il y ait encore quelques bruits anormaux. *(Recueillie par M. Couturier, interne.)*

Je passe à une série de faits où la méthode que j'expose a réussi dans des surdités anciennes, déjà traitées par d'autres moyens et d'autres praticiens.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DES TUMEURS SYNOVIALES PAR L'INCISION SOUS-CUTANÉE; adressée à l'Académie royale de médecine, et communiquée par M. le docteur Barthélemy, chirurgien de l'hôpital du Gros Caillou.

Frappé, d'une part, de l'insuffisance des réfrigérans, des frictions mercurielles, de la compression, des vésicatoires, de l'écrasement et des ponctions pour guérir radicalement les tumeurs synoviales; et, d'autre part, des accidens parfois si redoutables attachés au traitement de ces tumeurs par le séton, les injections irritantes, l'incision et l'ablation complète, j'ai songé à leur appliquer la méthode des *sections sous-cutanées*, dont les principes et les avantages ont été si bien établis par M. J. Guérin.

Un jour que j'assistais à une application que ce chirurgien faisait de cette méthode à la section des muscles du cou, j'ai conçu immédiatement l'idée de l'étendre au traitement des tumeurs synoviales. En conséquence, le 14 novembre 1838, j'ai publié, dans la Lancette, un procédé qui consiste à glisser sous la peau à laquelle on a fait un pli, une espèce de fer de lance mince, allongé, porté sur une tige cylindrique, lon-

---

ment : toute cette gamme étrange de bruits, de râles, de murmures, de chants maladifs, il la traduit de l'oreille au regard du lecteur ; sa plume continue le cylindre interrogateur que Laënnec applique à la poitrine et elle transmet et fixe au papier tout ce qui vibre à l'oreille. Même fortune de style, quand il recommence avec Laënnec l'étude et la classification des entozoaires, innombrables peuplades auxquelles nos tissus donnent l'hospitalité et dont il déroule, en quelques lignes, les conditions d'existence et de génération. Mais ne gâtons pas au lecteur, par une défloration louangeuse, le plaisir qu'il trouvera dans la nouvelle production de M. Pariset. Pour nous, ce n'est pas sans une intime satisfaction que nous en avons entendu la lecture. Il nous reste donc, dans notre science, un représentant de la bonne littérature, un homme de style et de beau langage; l'art des éloges historiques, l'art des Fontenelle, des Vicq-d'Azyr, des Cuvier, a donc parmi nous sa tradition vivante, et si l'Académie de médecine, héritière dégénérée de ses deux aïeules, ne peut répondre de ses discussions à la grammaire et au goût, elle a aussi, grâce à son panégyriste officiel, ses jours de pure et splendide éloquence (1).

M. L.

CLINIQUE DES DIFFORMITÉS.

M. le docteur Jules Guérin a terminé samedi 30 novembre la première partie de ses conférences sur les difformités du système osseux, à l'hôpital des enfans malades. La partie dogmatique de ces conférences sera reprise au mois d'avril prochain. Dans l'intervalle, M. Jules Guérin continuera à faire tous les samedis, à dix heures précises, à l'hôpital, les opérations réclamées par les malades du service, et la consultation des malades du dehors. Le professeur continuera également à présenter, à l'occasion de chacun de ces sujets, les considérations pratiques qui lui seraient suggérées par leurs difformités.

— L'Esculape, journal des spécialités médico-chirurgicales, dans un numéro double, accompagné d'un supplément, vient de publier, en entier, l'Eloge de Broussais, prononcé par le professeur Bérard lors de la rentrée de la Faculté de médecine. Nous croyons être agréables aux amis et admirateurs de Broussais en leur annonçant que ce numéro se vend séparément (au bureau de l'Esculape, rue Chanoinesse, 8, et chez J.-B. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17), au profit du monument qu'on élève à Broussais.

— M. le docteur Maillot, professeur à l'hôpital d'instruction de Metz, a été nommé chevalier de la Légion-d'Honneur.

— M. le docteur Hamraux vient d'être nommé professeur d'hygiène et de physique médicale à la Faculté de Strasbourg, à la suite du concours ouvert devant cette Faculté.

(1) Nous publierons dans notre prochain numéro quelques extraits de l'éloge de Laënnec.

gue de deux pouces et coudée près du manche de l'instrument. On s'avance de loin sous la peau, vers le côté gauche du ganglion que l'on fend en deux comme une amande, après quoi l'instrument est retiré par la ponction d'entrée, de telle sorte que l'opération se trouve tout à fait exempte du contact de l'air. La liqueur que le kyste contient se répandant dans le tissu cellulaire, il disparaît aussitôt et ne laisse pour ainsi dire aucune chance de ces récidives dont tous les autres moyens thérapeutiques sont entachés. C'est du moins ce que les prévisions théoriques permettent d'espérer.

M. Chaumet, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Bordeaux, vient de se servir de ce procédé 1° sur madame Suzane Ricard, épouse d'un tailleur; 2° sur une jeune fille des Landes. Dans la communication que cet honorable confrère a bien voulu me faire de ces deux observations, il me dit qu'il s'est avancé d'un peu loin vers les tumeurs, qu'il a seulement ponctionnées avec une aiguille à cataracte, et qu'elles se sont affaissées à l'instant même. Après que son instrument a été retiré, il a appliqué sur tout le lieu de l'opération des compresses froides qu'il a maintenues par quelques tours de bande légèrement serrés. En peu de jours, il a conduit ses deux opérés à une guérison qu'aucun accident inflammatoire n'est venu traverser.

J'aurais préféré que M. Chaumet appliquât mon procédé pur et qu'il fendît les tumeurs. L'expérience a en effet démontré qu'avec la ponction seulement, ces maladies sont fort sujettes à se reproduire. M. Velpeau (dans ses NOUVEAUX ÉLÉMENS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE) dit qu'il en a assez souvent opéré par la ponction sous-cutanée, *sans avoir jamais obtenu de guérison radicale*. Aussi voudrait-il qu'on ajoutât à ce moyen le vésicatoire et la compression.

M. Maréchal, chirurgien aide-major au 15e de ligne, qui est venu dernièrement me prier de lui confier l'instrument que j'ai fait faire *ad hoc*, s'est conformé à toutes les indications de mon procédé sur un officier d'artillerie, de Vincennes; seulement, au lieu de glisser la lame sur la partie gauche du ganglion, comme je le conseille, il l'a portée directement sur la partie moyenne, l'a percé de part en part, et n'a eu, pour l'inciser en entier, qu'à incliner son double tranchant à droite et à gauche. Cette légère modification à mon procédé peut avoir l'avantage d'en faciliter l'exécution; c'est ce que pense M. Maréchal, et peut-être a-t-il raison. Du reste, il a terminé son opération en retirant l'instrument avec les précautions exigées. Des compresses trempées dans l'eau froide, une compression légère et le repos absolu du membre opéré ont amené une guérison aussi prompte que facile.

Les trois observations précédentes suffisent, je pense, pour démontrer la possibilité d'appliquer la méthode des sections sous-cutanées à la cure des tumeurs synoviales, et tendent à confirmer les prévisions que M. J. Guérin a exprimées à l'égard des services que ce mode opératoire nouveau est susceptible de rendre à la chirurgie.

Je me propose d'appliquer prochainement la même méthode à la destruction sous la peau, avec un instrument *ad hoc*, d'un lipôme assez volumineux situé sur la partie postérieure du cou, chez une dame qui ne veut entendre parler d'aucune opération sanglante.

NOTE DU RÉDACTEUR. Nous sommes heureux de publier ces premières applications de la méthode sous-cutanée. Le procédé de M. Barthélemy nous paraît réunir toutes les conditions de succès; ce procédé ne peut pas être confondu avec ceux qu'on avait imaginés précédemment pour faire la ponction directe des tumeurs: la méthode est différente, l'application différente, les résultats non moins différens. M. le docteur Malgaigne nous a informé qu'il est parvenu, de son côté, à l'hôpital de la Charité, aux mêmes résultats que M. le docteur Barthélemy. Nous nous empresserons de publier les résultats obtenus par M. Malgaigne, lorsqu'il aura bien voulu nous les communiquer.

NOTE SUR UN INSTRUMENT IMAGINÉ PAR M. THACHER, POUR OPÉRER LA SECTION DES OS, communiquée par M. le docteur CHASSAIGNAC, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Je viens vous faire connaître un instrument nouveau qu'a imaginé l'un des élèves les plus distingués de mes cours de médecine opératoire, M. Thacher.

L'instrument de M. Thacher, destiné à la section des os, réalise certaines combinaisons mécaniques qui jusqu'ici ne s'étaient pas rencontrées en chirurgie.

Ce n'a pas été sans beaucoup d'essais et de tâtonnemens que M. Thacher est parvenu à donner à l'instrument dont il s'agit la forme qu'il lui a définitivement conservée. Le choix auquel s'est arrêté l'auteur pour chacune des parties de l'instrument, dans ses moindres détails, n'a été décidé qu'après une appréciation minutieuse de tous les autres modes d'exécution que l'on pouvait employer pour arriver au même but. Aussi je crois pouvoir dire, d'après les communications verbales qui m'ont été faites par M. Thacher, que ce chirurgien habile a montré dans la construction de son instrument, toutes les ressources de cette patience américaine, si persévérante et si ingénieuse dans l'invention des mécanismes. C'est en août 1837 que M. Thacher a soutenu sur ce sujet une thèse présentée par lui, à la Faculté de médecine du Massachussets (États-Unis d'Amérique), comme on peut le voir en consultant les archives de cette Faculté. Depuis cette époque, sans faire subir à l'instrument aucun changement fondamental, M. Thacher y a apporté plusieurs modifications.

Cet instrument, que je propose d'appeler scie *métacarpienne* ou scie de Thacher, n'est pas seulement applicable aux os du métacarpe ou du métatarse; elle peut rendre les plus grands services toutes les fois qu'il s'agit de couper sans ébranlement un os d'un volume peu considérable. Elle a ceci de très avantageux que ne nécessitant pas comme toutes les autres scies la fixation préalable de l'os à diviser, elle remplit à la fois la double fonction de fixer l'os, de l'élever au-dessus des parties dans lesquelles il est enfoncé, de l'atteindre dans une position profonde ou de le réséquer s'il se projette extérieurement, par suite d'un déplacement accidentel. A tous ces titres, cette scie s'applique parfaitement bien aux os du métacarpe, à ceux du métatarse, aux côtes, aux phalanges, au péroné, à la clavicule, à la résection d'éminences osseuses telles que l'apophyse coracoïde. Le même instrument pourrait s'appliquer à la section de l'os maxillaire inférieur. Toutefois, je ferai remarquer qu'au delà d'une certaine limite l'instrument perdrait de sa force et de ses avantages, à mesure qu'il s'éloignerait de ses dimensions primitives.

Le principe sur lequel repose la construction de cet instrument est la combinaison de la pince articulée unie à la scie circulaire avec un arbre qui met la scie en mouvement.

Les pinces ont la grandeur des leviers ordinaires, et les deux manches de la pince taillés en lime, se séparent l'un de l'autre par le jeu d'un puissant ressort. L'une des branches de la pince que j'appelle branche femelle ou élévatrice, ou branche *garde-scie*, se place au-dessous de l'os à diviser. Elle présente à onze lignes de l'articulation des deux branches un prolongement semi-circulaire en forme de *C* ou de faucille; ce prolongement est aplati dans le sens de la courbure. Sur la partie moyenne de cette courbe règne dans toute sa longueur une coulisse qui, lorsque les deux branches sont aussi rapprochées que possible, reçoit la courbure de la scie circulaire sans que, quel que soit le rapprochement des deux branches, la scie puisse déborder l'épaisseur de cette coulisse et venir toucher aux parties subjacentes. Le demi-anneau dont nous venons de parler est donc à la fois une sorte de levier qui va s'engager comme un élévateur au-dessous de l'os à diviser, et de l'autre un moyen de protection pour les parties subjacentes qui ne peuvent être atteintes par la scie, bien que cette dernière arrivant jusque dans la coulisse ait nécessairement divisé de la manière la plus complète, tout ce qui se trouve embrassé par la concavité de la branche élévatrice ou enveloppante.

La pièce à coulisse dont nous venons de parler est articulée avec l'instrument, de manière à pouvoir être changée par une pièce plus grande ou par une plus petite, car chaque scie demande un garde-scie particulier.

L'autre branche de l'instrument que j'appelle branche mâle, se projette au-delà de l'articulation, dans une étendue d'environ deux pouces et demi. La partie de projection est perforée longitudinalement par une coulisse qui reçoit dans son intérieur le disque de la scie; la branche porte-scie présente une perforation transversale à travers laquelle perce l'arbre qui traverse en même temps le centre du disque. L'arbre et la scie sont fixés à la branche de l'instrument au moyen de deux coussinets fixés avec deux vis. L'arbre s'étend dans une longueur d'environ trois pouces et présente à son extrémité un levier perpendiculaire à sa longueur, et qui sert à faire tourner la scie. Le diamètre du disque de la scie peut être de un à deux pouces. Toutes les pièces de l'instrument se démontent avec beaucoup de facilité.

En résumé, ces pinces, avec le ressort interposé, s'écartent de manière à ce que la branche femelle descende au-dessous de l'os à couper. La longueur de l'arbre est assez grande pour que l'action de la manivelle ne soit point empêchée par le contact du membre malade; le levier transversal faisant l'office de manivelle à l'extrémité de l'arbre, permet à la main de l'opérateur d'user de toute sa force. La branche garde-scie, par sa courbure, protège les parties et ne laisse à la scie que ce qui doit être dans la sphère de son action, fixe l'os et en même temps s'élève de manière que la scie n'est jamais engrenée.

D'un autre côté, la scie ayant un pouce ou plus de diamètre à trois pouces, et comme on peut la faire tourner en une seconde, l'on com-

prend facilement qu'elle coupe l'os avec presque autant de rapidité que le scalpel coupe les chairs.

Les essais que j'ai faits de la scie métacarpienne de Thacher, dans mon dernier cours de médecine opératoire, ont pleinement justifié ce que je viens de dire des avantages de cet instrument.

Puisque j'en suis à l'article de perfectionnemens apportés aux instrumens de chirurgie, permettez-moi, M. le rédacteur, de faire connaître à vos lecteurs un autre instrument que l'un des élèves de mon cours de médecine opératoire, M. Dufour, a tout récemment imaginé. Cet instrument est une pince dont les branches sont courbées sous un angle égal à celui du porte-canule de Dupuytren; elles se croisent au niveau de cette courbure, de manière à ce que les mors s'écartent quand on presse sur elles. Lorsque la pression cesse, les extrémités se rapprochent exactement, et forment une tige analogue à celle du porte-canule, offrant à quelques lignes de la courbure trois échancrures circulaires, pour s'accommoder à des canules de différentes longueurs.

Lors donc qu'on a introduit cette tige dans la canule, il suffit de presser sur les branches de la pince pour que les deux moitiés de la tige terminale s'écartent; une des échancrures vient se loger au-dessous du rebord saillant dont l'intérieur de la canule est muni, ne permet plus à celle-ci de s'échapper tant que dure la pression.

Cet instrument offre plusieurs avantages :

1° Pour porter la canule dans le canal nasal, on n'a pas besoin de la maintenir avec le pouce, comme il faut presque toujours faire avec le porte-canule de Dupuytren, ce qui donne à l'opération plus de grâce et de facilité.

2° Si la canule paraît avoir pris une mauvaise direction, on peut la retirer immédiatement sans changer d'instrument. On évite par conséquent une perte de temps, des souffrances au malade, et à soi-même des désagrémens faciles à concevoir.

3° On voit qu'un instrument suffit pour poser et extraire la canule. En outre, les mors de cette pince sont munis de petits crochets qui la rendent utile pour plusieurs opérations sur l'organe de la vue, et notamment pour l'extraction des corps étrangers.

NOTE SUR LA CONSERVATION DES CADAVRES POUR LES ÉTUDES D'ANATOMIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE SANS ALTÉRER LA COULEUR OU LA DENSITÉ DES TISSUS; par M. le docteur CH. DUJAT.

Jusqu'à présent on n'était pas parvenu à s'opposer à la putréfaction des substances animales sans changer l'aspect des tissus; les injections alumineuses, quoiqu'ayant rendu des services réels dans ces derniers temps, altèrent les instrumens et donnent aux muscles, aux vaisseaux, aux nerfs, une teinte blanche uniforme qui ne permet pas de les distinguer facilement; aussi l'usage n'en est-il pas devenu aussi général qu'on aurait pu le penser.

Il n'est donc pas sans intérêt de faire connaître un procédé facile pour prévenir la décomposition putride sans changer en rien l'aspect des parties. C'est surtout dans les pays entre les tropiques que les études anatomiques étaient rendues difficiles par la putréfaction rapide des cadavres en toutes saisons; mais depuis que le docteur R. O'Shanghnessey a essayé pour les dissections les injections arsénicales recommandées par le docteur Tranchina, de Palerme, pour conserver les cadavres, les études anatomiques sont suivies dans le collége médical des natifs à Calcutta avec plus de facilité même que chez nous (1).

L'hiver dernier et récemment aussi à l'École pratique de Paris, j'ai injecté plusieurs sujets par ce procédé, et le succès a été complet; le cerveau, après plusieurs semaines, était aussi ferme qu'on le trouve à l'autopsie; les altérations pathologiques des divers organes avaient conservé leur aspect ordinaire. Le bras d'un sujet injecté avec la solution arsénicale en mars dernier a été tenu dans un lieu renfermé pour en retarder la dessiccation; trois mois après il était dans un état de conservation parfaite, il aurait pu encore être disséqué; il s'est complétement desséché depuis, les muscles sont d'un rouge foncé, sans autre altération de couleur. Le onze octobre dernier, j'ai suspendu la putréfaction déjà avancée d'un cadavre par l'injection arsénicale, et j'en conserve encore aujourd'hui (26 novembre) des parties qui ne présentent d'autre différence avec celles prises sur un sujet mort depuis peu de jours que le décollement de l'épiderme. Des pièces en état de putréfaction macérées dans ce liquide ont perdu leur odeur et se sont conservées fort bien.

(1) Cette institution fondée ces dernières années pour l'éducation médicale des indigènes, compte une centaine d'élèves. Le zèle et l'intelligence des jeunes Indoux, la bonne direction donnée aux études, font espérer qu'il en sortira des sujets d'une instruction solide.

On conçoit tout l'avantage de ce procédé pour les préparations de pièces anatomiques et pour les dessiccateurs dans cette partie, puisque même les pièces d'anatomie pathologique conservent ainsi leur aspect primitif, jusqu'à ce qu'elles se dessèchent.

Ce moyen est aussi précieux pour les préparations des squelettes avec les ligamens; il suffit de leur donner plusieurs couches ou mieux un bain de la solution chaude d'arsenic pour les mettre à l'abri des insectes et conserver les os. Comme l'injection arséoicale poussée avec assez de force pénètre tous les tissus, elle offre encore pour conserver les peaux d'animaux, à empailler, un moyen d'autant plus certain, que l'opération aura été faite avant que l'animal ait perdu toute sa chaleur.

J'avais cru que le docteur R. O'Shanghnessey avait eu le premier l'idée de conserver les sujets po[illegible] études anatomiques par l'acide arsénieux; mais j'ai appris depuis [illegible]rofesseur Dudley, aux États-Unis, depuis plus de quinze ans fait in[illegible] ainsi les sujets soumis à la dissection dans l'école de Levington. Chanssier lui-même paraît avoir employé ce procédé pour conserver les cadavres.

Les propriétés vénéneuses de l'arsenic pourraient faire craindre de populariser ce moyen; des accidens sont arrivés chez des hommes qui avaient eu pendant plusieurs heures les mains baignées et comme macérées dans une solution d'arsenic; les mêmes circonstances ne se rencontrent pas sur la dissection; les mains ne sont humectées par le liquide du cadavre qu'accidentellement et pour un temps très court. D'un autre côté, l'acide arsénieux peu soluble à froid, se dépose en grande partie dans la trame des tissus, et le liquide en contient très peu. Les craintes manifestées sur l'emploi de ce procédé sont donc exagérées; je suis même persuadé qu'il rend moins dangereuses les piqures faites en disséquant; les atomes d'acide arsénieux qui pourraient être absorbés par les points dénudés de la peau ne peuvent alarmer que des homéopathes; on a craint le dégagement d'hydrogène arséniqué, mais il ne peut s'en former, puisque la décomposition putride n'a pas lieu. D'ailleurs le meilleur juge en toutes choses, l'expérience, a démontré que ces craintes étaient mal fondées, puisque à Paris, à Calcutta, à Levington, de nombreux élèves ont disséqué ces sujets et ne s'en sont pas trouvés incommodés; d'un autre côté, j'ai réduit à quatre onces et même deux onces la dose d'acide arsénieux au lieu d'un kilogramme recommandé par le docteur Tranchina pour l'injection d'un seul cadavre.

Voici le procédé tel que je l'emploie :

Acide arsénieux en poudre, quatre onces.
Eau commune, trois livres.

Je fais bouillir pendant cinq à dix minutes dans un poêlon de terre ou autre, et avec une seringue domestique, *non grasse*, j'injecte le liquide par l'artère crurale ou carotide dans laquelle un bout de grosse sonde a été fixé; la seringue ne contenant qu'une livre de liquide, on est obligé de la charger trois fois pour les trois livres de solution. Celle-ci doit être employée chaude; car, comme je l'ai dit plus haut, l'acide arsénieux se dépose en partie par le refroidissement. Il est bon de pousser l'injection avec une force modérée chez les vieillards surtout, afin qu'elle pénètre les os, les ligamens, et autres parties qui ne reçoivent que de petits vaisseaux. Pour les sujets qui doivent servir à l'angiologie, on laisse pendant vingt-quatre heures la solution pénétrer les tissus et débarrasser ainsi les vaisseaux avant de faire l'injection grasse; cette seconde opération réussit tout aussi bien que si la première n'avait pas eu lieu. Pour les dissections ordinaires, j'ai quelquefois injecté seulement deux onces d'arsenic dans deux livres d'eau; mais cette quantité de liquide n'étant pas suffisante pour pénétrer toutes les parties d'un sujet de grande dimension, j'ai vu celles qui recevaient peu de vaisseaux artériels être atteintes de vers en quelques points et se putréfier, mais jamais les autres parties.

Lorsque le sujet est destiné à être conservé indéfiniment, il faut répéter l'injection à la même dose une seconde et même une troisième fois, à quelques heures d'intervalle, lorsque la première aura déjà bien pénétré les tissus. Je suis fondé à croire qu'un cadavre pénétré de douze onces d'acide arsénieux sera pour toujours à l'abri de la décomposition putride, quel que soit le milieu où il sera déposé.

La solution du deuto-clorure de mercure n'est pas un moyen assuré de conservation; ce sel finit par passer à l'état de proto-chlorure, et même par se réduire à l'état métallique, et ne possède plus dans ces deux cas les mêmes qualités préservatrices, tandis que toutes les combinaisons d'arsenic s'opposent à la putréfaction.

On a conseillé dans ces derniers temps une solution de créosote, et tout récemment les docteurs Babington et Rees (GUYS HOSPITAL REPORTS, n° 9, octobre 1839, p. 142), ont conseillé l'esprit pyroxalique. Ces liquides conservent, il paraît, très bien les sujets; mais leur odeur désagréable et leur prix élevé empêchent d'en populariser l'usage; l'acide arsénieux n'a pas d'odeur, et la quantité nécessaire pour un sujet ne va pas au-delà du prix de vingt centimes.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1839.

PROCÉDÉ POUR OBTENIR LE FER MÉTALLIQUE PAR LA VOIE HUMIDE.

M. Capitaine indique le procédé suivant comme étant à la fois facile et prompt.

Il suffit de plonger du zinc pur dans une dissolution de proto-chlorure de fer aussi neutre que possible. Peu de temps suffit, surtout si l'on porte la liqueur à l'ébullition pour que le zinc devienne cassant et attirable à l'aimant, et, en prolongeant l'immersion, on ne trouve plus qu'un fragment friable de fer pur. Cependant, comme on pourrait craindre qu'il ne restât toujours un peu de fer non attaqué, M. Capitaine a imaginé, pour échapper à cet inconvénient, d'immerger dans la dissolution de fer une lame de cuivre bien décapée et soudée à un morceau de zinc par une de ses extrémités. C'est à peu de chose près l'appareil que l'on emploie pour obtenir l'arbre de saturne, et il agit sans doute de la même manière. Le fer se dépose sur le cuivre en couche mince et friable doué de l'éclat métallique, mais ne présentant aucune idée de cristallisation. Cette manière d'opérer n'a d'autre inconvénient que sa lenteur; mais de quelque manière que l'on s'y prenne, on observe toujours un dégagement d'hydrogène qui dure autant que la précipitation métallique.

FORME ELLIPTIQUE DES GLOBULES DU SANG DANS LES ANIMAUX DU GENRE CHAMEAU.

M. Mandl annonça, il y a quelques mois, le fait tout à fait exceptionnel de la forme elliptique des globules du sang dans deux des animaux appartenant au genre *camelus* de Linnée; savoir, dans l'alpaca (une espèce de sous genre lama) et dans le dromadaire. Ce fait fut constaté par une commission de l'Académie, composée de MM. Isidore Geoffroy Saint Hilaire et Milne Edwards. Aujourd'hui M. Mandl vient annoncer qu'il a retrouvé la même forme de globules chez deux chameaux de la ménagerie de Schœnbronn.

M. Mandl met aussi sous les yeux de l'Académie un *protée* qu'il a rapporté du lac de la Carniole. Les observations microscopiques qu'il a faites sur le sang de cet animal, et qu'ont répétées MM. Milne Edwards et Dumas, ont montré les globules de la forme commune aux reptiles, mais plus grands que dans aucune espèce connue. Le grand diamètre de l'ellipse est, en effet, d'un seizième à un huitième de millimètre, et le petit d'environ un trente troisième de millimètre.

SUR LES POLYPIERS DU GENRE CAMPANULAIRE.

M. Milne Edwards avait communiqué, dans une séance précédente, des observations de M. Nordmann, relativement à ces polypiers dont la partie supérieure, en forme de clochette ou de companibule, se détache à une certaine époque, et, continuant de vivre, va propager au loin l'espèce, tandis que la tige, fixée au sol, continue également de vivre et se reproduit par voie de bourgeons.

Aujourd'hui M. Bory de Saint-Vincent déclare qu'il avait déjà observé, il y a longtemps, un fait semblable au sujet des vorticellaires, et il ajoute qu'après avoir décrit, dans le DICT. CLASSIQUE D'HIST. NAT., les phénomènes présentés par ces êtres, il remarquait que «plusieurs genres établis parmi les polypiers sont, à cet égard, des vorticellaires. De ce nombre sont les clyties, les laomedées, les thoas, les salacies et même les cymmodocées. » Or, dit M. Bory, qui ne sait que les clyties de Lamouroux sont la même chose que les campanulaires?

M. Milne Edwards répond que M. Nordmann, en publiant ses travaux sur les campanulaires, rendra bien certainement justice à ses prédécesseurs et fera ressortir la ressemblance qui peut exister entre ses observations et celles de MM. Bory, Ehrenberg et Saars. Mais, jusqu'à nouvelles preuves, M. Milne Edwards persiste à penser que les faits observés par M. Nordmann sont différens de ceux qu'ont signalés les naturalistes que nous venons de nommer.

APPARITION DE LA NEIGE SUR LES HAUTEURS DE L'ILE BOURBON.

M. Lépervanche écrit que, le 3 juillet, au matin, les hautes montagnes centrales du groupe de Salazie parurent couvertes de neige jusqu'à la région boisée qui couvre leur base. Le point culminant porte le nom de Piton des Neiges. Cependant personne dans le pays ne se rappelait qu'il y eût neige. Dans l'après-midi, la neige commença à disparaître sur les flancs de la montagne, mais persista jusqu'au 7 dans quelques anfractuosités et sur les pointes les plus élevées. Alors le volcan qui forme l'autre groupe se couvrit à son tour, à l'exception du bord même du cratère, de l'intérieur duquel s'élevait une colonne de fumée noire. On n'avait jamais vu pareille chose sur ce volcan, qui n'atteint, dans sa plus grande élévation, qu'à 3,000 mètres environ de hauteur.

OPTIQUE MINÉRALOGIQUE.

M. Beudant fait, au nom de M. Arago et au sien, un rapport sur un mémoire de M. Babinet, qui a pour objet des observations sur les caractères optiques des minéraux.

On sait que les propriétés optiques des corps bruts, découvertes par divers savans, ont acquis une haute importance pour l'histoire naturelle même; qu'on s'en est servi avec avantage pour distinguer, pour caractériser un grand nombre de substances, et qu'elles ont conduit à des faits remarquables relativement à la structure intime de certains corps.

Les recherches de M. Babinet, disent les commissaires, ont agrandi le champ des observations, d'un côté, par un instrument aussi commode qu'exact pour la recherche des propriétés optiques des corps bruts; de l'autre, par des faits qui fraient de plus en plus la route qu'on doit tenir pour arriver à la connaissance de l'état moléculaire des corps.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 1er DÉCEMBRE.

(Amphithéâtre de l'Ecole de Médecine.)

M. BOUSQUET a la parole pour lire l'éloge d'Itard. Cette lecture a duré près de trois quarts d'heure. L'orateur a exposé les traits principaux de la vie publique du célèbre médecin. Il s'est surtout appesanti sur les progrès qu'Itard fit faire à la médecine auriculaire, et pour cela il a pris pour guide l'ouvrage dont il a doté la science. (Voir le feuilleton.)

PROCLAMATION DES PRIX.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture du programme des questions mises au concours en 1837. Aucune de ces questions n'ayant été résolue complètement, l'Académie les remet au concours pour l'année 1841. (Voyez le programme ci-après.)

Des récompenses cependant ont été décernées :

1° Pour le prix Portal, une médaille en or, de la valeur de 600 fr., a été décernée à M. Amédée de Chambre;

2° Pour le prix Civrieux, une médaille en or, de la valeur de 500 fr., à M. Aubaille, de Verdun;

3° Le prix de vaccine, d'une valeur de 1500 fr., a été partagé entre MM. Boisson, Clermont et Thomas.

Des médailles d'encouragement ont été distribuées à d'autres médecins des départemens. Nous en ferons connaître les noms.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1841 ET AUTRES.

Prix de l'Académie (remis). « 1° Déterminer, particulièrement par des nécropsies, si la phthisie tuberculeuse a été quelquefois guérie; 2° en cas d'affirmative, assigner les conditions probables à la faveur desquelles la guérison s'est opérée; 3° rechercher jusqu'à quel point l'art pourrait, dans certaines circonstances, faire naître des conditions analogues pour s'élever aux mêmes résultats. » Ce prix est de 2,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal (remis). « Décrire les différentes espèces de ramollissement des centres nerveux (cerveau, cervelet, moelle épinière); en exposer les causes, les signes et le traitement. » Ce prix est de 1,200 fr.

Prix fondé par madame Marie-Elisabeth Bernard de Civrieux, épouse de M. Michel jeune (remis). « De l'influence de l'hérédité sur la production de la surexcitation nerveuse, sur les maladies qui en résultent, et des moyens de les guérir. » Ce prix est de 2,000 fr.

Les mémoires, dans les formes usitées, doivent être envoyés, francs de port, au Secrétariat de l'Académie avant le 1er mars 1841.

Prix fondé par M. le marquis Lebasele (d'Argenteuil). Extrait de son testament : « Je lègue à l'Académie de médecine de Paris la somme de 30,000 fr. pour être placés avec les intérêts qu'elle produira du jour de mon décès, en rente sur l'État, dont le revenu accumulé sera donné tous les six ans à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté, pendant cet espace de temps, aux moyens curatifs des rétrécissemens du canal de l'urètre. Dans le cas, mais dans ce cas seulement, où pendant une période de six ans, cette partie de l'art de guérir n'aurait pas été l'objet d'un perfectionnement assez notable pour mériter le prix que j'institue, l'Académie pourra l'accorder à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires. »

Ce prix sera décerné en 1844; sa valeur sera de 8,258 fr. et des intérêts de cette somme cumulés pendant ces six années.

Prix relatif au magnétisme animal, fondé par M. Burdin, membre de l'Académie. « Je dépose une somme de 3.000 fr. pour être donnée en prix à la personne qui, au jugement d'une commission de l'Académie, pourra lire, sans le secours des yeux, les objets pouvant être éclairés, à l'aide même du toucher en tant qu'il ne sera pas supplémentaire du sens de la vue, dans des ouvrages fournis par la commission. »

Ce prix, fondé le 12 septembre 1837, sera retiré au bout de deux ans, s'il n'est pas remporté.

NOTA. Ce prix a été prorogé par son auteur au 1er octobre 1840 avec les modifications suivantes, qu'il a formulées ainsi :

« Amenez-nous une personne magnétisée ou non magnétisée, endormie ou éveillée; que cette personne lise, les yeux ouverts et au grand jour, à travers un corps opaque, tel qu'un tissu de coton, de fil ou de soie, placé à 6 pouces de la figure; qu'elle lise même à travers une simple feuille de papier. » (Bull. de l'Acad. de méd., III, 1123.)

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement avant le jugement porté sur le concours, dans le cas des trois premiers, cessera par ce seul fait d'en faire partie. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

L'Académie croit devoir rappeler ici les sujets de prix qu'elle a proposés pour 1840.

Prix de l'Académie. « Faire l'histoire physiologique de la menstruation; faire connaître l'influence que cette fonction exerce sur les maladies, et celle qu'elle en reçoit. » Ce prix est de 1,200 fr.

Prix Portal. « Faire l'histoire des découvertes relatives au système veineux, depuis Morgagni jusqu'à nos jours, et déterminer l'influence que ces découvertes ont exercée sur la connaissance et le traitement de ces maladies. » Ce prix est de 1,200 fr.

Prix Civrieux. « Déterminer l'influence de l'éducation physique et morale sur la production de la surexcitation du système nerveux et des maladies qui sont un effet consécutif de cette surexcitation. » Ce prix est de 2,000 fr.

Ces prix seront décernés dans la séance publique annuelle de 1840, et les Mémoires adressés avant le 1er mars de la même année.

ÉLOGE DE LAENNEC.

M. PARISET lit l'éloge de Laënnec. (Voir le feuilleton.)

SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1839.

CORRESPONDANCE.

M. Huzard se porte comme candidat pour la section de médecine vétérinaire.

ÉTIOLOGIE DU PIED-BOT CONGÉNITAL.

M. P. Dubois donne quelques explications à propos du fœtus atteint de double pied-bot congénital, présenté par M. Martin à l'Académie de médecine, dans sa dernière séance, à l'appui de la doctrine des pressions utérines comme cause du pied-bot. Rien ne prouve, dit M. Dubois, que les pressions utérines aient eu quelque influence sur la production des pieds-bots dont ce fœtus était affecté. Si les eaux ne sont pas écoulées à l'hôpital des cliniques, c'est que la mère y est arrivée à une période avancée du travail. D'ailleurs, il existait d'autres difformités, et un hypospadias; cette coïncidence, à laquelle M. Martin n'a pas eu égard, rend sa théorie fort insuffisante pour le cas dont il s'agit; il faut une théorie plus générale, qui remonte plus haut, pour embrasser la généralité des faits qui se rencontrent avec le pied-bot (1).

PERFECTIONNEMENS A LA LITHOTOMIE LATÉRALE.

M. Bérard lit un rapport sur un *mécanisme très simple pour faciliter la lithotomie latérale; par un chirurgien de Francfort.* Le procédé et les instrumens ne méritent en aucune façon les éloges de l'auteur. (Dépôt aux archives; remerciemens.)

PINCES A VARICOCÈLE.

A la suite de cette lecture M. Bérard fait part à l'Académie d'une modification qu'il vient récemment de faire subir à la pince de M. Breschet pour le varicocèle. Cette modification consiste à munir les mors de la pince de deux épingles, assez éloignées pour renfermer dans leur intervalle tout le paquet veineux, et destinées à prévenir le glissement des veines qui doivent être comprimées. Une fois les épingles passées et le cordon laissé de côté, on est sûr de ne pas le comprendre dans la pression, et de l'éviter ainsi complètement.

M. Velpeau trouve ce procédé trop compliqué; pourquoi ne pas se borner aux épingles, puisqu'on est sûr d'avoir isolé toutes les veines? Pour lui, depuis fort longtemps, il n'opère le varicocèle que de cette dernière manière qu'il regarde comme beaucoup plus simple, et tout à fait suffisante.

M. Bérard n'a pas voulu parler du procédé de M. Velpeau, il a seulement cherché à modifier les pinces de M. Breschet, auxquelles il avait reconnu quelques inconvéniens; il a cherché à les éviter dans ce perfectionnement.

TAILLE SUS-PUBIENNE CHEZ UN HOMME DE 71 ANS.

M. Ségalas fait un rapport sur une opération de taille sus-pubienne pratiquée par M. Souberbielle, chez un malade dont la vessie renfermait 45 pierres. L'affection calculeuse existait depuis plusieurs années, et avait été souvent méconnue; enfin, M. Souberbielle fut appelé. Il reconnut l'existence d'une ou plusieurs pierres dans la vessie, et arrêta l'opération pour le 11 mars de cette année. M. Souberbielle y procéda par sa méthode, le haut appareil; la manœuvre de la sonde à dard fut difficile, par suite d'une circonstance dont la cause fut appréciée plus tard: il fut d'abord impossible de ramener le bec de la sonde contre le pubis, et l'on ne put y parvenir qu'en retirant un peu l'instrument, et en le faisant pénétrer ensuite dans une direction plus élevée. Voici l'explication du fait: il existait en arrière du trigone vésical une loge qui contenait les calculs, et dans laquelle la sonde à dard avait pénétré d'abord; d'un autre côté, lorsque la vessie fut incisée, on reconnut qu'il s'élevait du trigone vésical une expansion de la membrane muqueuse, une sorte de fongosité qui obstruait l'ouverture de la loge et rétrécissait le viscère en ce point; au-devant de cette expansion, le col de la vessie était dilaté; ce qui donnait à l'ensemble du réservoir une forme bilobée. M. Soubervielle regarde comme probable, et avec raison, ce nous semble, que dans le cathétérisme pratiqué avant qu'il vît le malade, la sonde s'était arrêtée à la première de ces cavités. L'épaississement des parois de la vessie et l'élévation du pubis sont deux autres circonstances qui ont rendu le premier temps de l'opération fort difficile.

La vessie incisée et le doigt introduit dans cet organe, M. Souberbielle reconnut les dispositions que nous venons d'indiquer, et le lieu où étaient cachés les calculs; il procéda tout aussitôt à leur extraction, et en amena 45 au-dehors. Les plus gros d'entre eux offraient le volume d'une grosse amande, et les plus petits celui de gros pois. Ils étaient tous entiers, à surface lisse et de forme variée; ils pesaient une once et demie dans leur ensemble. Il est inutile de dire que la vessie fut ensuite explorée avec soin, et qu'une injection abondante y fut pratiquée; mais il n'est peut-être pas hors de propos de faire remarquer avec l'opérateur que le seul moment où le malade ait fait entendre des plaintes est celui où l'on a extrait des calculs.

L'opération terminée, M. Souberbielle introduisit dans la vessie par l'urètre une sonde flexible de gomme élastique; puis il plaça le malade sur son lit et convertit la sonde en un syphon, en en engageant l'extrémité externe dans une sonde plus grosse et plus déclive.

Enfin la plaie fut pansée à plat, à l'aide d'une compresse fenêtrée et d'un plumasseau de charpie, ainsi que M. Souberbielle a coutume de le faire depuis longues années.

Le syphon a fonctionné sitôt après l'opération, et depuis il a constamment et complètement amené les urines en dehors.

Le cinquième jour, la réunion de la plaie de la vessie fut jugée assez solide pour permettre de boucher la sonde. Deux heures après, le malade éprouva le besoin d'uriner, la sonde fut débouchée, et il s'en écoula un bon verre d'urine, sans qu'il en passât une seule goutte par la plaie. Satisfait de cette épreuve, M. Souberbielle retira la sonde, et il ne l'a plus remise. Les besoins d'uriner se sont déclarés; ils se sont renouvelés toutes les deux ou trois heures, et chaque fois le malade y a satisfait naturellement et avec facilité.

L'alimentation a été permise dès les premiers jours; elle a été graduellement augmentée; les forces sont revenues.

Le quatorzième jour, le malade a fait sans fatigue une promenade en voiture, et le quinzième il a dîné au milieu de sa famille.

A la suite de cette observation, que j'ai reproduite dans presque tous ses détails, tant ceux-ci m'ont paru intéressans, M. Souberbielle fait quelques remarques pratiques que je me garderai bien de supprimer.

1° Les graviers que le malade a rendus spontanément pendant deux années sont, pour la plupart, des fragmens de salades, des éclats; et dans la totalité des pierres extraites par l'opération, il ne s'en trouve pas une seule qui ne soit entière, il ne s'est pas rencontré un seul fragment. Cette circonstance est considérée par M. Souberbielle comme d'autant plus digne d'attention qu'il ne l'a jamais remarquée dans le grand nombre de tailles qu'il a pratiquées ou vu pratiquer. Aussi a-t-il voulu s'assurer si ces calculs si différens d'aspect étaient de même nature, et les a-t-il fait analyser par un de nos honorables collègues, M. Caventou: ils étaient d'une composition identique; ils étaient formés d'acide urique.

2° Lors de la recherche des calculs peu volumineux, plusieurs d'entre eux ont été vus ensemble dans les tenettes, et plus d'une fois, pendant la manœuvre subséquente, l'un d'eux s'est échappé dans le trajet de la plaie. Ce fait sert de texte à M. Souberbielle pour recommander la plus grande circonspection dans ces sortes de recherches, et pour faire sentir combien il est important de ne pas déchirer le tissu cellulaire lâche qui unit la vessie à la paroi abdominale, si l'on veut éviter l'infiltration de l'urine, accident que l'on sait être si grave, et qui, suivant lui, n'arrive jamais que lorsque cette déchirure a été produite.

3° Enfin, M. Souberbielle appelle l'attention sur le sommeil profond dans lequel le malade est tombé sitôt après la taille, sommeil dû au passage d'un état très douloureux à l'état de calme qui suit l'opération. Ce sommeil dont s'inquiètent certains praticiens, M. Souberbielle l'a observé souvent et toujours sans aucune conséquence fâcheuse; il va même jusqu'à le regarder comme une circonstance favorable.

Voilà le fait que j'étais chargé de faire connaître à l'Académie, et les courtes considérations qu'y a jointes M. Souberbielle.

Ces considérations prennent une grande importance quand on pense à la longue expérience de l'auteur, quand on réfléchit qu'elles émanent d'un chirurgien qui, pendant plus de cinquante ans, s'est occupé spécialement des maladies des voies urinaires, d'un lithotomiste qui déclare avoir fait près de douze cents opérations de taille, et qui de temps en temps a passé pour être heureux.

Pour ce qui est du fait, il était digne à tous égards de vous être soumis: l'obscurité du diagnostic, les méprises auxquelles elle a donné lieu, les difficultés qu'a présentées le placement convenable de la sonde à dard, difficultés qui s'expliquent sans peine par la disposition bilobée de la vessie; les circonstances qui ont accompagné l'extraction de 45 calculs renfermés dans une seule poche de la vessie; la forme ronde de ces calculs, forme entièrement différente de celle des nombreux graviers rendus par le malade; l'identité de composition des deux ordres de concrétions; le soin pris par le chirurgien pour éviter l'infiltration d'urine et le résultat satisfaisant qu'ils ont eu; le peu de durée du séjour de la sonde dans la vessie, la promptitude de la guérison de la plaie, le rétablissement complet de la santé pour le quinzième jour; l'âge du malade qui avait 71 ans, celui de l'opérateur qui en avait 84; ce sont là autant de circonstances qui rendent l'opération de M. Souberbielle très remarquable, très propre à fixer l'attention de l'Académie, surtout à une époque où la cystotomie se fait déjà rarement, et où elle semble devoir devenir bientôt une opération tout exceptionnelle.

Aussi n'hésitons-nous pas à vous proposer de remercier M. Souberbielle de la communication intéressante qu'il nous a faite, et de renvoyer son observation à votre comité de publication. (Adopté.)

ANATOMIE DU SYSTÈME NERVEUX.

M. Foville lit un résumé de ses travaux anatomiques sur le système nerveux; en voici les conclusions:

Que les parties fibreuses du cerveau sont conductrices les unes du dehors au dedans, les autres du dedans au dehors.

On peut distinguer ces parties conductrices en afférentes et efférentes et démontrer la marche distincte des unes et des autres.

Les premières s'insèrent surtout à la circonférence de la substance grise des circonvolutions, les autres à la face interne adhérente de cette même substance grise.

La substance grise des circonvolutions est le terme auquel aboutissent et duquel partent ces deux ordres de parties fibreuses. Cette substance grise des circonvolutions me semble être le substratum matériel par l'entremise duquel la volonté dirige les mouvemens du corps.

Les bosses constantes du crâne accouplées par paires à sa voûte me semblent produites par la saillie des régions correspondantes des ventricules. Les bosses médianes inconstantes me semblent produites par des épaississemens osseux.

La zône médiane de la voûte du crâne est divisée naturellement en quatre sections séparées les unes des autres par une ligne transversale qui passe par le sommet des paires de bosses accouplées sur leurs limites et prolongées jusqu'à la courbe d'enceinte de la fosse temporale.

La région antérieure correspond à la courbure antérieure du corps calleux et aux circonvolutions développées au-devant, au-dessous et en dehors du niveau de cette partie du corps calleux.

(1) L'observation de M. Dubois est pleine de justesse; nous le remercions d'avoir dit ce que nous aurions dit à sa place si nous avions eu à faire au cas dont il s'agit l'application de la théorie du pied bot que nous avons cherché à établir. (N. du R.)

La seconde région, la plus grande de toutes, intermédiaire aux bosses frontales et aux bosses pariétales, est d'une longueur proportionnelle à l'étendue d'avant en arrière du corps calleux. Elle finit en arrière dans l'intervalle des centres des bosses pariétales au niveau du bord postérieur du corps calleux.

La troisième région, souvent concave de haut en bas, rentrant même quelquefois en gouttière sur la ligne médiane, est d'une longueur proportionnelle à celle de la partie des hémisphères complètement divisée de haut en bas par la grande scissure derrière le corps calleux.

La quatrième section, intermédiaire aux bosses occipitales supérieures et à la ligne courbe supérieure de l'occipital, offre dans son milieu un quadrilatère saillant correspondant à l'extrémité postérieure des ventricules et aux circonvolutions situées en arrière et au-dessous de cette extrémité.

Les triangles latéraux de cette dernière région, très souvent enfoncés vers leurs sommets, répondent en partie à l'insertion de la circonférence externe de la tente du cervelet et aux larges sinus veineux correspondans à cette circonférence.

Une ligne droite tirée du centre de la bosse pariétale au haut de l'enfoncement oblique qu'on voit dans la fosse temporale, au niveau de la grande aile du sphénoïde marque le trajet interne de la scissure de Sylvius et permet de comparer pendant la vie le volume proportionnel des parties cérébrales situées au-devant et en arrière de cette scissure.

(Commissaires : MM. Blaudin, Bouvier et Bouillaud.)

NATURE DE LA FIÈVRE JAUNE.

M. Chervin continue la lecture de son travail sur la fièvre jaune. (Ce mémoire intéressant sera donné plus tard en entier.)

INOCULATION DE LA MORVE.

M. Renaud d'Alfort met sous les yeux de l'Académie plusieurs portions de peau, provenant d'un chien auquel du pus pris à un cheval morveux avait été inoculé; il s'est développé des ulcérations en tout semblables à celles du cheval. L'inoculation pratiquée sur un cheval sain avec du pus provenant d'un chien morveux a donné naissance à la même affection. M. Renaud présente la muqueuse des fosses nasales qui offre un grand nombre d'ulcérations. (Renvoyé à la commission de la morve.)

La séance est levée à cinq heures.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DU CŒUR, CONTENANT DES RECHERCHES HISTORIQUES, ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES SPÉCIALES SUR CET ORGANE; par J. PIGEAUX, D. M. P. — 1 vol. in-8 de 768 pages. Paris, 1839. Chez Just Rouvier, rue de l'Ecole-de-Médecine, 8.

Les maladies du cœur sont la partie de la pathologie dont on s'est le plus occupé depuis quelques années, celle qui a réellement fait le plus de progrès grace à l'emploi de l'auscultation et de la percussion qui ont en quelque sorte donné les moyens d'étudier ces maladies avec une précision presque mathématique. On aurait tort cependant de croire, avec quelques contemporains, qu'il ne reste plus dans cette étude qu'un petit nombre de points à éclaircir, et que sur presque toutes les questions qui se rattachent à ces maladies, la médecine a réellement acquis la certitude des sciences exactes, d'après les données fournies par la percussion et l'auscultation. Que pourraient, en effet, nous apprendre ces deux méthodes d'investigation sur les causes de ces maladies; dans beaucoup de cas, même, sur leur nature, sur le traitement qui leur convient? Malgré les progrès incontestables qu'a faits depuis quelques années la pathologie du cœur, on doit la considérer comme sortant à peine de l'enfance, et non comme arrivée à son apogée. Nous en allons voir de nombreuses preuves en analysant l'ouvrage de M. Pigeaux, qui lui-même a pris part à ce progrès par de bons travaux, et qui, sans être injuste envers les écrivains de nos jours, n'a cependant pas cru devoir, à leur exemple, laisser dans l'oubli les recherches de nos prédécesseurs sur l'influence des dispositions générales de l'organisme, pour rapporter tout à une seule cause morbide et ne voir partout que des affections locales.

L'ouvrage de M. Pigeaux nous paraît différer aussi, sous un point de vue plus important encore, de ceux qui ont été le plus récemment publiés sur les maladies du cœur; nous y trouvons à chaque page l'expression d'une juste défiance contre les prétentions exagérées des anatomo-pathologistes. « Le solidisme exclusif professé dans la plupart des traités modernes, sur les maladies du cœur, avait fait exagérer l'importance des altérations matérielles du centre circulatoire. Ainsi l'on ne croyait plus aux lésions fonctionnelles, sans altération organique; les maladies nerveuses du cœur étaient comme non avenues, ou passaient pour des affections des nerfs de cet organe. Par suite, toute production de bruit anormal indiquait une altération des orifices du cœur, *et viceversa.* On croyait qu'il ne pouvait pas exister d'altérations valvulaires, sans que des bruits anormaux en révélassent la présence. Ici, la source d'erreurs était inépuisable. Sur la foi de certains bruits anormaux, on traitait de pauvres chlorotiques, certains anémiques, et parfois aussi des individus pléthoriques, comme atteints d'altérations des valvules, d'anévrismes, etc. Dieu sait aussi combien de névroses du cœur ont en le même sort. En suivant cette voie, on est enfin arrivé à ne jamais considérer, dans les maladies, ni leur origine ni leur nature, à ne faire qu'une seule affection des ombreuses espèces de ramollissemens ou de dilatations des parois du cœur, que nos devanciers avaient admises et qu'ils traitaient, comme de raison, par autant de méthodes différentes... A notre avis, les observations recueillies d'après ces principes sont tellement incomplètes, tellement détournées de leurs conséquences naturelles, qu'on ne saurait ni les compter, ni les peser, afin de les faire servir à l'édifice de la science... A mes yeux, la plupart des affections du cœur, ainsi que celles de tous les autres organes, ne sont qu'un épiphénomène d'une disposition morbide de l'organisme; ce qu'est la pustule dans l'infection vaccinale ou variolique. »

Tout en s'éloignant d'une manière aussi notable des opinions généralement admises, l'auteur a cependant adopté dans son ouvrage la classification anatomique essentiellement localisatrice qu'il blâme chez ses adversaires; « Non, dit-il, faute de mieux, mais par la nécessité de conserver aux personnes peu habituées à considérer la pathologie de ce point de vue, un jalon propre à les guider dans la série des modifications qui y ont été introduites par nos soins. »

Avant d'entrer dans la description des différentes affections du cœur, M. Pigeaux présente quelques généralités sur l'anatomie et la physiologie de cet organe, rappelle les principales théories qui ont été avancées pour l'explication des bruits normaux du cœur, et apporte de nouvelles considérations à l'appui de celle qui lui est propre, et dans laquelle il attribue toutes les variétés des bruits physiologiques ou pathologiques au frottement, au choc du sang contre les parois et contre les valvules du cœur. Sans le suivre dans cette discussion, sans surtout exprimer un choix absolu entre cette théorie et celle de M. Rouanet, qu'il combat de préférence, et qui est adoptée par plusieurs physiologistes, nous devons dire que celle de M. Pigeaux offre un grand avantage sur toutes les autres, c'est qu'elle suffit pour expliquer à la fois les bruits normaux du cœur et les bruits anormaux, qui, évidemment, ne sont que de simples modifications des premiers. Nous trouvons ensuite des considérations générales sur la pathologie du cœur, sur les causes, les symptômes, la marche, la durée, la nature, le diagnostic, le pronostic et le traitement des affections du cœur; les détails dans lesquels nous venons d'entrer et ceux que nous fournirons à l'occasion des différentes maladies nous dispensent de nous arrêter sur cette partie du travail de M. Pigeaux, et nous permettent de passer immédiatement aux *maladies du péricarde*, par lesquelles l'auteur commence l'historique des maladies du cœur. Avant cependant de le suivre sur ce point, nous devons avertir qu'on chercherait en vain dans le traité que nous avons en main ces longues et nombreuses histoires de maladies dont on a tant abusé depuis quelque temps, et qui ont, nous croyons, contribué au discrédit où est tombée la librairie médicale parmi nous. Loin de prétendre qu'on doive exclure d'une manière absolue des livres de médecine les observations, nous pensons au contraire qu'elles y sont indispensables, lorsqu'il s'agit de maladies nouvelles, ou de constater de nouveaux rapports entre les lésions pathologiques et les phénomènes morbides observés pendant la vie; mais nous félicitons M. Pigeaux de n'avoir point chargé son ouvrage de ces nombreuses séries d'observations de maladies qui n'offrent rien de nouveau, rien qu'on n'ait observé un grand nombre de fois; observations qui semblent souvent n'avoir d'autre but que de changer les mémoires en les brochures en de gros livres, ou de transformer de minces in-octavo en des ouvrages en deux ou trois volumes.

L'étiologie de la péricardite paraît à l'auteur devoir fournir, plus encore que les altérations qui la constituent matériellement, la source des indications thérapeutiques. Les causes les plus positives de cette phlegmasie ne lui offrent rien de spécial; ce sont celles qu'on invoque comme propres à l'inflammation de toutes les séreuses; d'où il semble naturel de conclure que la péricardite doit être plutôt regardée comme l'effet d'une cause générale variable dans son essence, quoique fort analogue dans son mode d'action. On peut invoquer à l'appui de cette opinion la différence essentielle qui existe entre la péricardite spontanée et celle qui est dite traumatique, tant sous le rapport de la marche des symptômes, que pour la terminaison. Cette manière de considérer la péricardite ne permet pas à l'auteur de traiter cette phlegmasie comme une simple affection locale, et de regarder, avec la plupart des praticiens, les évacuations sanguines comme la seule médication efficace; il repousse donc

bien loin ces méthodes actives et perturbatrices pour observer la maladie tant qu'elle suit une marche régulière; réprimer ses écarts, ou, au besoin, la soutenir quand elle faiblit mal à propos; maintenir ou rétablir pendant son cours l'harmonie des fonctions troublées, et relever les forces du malade pour les opposer à celles de la maladie. Cette thérapeutique, qui doit être celle de toutes les affections dépendant d'une cause générale, consiste donc, pour la péricardite aiguë simple 1° à se baser sur l'appréciation des causes qui l'ont fait naître et de celles qui concourent à l'entretenir; 2° avoir égard aux produits morbides qui en résultent, et dont le traitement peut différer de celui de l'affection elle-même. Enfin, si la plus scrupuleuse investigation ne fait pas connaître l'origine de la maladie, l'auteur conseille de suivre les indications générales qui se présentent d'après l'examen des symptômes locaux et généraux. Nous ne le suivrons pas dans l'application de ces principes, qu'il nous suffit d'avoir indiqués sommairement, et qui sont la conséquence de son opinion sur la nature de la péricardite simple, qu'il compare à la variole ou à toute autre affection générale. Si nous reproduisions la description qu'il donne de la marche de la maladie, nous retrouverions l'expression de la même opinion dans le soin avec lequel il distingue les symptômes locaux des symptômes généraux, et l'exactitude avec laquelle il suit le développement des lésions anatomiques et des accidens morbides locaux.

Le diagnostic de la péricardite a été depuis quelque temps l'objet de tant de travaux, qu'on ne peut s'attendre à trouver ici de nouveaux documens sur ce point de l'histoire de la péricardite, qui a presque exclusivement occupé les médecins de l'école anatomique. Nous ne passerons cependant pas sans citer les accès de dyspnée nocturne qu'on observe assez fréquemment, et qui ont été presque complètement oubliés par les auteurs modernes, bien que les anciens en eussent pressenti toute l'importance.

Nous ne ferons qu'indiquer la péricardite chronique, les blessures et les ruptures du cœur, et le carditis, afin d'arriver à l'endocardite (M. Pigeaux écrit indocardite), cette inflammation de la membrane interne du cœur assez généralement admise aujourd'hui, mais qui cependant rencontre encore quelques incrédules, et dont l'existence ne nous paraît à nous-même solidement ni évidemment établie. M. Pigeaux admet cette maladie, mais non telle que l'entendent les auteurs modernes, qui confondent, dit-il, souvent avec elle une irritation ou une surexcitation sympathique du centre circulatoire dans les cas de rhumatisme, de fièvre grave; le rhumatisme serait donc une cause bien moins fréquente d'endocardite qu'on ne le pense communément, et les principes goutteux, herpétiques et syphilitiques agiraient à l'égal du rhumatisme pour produire l'endocardite; cependant ces causes n'entraînent pas encore complètement la conviction de l'auteur; il en est une qu'il regarde comme aussi fréquente et comme la seule peut-être qui agisse certainement, c'est l'altération du sang; peut-être même toutes les autres causes ont-elles besoin de l'intermédiaire de celle-ci pour réagir sur le cœur. Mais quelle est cette altération? C'est ce que l'auteur ne nous dit pas, laissant aux progrès futurs de la pathologie humorale de la faire connaître. Voici maintenant quels sont, d'après M. Pigeaux, dans l'état actuel de la science, les symptômes de l'endocardite : à son début, cette affection s'annonce par des phénomènes d'excitation anormale du centre circulatoire, avec une anxiété toute spéciale, un sentiment de constriction précordiale porté quelquefois jusqu'à déterminer de fréquentes syncopes. On observe chez certains malades des idées tristes, des cauchemars pénibles, une agitation et des palpitations de cœur et même des soubresauts de la pointe de cet organe. Il y a aussi des intermittences complètes dans l'action du cœur et l'intensité des bruits normaux est considérablement accrue. La fièvre, peu prononcée au début, prend plus d'intensité, à mesure que les troubles du cœur, de rémittens qu'ils étaient d'abord, deviennent continus. Du troisième au cinquième jour, c'est-à-dire à partir de l'époque où l'exsudation membraneuse commence à se faire, on entend un léger bruit de frottement à chaque contraction du cœur. Bientôt après, si les valvules participent à l'affection, on saisit facilement un véritable bruit anormal rude et sourd, assez semblable à celui d'une voiture publique roulant dans l'éloignement, sur une chaussée retentissante. Ce bruit est parfois double, presque continu; d'autres fois, il est simple et séparé par un bruit du cœur légèrement assourdi. Le soir, tous ces phénomènes sont plus prononcés. Le caractère sur lequel M. Pigeaux insiste le plus, celui qu'il regarde comme un indice presque certain de l'existence d'une endocardite, c'est l'intermittence des bruits anormaux coïncidant avec une intermittence du pouls. Cependant, ce signe n'est pas constant; à la fin de la première période les bruits anormaux ayant atteint leur maximum d'intensité deviennent plus confus, plus difficiles à analyser. Dès cette époque, les bruits anormaux se voilent progressivement sans que les bruits normaux reparaissent, ce qui est dû à la coagulation du sang qui commence à s'effectuer et à la gêne qui en résulte dans la circulation intra-cardiaque. En peu de temps, l'état du malade empire singulièrement, sa respiration s'embarrasse, et il succombe bientôt, après avoir éprouvé des accès de dyspnée qu'on prendrait pour des accès d'asthme, sans la fièvre qui les accompagne.

Quelquefois les symptômes de la maladie restent stationnaires pendant un certain temps et offrent des exacerbations et desrémissions qui annoncent que la maladie tend à se résoudre; chez quelques sujets la terminaison de l'endocardite aiguë est le point de départ des accidens les plus graves, par la fluxion de sels calcaires que l'hypérémie a déterminée sur les valvules.

Le traitement que conseille l'auteur repose sur les mêmes principes que celui de la péricardite: conduire à une bonne terminaison la maladie sans employer ces moyens actifs et perturbateurs qui quelquefois agissent d'une manière si funeste. Après avoir cherché à combattre les causes si elles sont connues; l'auteur insiste surtout sur la nécessité de soutenir les forces du malade. La résorption des fausses membranes ne saurait avoir de meilleur adjuvant que le retour des forces.

M. Pigeaux reconnaît que chacune des lésions qui caractérisent l'endocardite peut se développer indépendamment de toute phlegmasie aiguë de l'endocarde; d'où résulte qu'il n'est pas toujours facile de reconnaître si réellement l'altération qu'on observe est le résultat d'une action inflammatoire. La cause qui peut produire ou simuler ces altérations est la décomposition du sang et la séparation de ses élémens. Nous doutons que les taches qu'on observe sur la membrane interne du cœur à la suite des empoisonnemens par les oxides minéraux, tels que l'arsenic et le sublimé, et des résorptions purulentes, soient réellement le produit de l'endocardite comme l'avance ici l'auteur.

La question la plus intéressante qu'on puisse agiter à l'occasion de l'hypertrophie du cœur est relative à son étiologie. M. Pigeaux consacre à l'examen de ce point de doctrine un chapitre important; il repousse également et la théorie de Morgagni qui attribuait l'hypertrophie du cœur à l'accroissement de nutrition de cet organe produit par le reflux du sang dans ses vaisseaux et celle de l'école physiologique qui a placé dans l'inflammation la cause la plus active de cette altération; puis il se rapproche de l'explication donnée par Corvisart qui s'était placé sur un bon terrain en comparant l'hypertrophie du cœur à celle des autres muscles; mais n'avait pas assez insisté sur les prédispositions héréditaires et avait trop limité le champ des obstacles mécaniques en les plaçant tous, contre l'évidence, aux seuls orifices du cœur et à l'origine des gros vaisseaux; sans penser que la stase pouvait tout aussi bien se faire dans les capillaires de l'aorte que dans ceux des poumons. Notre auteur place avant toute autre cause une prédisposition organique héréditaire, puisque dans quelques cas le cœur semble s'hypertrophier spontanément et en dehors de toutes les causes de stimulation connues. Dans les autres cas, il pense que la cause de l'hypertrophie du cœur doit être prise parmi celles qui sont susceptibles d'accroître ses efforts de contraction ou d'augmenter la faculté assimilatrice. L'exemple qu'il prend chez le fœtus est assez frappant pour que nous le citions ici : « Lorsque l'enfant vient de naître, et pendant toute la vie intra-utérine, les deux ventricules ayant concouru également à la même fonction (la circulation générale); leur épaisseur et leur organisation sont à peu près les mêmes; mais aussitôt que l'action du ventricule droit se concentre exclusivement sur le poumon, on voit progressivement ses parois s'amincir ou, pour mieux dire, cesser de croître, tandis que les fonctions du ventricule gauche ayant sensiblement augmenté déterminent en peu de temps un notable épaississement dans ses parois; et cette première hypertrophie toute naturelle ne s'arrête que lorsque l'équilibre s'est rétabli entre la force de contractilité de ce cavité et la résistance de la grande circulation dont elle se trouve seule chargée. Le mécanisme de cette hypertrophie normale, si je puis ainsi dire, nous donne la clé d'un grand nombre d'autres. Voyez comme elle croît, sans s'arrêter, dans le ventricule gauche; si l'individu est atteint de rétrécissement congénital de l'aorte; si l'artère pulmonaire est rétrécie ou obstruée, ce qui oblige le trou ovale de rester perméable, le ventricule droit, bien loin de s'affaiblir, suit la même progression d'épaississement hypertrophique, et tous deux de concert redoublent d'activité et de force pour neutraliser autant que possible la gêne sans cesse croissante de la circulation.

» Telle est, à mon sens, continue M. Pigeaux, la cause de l'hypertrophie plus considérable, sinon plus fréquente du ventricule gauche. Les efforts qu'il est appelé à faire pour vaincre les obstacles de la grande circulation répartie à toute la vie de relation et à une grande partie de la vie organique expliquent suffisamment cette prédisposition toute spéciale indiquée par Morgagni et par Corvisart et qu'ils attribuaient bien à tort à la présence du sang artériel dans ce côté du cœur. »

L'hypertrophie du cœur est divisée par l'auteur en deux genres: sthénique et asthénique. Cette division qui a été faite dans un but thérapeutique nous semble peu heureuse ou au moins peu heureusement exprimée,

car l'embarras qu'éprouve l'auteur à l'établir rejaillit sur l'étude des causes, des symptômes, de la marche et du traitement propre à chacun des genres. Pour éviter des répétitions, l'auteur s'exprime d'une manière un peu obscure sur cette division qui nous paraît bonne en elle-même, mais qui, reposant uniquement sur l'étude de la dynamie, est en désaccord avec la classification anatomo-pathologique que nous retrouvons dans tout l'ouvrage.

L'atrophie du cœur est une altération beaucoup moins connue que l'hypertrophie ; les modernes mêmes ne semblent pas soupçonner qu'il puisse s'y rattacher quelque symptôme ; Morgagni, Burns, Teste, Kreysig, Corvisart et nos contemporains, n'ont rien ajouté aux connaissances sur ce point, qui sont exposées dans l'ouvrage de Senac ; ils les ont, au contraire, restreintes autant que possible, en relevant quelques-unes des assertions qui y sont contenues, pour en faire voir toute la futilité. M. Pigeaux, d'après les recherches qu'il a faites sur la phthisie, affection dans laquelle la diminution du volume du cœur est très fréquente, a reconnu, au contraire, à l'ensemble des symptômes décrits par les anciens, comme propres à l'atrophie du cœur, toute la valeur qu'ils lui avaient attribuée. Voici, au reste, les symptômes qui leur faisaient soupçonner l'existence de cette altération du cœur ; ils sont du moins spécieux, sinon incontestables et constituent presque tout ce que l'on connaît sur ce point de pathologie. Les individus qui en sont atteints présentent ordinairement un pouls petit, régulier, sans fréquence, des syncopes sans cause appréciables, de l'essoufflement au moindre effort, des palpitations sans énergie, une décoloration des tégumens sans cachexie, de l'apathie dans les relations de la vie, une existence précaire et maladive, et enfin une mort par langueur. Tel est l'ensemble des réactions locales ou générales des troubles fonctionels dont les anciens ont fait mention, et encore ces symptômes n'avaient-ils guère de valeur à leurs yeux que par leur réunion.

La théorie des *obstacles*, pour expliquer la dilatation des cavités du cœur, qui est encore professée aujourd'hui, est combattue avec beaucoup de succès par M. Pigeaux, qui, dès 1832, avait cherché à démontrer que l'impulsion du sang était la cause la plus active qu'on pût proposer pour la dilatation du cœur, et que la stagnation du sang, le rétrécissement des orifices, ne sont réellement que des causes secondaires et tout-à-fait incapables à elles seules de dilater les cavités. Pour prouver l'action secondaire des obstacles mécaniques, il suffit d'observer que, de toutes les cavités, celle qui se dilate le plus souvent correspond précisément à l'orifice qui se rétrécit le plus rarement et *vice versâ*. L'impulsion accrue du sang réagissant sur des parois dont la résistance est diminuée, est donc, pour notre auteur, la cause essentielle des dilatations ; mais cette impulsion, quelque énergique et longtemps continuée qu'on la suppose, ne suffit pas seule sans une *altération préalable* des parties qui se laissent distendre et cèdent alors à l'impulsion du sang.

Les causes de cette altération préalable sont nombreuses, et le soin avec lequel elles sont exposées ici prouve la manière large dont M. Pigeaux conçoit la pathologie du cœur.

L'anévrisme partiel du cœur est encore si imparfaitement connu qu'on ne peut recueillir avec trop de soin tous les faits qui peuvent jeter quelque jour sur ce point important de pathologie. Le travail de M. Pigeaux sur ce sujet laisse peu à désirer. Nous regrettons cependant qu'il n'ait point eu connaissance du memoire de M. Thurnam sur l'anévrisme partiel du cœur (Gaz. Méd., ann. 1839, pag. 49), et qui repose sur 84 cas, tandis que, suivant notre auteur, on en compterait à peine une vingtaine.

Les altérations des valvules du cœur sont l'un des sujets les plus intéressans de la pathologie de cet organe, tant pour leur nombre, leur variété, que pour leur gravité et les discussions dont elles ont été l'occasion. Ne pouvant nous arrêter ici que quelques instans sur les pages que M. Pigeaux leur a consacrées, nous nous contenterons de jeter un coup-d'œil sur leur étiologie. L'affection la plus simple que présentent les valvules, et qui est caractérisée par une légère hypertrophie du tissu cellulaire, placé sous l'endocarde, et par la diminution de sa transparence, paraît résulter souvent de la résolution incomplète d'une endocardite ; mais, quoique d'origine inflammatoire, son essence est aussi peu phlegmasique que celle de toutes les cicatrices qui ne gênent que par leur présence. On ne doit donc pas, dans le traitement, tenir compte de l'inflammation dont elles sont un résultat éloigné. A plus forte raison doit-il en être ainsi quand elles procèdent de toute autre cause, telles que certaines altérations du sang ou l'action de certaines affections spécifiques, des cachexies, etc. L'hypertrophie du tissu cellulaire des valvules et leur ossification ne différeraient donc point des mêmes altérations qu'on observe dans les autres organes, où elles sont évidemment le résultat d'une irritation nutritive toute locale, aidée de l'intervention d'une prédisposition spéciale, qui ne dépendrait pas uniquement de l'âge, comme on l'a avancé, mais peut-être de quelque principe particulier, tel que la goutte, la gravelle, le rachitisme, et peut-être de quelque condition générale de l'organisme. C'est ainsi que cette altération, très rare chez les herbivores, devient très commune chez les polyphages et les carnivores, et que, dans l'espèce humaine, les hommes en sont plus souvent atteints que les femmes et les enfans, dont le genre de vie est plus sobre et l'appétit moins carnassier.

Quant aux végétations, M. Pigeaux serait disposé à les attribuer à une inflammation spéciale, qu'il rapproche de l'inflammation diphtérique, et pense, avec Corvisart, que quelques-unes sont d'origine syphilitique.

Depuis qu'on s'est occupé de l'insuffisance des valvules, le nombre des altérations désignées sous ce nom s'est singulièrement accru ; mais comme elles ont toutes le même effet, de permettre plus ou moins le retour du sang dans la cavité placée au-dessous de la valvule, et comme jusqu'ici on ne peut combattre ces lésions que par des moyens palliatifs d'une faible énergie, la recherche de leur cause est plutôt un objet de curiosité que d'utilité réelle.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans la description de toutes les maladies différentes dont il est question dans les deux cent dernières pages de son ouvrage, et de leurs nombreuses variétés : du ramollissement du cœur, par exemple, dont il y a probablement autant d'espèces que de maladies différentes dans lesquelles on observe cette altération ; des polypes du cœur, qui ne sont ni les végétations, ni les kystes, ni les concrétions sanguines ; des abcès, des ulcères du cœur, de ses différentes dégénérescences, etc., etc. Il serait déjà trop long de les indiquer seulement. Que serait-ce si nous passions en revue les différentes affections nerveuses du cœur, qui, dans l'ouvrage de M. Pigeaux, occupent plus d'espace que dans aucun des ouvrages modernes consacrés à l'étude des maladies du cœur, et qui, nous en sommes persuadés, y en occuperaient davantage si elles ne se trouvaient à la fin d'un volume déjà gros de près de 700 pages. C'est sans doute à la hâte que l'auteur avait de clore son travail que nous devons d'avoir observé quelques omissions dans cette dernière partie, et parmi lesquelles nous citerons surtout *l'irritation spinale*, ce mode pathologique qu'on observe dans les névroses du cœur, comme dans celles des autres organes, et qui est presque complètement négligé de la plupart des pathologistes français. (Voir Gaz. Méd., année 1835.) Mais ces omissions sont à peine sensibles et faciles à réparer dans le large cadre qu'a adopté M. Pigeaux; car non seulement il ne partage pas, mais il combat même cette disposition de l'école organique à faire disparaître les névroses du cadre nosologique. « Ce n'est pas assurément, dit-il, faire avancer la science que de vouloir ainsi confondre ce que toute l'antiquité et l'expérience journalière apprennent à discerner ; aussi, suivant une autre direction, nous ferons des névroses du cœur des affections opposées à celles qui sont dites organiques, et auxquelles les nerfs participent, comme toutes les parties du cœur. Sans assigner leur essence, qui nous échappe, nous dirons qu'elles se manifestent par un ensemble de phénomènes tellement caractéristiques qu'il a fallu ou la préoccupation la plus incroyable, ou l'ignorance la plus complète pour les confondre avec les maladies organiques. »

Nous avons insisté dans notre analyse sur les points qui pouvaient faire connaître la direction qu'a suivie l'auteur du Traité des maladies du cœur, direction entièrement opposée à celle adoptée par l'école organique. Peut-être même a-t-il été trop loin sous ce rapport ; ainsi, nous louons beaucoup M. Pigeaux d'avoir, en tête de chaque maladie, et dans un court aperçu historique, rappelé les travaux des anciens sur cette maladie et réparé une omission fâcheuse, qu'on trouve dans tous les traités de pathologie, mais nous aurions désiré qu'il eût été fait plus fréquemment mention des auteurs modernes ; leurs recherches ont été largement mises à profit, et M. Pigeaux a fait preuve d'une vaste connaissance des travaux anciens et modernes ; mais nous aurions aimé qu'il eût facilité l'érudition de ses lecteurs en citant plus fréquemment les titres et même les pages des ouvrages modernes où il a puisé. Après cette légère critique, à laquelle l'auteur répondrait peut-être en nous montrant les 768 pages de son volume, déjà gros, et laissant de côté quelques autres peu importantes que nous pourrions lui adresser, nous devons rendre justice au talent avec lequel il a accompli son entreprise. Sans oublier les travaux de nos prédécesseurs, et tout en tenant compte des nombreuses richesses que les modernes ont accumulées sur les maladies du cœur, il a relevé à nos yeux la pathologie de cet organe, qui semblait tombée entièrement dans le domaine de l'organicisme, au grand détriment de la médecine pratique, qui ne trouvait plus, la plupart du temps, que des maladies incurables.

CONCOURS

POUR LA CHAIRE DE PATHOLOGIE INTERNE DE LA FACULTÉ DE PARIS

PREMIÈRE ÉPREUVE. — COMPOSITION ÉCRITE.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 23 et 30 novembre.)

La question qui sort de l'urne du scrutin se juge de deux manières, et par sa portée intrinsèque et par les résultats qu'elle émet sous la plume des compétiteurs. Nous avons applaudi au hasard qui a dit aux candidats réunis et armés de leur plume : « de la fièvre. » D'autres ont accusé le hasard, c'est-à-dire l'auteur de la question. Un tel sujet ne peut être traité aujourd'hui : les limites d'une composition improvisée contrastent avec son immensité ; il exige des recherches détaillées et veut être traité dans l'atmosphère d'une bibliothèque, non dans les réminiscences chancelantes et les efforts haletans d'une mémoire que domine l'émotion du combat : voilà ce que l'on a dit en fort bons termes. Mais combien de sujets, je vous prie, en notre vaste science, qui se dérobent à vos reproches? Pourquoi notre époque n'a-t-elle point, à vos yeux, une suffisante aptitude à ruminer fièvre et pyrétologie? Il est toujours possible de traiter une question dans la mesure des connaissances acquises et sous les auspices d'une philosophique libéralité d'idées et d'interprétation. En appelant les candidats sur le terrain de la fièvre, le jury leur demandait, non un traité complet, mais une esquisse; non une compilation bibliographique, mais l'expression de leurs vues propres; il sollicitait moins leur érudition que leur originalité; moins la fécondité de leur plume que le tact et le tempérament de leur esprit médical; l'auditoire parait l'avoir entendu comme le jury; car les compositions qu'il a goûtées le plus sont celles qui ont présenté de la fièvre une étude quelque peu neuve, renfermée, non dans le cadre des expositions scolastiques, mais dans un plan propre à chacun de leurs auteurs. Ceux qui ont lu nos analyses ou assisté aux lectures nous dispensent de leur énumérer les mémoires qui ne sont qu'une reproduction plus ou moins ornée du côté classique de la question, un faisceau plus ou moins compacte de généralités élémentaires. Il faut le dire, peu de candidats ont mis le sujet sur l'enclume de leur intelligence et l'ont manié à nouveaux frais ; la plupart ont rassemblé, à la faveur d'un certain nombre de divisions et de subdivisions, quelques notions historiques qui gisent partout, un peu d'analyse symptomatique et de discussion obligée sur l'essentialité fébrile. Trois compositions figurent à part, non que nous ayons la pensée de les classer et de les revêtir d'un brevet de supériorité : nous n'avons mission ni droit d'en user de la sorte; seulement, ces trois mémoires ont frappé, l'un par la richesse du détail historique et l'esprit de synthèse; l'autre, par le talent d'analyse et une certaine hauteur de vues; le troisième par la rigueur logique, le complément des faits qui se rattachent à la question et par une sobriété de conclusion et de jugement que le public n'espérait point dans l'auteur : MM. Gibert, Gendrin, C. Broussais, ont eu chacun son originalité; M. Gibert, celle de l'exactitude historique et de la piété hippocratique; M. Gendrin, celle de ses descriptions et de ses inductions renouvelées de la médecine du dix-septième et du dix-huitième sicles; M. C. Broussais a été original, un peu à la manière de son père, par l'allure brusque et directe de la pensée, original encore à force de réserve et de modération systématique ; il est le seul qui ait recherché avec détail, dans l'altération des fluides, l'origine de la fièvre ; il a même laissé une case vide pour les états fébriles, où l'investigation la plus minutieuse n'a pu découvrir encore de lésion locale. Son mémoire ne vise point à l'érudition; il est pratique. En s'informant avec un soin marqué de ce que les lésions humorales recèlent d'élément pyréiogénique, M. Broussais n'a produit rien de nouveau mais il faut lui savoir gré de cette enquête : il a prouvé, ce qui n'était point prouvé avant sa lecture, qu'il ne s'est point muré dans l'enceinte de la doctrine physiologique, et que pour lui les idées paternelles ne sont point les colonnes d'Hercule de la science. La portion la plus solide du travail de M. Gendrin, c'est, sans contredit, l'analyse physiologique des phénomènes de la fièvre. Nous avons déjà critiqué la prolixité de sa description; ajoutons que celle-ci n'a porté que sur les trois stades de l'accès fébrile, et pourtant la fièvre n'est pas tout entière dans l'accès ; peut-être même ne s'agissait-il nullement de la fièvre à paroxysme. Les propositions qui terminent son travail ont paru frapper l'auditoire. Disons d'abord qu'un moyen sûr de fixer l'attention, c'est de formuler ses pensées en corollaires, en propositions numérotées ; le ton affirmatif, joint au laconisme d'un résumé, saisit les esprits, et une assertion nettement énoncée, et qui se rattache par une liaison plus ou moins sévère au discours qui précède, s'impose à l'auditoire et sonne presque dans son oreille avec le timbre d'une vérité. Il n'est aucune des propositions finales de M. Gendrin qui n'exige une démonstration spéciale ; il n'en est pas une dont les prémisses soient déposées dans la première partie de sa composition. Se donnerait-on, d'ailleurs, des airs d'innovation ou d'originalité en substituant aujourd'hui à la maladie appelée rhumatisme articulaire aigu la fièvre rhumatismale, aux phlegmasies du parenchyme pulmonaire la fièvre pneumonique, etc. ? Qui ne connait la date de ces appellations nosologiques? Quant à nous, cette recrudescence de généralités morbides, cette fabulation pyrétologique ne nous séduit point ; nous craignons que cette manière vague et flottante n'éloigne de nouveau la médecine des voies positives où elle tend à s'engager ; le retour de toutes ces fièvres essentielles, autour desquelles les altérations de tissu ne se groupent qu'à titre de résultats ou d'épiphénomènes, finirait par ralentir les louables efforts de la séméiologie contemporaine, et par détourner les observateurs de l'examen sévère des états anatomiques et des lésions locales.

Tout le monde a remarqué la faiblesse, l'insuffisance des données historiques dans la série des compositions; la plupart des candidats se sont érigés en appréciateurs du passé, ont fait marcher devant le jury les siècles antérieurs, ont prononcé à ses oreilles les grands noms qui les décorent; mais en vérité, ce n'était que bruit de noms à désinence grecque et latine; on a répété à l'unisson un certain nombre de noms propres qui défraient toutes les éruditions; l'un, enjambant les siècles, a passé de Galien au 19e siècle; l'autre a attribué à tel auteur ce qui revenait à tel autre écrivain; aussi serait-on disposé à féliciter ceux qui ont tourné le dos à l'histoire de la science et renoncé à cette vaine et facile décoration des citations automatiques; mieux vaut la nudité qu'un vêtement en lambeaux. Il y a en peu d'exceptions sous ce rapport.

Sous le point de vue de l'essentialité pyrétique, les candidats se classent en trois séries :

Ceux qui admettent sans condition l'essentialité de la fièvre;

Ceux qui ne l'admettent point en tant qu'elle exprime une affection sans lésion matérielle, c'est-à-dire qui la nient ;

Enfin ceux qui l'admettent comme une inconnue à dégager, et entrevoient dans l'avenir la localisation des maladies auxquelles ils sont embarrassés d'assigner dès aujourd'hui un siége, une raison organique.

Il est une tendance qui se retrouve dans toutes les compositions et qui en forme pour ainsi dire la connexion logique; elle consiste à ramener la plupart des états fébriles à l'affection typhoïde; c'est une sorte de généralisation collective qui reproduit pour une tribu de maladies ce que l'on fait aujourd'hui pour quelques affections en particulier; après avoir ressuscité la fièvre rhumatique, la fièvre pneumonique, etc., on devait arriver à fondre une série d'états morbides dans une espèce d'unité plus ou moins réelle, comme on avait fondu les lésions locales d'un organe dans une pyrexie idiopathique. L'avenir dira ce qu'il y a d'exagéré dans le rôle que la médecine du 19e siècle fait jouer à l'affection typhoïde; mais le point de vue auquel se sont ralliés les compétiteurs dans la considération des groupes pyrétiques ne leur appartient pas. L'un de nos collaborateurs, M. Genest, dans un ouvrage que nous aurions plaisir à louer ailleurs que dans cette feuille, a depuis longtemps produit au jour cette synthèse pyrétologique; depuis longtemps il a ouvert à l'essentialité fébrile un dernier refuge dans le large cadre de l'affection typhoïde. L'auteur des Leçons sur la fièvre typhoïde avait-il lu les réflexions de Cullen sur la différence des fièvres et de leurs causes? nous l'ignorons; mais on nous saura gré de transcrire ici le passage non remarqué de cet auteur, où s'agite, palpable et vive, la pensée de la fusion des formes fébriles en une seule que le nosologiste d'outre-Manche rattache au typhus; après avoir ramené les diverses fièvres admises en Angleterre à deux genres, qu'il appelle synochus (forme inflammatoire) et typhus (forme nerveuse), il ajoute : « Excepté les différences des fièvres continues dont je viens de parler, je ne suis pas certain d'en avoir observé d'autres que l'on puisse regarder comme fondamentales. Mais le type le plus commun des fièvres continues dans le climat que nous habitons paraît être une combinaison de ces deux genres. C'est pourquoi j'ai admis un genre ainsi combiné dans ma nosologie sous le nom de *synochus*. Je pense aussi que l'on ne peut que difficilement assigner les limites qui distinguent le synochus : je suis même disposé à croire que le premier est produit par les mêmes causes que le dernier; et qu'il n'en est en conséquence qu'une variété. Le typhus semble être un genre qui comprend plusieurs espèces. Néanmoins ces dernières ne sont pas pas encore bien déterminées par l'observation, et l'on peut en même temps s'apercevoir qu'un grand nombre des espèces que l'on a admises ne renferment aucune espèce spécifique, et qu'elles paraissent n'être que de simples variétés, produites par le différent degré de force de la cause de la fièvre ou par les différentes circonstances du climat ou de la saison dans laquelle elles surviennent, ou même par les circonstances particulières à la constitution des personnes qui en sont attaquées. (1) »

Que manque-il à cette appréciation des différentes espèces de fièvres, si ce n'est l'expression *typhoïde!*

M. LEGROUX.

La fièvre, état très répandu en pathologie, peut se caractériser, abstraction faite du trouble ou de la lésion locale, par l'accélération du pouls, l'augmentation de la chaleur, la sueur et le frisson.

1° Symptômes de la fièvre. L'auteur les analyse rapidement dans les trois stades de l'accès fébrile. Nous avons remarqué dans le tableau qu'il en trace quelques exagérations; ainsi M. Legroux avance que par la violence du frisson et du claquement des dents, on a vu celles-ci brisées et comme une sorte de vibration se produire vers les attaches du diaphragme; la sueur, selon M. Legroux, est parfois si abondante qu'elle amène la mort du malade. A part ces assertions, la description symptomatique de M. Legroux ne sort point des banalités classiques.

2° Marche des fièvres. Elles sont continues, intermittentes, rémittentes. L'auteur énumère toutes les variétés des types, parle des rechutes, récidives, etc.

3° Causes des fièvres. Suivant ces causes, elles sont essentielles ou symptomatiques. Existe-t-il une fièvre essentielle? Oui, répond M. Legroux, si on entend par ce mot un état morbide indépendant de toute localisation; non, si l'on désigne par ce terme une affection sans lésion matérielle. A ce sujet, l'auteur insiste sur l'insuffisance des altérations nécroscopiques, pour rendre compte de la marche des fièvres; il arrive d'ailleurs que ces altérations ne se développent que durant leur cours même et peuvent être considérées à bon droit plutôt comme les effets que comme la cause de ces maladies. La fièvre symptomatique reconnait une cause locale qui consiste le plus souvent dans une phlegmasie; toutefois il y a lieu de distinguer encore ici la fièvre qui se déclare antérieurement à la phlegmasie de celle qui coïncide et disparait avec elle; cette circonstance de priorité d'apparition suffit à M. Legroux pour conférer à la fièvre qui la présente le cachet de l'essentialité. Toutefois il avoue qu'il n'est pas aisé de marquer la limite où expire la fièvre essentielle et où commence la fièvre secondaire; il signale encore la généralité de quelques causes génératrices du mouvement pyrétique, telles le froid, les exanthèmes cu-

(1) Elemens de méd. pratique, de Cullen, traduct. de Bosquillon. Paris, MDCCLXXXV. T. 1, p. 41-42.

tanés Il l'admet symptomatique, toutes les fois qu'il se développe à la suite d'une lésion locale.

4° NATURE DE LA FIÈVRE. Elle n'est pas identique dans tous les cas; inflammatoire jusqu'à l'évidence dans des circonstances déterminées, elle est due à l'infection miasmatique dans les fièvres intermittentes, dans les typhus; à la contagion dans la rougeole, la variole, la scarlatine, maladies que l'auteur classe parmi les fièvres.

5° ANALOGIES ET DIFFÉRENCES DES ÉTATS FÉBRILES. Dans les intermittentes, tous les accès sont loin de se ressembler; dans les continues, on observe des analogies phénoménales entre les essentielles et les symptomatiques; mais dans les degrés extrêmes, les nuances différentielles sont saillantes. Existe-t-il un rapport constant, exact entre le mouvement pyrétique et la lésion locale? En général, on peut répondre affirmativement pour les fièvres symptomatiques; mais c'est un caractère des fièvres essentielles de n'offrir nulle raison d'intensité entre leurs phénomènes propres et la gravité des altérations de tissu qu'ils accompagnent ou qu'elles entraînent à leur suite. Ainsi la fièvre rhumatismale est loin de se proportionner au nombre des articulations enflammées; souvent elle persiste quand l'arthrite locale a disparu; il est vrai que sa persistance s'explique parfois par le reflet de la phlegmasie sur l'endocarde, la périeardite; M. Legroux n'aurait garde de nier la fréquente réalité de ces métastases; mais, en leur absence, la fièvre peut se prolonger : faut-il alors en accuser quelque modification survenue dans la constitution du sang? L'auteur le pense. Il termine cette partie de son travail par quelques réflexions sur les fièvres infectieuses.

A quelles altérations le mouvement fébrile peut-il donner lieu? L'auteur signale ici les accidens locaux qui se produisent durant le cours des fièvres, ou qu'elles laissent à leur suite. On sait que la période algide des fièvres pernicieuses est marquée par le refoulement centripète du sang : de là des congestions, des raptus sanguins vers les principaux organes internes : la période de chaleur, par la rapidité qu'elle imprime à la circulation, dispose aux hémorragies, aux phlegmasies diverses.

L'auteur résume sa lecture dans les propositions suivantes : la fièvre essentielle est constituée par une réunion de phénomènes dont la cause nous échappe. La fièvre symptomatique est toujours subordonnée à l'affection locale. La fièvre offre un critérium assez sûr pour l'évaluation de la gravité des maladies. Quant aux indications que la fièvre présente dans les maladies, l'intensité du mouvement pyrétique prescrit, dans les fièvres continues, la mesure du traitement antiphlogistique; modérée, elle favorise en général la résolution des maladies; elle peut quelquefois être provoquée avec avantage : *febris spasmu solvit*.

La composition de M. Legroux porte l'empreinte d'un esprit observateur; mais elle a paru un peu diffuse et chargée de redites. Une méthode d'exposition plus sévère, plus serrée, eût fait valoir davantage l'instruction du candidat.

M. PIORRY.

M. Piorry, en commençant la lecture de sa composition, explique d'abord nettement et en une seule phrase comment il a compris la question : la fièvre, l'état fébrile, dit-il, *et non pas les fièvres*. L'étymologie est ici utile à connaître, ajoute-t-il, puisqu'elle a rapport à deux des principales opinions qui se sont élevées sur les fièvres. Les uns voulant qu'elles fussent une collection de phénomènes, un groupe de symptômes en rapport avec la chaleur, ainsi que le désigne le mot *fervere*, brûler. Les autres y voyant une série d'actions dépuratrices, ce qui est assez bien rendu par le mot *februare*, purifier.

Pour se former une idée de la fièvre, il faut savoir ce que les principaux auteurs ont entendu par le mot fièvre.

Passant en revue dans un historique rapide les opinions des anciens, M. Piorry recherche jusqu'à quel point Hippocrate a considéré la fièvre comme un effort de la nature médicatrice; il présente le tableau des opinions de l'école d'Alexandrie, de Soranus, de Thémison, de Cœlius, de Celse, de Galien, d'Alexandre de Tralles et des pathologistes du moyen-âge, tels que Baillou et Fernel. Il fait voir qu'à mesure que des idées anatomiques pénétraient davantage dans les esprits, la fièvre n'était plus considérée comme la maladie essentielle, mais bien comme en rapport avec des lésions organiques : de là les épithètes pleurétique, péripneumonique, etc., qu'on y ajouta. Mentionnant ensuite les principaux auteurs des deux derniers siècles, les travaux de Sydenham, Stahl, Huxham, Sarcône, Baglivi; les doctrines plus ou moins stahliennes de l'école des Barthez et des Bordeu; puis ceux des Cullen, des Brown, des Pinel et de Broussais, M. Piorry s'attache à prouver que l'anatomie pathologique fécondée, comme il le dit, par la physiologie de Haller, a contribué de plus en plus à rattacher l'état fébril à l'organisme lui-même. En somme, presque tous les médecins ont considéré la fièvre comme une collection de symptômes, et Celse a fait voir combien il était difficile de préciser l'état organique qu'on entendait par ce mot.

Après avoir démontré que la fièvre ne consiste pas exclusivement dans tels ou tels caractères : du pouls, de la circulation, de la chaleur, pris isolément, il donne une courte description de la fièvre qui remplace pour lui la définition, et il voit en elle un composé des symptômes qui viennent d'être énumérés; plus, des troubles fonctionnels variables, le tout suivant une certaine marche, et se manifestant souvent par une succession de frissons et de chaleur.

L'auteur recherche avec beaucoup d'étendue quelles sont les différentes circonstances où l'état fébrile se déclare, et cela depuis les lésions matérielles des organes, les altérations des liquides, jusqu'aux phénomènes moraux; il est peu de circonstances pyrétogéniques qu'il n'énumère pas. Puis alors, il s'élève à la recherche des causes appréciables de la fièvre, et se montre éloigné de toute opinion exclusive et de tout esprit systématique.

Loin de croire, ainsi que l'a pensé M. Gendrin, devoir décrire une fièvre qui, en définitive, ne serait que les trois stades de la fièvre intermittente, l'auteur croit qu'une simple indication des phénomènes propres à toute espèce de fièvre suffit; car, dit-il, s'il décrivait un seul tableau de symptômes, ce tableau ne serait point applicable à tel autre groupe de symptômes réuni aussi sous le nom de fièvre. Le frisson peut lui-même manquer dans des cas où il y a fièvre; comment donc se décider à présenter un assemblage de troubles fonctionnels comme étant la fièvre, lorsque beaucoup de fièvres ne les présentent pas?

L'auteur trace alors la marche de l'état fébrile, s'étend sur les innombrables complications qu'elle présente, insiste sur l'utilité de leur étude, fait voir combien le diagnostic de l'état fébrile exige aussi celui des états maladifs qui le précèdent, l'accompagnent ou coexistent. Il cherche à faire voir que la fièvre elle-même peut donner lieu à des phénomènes pathologiques, spéciaux et secondaires.

Pour M. Piorry, il n'y a pas d'anatomie pathologique à tracer pour la fièvre. Celle-ci consiste dans des troubles fonctionnels; elle cesse avec la vie; or, on peut bien arriver par les ouvertures du cadavre à trouver la cause matérielle des symptômes fébriles; mais, quant à cette collection de symptômes, ils tiennent à la vie, et ne peuvent se révéler par la mort.

Quelle est donc la nature de la fièvre? Ici le candidat énumère les principales opinions qui ont été émises sur ce grave sujet. Consiste-t-elle dans une altération des solides ou des liquides, ou, comme le dit Cœlius, dans une maladie de tout le corps? Est-elle le résultat d'une irritation locale, du *strictum* et du *laxum*? Faut-il admettre la manière d'agir de l'épine de Van Helmont? Tient-elle à une inflammation du cœur, des artères, des veines, des capillaires? Est-elle le résultat d'une altération du sang? Le système nerveux la produit-il? Faut-il y voir une affection de l'appareil cérébro-spinal ou des nerfs dépendans du grand sympathique? Faut-il la rapporter au défaut d'excitabilité de Brown, ou à l'excès de stimulation, comme le veulent Broussais et Rasori? La fièvre est-elle, comme le pensent encore Hufeland et quelques médecins anglais, un être à part, une maladie, une unité, ainsi que le pensait Triseau, et qui préside à la plupart des autres phénomènes maladifs? Est-elle enfin, comme l'admettait Hippocrate, et surtout l'école de Stahl, un effort médicateur de ce qu'on appelle la nature, etc., etc. Abordant toutes ces opinions et un assez bon nombre d'autres, M. Piorry démontre que chacune d'entre elles peut être applicable à certains faits particuliers, mais qu'aucune d'elles ne peut s'élever à constituer une doctrine unique.

Sans doute, il eût été à désirer que la plupart de ces grandes questions pathologiques eussent été plus largement discutées que ne l'a fait le candidat; mais évidemment il n'a pu que les indiquer; car la composition était fort étendue, et il aurait fallu bien des pages pour discuter chacune des opinions qui étaient passées en revue. En somme, M. Piorry, sans préjuger sur la nature de la fièvre, y voit un consensus, une synergie des organes; elle est à l'organisation dans l'état de maladie, ce que l'accomplissement régulier des fonctions est à la santé, et la même loi qui enchaîne physiologiquement les organes de l'homme sain détermine le mouvement fébrile, lorsque, sur l'homme malade, quelque organe ou quelque fonction viennent à être brusquement altérés.

Le traitement de la fièvre exige principalement la connaissance des causes qui la produisent, des circonstances qui l'ont précédée, des altérations des solides, des liquides, qui ont lieu primitivement ou consécutivement au mouvement fébrile, ou qui ont coexisté avec lui. Il est impossible de l'indiquer d'une manière générale.

M. Piorry conclut par quelques propositions qui renferment la substance de son travail, et avouant que dans un assez bon nombre de cas on ne peut remonter jusqu'à la cause du mouvement fébrile, il dit avec Baglivi : *In morbis sive acutis sive chronicis producendis, viget occultum quid, per humanas speculationes fere incomprehensibile.*

M. DALMAS.

Fièvre, de *fervere*, *februare*. M. Dalmas adopte la première étymologie, parce qu'elle est analogue au sens du mot grec πυρ, pyrexie. On sait, du reste, que chaque doctrine, chaque école a envisagé sous un point de vue différent le grand phénomène de la fièvre.

I. DE LA FIÈVRE CONSIDÉRÉE EN ELLE-MÊME. — Les fonctions de la calorification, de la circulation et de la respiration ne présentent que des variations limitées sous l'influence de la veille, de la station, de la digestion, etc. La fièvre seule les augmente d'une manière notable. CIRCULATION. L'auteur en étudie les degrés de fréquence, note les qualités que peut offrir le pouls. Ces dernières modifications ont été exagérées par quelques observateurs. CHALEUR. Elle était le phénomène principal pour les anciens; elle l'est encore pour beaucoup de modernes; aussi, c'est du mot *feu*, πυρ, que la fièvre a tiré sa dénomination; elle a été étudiée spécialement par quelques modernes, Hunter, M. Rayer (dans les fièvres exanthématiques), M. Gavarret dans le service de M. Andral. Elle dépasse rarement 4° + 0. RESPIRATION. Elle est accélérée en proportion du pouls. ETAT DE MALAISE GÉNÉRAL. Faiblesse physique et morale, courbature, station impossible, insomnie, etc.

Après cette étude rapide des principaux élémens constitutifs de la fièvre, l'auteur en montre la combinaison et prend pour type les phases d'un accès régulier, c'est-à-dire d'un accès qui a son commencement, son milieu, sa fin. Le premier stade est marqué par le froid, qui varie d'intensité depuis l'horripilation jusqu'au frisson violent avec claquement de dents; la peau est sèche, les ongles livides; des taches apparaissent sur le corps; celui-ci est diminué de volume; il survient des vomissemens, des évacuations alvines, de la céphalalgie avec un peu de délire; quant au refoulement du sang vers les organes profonds, l'auteur doute. Le froid est-il réel ou seulement senti? M. Dalmas penche vers cette dernière opinion. Le deuxième stade est celui de la chaleur; le troisième est le moment de détente ou de diffusion.

DIFFÉRENCES DE LA FIÈVRE. 1° Quant à l'ordre de succession des fièvres, fièvres anomales; 2° quant au siége; la fièvre est universellement considérée comme un état général; cependant quelques auteurs admettent une fièvre locale, c'est-à-dire la circonscription des phénomènes de chaleur, de pulsation, de sueur même dans une seule partie, c'est une variété de fièvre larvée; M. Dalmas hésite à l'admettre, mais la croit bonne à noter; 3° quant au type, il fournit la classification des fièvres en continues, rémittentes, intermittentes, etc.; 4° La durée des fièvres les fait aiguës ou chroniques; mais cette

appellation ne doit s'entendre de la fièvre que comme de la douleur, du vomissement.

Modifications organiques qui découlent de la fièvre. Les effets organiques de la fièvre varient suivant ses périodes; celle de frisson est une période de concentration; la fièvre enrhume, est un vieux dicton qui s'applique à ce stade; il peut déterminer des congestions diverses, la déchirure des poches anévrismales, l'exaspération de phlegmasies chroniques; il peut rendre plus apparentes certains lésions de la peau et servir ainsi au diagnostic. Les fluides sont aussi modifiés sous l'influence de la fièvre, d'abord dans la vitesse de leur circulation, puis peut-être dans leur constitution intime; ce qu'il y a d'évident, c'est que les sécrétions sont augmentées ou diminuées; peut-être encore faut-il rattacher à une altération des liquides les indurations, les ramollissemens de certains viscères observables chez les fébricitans.

Utilité de la fièvre. La fièvre est-elle bonne à quelque chose? Convient-il dans certains cas de la provoquer? Telle est l'opinion d'Hippocrate, de Galien, de Sydenham, de Boerhave, de Stahl, du judicieux Borsieri, de Pujol, qui a obtenu sur cette question le prix de la société royale de médecine. Selon ces auteurs, la fièvre est une fonction morbide et pour ainsi dire le médecin par excellence. Le candidat n'émet point de jugement personnel.

Nature de la fièvre. Même réserve, même laconisme. L'auteur se borne à se demander si la fièvre consiste dans un état organique, dans une modification des liquides ou de l'influx nerveux?

II. Des diverses espèces de fièvres. L'auteur les divise en symptomatiques et en idiopathiques. Les premières sont l'expression d'un état local; elles sont extrêmement fréquentes, et la mort n'arrive presque jamais sans elles. M. Dalmas croit pouvoir rattacher toutes les pyrexies symptomatiques aux trois formes suivantes: 1° *la fièvre traumatique*, la forme la plus connue; 2° *la fièvre des phlegmasies*, la plus fréquente; 3° *la fièvre de résorption*, qu'il mentionne sans préjuger rien au fond sur sa différence d'avec la précédente. Les fièvres symptomatiques offrent différens degrés d'intensité, presque toujours en rapport avec la cause qui les entretient; elles sont aiguës ou chroniques suivant cette cause encore, parfois intermittentes, malgré la persistance de la lésion locale, tels les mouvemens fébriles qui sillonnent la phthisie, la syphilis. Elles empruntent la gravité de leur pronostic de la gravité de l'état local; plus elles sont tardives, plus elles sont d'un pronostic fâcheux; même observation quant à l'âge avancé des malades. Leur traitement est celui de l'affection qui les fomente.

Il est des fièvres symptomatiques, ajoute M. Dalmas, qu'il est très difficile de distinguer des fièvres idiopathiques.

Il est des cas où les fièvres symptomatiques sont compliquées de fièvres idiopathiques, autre difficulté pour le diagnostic.

Pour M. Dalmas, les fièvres idiopathiques sont des états pyrétiques sans lésion préexistante appréciable; il n'en consent l'existence que relativement à l'état actuel de la science; il les rattache aux catégories suivantes:

1° Cas de fièvre idiopathique simple;

2° Cas de fièvre intermittente simple;

3° Cas de fièvre continue éruptive, fièvre suivie, *non précédée*, d'éruption à la peau;

4° Cas où à la fièvre continue se joint une multitude de lésions diverses disséminées (typhus, charbon, etc., altération ou infection du sang).

L'auteur commence l'étude détaillée de tous ces cas; mais il est interrompu par l'heure dans celle du premier groupe.

Ce qui nous a paru le plus digne d'approbation dans le mémoire de ce candidat, c'est l'esprit de sage réserve qu'il y a montré; le cadre qu'il a suivi prête à l'attaque; l'étude détaillée des différentes espèces de fièvres ne se rattache pas nécessairement au sujet compris dans ce mot: « de la fièvre. » M. Dalmas pouvait donc retrancher sans inconvénient la seconde partie de sa composition, à condition de fortifier la première par une plus riche somme de faits, par un peu d'érudition, car il en faut, et M. Dalmas s'en est presque entièrement dispensé. Le plan de la première partie est bien établi; mais il n'est pas assez substantiellement rempli; l'auteur glisse trop aisément sur les questions, et il croit les avoir traitées quand il n'a fait que les indiquer.

M. DUBOIS D'AMIENS.

La plupart des auteurs ont vu dans la fièvre une variation de la chaleur en excès; cette opinion est celle que le candidat adopte; il ne s'occupera point à rechercher en ce moment les idées qui ont régné sur ce sujet; chaque âge, chaque siècle a fourni son contingent d'hypothèses et de théories. C'est de l'état fébrile qu'il entend parler.

La variation du pouls s'exprime surtout par la fréquence de ses battemens; il peut toutefois être modifié dans son rhythme, dans son impulsion. La fréquence est-elle un phénomène constant de la fièvre, et si le pouls peut aussi se ralentir sous l'influence pyrétique, dans quelles proportions ce dernier phénomène a-t-il lieu? Les rémissions que l'on observe dans certains états fébriles prouvent que ceux-ci ne sont pas liés à la fréquence des pulsations; bien plus, le pouls peut descendre au-dessous du nombre normal, sans que l'on puisse nier l'existence de la fièvre. Les limites de l'accélération circulatoire sont en raison de l'âge des sujets, de la nature de la fièvre, des dispositions individuelles. Selon M. Dubois, Haller a eu tort de dire qu'il y a fièvre, quand le pouls dépasse 72 pulsations par minute. Quant à la chaleur, les appréciations thermométriques n'indiquent que des différences de 4 à 6° $\frac{1}{2}$; encore les expériences de Hunter qui ont donné ce résultat n'ont été faites que dans des pyrexies pour ainsi dire locales. M. Bouillaud les a reprises et les différences qu'il a obtenues vont à 7—8° $\frac{1}{2}$. Les troubles fonctionnels consistent dans l'anorexie, la soif, la céphalgie, l'altération des sécrétions, etc; mais la fièvre est surtout caractérisée par les variations de la température animale, notamment par le frisson initial fugace ou permanent, ensuite par de grands troubles fonctionnels.

Appréciation historique. Toutes les fièvres sont phénoménalement caractérisées dans les collections hippocratiques et dans les traités de Galien. On doit aux anciens la division rationnelle des fièvres en fièvres primitives et en pyrexies liées à des lésions locales; ils ont parfaitement décrit la fièvre éphémère, la synoque inflammatoire et la synoque avec stupeur. Cœlius Aurelianus, Oribase, Alexandre de Tralles n'ont été que les compilateurs des idées galéniques; l'auteur nomme encore, mais en termes vagues, les travaux de Sylvius, de Fernel et se hâte d'arriver à l'époque moderne; il y découvre trois grandes phases qu'il personifie, la première dans Cullen et Pinel, la seconde dans Broussais, la troisième dans la science contemporaine. Du temps de Pinel, il n'est question que de fièvres; les recherches anatomo-pathologiques ont déjà pris quelque essor; on étudie les traces locales des maladies; mais, en définitive, toute la nosologie s'absorbe dans les fièvres. Puis, avec Broussais, il ne s'agit que de phlegmasies; tout se localise, toute localisation est inflammatoire. Aujourd'hui l'on revient aux fièvres, aux états morbides généraux, sans négliger l'altération matérielle des organes. L'auteur indique rapidement les travaux récens dont la pyrétologie a été l'objet.

Diverses formes de la fièvre. 1° Certaines fièvres trouvent leurs conditions d'existence dans un mal localisé; c'est le cas le plus ordinaire, fièvres symptomatiques; 2° il est des fièvres primitives, c'est-à-dire sans état local connu ou dont les lésions anatomiques sont disproportionnées avec l'appareil symptomatique; c'est à tort qu'on les nomme essentielles; 3° suivant le type, les fièvres sont intermittentes, rémittentes, continues; 4° elles sont éruptives, quand les manifestations anatomiques ont lieu à la surface muqueuse ou cutanée. L'auteur indique les divisions que présente ce dernier groupe.

Que si l'on veut étudier de plus près ces diverses formes pyrétiques, en approfondir les relations ou les dissemblances, on notera ceci: entre les fièvres continues, le rapport commun existe dans les prodromes, dans la succession périodique des symptômes, dans la contagion pour quelques-unes, et dans leur propriété de n'attaquer qu'une fois le même sujet; entre les fièvres intermittentes, le rapport commun est dans leur génération par infection miasmatique, dans l'absence des prodrômes, dans leur évolution par stades ou courtes périodes; les fièvres éruptives appartiennent à un certain âge, portent le cachet commun de la contagion, se déroulent en périodes distinctes caractérisées par l'incubation, l'éruption, la suppuration, la dessiccation ou la desquamation.

Sous le point de vue anatomo-pathologique, quoi de spécialement commun dans l'ordre des fièvres continues? Un travail pathologique interne, une éruption à périodes sur la surface tégumentaire interne; voilà le fait principal qui les lie. Dans les fièvres intermittentes simples, la condition anatomique échappe; mais quand elles se prolongent, on observe des intumescences de la rate, du foie, des hydropisies consécutives. Les pernicieuses présentent des variations anatomiques aussi nombreuses que les variations symptomatiques qui leur sont propres. Quoi de spécialement commun entre les fièvres éruptives? Une lésion externe, cutanée.

L'auteur déduit de ce qui précède des notions très écourtées sur le diagnostic absolu et différentiel des fièvres, ainsi que sur leur pronostic. Il termine en posant les principes généraux de leur traitement.

Il y a des compositions que la lecture fait valoir; celle de M. Dubois eût gagné à être lue avec moins d'intention que n'y a mis l'auteur. Elle est écrite avec méthode et sagesse; le style en est simple: pourquoi M. Dubois n'apporte-t-il point plus de simplicité dans le débit? Il a, comme la plupart de ses compétiteurs, envisagé la question dans le détail pyrétologique; il a traité de la fièvre maladie, non de la fièvre symptôme: ce point de vue ne nous paraît pas le véritable; mais, une fois admis, il est appliqué avec talent et une science de bon aloi dans le mémoire de M. Dubois.

M. GUILLOT.

Rien d'instable comme notre idiôme médical; chaque âge, chaque époque de notre art, a eu sa langue; un seul mot a passé par tous les langages qu'a successivement bégayés la science à travers les sciences; un seul mot s'est conservé intact, se reproduit partout: c'est le mot *fièvre*. Quel sens a-t-il reçu tour à tour, forme vide insufflé, par l'esprit de chaque doctrine? Quel sens devons-nous lui attribuer? Il est synonyme de chaleur; il désigne la chaleur morbide, non les accidens variables de la température physiologique. La durée de cette chaleur, ses perversions, ses variétés doivent être étudiées, et c'est ce que l'on a fait de tout temps; des puis Hippocrate jusqu'à nos jours, on a tenté l'étude de la fièvre considérée en elle-même et dans ses formes, et voilà ce que tentera encore M. Guillot.

1° Nature, cause intime de la fièvre. Il relate brièvement les documens épars dans les écrits hippocratiques, et qui concernent ce point. En définitive, toutes les idées qui ont été émises sur la nature de la fièvre aboutissent à l'hypothèse, admettent un principe particulier qu'elles placent tour à tour dans le sang, dans la bile, dans le froid et le chaud, dans le strictum ou le laxum, dans l'acidité et l'alcalescence (Boerrhave), dans l'asthénie (Brown), dans l'excès de stimulus vital (Rasori), dans l'irritation (Broussais). Toutes ces théories ont cela de commun qu'elles ont la prétention de résoudre le problème de la nature de la fièvre, et que la solution qu'elles formulent gît dans une hypothèse; elles ne diffèrent entre elles que par le mot. La doctrine des fièvres essentielles sans lésion matérielle est l'antagoniste des théories précédentes; mais elle écarte les études simples du corps humain. L'auteur n'espère aucun résultat des recherches qui ont pour objet la cause intime de la fièvre; il faut se borner à en étudier la nature secondaire; celle-ci est tout entière dans l'expression anatomique que nous avons les moyens de vérifier. L'auteur veut que la pyrétologie porte sur deux séries de faits; d'un côté, ceux qui constituent l'expression anatomique de la fièvre; d'un autre, ceux qui en composent l'expression symptomatique. Il attribue le peu de progrès que la pyrétologie a faits jusqu'au 19e siècle aux effets mêmes de sa nomenclature, à l'imperfection des sciences physiques, au manque de matériaux anatomo-pathologiques.

Les mouvemens fébriles sont tantôt antérieurs à toute apparition locale, comme dans la rougeole, la scarlatine, les intoxications miasmatiques, les fièvres intermittentes; tantôt ils succèdent à la lésion circonscrite d'un tissu; il y a donc

variété dans la cause de la fièvre, puisque son point de départ est tantôt dans l'économie tout entière, tantôt dans un seul point organique.

Dans ces derniers temps, à la question de la fièvre s'est substituée celle de l'inflammation, mot tout aussi vague, et qui n'est acceptable en son lieu et place qu'à condition de signifier inflammation générale.

2° FORMES DE LA FIÈVRE. Deux formes bien distinctes du fait fébrile : 1° fièvres continues graves, nerveuses, typhoïdes, éruptives, caractérisées par de larges mouvemens de l'économie, à la suite desquels se produisent des lésions locales; 2° fièvre sans lésion locale.

Peut-on produire la fièvre à volonté? se demande le candidat. Non, toute sorte de fièvre; mais on peut déterminer artificiellement des mouvemens fébriles divers. Il pense que l'on peut rapprocher sans inconvénient de l'étude de la fièvre celle de l'inflammation locale.

Avant de terminer, il voudrait produire une définition de la fièvre : trouble fonctionnel pour les uns, fonction morbide pour les autres, elle repousse toute définition; il n'y a plus lieu aujourd'hui à entreprendre la théorie de la fièvre; l'observation rigoureuse des phénomènes est la seule méthode qui convienne à la science; étudier la fièvre dans ses actes, dans sa phénomalité, c'est la définir.

Nous n'avons pu donner de cette composition qu'une analyse incomplète; l'œuvre de M. Guillot est elle-même très incomplète; elle eût surtout exigé un ordre moins lâche et une plus riche somme de faits précis; mais telle qu'elle est sortie de sa plume, elle atteste un esprit exercé à la généralisation, des vues très élevées et une certaine ampleur de style; en un mot, malgré ses nombreux défauts et ses lacunes, le travail de M. Guillot a une physionomie propre.

VARIÉTÉS.

— PROGRAMME DES PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE LYON. La Société de médecine de Lyon décernera, dans le courant du mois de février 1841, une médaille d'or de la valeur de trois cents francs, à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

Du régime alimentaire dans les maladies aiguës et chroniques des organes de la digestion.

Indiquer son action et les modifications qu'il doit subir dans les diverses périodes de ces maladies, et suivant les diverses circonstances et conditions où se trouvent les malades.

Une seconde médaille d'or, de la même valeur, sera accordée à l'auteur du meilleur mémoire sur cette autre question :

Rechercher si, depuis quelques années la syphilis est plus fréquente à Lyon.

Apprécier les effets de cette maladie sur le bien-être et les habitudes de travail des ouvriers.

Dans tous les cas, déterminer les causes qui peuvent donner de l'extension à ce fléau, exposer l'état actuel des secours publics qui lui sont affectés, et s'ils sont reconnus insuffisans, indiquer le moyen de les proportionner aux besoins de la population.

Les mémoires envoyés au concours devront être adressés, francs de port, avant le 1er novembre 1840 à M. Rougier, secrétaire général de la Société, place de la Préfecture, à Lyon.

— La troisième livraison de l'OSTÉOGRAPHIE comparée, de M. BLAINVILLE, vient de paraître. Elle forme le complément des PRIMATES.

Ce grand ouvrage est traité de manière à satisfaire les amis de la science. Les planches qui l'accompagnent sont dues au crayon de M. Werner. Cet habile artiste n'a pas voulu laisser son travail au-dessous de ce qui a paru de mieux jusqu'à ce jour. C'est un titre de plus ajouté à ceux que lui ont acquis ses nombreux et importans travaux.

Nous donnerons prochainement une analyse de ce qui a paru de cette belle et importante publication.

Chez Arthur Bertrand, libraire, rue Hautefeuille.

— MANUEL PRATIQUE DES MALADIES DES YEUX d'après les leçons cliniques de M. le professeur Velpeau, chirurgien de l'hôpital de la Charité; par Gustave JEANSELME.

Un fort volume grand in-18 de 676 pages. Prix : 6 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Chez l'auteur, place Saint-Michel, 12.

— TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE D'HISTOIRE NATURELLE, comprenant l'organisation, les caractères et la classification des végétaux et des animaux, les mœurs de ces derniers, et les élémens de la minéralogie et de la géologie; par G.-J. MARTIN SAINT-ANGE et F.-E. GUERIN.

4 vol. in-8°, ornés de 100 planches environ, dessinées par les auteurs et gravées par les meilleurs artistes, tirées en couleur, et terminées au pinceau avec le plus grand soin. En vente la 42e livraison.

CONDITIONS DE LA SOUSCRIPTION. Chaque livraison, renfermée dans une couverture imprimée, contiendra deux planches et une feuille de texte au moins.

Prix de la livraison, en souscrivant à l'ouvrage entier :

Papier superfin satiné, figures noires............... 1 fr.
Idem, figures coloriées............... 2

Prix de chaque livraison, en souscrivant séparément à chacune des trois divisions :

Papier superfin satiné, figures noires............... 2 fr.
Idem, figures coloriées............... 2 fr. 50 c.

On souscrit, sans rien payer d'avance, à Paris, chez Ve Legras, Isambert et comp., libraires, rue de l'Université, 112. A Amsterdam, même maison.

— TRAITÉ DU SYSTÈME NERVEUX DANS L'ÉTAT ACTUEL DE LA SCIENCE; par le docteur J.-B. SARLANDIÈRE, chevalier de la Légion-d'Honneur et du mérite de Prusse, membre de plusieurs sociétés savantes, etc.

Un vol. in-8° de 600 pages, avec 6 planches. Prix : 9 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

— DU TRAITEMENT MÉDICAL DE LA PIERRE ET DE LA GRAVELLE, par M. le docteur CIVIALE. Un vol. in-8. Prix : 5 fr. 50 c.

Chez M. Crochard et comp., libraire-éditeur, rue de l'Ecole-de-Médecine, n. 17.

— Le TRAITÉ DES MALADIES DE PLOMB, par le docteur TANQUEREL DES PLANCHES, que nous avons analysé dans notre dernier numéro, forme 2 gros volumes in-8, et se trouve chez Ferra, 18, rue des Grands-Augustins. Prix : 15 fr.

— TRAITÉ DES MALADIES DES ENFANS, par le docteur BEATON, avec notes de M. Baron, médecin de l'hôpital des Enfans-trouvés (ouvrage faisant suite à celui du docteur Billard).

Un fort volume in-8°.

Cet ouvrage se trouve, à Paris, chez J. Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13 bis.

— MANIÈRE DE GUÉRIR LA MALADIE SCROFULEUSE; par le chevalier Joseph de VERING, docteur en médecine, etc. — In-8.

A Vienne, en Autriche.

— CONSIDÉRATIONS SUR L'EMPLOI DU CHARBON POUR LA PURIFICATION ET LA CLARIFICATION DES EAUX; par M. T. DUCOMMUN, docteur en médecine, chevalier de la Légion-d'Honneur.

Brochure in-8.

Paris, imprimerie de Paul Dupont et comp.

— QUELQUES PROPOSITIONS SUR LES FONCTIONS DU FOIE ET DE LA VEINE-PORTE ET SUR LES PROPRIÉTÉS DE LA BILE; par J.-C. RIPAULT, D. M. P., ancien interne des hôpitaux de Paris, etc.

Brochure in-8.

A Dijon, chez les libraires Decailly et Lamarche.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue de l'Ecole-de-médecine, 17.

— DES CLASSES DANGEREUSES DE LA POPULATION DANS LES GRANDES VILLES ET DES MOYENS DE LES RENDRE MEILLEURES. Ouvrage récompensé en 1838 par l'Institut de France (Académie royale des sciences morales et politiques). Par H.-A. FREGIER, chef de bureau à la préfecture de la Seine. Deux volumes in-8.

Prix : 14 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Nous rendrons compte de ce curieux et important ouvrage.

— OBSERVATIONS SUR LES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE par cause traumatique et sur leur traitement; par J. FRANC, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

In-18.

A Paris, chez Crochard et comp., libraires, rue de l'Ecole-de-Médecine, n. 17.

— DE L'HOMME ANIMAL; par le docteur FÉLIX VOISIN, médecin des hôpitaux de Paris, etc.; in-8, 1839. Prix : 7 fr. 50 c.

A Paris, chez Béchet jeune et Labé, libraires, place de l'Ecole-de-Médecine.

— Le prix de l'ouvrage de Forichon, *sur le matérialisme et la phrénologie*, est de 6 fr. et non de 7 donné par erreur.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 50. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 14 DÉCEMBRE 1839.

Gazette Médicale

DE PARIS.

La GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (*Gazette de santé et Clinique des hôpitaux réunies*) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivant à 6 feuilles in-8°.— Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier janvier. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la GAZETTE MÉDICALE, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

THÉRAPEUTIQUE.

MÉMOIRE SUR UNE MÉTHODE SPÉCIALE DE TRAITEMENT POUR QUELQUES SURDITÉS; par M. PETREQUIN, D. M. P., chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, correspondant spécial de la Société de Médecine de Paris, etc.

(SUITE. — Voir le numéro précédent.)

Ce n'est point chose commune parmi les hommes de notre profession que la connaissance exacte de l'oreille et de la nature de ses maladies.

SIR ASTLEY COOPER. (PHILOSPH. TRANS. 1802.)

SURDITÉ CHRONIQUE DOUBLE; GUÉRISON INCOMPLÈTE.

OBS. IX. — Odier (Marie), âgée de 28 ans, demeurant à Bourg-Argental, d'un tempérament sanguin bilieux, d'une constitution assez forte, entra à l'hôpital le 8 juillet 1838, service de M. Pétrequin pour une surdité incomplète des deux oreilles. La malade ne connaît aucune cause qui ait pu produire cette surdité. En examinant les oreilles, on les trouve dans l'état normal. La malade n'y a jamais senti la moindre douleur. Toutes ses maladies antérieures se réduisent à la gale qu'elle a eue deux fois. Elle est cependant très sujette aux maux de gorge. La surdité a débuté peu à peu et sans que la malade s'en soit aperçue, d'abord par l'oreille gauche, dans laquelle elle ressentit, il y a quatre ou cinq ans, des bourdonnemens très fatigans et qu'elle comparait au bruit du vent; l'oreille ne lui faisait alors ressentir aucune douleur, mais elle éprouvait de violens maux de tête. Deux ans après, la même succession de symptômes eut lieu pour l'oreille droite, en même temps que la surdité du côté gauche allait toujours croissant, en sorte qu'aujourd'hui la surdité est incomplète des deux côtés, mais suit une marche constamment progressive.

Au début de la maladie, un médecin d'Annonay lui avait fait prendre un émétique, et comme il ne produisit aucun effet, le médecin déclara qu'il n'y avait rien à faire.

Feuilleton.

ÉLOGE DE LAENNEC; PAR M. PARISET (1).

René-Théodore-Hyacinthe Laennec naquit le 17 février 1781, à Quimper, petite ville de Bretagne, comprise aujourd'hui dans le département du Finistère. Sa famille tenait dans la bourgeoisie un rang honorable. Depuis plusieurs générations, elle remplissait des fonctions au barreau; elle exerçait des magistratures locales.

Le père de Laennec avait fait d'excellentes études. Il cultivait les lettres, et son talent pour la poésie rappelait un de ses compatriotes, Desforges-Maillard, dont la muse pseudonyme avait surpris, cinquante ans plus tôt, des galanteries et des louanges à l'auteur de la HENRIADE et de BRUTUS. Il est des hommes qui, les yeux fermés sur l'avenir, comme Jean La Fontaine, se livrent, dans leur insouciance, au dangereux bonheur de rester enfans toute leur vie. Ce père, homme d'esprit et de goût, n'était point homme de conduite. Veuf de très bonne heure, avec des enfans en bas âge, il sentit vivement tout ce qui lui manquait pour diriger leur éducation, et soit nécessité, soit sagesse, il abandonna le soin de les conduire à son frère, médecin distingué de la ville de Nantes. Ce frère recueillit avec bonté ces jeunes orphelins, et les fit élever comme ses propres enfans.

A l'âge de 19 ans, c'est-à-dire en 1800, il vint à Paris. Sur ce grand théâtre de lumières, il éprouva ce qu'y éprouve tout esprit élevé : il sentit croître son ardeur. Aux études obligées de sa profession, il en associa d'auxiliaires, destinées à combler le vide que le malheur des temps avait laissé dans ses idées. Il reprit pour l'approfondir cette langue latine qui a été longtemps le lien des nations, et dans laquelle il parvint à écrire avec une élégance et une pureté trop rares de nos jours. Il se familiarisa par ses propres efforts avec les écrivains grecs, c'est-à-dire avec les plus sublimes esprits qui aient honoré notre espèce, et comme on tentait alors pour sa langue maternelle ce qu'on avait tenté vainement pour l'hébreu, pour le slave, pour le basque; comme une nouvelle école voulait faire de la langue celtique, la langue primitive du genre humain, Laënnec, prenant à cœur la gloire de son pays, s'engagea dans l'examen scrupuleux de ce singulier idiôme. Pour en mieux pénétrer la structure intérieure et les secrets caractères, il en rapprochait les principaux dialectes, ceux que l'on parle encore aujourd'hui dans une partie du nord-ouest de l'Europe, le gaélique et le cymrique; ou, si l'on veut, d'une part, l'erse et l'irlandais; de l'autre, le gallois, le cornique, et le plus distingué de tous, le bas breton. Qui le dirait? Le celtique, au sentiment des plus habiles, serait, de toutes les langues indo-européennes, celle qui, après l'arménien, se rapprocherait le plus du sanscrit, c'est-à-dire de la langue la plus simple et la plus composée, la plus flexible et la plus fixe, la plus sage et la plus hardie, la plus positive et la plus abstraite, la plus harmonieuse et la plus âpre; en un mot, de la langue

(1) Nous regrettons de ne pouvoir donner en entier le brillant éloge de M. Pariset. Nous en avons reproduit les parties les plus saillantes. (N. DU R.)

Voici l'état actuel : Le pavillon de l'oreille ne présente rien d'anormal; le méat auditif ne semble pas enflammé : il n'en est jamais sorti de pus; il n'y a pas d'engorgement autour des oreilles; mais en examinant l'arrière-gorge on trouve une inflammation chronique du voile du palais et surtout de ses deux piliers. La malade ne peut entendre que lorsqu'on lui crie très fort, encore faut-il que la personne qui lui parle se place en face d'elle; sans cette précaution, elle ne pourrait que difficilement entendre.

9 juillet. Insufflation de sulfate d'alumine et de sucre; gargarisme avec demi-gros de sulfate d'alumine; purgatif avec l'eau de Sedlitz.

10. Application de treize sangsues derrière l'oreille droite; on continue le gargarisme et les insufflations.

17. Vésicatoire à la nuque.

26. Sous l'influence de ce traitement, la malade semble remarquer une petite amélioration dans l'ouïe, amélioration évidente, puisqu'elle entend quand on lui parle du ton de voix à peu près ordinaire.

27. Cautérisation de la trompe d'Eustachi avec le nitrate d'argent, faite par M. Bonnet en l'absence de M. Pétrequin. On continue le traitement par les gargarismes et les insufflations, mais sans beaucoup de régularité.

31. Nouvelle cautérisation qui est sans effet marqué.

Le 2 août, M. Bonnet en fait une troisième.

Le 8, la malade craignant les cautérisations demande à s'en aller.

(*Recueillie par M. Jouinon.*)

Un succès plus complet a été obtenu sur le malade suivant, que j'ai traité conjointement avec mon confrère et ami le docteur Perissel qui en a lui-même recueilli l'histoire.

SURDITÉ ANCIENNE DOUBLE AVEC OTHORRÉE; GUÉRISON.

Obs. X. — Le nommé Vernière, du Cantal, marchand revendeur de meubles à Lyon, âgé de 41 ans, est d'un tempérament sanguin et d'une constitution vigoureuse. Dès sa huitième année, il fut affecté, au moins deux fois par an, de douleurs d'oreilles qui se terminaient dans la nuit ou le lendemain de leur invasion par un écoulement abondant dont la durée était de trois à quatre jours. A treize ans, il quitta son pays, vint dans le Lyonnais et n'éprouva plus ses douleurs jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans. A cette époque, ayant sur la fin de l'automne porté pendant plusieurs semaines une coiffure plus légère que d'habitude, il s'enrhuma, et les douleurs d'oreille se réveillèrent : elles se fixèrent dans celle du côté gauche, et furent très vives pendant quatre jours, au bout desquels l'écoulement se déclara et persista dix-huit mois. Une surdité incomplète accompagna toujours les douleurs et la suppuration. L'oreille droite était libre et entendait fort bien. Un vésicatoire fut appliqué au bras gauche. On fit usage d'injections huileuses, puis d'une pommade dont le malade ignore la composition, mais à laquelle il attribue sa guérison. Dans les années suivantes, il jouit d'une bonne santé, mais une imprudence du même genre que la première donna lieu, au commencement de l'année 1836, à une nouvelle atteinte de son mal. Des douleurs atroces, d'abord fixées dans l'oreille gauche, envahirent bientôt la droite, mais avec moins d'intensité; l'écoulement ordinaire ne parut que dans cette dernière; les douleurs alternèrent d'une oreille à l'autre, et le malade devint sourd des deux côtés, mais incomplètement à droite. Des bourdonnemens incommodes coïncidèrent constamment avec la surdité. On employa des injections huileuses, des cataplasmes calmans, un purgatif, un vésicatoire fut mis au bras gauche, puis remplacé par un cautère.

Lorsque le malade vint me consulter le 18 juillet 1838, les douleurs d'oreille qui duraient depuis huit jours commençaient à se calmer, mais il y avait des bourdonnemens et une céphalalgie continuelle. Le conduit auditif gauche était baigné d'un liquide puriforme et jaunâtre dont l'abondance, au dire du malade, était moindre qu'autrefois. Je constatai une surdité complète de ce côté. L'oreille droite ne présentait pas d'écoulement; comme la gauche elle était affectée de bourdonnemens et de surdité, mais à un degré moins avancé. Le malade entendait de cette oreille, lorsque j'élevais fortement la voix (bouillon de veau aux herbes et lavemens laxatifs; 12 sangsues à l'anus, un vésicatoire derrière chaque oreille). Une abondante suppuration s'établit sur les surfaces dénudées et diminua notablement l'écoulement du conduit auditif. La céphalalgie disparut, les bourdonnemens diminuèrent; l'ouïe se rétablit un peu dans l'oreille gauche, mais beaucoup mieux dans la droite, et je pus faire sans me fatiguer une longue conversation avec le malade. Désirant cependant obtenir un résultat plus complet, je l'engageai à consulter mon ami le docteur Pétrequin qui m'avait fait part de ses recherches sur la surdité et des succès qu'il avait obtenus dans des cas analogues. En conséquence, nous interrogeâmes ensemble le malade le 24 août, et nous apprîmes qu'il avait éprouvé de fréquentes angines : la luette, le voile du palais, et le haut du pharynx offraient une couleur violacée lie de vin, et une injection variqueuse des plus prononcées avec développement hypertrophique des follicules muqueux. Nous arrêtâmes le traitement suivant : Gargarisme avec deux scrupules de sulfate d'alumine sur six onces de décoction d'orge; insufflations avec la poudre d'alun et de sucre à parties égales; un vésicatoire à la nuque pour remplacer ceux des oreilles; enfin une once et demie de sulfate de magnésie pour purgatif.

Le 15 septembre, il n'y avait presque plus de suppuration dans l'oreille gauche; la phlegmasie chronique du voile du palais et du pharynx ne laissait que de légères traces. Le malade entendait très bien de l'oreille droite et passablement de la gauche. La dose de sulfate d'alumine dans le gargarisme fut portée à un gros.

Les jours suivans, on remplace les insufflations par des attouchemens avec la pierre d'alun. L'état de la gorge s'est progressivement amélioré; l'écoulement puriforme s'est tari complètement, et, lors de sa dernière visite, le malade m'entendait parfaitement, quoique je lui parlasse à voix basse.

Nous avons continué le traitement indiqué ci-dessus et les attouchemens avec la pierre d'alun, jusqu'au commencement d'octobre, époque à laquelle nous avons cessé de voir le malade qui avait l'arrière-gorge et les oreilles nettes, et l'ouïe dans un état de finesse très satisfaisant.

(*Rédigée par M. Périssel, D. M. P.*)

Nous avons appris depuis que le sens auditif avait continué à s'améliorer et que le malade se plaignait même que le bruit de la ville lui occasionait un sentiment fort incommode, étant depuis longtemps déshabitué de l'entendre.

Malgré l'évidence et la valeur des faits précédens, il n'en est peut-être pas de plus probant touchant l'efficacité de la médication spéciale dont je m'occupe, que le suivant où elle a été employée seule contre une surdité fort ancienne dont elle a réussi à triompher.

SURDITÉ DOUBLE CHRONIQUE, PROGRESSIVE DEPUIS QUINZE ANS; GUÉRISON COMPLÈTE.

Obs. XI. — Le 18 septembre 1838, une sœur hospitalière de l'Hôtel-Dieu, m'amena, pour me consulter, son frère, M. Large, qui se trouvait dans un tel état de surdité que je ne pus aucunement me faire entendre de lui. Le méat auditif ne présentait rien; j'examinai alors l'arrière gorge où je trouvai une rougeur sombre de la luette, des piliers et du voile du palais, ainsi que du pharynx. L'état de ces muqueuses indiquait une sub-inflammation chronique; c'était du reste un vieillard dont l'état général était bon. Je prescrivis un gargarisme aluminé quotidien et un régime doux; et craignant que les insufflations de poudre alumineuse ne fussent pas bien exécutées par le malade, je préférai, comme un procédé plus sûr, toucher moi même plusieurs fois les parties malades avec une pierre d'alun; je renouvelai cet attouchement tous les deux ou trois jours.

Le 21, il commença à entendre la voix haute. Le matin, il était allé à la messe, et avait perçu le bruit de la clochette, ce qui lui était impossible depuis longtemps. Il me donne les détails suivans sur ses antécédens : il est âgé de 72 ans; il était atteint d'une surdité progressive depuis quinze années. Il avait déjà subi plusieurs traitemens. Je parvins à apprendre que chaque diminution marquée de l'ouïe coïncidait avec des angines ou des coriza. Il avait des

---

la plus artistement travaillée qui soit au monde. Le celtique ne serait donc qu'un amas de fragmens mutilés d'une langue si parfaite; et cela posé, n'est-il pas naturel, mais aussi n'est-il pas étrange d'entendre encore aujourd'hui parler bas-breton sur les rives du Gange et du Bourampouster, et de rencontrer, même dans Homère, et dans les conteurs de France et d'Italie, jusque dans La Fontaine et Molière, des fictions d'origine indienne? Quelle route les a conduites d'une extrémité du monde à l'autre? Ces étroites affinités, et de grammaire et d'inventions, aujourd'hui si clairement démontrées, suscitaient dans l'esprit de Laënnec une suite de problèmes sur le berceau commun des nations et sur leurs migrations à la surface de la terre; mais ces problèmes, pris dans leur ensemble, et sous les ténèbres qui les enveloppent, qui les résoudra jamais? Quelles qu'aient été sur ce point les vues de Laënnec, il est probable qu'il en appréciait toute l'étendue et toutes les difficultés, et qu'affranchi de tout autre soin, son génie l'eût entraîné dans les profondeurs de l'histoire, comme il le fit entrer plus tard dans celles de l'organisation.

Loin de nuire aux études essentielles, ces études subsidiaires en accéléraient les progrès. C'est que, partagé entre deux genres de travaux, et délassé de l'un par l'autre, l'esprit puise dans celui-ci de nouvelles forces pour celui-là, et réciproquement. En 1801, Laënnec eut au concours les deux premiers prix de chirurgie et de médecine. En 1804, deux thèses se suivirent de près sur Hippocrate, l'une en latin, l'autre en français. Ce qu'on a hasardé sur Homère et sur les grands écrivains de l'antiquité, la première le dit sur Hippocrate. Elle met en doute l'existence de ce grand homme. Elle insinue que les ouvrages qu'on lui attribue sont en partie de plusieurs siècles antérieurs à la guerre du Péloponèse, et qu'enfin le nom d'Hippocrate n'est probablement qu'un nom générique, comme celui des Hercules et des Pharaons. La seconde thèse a pour titre : « Propositions sur la doctrine d'Hippocrate, relativement à la médecine pratique. » Et cette thèse est celle que soutint Laënnec. Comme la première, elle a ses paradoxes, et les paradoxes sont quelquefois des vérités. La première qu'établit Laënnec, c'est que possesseur d'une multitude infinie de faits médicaux, particuliers, disparates, incohérens, contraires, jamais Hippocrate n'en a recherché les affinités pour les rapprocher, pour en former des groupes, pour en faire des espèces et des variétés, des classes et des genres; en un mot, pour en construire un système de nosologie, comme l'ont fait les modernes, et cependant ne les laissant point flotter dans son esprit sans rapports et sans liens, mais ne souffrant pas qu'un seul de ses rapports prévalût sur les autres, et les tînt pour ainsi dire éclipsés. Toute maladie n'était à ses yeux qu'un fait individuel, lequel existerait, quand même tous les autres n'existeraient pas; mais tout voir dans ce fait, tout saisir dans ces prémisses, faire tout converger dans les conséquences, telle était la pratique et telle est la doctrine de ce sublime génie : soigneux, toutefois, quand il décrit, ou plutôt quand il peint une maladie, d'en marquer les symptômes propres et les symptômes communs, ou les épiphénomènes; n'excluant aucun de ces deux ordres de symptômes, les considérant l'un et l'autre comme nécessaires, mais s'attachant aux seconds de préférence aux premiers, parce qu'en effet ce sont les épiphénomènes qui éclairent, dit Laënnec, non sur le siége, c'est ce que font les symptômes propres, mais sur le fond réel de la maladie, sur la marche qu'elle doit suivre, sur les transformations qu'elle peut subir et l'issue qui lui est préparée; en d'autres termes, moins curieux des signes diagnostics que des signes prognostics; et voilà pourquoi la séméiologie, cette branche transcendante de la

bourdonnemens d'oreilles variables comme le mugissement des vagues, le sifflement des vents, le cri des oiseaux, le battement d'une horloge ou le son d'une orgue à distance, etc. A l'âge de 15 ans s'étant endormi sur la terre humide, il fut affecté d'une première surdité qui se dissipa à la longue.

Le 25, il commence à entendre le bruit d'une montre, ce que depuis longtemps il n'avait pu faire, soit qu'on plaçât la montre entre ses dents, soit qu'on l'appliquât contre l'oreille et l'apophyse mastoïde. Il entend les personnes qui ont l'habitude de parler un peu haut, et saisit même la conversation ordinaire. Il sent, quand on le touche avec la pierre d'alun, quelque chose partir de l'arrière-gorge jusque dans l'oreille, qui lui semble comme se déboucher. On ne voit plus qu'une rougeur plus pâle et bornée en partie au bord des piliers et du voile du palais. Il fait très assidûment usage d'un gargarisme aluminé et des attouchemens tous les deux jours avec la pierre d'alun dont il continue l'emploi. Ce malade ne pouvait pas comprendre comment, en lui traitant la bouche, on pouvait lui guérir les oreilles. Une amélioration prononcée suit l'attouchement du 23 septembre.

Le 27, l'ouïe s'améliore avec des alternatives variées dues aux vicissitudes de la saison d'automne; il a un peu le sang porté à la tête, je lui conseille d'éviter le serein, l'humidité, et lui prescris un purgatif. (Eau de Sedlitz; bouillon aux herbes; continuation du traitement aluminé.)

4 octobre. L'amélioration est plus prononcée dans l'oreille gauche, qui entend la voix basse et le bruit d'une montre à distance, pendant que l'oreille droite, qui lui permet de comprendre la voix ordinaire, ne peut percevoir le son de la montre. Je lui conseille de faire tiédir son gargarisme. (Deuxième bouteille d'eau de Sedlitz.)

8 octobre. Il entend bien des deux oreilles. Il part pour la campagne, où il continue l'usage des moyens précités.

Le 25, à son retour, l'ouïe a acquis beaucoup d'étendue. Les bourdonnemens qu'il avait ont disparu. Dans la nuit, il entend de sa chambre sonner les horloges de la ville, ce qui depuis longues années lui était impossible.

La guérison s'établit de plus en plus. La surdité ne revient point pendant les vicissitudes atmosphériques de l'hiver. La cure s'est maintenue jusqu'au mois d'octobre 1839, époque où j'ai revu le malade très content de continuer à bien entendre. Tout traitement est cessé depuis dix mois. Seulement je lui ai conseillé de porter dans les oreilles un bourdonnet de coton imbibé d'huile et saupoudré de camphre.

Il est remarquable que dans cette observation intéressante de surdité ancienne et déjà rebelle à plusieurs traitemens, je n'ai employé pour la guérison que la médication aluminée, sans avoir eu besoin de recourir aux autres moyens accessoires.

L'analyse des faits qui précèdent peut conduire à éclairer quelques points de l'histoire de la surdité, soit incomplète ou dysécée ([illegible]), soit complète ou cophose ([illegible]).

Pour ce qui concerne l'étiologie, on la rencontre plus particulièrement dans la vieillesse, où les muqueuses fonctionnent mal; chez les individus sujets aux catarrhes, aux angines, aux jetées scrofuleuses, aux amygdalites, aux coryzas; chez ceux qui ont eu des maladies syphilitiques, dartreuses, catarrhales ou rhumatismales. Les aphtes, les stomatites couenneuses, les ulcérations du palais, etc., se trouvent dans le même cas. Il n'est pas rare de l'observer chez les personnes adonnées à un vice honteux que Martial et Horace ont justement satirisé. (MARTIAL, lib. II, épig. 42, 50, 89; lib. III, épig. 80, 86; lib. IV, épig. 43, etc. CATULLE, HORACE, JUVÉNAL, *passim*.)

La symptomatologie conduit à un diagnostic facile lorsqu'il co-existe quelques lésions gutturales, comme rougeur variable de l'arrière-gorge, épaississement de la muqueuse, engorgement des amygdales, cryptes muqueux hypertrophiés, sécrétion buccale altérée dans sa qualité ou sa quantité, varicosité des veines, gêne au gosier, sentiment d'âpreté, avec difficulté plus ou moins sensible dans la déglutition. Les perturbations de l'ouïe sont très variables, l'affaiblissement progressif de ce sens est le signe le plus général. Plusieurs surdités de la vieillesse proviennent des trompes, et l'observation conduit à une opinion contraire à celle de Lieutaud : « La surdité des vieillards, qui dépend vraisemblablement du dessèchement ou de la paralysie des nerfs, n'est guère plus guérissable que la surdité de naissance, toujours incurable. » (PRÉCIS DE MÉD. PRAT., 1769, p. 209.) Cette sécheresse, que les recherches de M. Ph. Pinel ont démontrée dans quelques cas (ARCH. DE MÉD., oct. 1824), est plutôt une cause exceptionnelle que générale.

Mes observations tendent à détruire cette assertion d'Astley Cooper : « Dans la surdité qui dépend de l'oblitération de la trompe d'Eustachi, le malade ne perçoit pas le bourdonnement, qui est un des symptômes de la surdité nerveuse. » (MÉM. SUR LA PERF. DU TYMP., 1802.) La plupart des malades que j'ai traités et guéris de cette obstruction avaient des bruits de mille espèces, tels que le battement d'une horloge, le mugissement des vagues, le tintement des cloches éloignées, le sifflement des vents, le cri des oiseaux, la musique d'un orchestre ou le roulement d'un tambour, etc. (Voyez particulièrement les nos 1, 2, 4, 5, 9, 10, 11.) Je crois avec M. Roche (DICT. en 15 vol. 1836, t. XV, p. 121) que la surdité nerveuse est plus rare que ne le pensent Astley Cooper et Itard. (DICT. en 60 vol., 1821, t. LIII.) Dans cette dernière, c'est une aberration de l'ouïe (*Paracousie*, de Pinel; Nosog., 1813, t. III), comme le sont pour la vue les hallucinations, les photopsies et chroopsies dans quelques amauroses; mais ici tous ces phénomènes sont le résultat physique de l'*air encaissé*. En effet, chez les personnes dont les oreilles sont parfaitement saines, lorsque le conduit auditif est bouché avec le doigt, on perçoit des bourdonnemens divers, qui dépendent de la compression qu'exerce contre le tympan l'air renfermé dans le méat auditif: cette expérience et cette explication s'appliquent parfaitement à ce qui se passe dans le tambour lors de l'occlusion de la trompe. Cette remarque ne laisse pas que d'être importante pour le pronostic et la thérapeutique spéciale.

Astley Cooper a prétendu que lorsqu'une montre placée entre les dents ne peut être entendue, on peut avoir la certitude que la faculté auditive est complètement abolie. (ŒUV. CHIR., trad. franç.) J'ai plusieurs fois constaté le contraire (obs. 1, 2, 3, 4, 9, etc.), et spécialement chez le vieillard obs. 2, où j'ai pris soin de noter les phases de ce signe. Il est d'autant plus utile de s'assurer de ce fait, que quelques auteurs partagent cette erreur (BULLET. THÉRAP., 1837, t. XIII) et refusent alors d'entreprendre le traitement, sous prétexte qu'il n'existe *aucune chance de succès*. Je serais heureux de détruire un préjugé si défavorable à la thérapeutique de la surdité; car, selon l'expression du chirurgien anglais, beaucoup d'individus sont restés sourds jusqu'à la fin de leur vie, qui auraient pu recouvrer l'ouïe, si on leur avait donné à temps des soins convenables (IBID.).

Le diagnostic différentiel veut être établi avec rigueur. Il faut tenir compte des recherches de M. Ph. Pinel (J. COMPLÉMENT., 1834, XX, 78), de celles de M. Larrey (J. COMPLÉMENT., 1822, XIII, 308), de l'influence d'une petite membrane signalée dans le conduit auditif, par Heister (CHIR., sect. II, chap. 65); par Vitet (MAL. DE TÊTE, 1804, t. II, p. 216); par Leschevin (PRIX ACAD. CHIR., t. IV, p. 90-108); par Sue (CHIR. DE RAVATON, 1776, t. I), etc.; de l'influence du cerumen (BESCHAND ET DUPLANIL, 1789), etc.

---

science et la plus nécessaire peut-être à la pratique, a dans Hippocrate une supériorité si marquée. Je ne suivrai point Laënnec dans ses réflexions sur les vues peu conciliables en apparence qui conduisaient Hippocrate, d'une part, à considérer l'acte fébrile comme toujours identique à lui-même; et, de l'autre, à distinguer les fièvres par des qualifications tirées ou de leurs types, ou de leur durée, ou de leur gravité, ou de quelques symptômes prédominans, dernier point sur lequel, comme sur quelques autres, Roderic-à-Castro semble avoir prévenu Laënnec. Ce que je rappellerai, du moins, c'est qu'à l'époque où il écrivait sa thèse, et où s'élevait avec hauteur une théorie trop exclusive et trop bornée, Laënnec, autorisé par Hippocrate et par sa propre expérience, admettait des fièvres essentielles et des maladies tout à la fois organiques et humorales, à la génération desquelles tout peut concourir, et les solides, et les liquides, et la force inconnue qui les anime, comme le font sentir avec tant d'évidence et d'énergie quelques lignes du traité sur l'aliment. Enfin, dans une courte note, Laënnec touche légèrement une question encore indécise, et qu'un seul trait de logique eût tranchée dès l'origine. Hippocrate a-t-il ouvert des cadavres? Un cri d'affirmation ne s'élève-t-il pas de tous ses ouvrages? N'est-ce pas sur la foi de ses propres sens qu'il parle de certaines affections du cerveau, de la moelle épinière, de la plèvre et des poumons, et pour déclarer, comme il le fait dans une de ses coaques, qu'une plaie pénétrante est mortelle, lorsqu'elle atteint ou la moëlle de l'épine, ou le cœur, ou le diaphragme, ou quelque artère, ou quelque nerf, même très petit, comme Ruysch l'a vu lui-même, ne faut-il pas qu'il ait, comme Ruysch, ouvert et constaté? Que servirait ici l'anatomie du singe ou de tout autre animal? Jetez les yeux sur les livres où Hippocrate décrit avec tant d'ordre et d'exactitude les luxations diverses; et osez conclure, à l'exemple de Lassus, qu'un si beau travail a été fait sans anatomie? C'est surtout l'anatomie pathologique que les asclépiades ont cultivée, comme elle l'a été par Galien, par Cœlius Aurelianus, et par tant d'autres. Qu'une fine et profonde anatomie ait été ignorée d'Hippocrate, c'est ce que j'accorderais sans difficulté, si dans une de ses dissertations Haller n'avait montré que personne mieux qu'Hippocrate n'a connu le moyen sympathique et l'intercostal. Son ignorance, du reste, tournerait à sa gloire. Privé d'un tel secours, n'a-t-il pas donné le premier et le plus beau modèle des constitutions médicales, écrit le traité des eaux, des airs et des lieux, autre modèle qu'ont suivi de grands publicistes, et laissé ces immortels aphorismes, que l'immortel Boërhave mettait au-dessus des siens, et qui, sauf quelques transformations et quelques taches, renferment encore, sous un si petit volume, toute la philosophie de la médecine?

Il existe dans le monde une multitude prodigieuse de petites peuplades encore peu connues, bizarrement diversifiées entre elles par la forme, le volume, la couleur, la consistance, l'organisation, le domicile, les appétits, l'industrie; jouissant toutes d'une vie propre et néanmoins dépendante; créée, nourrie, fomentée par la douce et humide température d'une vie étrangère; de telle sorte que, soustraite à l'influence de cette vie extérieure et protectrice, celle-là s'attiédit et s'éteint. De l'assemblage confus de tant de familles, se compose l'immense tribu des entozoaires; et de même que l'origine de l'homme et des grands animaux se perd dans l'obscurité des temps, de même l'origine de ces êtres parasites se perd dans l'obscurité des organisations qui leur donnent l'hospitalité. Prenez un entozoaire, quel qu'il soit, vous n'en trouverez l'analogue ni

S'il co-existe quelques lésions pharyngiennes, l'étiologie peut s'établir plus aisément, mais souvent il n'en est pas ainsi, et je signalerai les deux remarques suivantes à cet effet : d'abord, il arrive plus fréquemment qu'on ne pense que les inflammations de l'arrière-gorge suivent une marche lente et parcourent leurs diverses périodes d'évolution à l'insu des malades; la gêne qu'ils apportent dans les fonctions de ces organes n'augmentant que d'une manière lente et presque insensible, il s'ensuit que les différences qui existent alors entre l'état sain et l'état morbide sont à peine perceptibles par l'homme du monde; les hommes de l'art eux-mêmes s'y laisseraient prendre, s'ils ne tenaient compte des signes que j'énumère.

Une seconde cause de difficulté, c'est l'absence actuelle de toute lésion concomitante; j'ai constaté qu'il pouvait néanmoins persister une occlusion de la trompe : ainsi la sub-inflammation gutturale a pu se résoudre et se dissiper, les fonctions du pharynx revenir à l'état physiologique; mais la caisse du tympan, qui est tapissée d'une membrane muqueuse très fine, analogue par sa nature à celle de la trompe et de la bouche, la caisse du tympan, dis-je, après avoir participé à la phlogose, n'a point repris son type primitif; un engorgement phlegmasique survit fréquemment dans la trompe, alors que l'angine qui l'avait occasionné n'existe déjà plus; l'état actuel du pharynx n'est donc point un motif suffisant pour juger de la perméabilité aérienne du tympan et de ses annexes. A plus forte raison ces signes manqueront-ils, alors que les altérations pharyngiennes auront suivi une marche insidieuse et latente.

Dans tous ces cas, il faut appeler à son aide les signes sensibles et rationnels; voici quelques nouveaux détails : les surdités de cette nature sont, en général, variables dans leur intensité selon le temps et la saison; plus prononcées d'ordinaire quand l'air est froid et humide, susceptibles de disparaître momentanément à la suite d'un éternuement violent ou d'un bâillement prolongé avec sensation du débouchement d'une bouteille, suivie du retour temporaire de l'ouïe; on peut concevoir qu'il y a alors épaississement des parois et préexistence de la sécrétion d'un mucus qui obstrue la cavité de la trompe, laquelle recouvre pour un moment sa perméabilité; ces surdités augmentent avec les coryzas, avec les angines, s'accompagnent de bourdonnemens incommodes, et peuvent s'accroître progressivement, sans qu'il y ait aucune lésion apparente de l'appareil auditif. J'ajouterai avec Saissy, de Lyon : « Si, dans une forte expiration, en fermant la bouche et le nez, le malade ne sent pas l'air passer par les trompes ni frapper le tympan, on pourra conclure que ces conduits se sont obstrués. » (*Mal. de l'oreille*, DICT. DES SCIENC. MÉD., 1819, tom. XXXVIII, p. 94.) Il ne faut pas oublier que ces dysécées sont fréquentes dans la jeunesse. Boerrhaave a dit : « La cause de la surdité est souvent dans la trompe d'Eustache. » (INSTIT. DE MED., 1730, t. VII, p. 343.)

Le pronostic n'est point aussi grave que le pensait Benjamin Bell : « Le traitement, dit-il, de la surdité produite par l'obstruction de la trompe offre peu de ressources. » (CHIR., trad. de Bosquillon, 1796, t. IV, p. 203); Astley Cooper n'y voit d'autre remède que la perforation du tympan (TRANS. PHIL., 1802), opération pour laquelle semble pencher M. Bégin. (DICT. en 15 vol., 1834, t. XII, *Occlusion*.) Il n'en est plus ainsi aujourd'hui que le cathétérisme de la trompe a été remis en honneur par Saissy, de Lyon, Itard et M. Deleau jeune, opération pour laquelle on ne peut concevoir les prétentions de priorité de J.-H. Curtis, chirurgien *auriculaire* du roi d'Angleterre (J. COMPLÉM., 1820, t. VII, p. 133); car on sait que ce procédé fut soumis, en 1724, par Guyot, à l'Académie des sciences; examiné par Winslow et Morand; mentionné plus tard par Garangeot; par Cleland, en 1741; par Morgagni (7e LETT. ANAT.); par Haller (COM. IN BOERRHAVE (1)); par Verdier (ANAT.); par A. Petit (ANAT. DE PALFYN, 1753); par Jonathan Wathen (TRANS. PHILOS., 1755, tom. XLIX); par Douglas, etc.; et enfin par Sabatier, dont le mémoire est analysé dans le volume d'appendice que Paul a ajouté à la chirurgie d'Heister (t. V, 1773); d'ailleurs ce cathétérisme n'est plus tenu pour impraticable, comme l'écrivait Benjamen Bell (IBID., p. 203), Ravaton dit à ce sujet : « Il ne doit pas être plus difficile de porter un tuyau dans l'orifice des trompes d'Eustachius, quoi qu'en disent certains chirurgiens, qui blâment tout ce qu'ils ne peuvent exécuter, qu'à Laforest d'injecter le canal nasal par son orifice inférieur. » (CHIR., 1776, t. I, p. 389.) Je n'ai point à discuter ici la valeur de ce procédé; je dirai seulement qu'on pourra le combiner avec ma méthode dans les cas rebelles.

Des considérations judicieuses ont conduit M. Bonnet à son procédé ingénieux de la cautérisation du pharynx (GAZ. MÉD., 1838, p. 31) si avantageux dans nombre de circonstances.

J'ai cherché un moyen thérapeutique qui pût remplir les indications curatives et fût d'une application indolore et facile, en même temps que simple et commode comme ne nécessitant aucun appareil d'instrumens.

Témoin des excellens effets du sulfate d'alumine dans les maux de bouche où j'ai pu par son emploi triompher des lésions anciennes ou profondes qui avaient résisté aux diverses ressources de l'art, soit entre mes mains, soit entre celles de praticiens habiles, j'ai voulu utiliser cet agent pour la thérapeutique des surdités dont je m'occupe dans ce travail

Le sulfate d'alumine est un cathétérisme puissant qui possède plusieurs des propriétés des caustiques sans en avoir les inconvéniens; son action prolongée modifie profondément à la longue la vitalité des muqueuses avec lesquelles on le met en contact. On les range avec raison parmi les astringens les plus énergiques; à ce double titre, c'est un modificateur puissant du système muqueux. On peut expérimenter sur soi-même et constater la vérité de ces assertions par l'impression qu'il produit sur la langue.

J'ai dit que l'engorgement se propage d'ordinaire de l'arrière-gorge à la trompe et à la caisse; aussi j'ai cru devoir modifier les organes qui sont le point de départ de la maladie, et dans ce but j'ai adressé la médication à l'arrière-gorge, soit que des altérations sensibles s'y présentassent, soit qu'elles se fussent dissipées et n'y laissassent plus de trace visible, guidé en cela par les principes que j'ai développés.

J'ai employé le sulfate d'alumine de trois manières, combinant parfois ces trois modes d'administration pour plus d'efficacité. J'ai recours constamment à des gargarismes détersifs dont le véhicule est une décoction d'orge à la dose de quatre ou cinq onces de liquide par jour; j'y ajoute une demi-once de sirop de mûres ou de framboises. Le sulfate d'alumine y entre dans les proportions, d'abord d'un demi-gros, puis d'un gros ou même plus, suivant la sensibilité des malades. Les gargarismes s'exécutent et se répètent plusieurs fois dans la journée avec le soin de les garder le plus longtemps possible, comme une espèce de bain local; pour

(1) Voyez aussi Lametrie (inst. de méd. de Boerrhave, 1730; tom. VII, p. 340.)

dans les airs, ni dans les eaux, ni dans les alimens. Leurs germes ou leurs œufs ne sont nulle part. Et comme des entozoaires se développent jusque dans le fœtus qui habite encore le sein de sa mère, vous chercherez vainement les secrètes voies que leur germe, s'il existait, aurait pu suivre pour pénétrer jusque-là. Entre tant de difficultés, et par suite, entre tant d'hypothèses pour les résoudre, il est des esprits qui ont adopté la plus hardie, et au premier aspect la moins vraisemblable. Ils assignent aux entozoaires une génération intérieure, primitive, spontanée; et la puissance qui crée ces singuliers êtres, et les façonne quelquefois sur un plan très composé, comme le prouverait la distinction, et surtout la séparation des sexes, cette puissance ne serait, pour les auteurs de l'hypothèse, qu'un vestige affaibli, qu'un simulacre de cette puissance universelle, intelligente, organisatrice, qui, rencontrant dans la série des âges une matière amorphe et ductile, la pétrissant, la figurant d'après des types ou des idées qu'elle portait en elle-même, selon la parole de Platon, a jeté à profusion sur la terre tant d'animalités si diverses, à des intervalles dont il n'est plus possible de mesurer la durée : riche et belle hypothèse, conforme au texte de Moïse, et par conséquent orthodoxe, qui choque nos habitudes sans choquer notre raison, plus plausible que la préexistence des germes, laquelle offre, sous un autre nom, les mêmes difficultés, et que justifierait d'ailleurs l'énergie toujours subsistante de cette force plastique qui agit si manifestement dans les matières organisées, lorsqu'elle métamorphose en animal entier les fragmens d'un animal, lorsqu'elle répare des parties qu'a retranchées le scalpel, lorsqu'elle refait des os fracturés, renoue des intestins mutilés par la gangrène, ou répand enfin comme un rayon de vie sur ces produits accidentels appelés fausses membranes. J'ajoute que Bremser et Rudolphi ont surpris des vers intestinaux dans le travail de leur formation; ils en ont vu se dessiner les premiers linéamens, de même qu'à la première apparition des animaux en Egypte, on en voyait, dit Diodore, les ébauches sortir à demi formées du limon du Nil.

Quoi qu'il en soit, l'histoire des entozoaires est en partie celle de notre espèce. Les uns accompagnent l'homme sous tous les climats et sont, comme lui, cosmopolites; les autres ne s'attachent qu'aux hommes de telle ou telle contrée; et dans le même homme, ceux-ci s'établissent dans tel système ou tel organe; ceux-là, dans tel ou tel autre, sans qu'on puisse s'expliquer ces préférences de géographie ou de localité. Cette histoire, du reste, est sortie de la plume de près de six cents écrivains, depuis Hippocrate, Aretée, Galien, et surtout depuis Rédi jusqu'à Rudolphi, c'est-à-dire de 1684 à 1820. Parmi les noms illustres dont ce catalogue est orné figure le nom de Laënnec. En 1804, il lut à la société de l'école un mémoire en deux parties sur les hydatides ou vers vésiculaires. Dans la première partie, il établit, pour le cinquième ordre, un nouveau genre, celui des acéphlocystes ou le splanchnococcus de Bremser; et une espèce nouvelle, celle du cesticerque à double vessie, laquelle n'est probablement qu'une variété, car on ne la voit point dans un ouvrage publié seize ans plus tard, la synopsis de Rudolphi, écrivain d'ailleurs si exact. Laënnec marque les caractères distinctifs des acéphalocytes, et les quatre modes de génération qui leur sont propres. Dans la seconde partie, il propose un tableau systématique de tous les vers vésiculaires trouvés dans l'homme et dans les animaux. Il y inscrit les espèces dont l'existence est réelle, et celle dont l'existence est douteuse ou supposée. A ce mémoire se joignaient des dessins qui représentaient, soit les vers eux-mêmes dans leur état naturel, soit leurs parties principales grossies au microscope. Je ne sache pas que ce travail ait été publié. Peut-

peu que le temps soit froid, il convient toujours de les faire tiédir préalablement.

A cette médication humide j'unis l'emploi d'un gargarisme sec, si je puis ainsi dire; je fais insuffler une ou deux fois par jour un mélange de poudre alumineuse (alun pulvérisé, demi-gros à un gros; sucre, demi-gros); les molécules pulvérulentes vont se répandre dans tous les coins de l'arrière-gorge où elles restent agglutinées et exercent en se dissolvant une action médicatrice sur la muqueuse. On a soin de n'employer le gargarisme que demi-heure au moins après l'insufflation de la poudre.

Pour aider encore à l'efficacité de ces moyens combinés, j'ai imaginé de toucher tous les deux ou trois jours les parties avec la pierre d'alun que je promène sur les amygdales, les piliers du palais et les régions latérales et supérieures du pharynx. Cette manœuvre produit des envies de vomir, mais cette fatigue n'est que momentanée et ne laisse rien de désagréable. Sous l'influence de ces moyens on voit peu à peu la lésion gutturale disparaître et les fonctions de ces organes se rétablir en même temps que l'ouïe revient. L'engorgement de la trompe et de la caisse du tympan se dissipe à mesure que la vitalité modifiée de la muqueuse pharyngienne réagit sur elle par contiguité (1).

Ainsi cette méthode thérapeutique offre divers avantages: elle n'exige point que le malade abandonne ses occupations ordinaires, circonstance qui semble devoir être prise en considération; elle est d'une exécution facile autant que commode, et se sert de moyens qui ne peuvent répugner même aux esprits les plus pusillanimes; l'application en est si simple que tout le monde est à même d'en faire usage: elle n'exige aucun appareil d'instrumens particuliers comme le cathétérisme de la trompe ou la cautérisation de son pavillon; elle n'a point, comme cette dernière, la chance défavorable de causer des douleurs vives, de produire des brûlures et d'entraîner même parfois un mouvement de fièvre.

L'expérience a déjà déposé en faveur de la médication aluminée dont l'heureuse influence a été constatée par MM. Pommier et Bretonneau dans la diphthérite, par Bennati dans quelques affections des organes de la voix, par M. Velpeau dans les maux de gorge (GAZ. MÉD., 4 avril 1835) par moi-même dans quelques ophthalmies, etc.

Une remarque importante, c'est que dans ces cas elle jouit d'une efficacité toute spéciale, non seulement comme moyen curatif, mais encore comme préservatif, en ce qu'elle prévient, a dit avec raison M. Laënnec de Nantes, cette tendance aux récidives si commune lorsque les angines ont été traitées par les seuls antiphlogistiques (GAZ. MÉD., 1835, n° 14); on est conduit ainsi à en généraliser l'usage.

D'ailleurs l'administration du sulfate d'alumine ne fait point exclure les autres sources accessoires de l'art, comme le prouvera au besoin la relation de mes expériences cliniques; un autre avantage qu'elle possède, c'est que, alors même qu'elle ne réussit pas à rendre l'ouïe, elle prépare puissamment le succès des autres méthodes dirigées contre la surdité, en guérissant les maladies qui en sont la cause et l'origine.

(1) Dans les cas rebelles, on pourrait en étendre l'usage à l'intérieur de la caisse du tympan; le cathétérisme de la trompe, suivi des injections *aluminées*, aurait alors une efficacité dont nos observations peuvent faire pressentir la puissante influence.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ALLEMANDS.

I. HUFELAND'S JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE, continué par OSANN.

Les cahiers de juin et de juillet contiennent les articles suivans: 1° *Observations sur l'action curative du sulfate de cuivre ammoniacal*; par le docteur Koechlin (l'auteur a employé avec quelque avantage ce médicament contre de vieux ulcères rongeans de nature scrufuleuse, syphilitique, etc.; en général, là où il existait une dyscrasie quelconque; il l'a encore essayé contre l'éclampsie chez les enfans); 2° *Quelques remarques sur l'emploi des médicamens*; par le docteur Günther; 3° *Sur l'usage et l'utilité des lavemens*; par le docteur Vetter (rien d'inconnu); 4° *Observations pratiques*; par le docteur Münchmeyer; 5° *Six observations*; par le docteur Kreysig; 6° *Sur la constitution médicale de Fulda pendant* 1838; par le docteur Schneider; 7° *Sur les limites où doit s'arrêter la police médicale*; par le docteur Vetter; 8° *Observation d'un mœléna*; par le docteur Bennewitz; 9° *Fièvre vermineuse, convulsions; mort*; par le docteur Droste (observations intéressantes, mais n'offrant que des choses connues).

OBSERVATIONS PRATIQUES; par le docteur MUNCHMEYER.

UROdIALYSIS SENILIS. Sous cette dénomination, l'auteur rapporte une observation qui, à notre avis, n'est autre chose qu'une fièvre urineuse produite par un dérangement dans les fonctions des reins. Cette maladie a été décrite par Autenrieth, Abercrombie, et dans ces derniers temps par Schoenlein (vol. III, p. 318). C'est à ce dernier auteur qui, à ce que nous croyons, s'est servi le premier de l'expression urodialysis, que nous renvoyons nos lecteurs pour tout ce qui tient à l'étiologie, au pronostic, au diagnostic et au traitement de cette maladie; disons seulement que cette affection, regardée par Autenrieth comme appartenant uniquement à l'âge très avancé, a été observée par Schoenlein sur des nourrissons.

OBS. — K., paysan de W., âgé de 73 ans, paraissant très fort, a toujours joui d'une très bonne santé; si ce n'est qu'à l'âge de 50 ans il a eu aux jambes des ulcères très larges, humides, qui se dissipèrent spontanément au bout de trois ans en laissant des taches et des matières rouges brunes.

En novembre 1838, il devint malade à la suite d'un refroidissement; une fièvre catarrhale gastrique se déclara; les symptômes du côté de la poitrine étaient minimes, mais le malade se plaignit d'un prurit insupportable surtout à la nuque et aux deux omoplates, prurit qui augmenta considérablement par la chaleur du lit; dans ces endroits on observa quelques papules semblables à celles de l'urticaire; en outre la langue était gonflée et douloureuse au point que le malade ne pouvait ni manger ni parler. Cet état disparut déjà au bout de quelques jours par l'emploi du sel ammoniac uni au tartre stibié.

Un mois plus tard, K. devint très malade, après avoir eu de la fièvre pendant quelques jours; la peau se tuméfia sur tout le corps sans excepté le cuir chevelu et les autres parties fortement couvertes de poils, et il existait un sentiment de brûlure très violent. L'épiderme se souleva partout en vésicules de la grandeur d'une lentille jusqu'à celle d'une fève. Les phlyctènes étaient remplies d'un fluide transparent; plus tard, elles s'affaissèrent sans se rompre; l'épiderme, se détachant alors en grands lambeaux, laissa subsister des parties très douloureuses. Les vésicules qui disparurent furent continuellement rem-

être ne serait-il pas aujourd'hui sans intérêt de le comparer avec les classifications et les figures données par Zeder, Bremser, Rudolphi et Hippolyte Cloquet.

Que cette digression me soit pardonnée. L'étude des entozoaires est digne du naturaliste et du philosophe autant que du médecin; elle fait voir, comme les infusoires et les moisissures, à quel point la nature sait encore sous nos yeux multiplier les êtres et varier ses combinaisons. Songez, de plus, aux cruelles maladies que cette même étude nous fait découvrir, soit dans l'homme, soit dans les animaux qui le servent, le nourrissent, l'habillent et forment ainsi la plus belle partie de ses richesses; que les gouvernemens sages mettent tant de prix à conserver, et qui, pour emprunter les paroles du plus éloquent des naturalistes « figurent plus grandement dans la nature, et font plus de bien sur la terre que toutes les autres espèces réunies. » C'est ainsi qu'en a jugé l'école de Vienne, laquelle fait, depuis trente-six ans, recueillir des entozoaires dans toutes les parties de l'Europe et même jusqu'en Egypte, jusqu'au Brésil; elle en possède aujourd'hui cinquante mille individus, appartenant à trente genres distincts et distribués pour ainsi dire par escouades de cinq, huit, dix, douze espèces, dans toute l'échelle animale, depuis l'homme jusqu'au dernier des mollusques. C'est ainsi qu'en jugeait Laënnec lui-même. Attiré par la singularité du sujet, il en avait approfondi les détails; il y faisait des découvertes, et il en prenait occasion de répéter que pour classer convenablement les entozoaires, pour les rapprocher entre eux par leurs rapports essentiels, il fallait chercher ces rapports, non dans les organes extérieurs, mais dans leur structure intime et profonde; car dans les animaux si les organes extérieurs sont les instrumens de leurs actions, c'est dans leur intérieur que réside le principe et la raison de leurs mouvemens: idée que peut revendiquer la médecine, et la même qui, plus tard, conduisit Cuvier dans sa belle et dernière classification des animaux. C'est ainsi que se touchent les extrêmes et que les objets les plus petits jettent de la lumière sur les plus grands.

Dans les années subséquentes, de 1803 à 1821, Laënnec, toujours attaché à la société de l'école, en suivit les travaux et en accrut le nombre par les siens.

. . . .

Ce fut dans la société de l'école que se manifesta la première notion, je dirais presque la première aurore de cette brillante découverte, qui a donné tant d'éclat au nom de Laënnec, et dont j'essaierai, dans un moment, de vous présenter l'histoire. En février 1815, il fit amener dans l'assemblée une malade qui, ayant un hydrothorax, faisait entendre, par la secousse hippocratique, le bruit du liquide épanché. Mais ce fut le 1er mai de cette même année qu'il commença la lecture d'un grand mémoire sur l'auscultation, et ce fut le 14 du même mois qu'il fit en public le premier essai de son sthetoscope.

Félicitons-nous de la direction qu'il avait prise et qui devait le conduire à de si beaux résultats.

. . . .

Laënnec s'était fait de la réputation : ici commence sa gloire. En 1816, il eut à l'hôpital Beaujon une place de médecin. Il passa depuis à l'hôpital Necker. La médecine a, comme l'astronomie, ses observatoires : ce sont les hôpitaux. Laënnec cherchait les difficultés en homme qui sait les résoudre. Il s'attacha surtout aux affections de la poitrine, matière qui pour lui n'était pas nouvelle. En 1810, il avait écrit en latin sur l'angine de poitrine un mémoire

placées par de nouvelles; elles étaient surtout nombreuses et grandes au scrotum et à la partie interne des cuisses. Les bouts des doigts furent presque complètement dénudés; la figure était très boursouflée, d'un rouge pâle, et les yeux si sensibles que le malade ne pouvait pas supporter la lumière; il se plaignait surtout des bords des paupières et de la cavité buccale; ses lèvres complètement privées de l'épithélium s'accolaient constamment; la langue, la cavité buccale, et le pharynx étaient tuméfiés et d'un rouge pointillé, comme produit par des gouttes de sang à la suite de piqûres d'aiguilles. Dans toutes ces parties le malade éprouvait une douleur brûlante, insupportable, la soif était forte, pourtant l'appétit ne manquait pas, mais le malade ne pouvait rien prendre dans la bouche ni avaler à cause des fortes douleurs; ce qui était le plus frappant dans tout cet état, c'était la sensation d'une saveur de sel et d'urine que le malade éprouvait constamment et l'atmosphère ammoniacale qu'il répandait autour de lui. Outre une constipation très opiniâtre, il existait presque constamment un dérangement dans la sécrétion et l'excrétion de l'urine; le malade eut des envies d'uriner fréquentes, surtout pendant la nuit, mais il ne rendit chaque fois qu'avec beaucoup de douleurs quelques gouttes d'urine trouble et d'une odeur pénétrante.

Cet état avait déjà duré toute une semaine avant que le malade demandât le secours de M. Münchmeyer. Celui-ci trouva K. dans un état déjà inquiétant; il existait de la fièvre, de la dyspnée et des palpitations de cœur, le soir, il y avait des frissons, suivis de chaleur. On prescrivit des sels neutres unis au tartre stibié. Ceux-ci produisirent des évacuations alvines sans rien changer à l'état des urines et aux autres symptômes; c'est pourquoi on diminua ensuite la quantité des sels neutres, afin de les empêcher d'agir comme purgatifs, et on y joignit des boissons abondantes faites avec la décoction de douce-amère, de carex arenaria, de bardane et de gaïac.

Déjà, le lendemain, le malade se trouva mieux, les urines étaient plus copieuses, plus claires, et étaient rendues sans douleur; les autres symptômes disparurent aussi, l'atmosphère urinaire fut un des premiers à se dissiper, et K. fut complètement rétabli au bout de quinze jours; quelques légères rechutes furent chaque fois dissipées à l'aide de délayans.

ABCÈS DANS LA RÉGION ILIAQUE CHEZ UNE FEMME EN COUCHE.

Obs. II. — M. S., âgée de 25 ans, servante, de bonne constitution, éprouvait dans les derniers temps de sa première grossesse des douleurs dans les lombes et dans le membre abdominal droit.

Au moment de l'accouchement, la sortie de l'enfant fut empêchée par un obstacle que l'accoucheur reconnut être près de la ligne innominée droite sans pouvoir en déterminer la nature; le forceps appliqué et l'enfant amené en dehors avec beaucoup d'efforts, il succomba peu d'instans après sa naissance.

Dans les premiers jours après l'accouchement, S. éprouva les symptômes d'une fièvre de suppuration, des douleurs violentes se manifestèrent dans la région lombaire droite, tout mouvement de la cuisse droite devint impossible, la sécrétion de lait se supprima bientôt et l'écoulement lochial devint sanieux et fétide. On reconnut une tuméfaction dans la région iliaque droite, sans cependant y distinguer de la fluctuation; on la couvrit de cataplasmes, et on fit des injections émollientes dans le vagin.

A la quatrième semaine, il se fit une ouverture à travers le vagin qui laissa échapper une quantité considérable de pus fétide et de mauvaise nature, la tumeur dans le côté droit s'affaissa un peu sans amener de l'amélioration et sans diminuer la fièvre de suppuration; comme celle-ci devenait tous les jours plus forte, et comme la malade commençait à tomber dans le marasme, M. Münchmeyer proposa de faire une contre ouverture dans la région lombaire; celle ci ne fut acceptée que lorsque la malade fut déjà épuisée, qu'elle toussait jour et nuit, que la bouche et le pharynx étaient couverts d'aphthes, et que l'écoulement fétide à travers le vagin devenait insupportable.

M. Münchmeyer choisit pour faire la ponction un point placé à un pouce au-dessus de la crête des os des îles et à quatre ou cinq travers de doigt en dehors de l'épine dorsale, point où il n'y avait ni tumeur ni fluctuation: Après avoir pénétré à la profondeur d'un pouce, il tomba sur une partie saillante et assez résistante qu'il traversa et reconnut pour être la paroi postérieure de l'abcès; aussitôt celui-ci se vida, la cavité était énorme, l'index introduit y pénétra à une grande profondeur et pouvait parcourir toute la face interne de l'os des îles. Une injection poussée dans la plaie passa à travers le vagin.

Cette opération produisit le plus heureux résultat; bientôt l'état de la malade s'améliora, journellement on fit des injections détersives, et on soutint les forces par des toniques.

Au bout d'un mois, les plaies étaient fermées, la malade pouvait déjà quitter le lit et exécuter de légers travaux; mais lorsqu'elle voulait monter les escaliers, elle avait de la difficulté à lever la cuisse droite, ce qui provenait des pertes qu'avait éprouvées le muscle psoas-iliaque dont on avait vu s'échapper des fibres parmi les matières qu'avaient entraînées les injections.

Ce que nous devons surtout admirer dans cette observation, c'est la conduite du chirurgien qui a établi la contre-ouverture d'après ses seules connaissances anatomiques, puisqu'il n'y avait aucune tumeur ni fluctuation, guides ordinaires dans l'ouverture des abcès.

OBSERVATION D'UN ABCÈS DE LA PROSTATE.

Obs. — R. cordonnier, âgé de 56 ans, eut un abcès de la prostate qui, s'étant ouvert dans le tissu cellulaire du périnée, a été suivi de perforation de la paroi postérieure de l'urètre, d'infiltration d'urine dans la peau du scrotum et du périnée, de gangrène d'une grande étendue de tégument, de la dénudation partielle des testicules. Les escarres étant tombées et ayant laissé à leur suite un large ulcère avec une fistule urineuse, celle ci s'est fermée par les seuls efforts de la nature, la plaie s'est cicatrisée, l'urine a pris son cours par le canal de l'urètre, le malade s'est complètement rétabli, malgré que sa constitution eût été altérée par des excès vénériens et des maladies syphilitiques antérieures.

SIX OBSERVATIONS REMARQUABLES; par le docteur KREYSIG.

Le vénérable et savant médecin de Dresde a envoyé, très peu de temps avant sa mort, six observations à ce journal; comme elles sont très longues, nous n'en donnerons qu'une analyse succincte.

TUMEUR GLANDULEUSE ÉNORME DANS LE FLANC DROIT, GUÉRIE PAR LA SUPPURATION.

Obs. — Sabra Br., âgée de 25 ans, très bien constituée, tomba malade six ans après ses premières menstrues; elle se plaignit principalement de douleurs dans le bas-ventre, auxquelles s'ajoutèrent des spasmes généraux, et l'impossibilité d'aller à la selle et de rendre les urines; plus tard, il s'y joignit de l'orthopnée, des symptômes d'inflammation dans les cavités thoracique et abdominale, contre lesquelles on employa force antiphlogistiques; le cathétérisme fut souvent nécessaire; plus tard, elle eut des douleurs dans un genou et fut obligée de ramener la jambe tout près du bassin. Deux ans après, les deux pieds s'enflèrent, et la malade passa deux mois dans un fauteuil, à cause de menaces de suffocation; si on la forçait de se coucher, elle perdait connaissance pendant plusieurs jours. La sécrétion urinaire cessa même complètement et fut remplacée par des vomissemens urinaux. Une foule de moyens ont été employés par plusieurs médecins; dans une année, entre autres, 50 saignées furent pratiquées, 1200 sangsues appliquées, et journellement 100-120 gouttes de teinture d'opium administrées. L'analyse chimique démontra que les matières vomies renfermaient des principes d'urine.

Lorsque M. Kreysig vit la malade pour la première fois, il la trouva passablement bien nourrie, nullement cachectique, la cuisse droite tirée en haut et le genou en arrière, en sorte que la malade ne pouvait marcher qu'avec des béquilles; les souffrances étaient extrêmes, mais surtout dans le flanc droit où une tumeur s'élevait dessous le foie, et ne permettait pas même le contact de la chemise. Cette tumeur, d'après le dire de la malade, est devenue apparente dès la quatrième année de sa maladie. M. Kreysig a regardé cette tumeur

---

qu'il lut à la société de l'école; et bien qu'il fût préparé par l'anatomie pathologique à toutes les altérations que des vices originels et les maladies impriment aux organes de la cavité pectorale, cependant, pour qui veut considérer le nombre, la structure et les fonctions de ces organes, aussi bien que les dispositions générales de cette cavité, il est visible que, par la nature de son choix, Laënnec s'engageait dans les problèmes les plus épineux. Pour me faire mieux comprendre, souffrez que je reprenne les choses de plus haut.

De toutes nos cavités, celle où, après la cavité cérébrale, se consomment les phénomènes les plus importans et les plus délicats, c'est la cavité thoracique; les plus délicats, ai je dit, car ils se passent entre l'air et le sang, de molécule à molécule, à travers ses pores imperceptibles, qui les unissent tout ensemble et les séparent; les plus importans, car pour peu que ces phénomènes soient arrêtés ou suspendus, la vie s'éteint. C'est donc là que la vie, sans cesse menacée, se renoue sans cesse; c'est là que s'opère, de moment en moment, une sorte de résurrection que l'on pourrait appeler perpétuelle. J'ajoute que c'est de là que part, pour être distribué dans toute l'économie, le liquide éminemment réparateur, le sang artériel, que ces phénomènes préparent, et qui sert, peut-être moins encore à la nutrition des organes qu'à l'excitation du système nerveux, c'est-à-dire du système qui vivifie tous les autres.

Tels sont les miracles dont cette caisse mystérieuse est comme le sanctuaire, car ici tout est divin. Une conséquence à tirer de là, c'est que, pour maintenir la vie, l'action de ces organes ne doit jamais s'interrompre; il faut qu'elle soit continue, plus continue que celle de l'estomac et du cerveau. Retracez maintenant à vos esprits l'admirable mécanisme dont cette caisse est animée; représentez-vous des masses pulmonaires, molles, spongieuses, épanouies, élastiques, contractiles, sensibles, creusées dans leur intérieur de millions de canaux d'une excessive ténuité, destinées les unes à l'air, les autres au sang; considérez ce dernier liquide, si variable dans sa quantité, si variable surtout dans sa composition; la multitude et l'inconstance de ses élémens; ceux de ses élémens qui se séparent de tous les autres sous forme de gaz, comme le pensent Arétée et Lobstein; ceux qui s'exhalent sous forme de vapeurs et se condensent sur des surfaces ou dans des canaux voisins, pour en entretenir la souplesse ou retenir les corpuscules que l'air y porte si souvent avec lui; ceux qui s'épanchent dans les interstices environnans, pour y former des dépôts morbifiques, de nature, de consistance et de couleurs si diverses; considérez les mouvemens de ce sang, ralenti, précipité, par les passions, le repos, l'exercice, la course, le travail, et pouvant ainsi forcer le calibre de ses propres canaux; considérez le milieu qui nous environne, cet air qui, bien qu'identique dans toutes les régions du globe, reçoit néanmoins tant de modifications opposées, et de la température, et des subtiles matières qu'il enlève de partout, et des miasmes dont il est le véhicule; qui, accumulé, retenu, comprimé par ses efforts, ou faisant explosion par des cris, distend outre mesure la membrane qui le reçoit, en rompt la substance, en déchire les vaisseaux; qui peut d'ailleurs agir sur cette membrane de tant de manières, l'humecter et la relâcher, ou la dessécher, l'irriter, l'enflammer, l'épaissir, la durcir, en pervertir profondément les habitudes et les produits; songez au principal agent de la circulation, au cœur, à l'entrelacement de ses dépendances et de ses connexions, à sa structure intérieure, à ses ouvertures et à leurs valvules, à ses cavités et à la cloison qui les sépare, à la tunique flexible et fixe qui l'enveloppe et l'assujétit, aux altérations qui en diminuent, en augmentent, en dénaturent la sub-

comme le siége principal de la maladie : depuis un an, il existait une espèce de rumination, la constipation était permanente, les vomissemens de liquide urineux avaient lieu deux fois par jour, le matin à cinq heures, et le soir à six heures, ils étaient précédés chaque fois d'anxiété. Dans l'espace de trois semaines, la malade fut menacée deux fois de suffocation, qui, comme précédemment, céda à la saignée. Les constipations ne furent levées que par des drastiques. M. Kreysig, en analysant les signes anamnestiques, a été conduit à admettre : le développement d'une tumeur glanduleuse en état d'inflammation, tout près de la colonne vertébrale qui, en augmentant de volume, a comprimé devant elle les nerfs splanchniques. Ne pouvant rien espérer des résolutifs administrés à l'intérieur, il chercha à en provoquer la suppuration par l'emploi de bains tièdes de savon prolongés, par l'administration des eaux minérales à l'intérieur et par des frictions faites d'un liniment composé d'onguent gris, d'extrait de digitale, de scille, de coloquinte et d'huile de térébenthine le long du dos et de la région des reins. Ce liniment n'ayant pas produit d'effet fut remplacé par un autre qui contenait de l'onguent d'althoea, de l'huile de jusquiame et de croton tiglium; les bains furent très bien supportés, et pendant que la malade était plongée dans l'eau, elle répandait une odeur fétide, ce qui ne fut pas observé hors du bain. Trois semaines plus tard, de nouvelles suffocations exigèrent encore l'emploi des saignées, et on fut obligé de provoquer des selles par des drastiques : les vomissemens de véritable urine, ainsi que l'analyse chimique le démontra de nouveau, continuèrent régulièrement deux fois par jour, et on ne trouva plus d'urine dans la vessie. Peu à peu la tumeur devint plus large, plus étendue et plus molle, mais toujours elle resta douloureuse.

La malade étant obligée de retourner dans ses foyers, M. Kreysig envoya les conseils suivans au médecin qui devait la traiter : 1° éviter toute espèce de palliatifs et d'antispasmodiques, et surtout ne pas chercher à rétablir la sécrétion de l'urine et le retour des règles, provoquer selon les circonstances une purgation tous les quinze jours à trois semaines; 2° continuer les bains, faire usage de tisanes délayantes et rafraichissantes, et continuer les frictions.

Le 24 janvier 1835, quatre mois après, M. Kreysig reçut des nouvelles de sa malade : l'état, qui était assez supportable, avait empiré de nouveau; le bas-ventre était devenu journellement plus volumineux et plus dur; la violence des douleurs avait encore exigé deux saignées, il s'était formé une saillie prononcée dans le creux de l'estomac. Le médecin ordinaire y reconnut de la fluctuation, et y fit appliquer, pendant trois semaines, des émolliens; enfin, l'abcès s'étant ouvert sous de violens spasmes, la malade a rendu une grande quantité de pus. Peu de temps après, tout le cortége des anciens symptômes revint avec une intensité nouvelle. On abandonna tout traitement, sauf des fomentations avec une décoction de tabac.

Le 14 juin, M. Kreysig reçut une nouvelle lettre de sa malade. Depuis trois mois, l'état s'était sensiblement amélioré. Les vomissemens d'alimens et d'urine se dissipèrent; la sécrétion urinaire reprit son cours normal; les douleurs, qui étaient toujours très intenses, s'exaspérèrent un jour plus que jamais, provoquèrent des envies d'aller à la selle, et la malade rendit un corps du volume d'un œuf d'oie, semblable à un morceau de graisse entremêlé de pus, et tellement fétide, qu'il ne fut pas possible de le conserver. Dès ce moment, le bas-ventre s'affaissa complétement, et l'ancienne douleur avait disparu, mais elle fut remplacée par un sentiment de brûlure insupportable. La menstruation se rétablit aussitôt, mais, toujours d'après le dire de la malade, il resta encore des crachemens de sang, des douleurs dans la poitrine et de la constipation.

D'après une dernière lettre du 9 avril 1836, la malade était complétement rétablie; il ne restait plus aucun symptôme de l'ancienne maladie; le sommeil et l'appétit étaient bons, les selles journalières et régulières.

Cette observation, dont nous n'avons donné qu'une très courte analyse, pourrait donner lieu à une foule de réflexions; ce qui nous a le plus frappé, c'est de voir la sécrétion urinaire suspendue pour ainsi dire pendant presque tous les neuf ans qu'a duré la maladie, et remplacée par des vomissemens de matières dont l'analyse chimique a démontré la nature urineuse, et cette sécrétion se rétablir après la disparition de la tumeur qui a donné lieu à tous les phénomènes qu'on a observés pendant ce long espace de temps. Une autre circonstance remarquable, c'est que l'abcès perceptible au-dehors, et qu'on aurait cru devoir s'ouvrir à travers la peau, s'est néanmoins frayé un chemin par le canal digestif.

Le second cas contient l'histoire d'un abcès dans le mésocolon, qui s'est fait jour dans la cavité péritonéale, et a donné lieu à la mort.

Nous attendons le prochain cahier pour rendre compte des observations formant les dernières productions d'un des vieillards les plus célèbres de notre époque.

SUITES FUNESTES DE L'EMPLOI DE L'ACÉTATE DE PLOMB CONTRE LA PHTHISIE; par le docteur BICKING.

Nous rapportons l'observation suivante comme une terrible leçon de prudence dans l'emploi de ce médicament, qui a été recommandé par les plus grands médecins contre la phthisie pulmonaire. Nous ne pouvons qu'attribuer à son action les symptômes au milieu desquels le petit nombre a succombé. Nous regrettons, dans cette observation, une lacune importante, c'est que l'auteur n'ait pas fait mention des signes stéthoscopiques de la phthisie avant et après l'administration de l'acétate de plomb.

Obs. — Ferdinand R., âgé de 12 ans, scrofuleux, était déjà malade depuis trois mois, lorsqu'on consulta M. Bicking; celui-ci le trouva dans l'état suivant : maigreur et faiblesse extrêmes, toux violente avec expectoration purulente, respiration laborieuse avec douleurs brûlantes dans la poitrine, fièvre hectique avec transpiration abondante et selles liquides. Pressé par les parens d'essayer seulement un traitement contre cet état désespéré, M. Bicking prescrivit un quart de grain d'acétate de plomb avec du sucre de lait à prendre quatre fois dans la journée. La fièvre, les sueurs et les selles diminuèrent, la toux devint plus facile et plus rare. On continua donc l'acétate de plomb pendant six semaines, en augmentant la dose jusqu'à trois grains par jour. Le malade était dans un état très satisfaisant; il passait quelquefois des journées entières sans avoir la fièvre; l'appétit, les déjections étaient meilleures, les forces revinrent. Après douze semaines, tout symptôme de phthisie avait disparu, l'enfant retourna à l'école, et M. Bicking abandonna tout traitement. Le petit malade avait pris en tout à peu près 130 gr. d'acétate de plomb sans qu'on eût observé aucun symptôme fâcheux; pourtant il resta faible, maigre, pâle; son pouls était très fréquent et sa respiration pénible; souvent il se plaignit de douleurs dans la poitrine et de toux, ce qui fit craindre une nouvelle attaque de phthisie tuberculeuse; mais la scène changea : un mois après l'appétit se perdit, le bas-ventre se contracta d'une manière douloureuse, les selles étaient rares et dures; la peau de tout le corps d'un jaune-bleuâtre, la figure boursoufflée, brûlante; les cheveux tombèrent; il s'y joignit une toux convulsive sans expectoration, une respiration très laborieuse, des douleurs brûlantes de la poitrine et des tremblemens des membres suivis de paralysie partielle des jambes. Cet état avait déjà duré quinze jours, lorsqu'un soir il se déclara une forte fièvre avec état comateux, paralysie d'une paupière et strabisme, mouvemens spasmodiques des paupières et des extrémités, respiration laborieuse.

Mort le troisième jour; l'autopsie ne fut pas permise.

II. ZEITSCHRIFT FUR DIE GESAMMTE MEDICIN, publié par FRICKE et OPPENHEIM.

Les cahiers de juillet, août, septembre, octobre et novembre contiennent les notices et articles originaux suivans : 1° *Remarques pratiques sur l'usage du spéculum*; par le professeur Oscinder, de Gœttingue (rien d'inconnu); 2° *Résection de la mâchoire inférieure à l'aide d'in-*

---

stance; et en font changer le volume, la figure, la situation; songez aux conditions primitives de tant de parties si diverses, à leur force, à leur faiblesse originelles, aux oscillations si étranges de résistance ou de ton que leur transmet la puissance nerveuse, cette puissance qui est nous-même, et nous est si profondement cachée; et, pour clore cette longue énumeration, peignez-vous cette double enceinte, formée d'arcs osseux minces, longs, étroits, recourbés, mobiles, dont les intervalles sont fermés par une double couche de muscles minces comme eux; derniers organes, qui, secondés par des muscles extérieurs, et mis en jeu par l'être invisible qui régit toute l'économie, dilatent ou resserrent la capacité de la poitrine, et, par cette alternative, mettent en mouvement tout ce grand et merveilleux appareil. Réunissez maintenant dans vos esprits toutes ces données; embrassez d'un coup-d'œil cette société d'organes d'un tissu si fin, si délié, et livrés par leur délicatesse même à tant de causes de lésions; considérez surtout cette enceinte extérieure, qui les couvre comme une voûte et les protége, mais qui, mince et facilement pénétrable, parce qu'elle est mobile, les défend mal contre toutes les atteintes et les intempéries du dehors; et, de cet ensemble d'idées, concluez ce qu'on doit conclure de toute organisation fine, subtile et complexe, savoir, que, plus elle est essentielle à la vie, plus elle est compromise dans son action, ce qui revient à dire que plus elle est nécessaire plus elle est périssable.

Ne vous étonnez donc pas de voir dans tous les temps et sous tous les climats les maladies de la poitrine si répandues et si dangereuses. Le merveilleux serait qu'elles fussent partout plus légères et plus rares. Toute l'antiquité les a connues. Vous les rencontrez dans tous les ouvrages : elles sont nées avec notre espèce; tristes compagnes que nous donne la perfection même de nos organes! Pour discerner toutes ces maladies, pour en découvrir le nombre, les caractères, l'origine, le développement, la marche, les accidens qui la traversent ou la favorisent, les conversions ou les métamorphoses, les terminaisons heureuses ou funestes, et les signes qui les annoncent, enfin, pour en régler le traitement, et l'approprier aux nécessités éventuelles, la médecine a déployé de bonne heure toute la patience et la sagacité du génie. La séméiotique d'Hippocrate sur les principales maladies de cette nature, la pleurésie et l'empyème, la pneumonie, la phthisie, la vomique, etc.; cette séméiotique, reproduite avec un talent admirable par quelques écrivains modernes, comme on le voit dans le grand et beau livre de M. Double, cette séméiotique forme un corps de doctrine où il semble que rien n'est omis. Elle supposerait, dans son auteur, un excellent diagnostic; et toutefois, c'est une incontestable vérité que, depuis Hippocrate jusqu'à Baglivi, qui en jetait un cri de douleur, jusqu'à Pierre Frank, et jusqu'à nous, c'est-à-dire jusqu'à Laënnec, le diagnostic des affections de la poitrine était rempli d'incertitude et d'obscurité. Cependant, il faut le reconnaître; de tous les symptômes et de tous les signes soumis à l'investigation des sens et aux calculs de l'esprit, il n'en est pas un qu'Hippocrate ait négligé. Il interroge la respiration, la physionomie, l'attitude, la chaleur, le sommeil, la qualité des excrétions; il interroge surtout les matières expectorées et la douleur; il en étudie, d'un côté, la facilité, la consistance, la coloration; de l'autre, le degré, l'étendue, la mobilité, ainsi de suite; enfin, il écoute le bruit qui résonne quelquefois dans une poitrine affectée, et annonce toujours quelque chose de funeste. On connait celui que produit la succession ou l'hydatisme de Cælius Aurelianus. On sait ce que ce bruit révèle sur la quantité du liquide et le danger de l'épanchement. L'oreille longtemps appli-

strumens très simples; par le docteur Oppenheim; 3° *Extirpation du globe de l'œil avec les deux paupières pour cause de cancer qui s'était primitivement développé à la peau*; par le docteur Strauch, de Saint-Pétersbourg (depuis cinq mois que l'opération a été pratiquée, il n'y a pas encore eu de récidive); 4° *De la littérature médicale allemande pendant* 1838; par le docteur Nathan, de Hambourg; 5° *De la constitution médicale de Hambourg pendant* 1838; par le docteur Gaedechens; 6° *Sur le traitement du cancer et en particulier de celui des lèvres*; par le docteur Ruppias (article peu intéressant); 7° *Suites de l'observation de la ligature de l'artère iliaque primitive pratiquée avec succès*; par le professeur Salomon, de Saint-Pétersbourg.

RÉSECTION DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE A L'AIDE D'INSTRUMENS TRÈS SIMPLES; par le docteur OPPENHEIM.

Le chirurgien de Hambourg se trouvant deux fois dans le cas de faire la résection d'une partie de la mâchoire inférieure, et n'ayant à sa disposition qu'un petit nombre d'instrumens, pratiqua la résection de l'os de dedans en dehors avec la lame d'une scie à amputation ordinaire qu'il fit passer par une plaie qu'il avait d'abord pratiquée en dedans de la concavité de la mâchoire; la lame ainsi passée fut de nouveau fixée dans l'arbre de scie avec les dents tournées en dehors, c'est-à-dire en sens inverse de leur situation ordinaire. Dans les deux cas l'opération a très bien réussi.

SUITES DE L'OBSERVATION DE LA LIGATURE DE L'ARTÈRE ILIAQUE PRIMITIVE, PRÈS DE LA BIFURCATION DE L'AORTE ABDOMINALE, PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS POUR UN ANÉVRISME DE L'ARTÈRE ILIAQUE EXTERNE; par M. le professeur SALOMON, à St-Pétersbourg.

Nous avons publié il y a deux ans (GAZETTE MÉDICALE, p. 825, 1837) l'observation remarquable et très importante de la ligature de l'artère iliaque primitive pratiquée avec succès par M. le professeur Salomon; aujourd'hui cette observation acquiert un degré d'intérêt beaucoup plus grand, le sujet étant venu à mourir d'une maladie autre que l'anévrisme. L'autopsie cadavérique a fourni la certitude que l'opération a été pratiquée tout près de l'aorte. Nous laissons parler l'auteur :

OBS. — Le malade Luka Padubnoï, sur lequel j'ai fait il y deux ans la ligature de l'artère iliaque primitive pour cause d'anévrisme à l'artère iliaque externe, guérit complètement, ainsi que je l'ai déjà fait savoir, car la tumeur disparut presque complètement, et le malade recouvra de nouveau le libre usage de son membre inférieur.

L'opéré, après avoir été tout à fait bien portant pendant dix mois, s'exposa, dans le courant du mois de mars, pendant une nuit orageuse, à un refroidissement en s'occupant dans la cour, et ayant le corps très légèrement couvert; il s'en suivit une psoïte rhumatismale.

Le malade entré dans la clinique fut traité par des moyens antiphlogistiques très énergiques. On ne parvint pas à prévenir la suppuration et la formation d'un abcès qui fut ouvert au bout de trois semaines au-dessous du ligament de Poupart.

Le malade succomba peu après, épuisé par la suppuration.

Pour mieux examiner la distribution des vaisseaux dans l'extrémité inférieure, on fit une injection préalable par l'artère abdominale.

L'autopsie fit voir que le pus s'était amassé le long du psoas, dessous le fascia iliaque et en dehors des vaisseaux cruraux.

Le muscle iliaque externe était comme dissous par du pus ichoreux et la face interne de l'os des iles dénudée. L'abcès s'était donc formé en dehors du péritoine à l'endroit où existait auparavant l'hémisphère externe de l'anévrisme; le pus n'avait pas fusé en dedans, c'est à dire vers l'anneau crural interne; à cet endroit, on trouva une masse fibreuse qui formait encore l'hémisphère interne de l'anévrisme.

On ne trouva plus rien du caillot fibreux, qui sans doute avait déjà été complètement résorbé. La tumeur anévrismale devait donc avoir pris son origine immédiatement au-dessus du ligament de Poupart et avait acquis des dimensions au-dessous et au dessus.

La matière à injection poussée dans l'aorte abdominale était arrivée dans les deux membres inférieurs, l'artère iliaque primitive gauche avait été liée à peu près à un demi pouce au-dessous de la bifurcation de l'aorte, comme on pouvait s'en assurer distinctement par la partie rétrécie et fortement adhérente de l'artère iliaque primitive; dans tout son trajet elle a été convertie en un cordon ligamenteux; un peu de matière à injection était parvenue dans l'artère iliaque externe gauche par l'artère hypogastrique gauche. La communication de la circulation s'était principalement rétablie à l'aide des artères lombaires inférieures, très dilatées, dont les branches s'anastomosèrent avec la circonflexe iliaque gauche. L'extrémité inférieure fut en outre en grande partie pourvue de sang artériel par les branches de l'artère hypogastrique gauche communiquant librement avec les branches de l'artère hypogastrique droite; la matière à injection avait facilement suivi ce chemin. L'artère crurale avait été injectée jusqu'à peu près deux pouces au-dessous du ligament de Poupart. L'artère iliaque commune, l'iliaque externe et interne du côté droit, étaient fortement dilatées et à la cuisse gauche c'étaient les artères ischiatique et obturatrice qui avaient surtout augmenté de volume.

III. NEUE ZEITSCHRIFT FÜR GEBURTSKUNDE, publiée par BUSCH, D'OUTREPONT, RITGEN et DE SIEBOLD.

Le troisième cahier du septième volume contient les articles originaux suivans : 1° *Sur la conduite à tenir lorsque le placenta se présente à l'orifice*, par le docteur Zoewenhardt ; 2° *Sur le trismus des nouveau-nés*, par le docteur C.-F. Levy ; 3° *Sur la tympanite de l'utérus*, par le docteur Szerlecki (article intéressant, mais ne contenant rien de nouveau) ; 4° *Remarques et observations sur la médecine des enfans*, par le docteur Simon Dawosky (quatorze observations, ne renfermant que des choses bien connues) ; 5° *De l'influence du café sur la vitalité de l'homme*, par le docteur Neumann (idées hypothétiques) ; 6° *Remarques sur l'état puerpéral et la lactation comme moyens curatifs dans quelques maladies*, par le docteur Grenser. (Dans cet article très long et intéressant, M. Grenser traite de la modification que subit l'organisme chez la femme récemment accouchée et chez celle qui allaite, et rend attentif aux nombreux phénomènes physiologiques qui s'observent pendant cette époque ; et, après avoir donné quelques détails sur ces différens phénomènes, il énumère quelques-unes des maladies qu'on a vues disparaître à la suite des couches et de l'allaitement. Il cite un certain nombre d'observations d'hydropisie, de maladies de peau, etc., qu'il a vu guérir pendant l'écoulement des lochies et la sécrétion du lait.

SUR LA CONDUITE A TENIR LORSQUE LE PLACENTA SE PRÉSENTE A L'ORIFICE; par le docteur ZOEWENHARDT, de Preuzlau.

M. Zoewenhardt croit, d'après ses observations, jointes à celles d'autres auteurs, que cet accident se présente le plus souvent chez les femmes de la classe ouvrière, et l'attribue, par conséquent, aux trop violens exercices dans les premiers jours après la conception ; en outre,

---

quée sur différens points de la poitrine, Hippocrate entend gronder les viscères qu'elle renferme, comme gronde quelquefois l'estomac. Ailleurs, pendant une orthopnée, et parmi les efforts d'une toux sèche et violente, il saisit dans les poumons une sorte de chant ; il va jusqu'à surprendre le murmure, le cri du sang dans les vaisseaux, et ce cri, il le compare au cri du cuir qui sert pour la chaussure. Il a connu le râle bronchique et le râle crépitant ; il savait qu'en passant sur les mucosités, l'air les condense, les durcit, et rend ainsi la respiration plus nécessaire en la rendant plus difficile, le mal s'aggravant par le remède. Enfin, lorsqu'il assigne aux différentes respirations leurs caractères, après avoir parlé des respirations grandes, rares, denses, entrecoupées, quelle respiration pensez-vous qu'il désigne par la qualification de respiration bourbeuse, laquelle ne se fait entendre, ajoute-t-il, par un seul mot, à sa manière, que lorsque la poitrine ne se contracte presque plus? Question dont le savant Illmer demande, il y a un siècle, la solution au Vénitien Vanini; et cette solution, Laënnec était peut être, il y a vingt ans, le seul qui fût en état de la donner.

En 1763 parut Avenbrugger. Il apportait aux médecins, pour l'exploration de la poitrine, et l'étude des maladies de cette cavité, une méthode qu'il avait inventée, et que l'on connaît sous le nom de méthode de percussion. Négligée dans l'origine, comme il arrive presque toujours aux plus utiles découvertes, mais pratiquée et bientôt célébrée par Stoll, cette méthode était à peu près inconnue parmi nous, lorsque Corvisart la tira d'un oubli qui était une perte pour l'art. Elle comblait en partie, dans le diagnostic des maladies de la poitrine, les lacunes que j'ai signalées; et les succès qu'en obtint Corvisart lui donnèrent un nouveau lustre. Toutefois je crois savoir que, si elle lui épargna très souvent de grandes erreurs; elle ne lui épargna pas quelques méprises, et que, dans les premiers essais qu'en fit Laënnec, elle ne répondit pas toujours aux espérances qu'il en avait conçues. C'est alors que l'idée lui vint de se frayer une nouvelle route, et, soit dessein, soit hasard, il reprit celle qu'Hippocrate avait ouverte, et résolut de la suivre jusque dans ses dernières ramifications.

Il faut se mettre, en effet, dans l'esprit que l'auteur de notre être a pourvu l'air atmosphérique de deux propriétés merveilleuses. Comme corps chimique, l'air est pour la vie d'une absolue nécessité. Comme corps élastique, aucun instrument n'est plus propre à dévoiler dans les organes les lésions qui la menacent. En marchant dans l'intérieur des poumons, l'air rencontre des angles, des replis, des aspérités, sur lesquels, par la collision de ses molécules, il joue le double rôle d'archet et de corde sonore ; il vibre, et ses vibrations diffèrent et varient prodigieusement de timbre et d'énergie. Tant que l'air reste muet, ces vibrations sont à peine sensibles; mais, quelque faibles qu'elles soient, elles traversent néanmoins l'enveloppe extérieure, et sont saisies par une oreille délicate ; à plus forte raison sont-elles perceptibles quand l'air devient voix, quand il parle, quand il éclate; et même, n'étant que simple voix, c'est lui, ce sont ses vibrations qui impriment à la capacité de la poitrine les frémissemens qui l'agitent, et qui font surtout trembler la poitrine des Arabes, lesquels feraient, en quelque façon, toucher leur voix, aussi bien qu'ils la font entendre. Toutefois, c'est lorsqu'il parle que l'air, que la voix prend un timbre, c'est-à-dire une physionomie propre et distincte de toutes les autres. Quelles que soient, du reste, les innombrables modifications que l'air contracte en parcourant ses voies accoutumées, soit lorsqu'il y pénètre, soit lorsqu'il en sort, nous devons, à l'exemple de Laënnec, n'en admettre que de deux ordres, celles qui

les causes épidémiques et endémiques n'y seraient pas étrangères. Il décrit avec soin les signes rationnels et physiques de la présence du placenta sur le segment inférieur de l'utérus, puis il rapporte les procédés qui ont été indiqués par les auteurs pour remédier aux accidens auxquels cette implantation donne lieu. Presque tous prescrivent l'accouchement forcé par le décollement latéral du placenta; M. Zoewenhardt lui-même y a eu recours, pendant une pratique de vingt ans, jusqu'en 1833. Pendant ce temps, il n'a sauvé que deux mères et trois enfans dans six cas.

Dans cet article il propose, sous le nom d'une nouvelle méthode, la perforation directe du placenta et la version sur les pieds. Cette méthode, comme l'observe l'un des rédacteurs de ce journal, M. le professeur Busch, loin d'être nouvelle, est la plus ancienne de toutes; elle a l'inconvénient de faire passer l'enfant par la portion la plus épaisse du placenta, de rompre les gros vaisseaux placentaires à l'insertion du cordon et de hâter ainsi la mort de l'enfant.

SUR LE TRISMUS DES NOUVEAU-NÉS; par le docteur C.-E. Levy, de Copenhague.

L'auteur a fait une remarque très importante concernant l'étiologie de cette affection; dans six observations qu'il rapporte d'enfans morts par suite de trismus, il a trouvé dans tous les six cas une altération des artères ombilicales; celles-ci étaient enflammées, en état de suppuration ou d'ulcération. Il est vrai que, dans ces six autopsies on a toujours trouvé une forte congestion sanguine du cerveau; en outre, chez trois, il y avait de plus une extravasation de sang en dehors de la dure-mère, et dans un cas une injection peu ordinaire de l'arachnoïde spinale. M. Levy regarde ces accumulations de sang plutôt comme consécutives au trismus, dans lequel la circulation et la respiration sont toujours gênées et suspendues, et fait dépendre cette affection d'une altération des artères ombilicales.

Il serait à désirer que les médecins des hôpitaux d'enfans malades examinassent cette question intéressante et peut-être très importante pour le traitement de cette maladie si grave; pourtant, hâtons-nous de dire qu'en 1837 M. le professeur Busch en a déjà traité dans ce journal, et que les observations de M. Levy ne viennent que confirmer l'avis du savant accoucheur de Berlin.

IV. MEDICINISCHE ANNALEN, publié par PUCHELT, CHELIUS et NAEGELÉ.

Les deuxième et troisième cahiers du cinquième volume contiennent : 1° *Voyage scientifique en France et en Angleterre*, par le docteur Clessjun; 2° *Revue des travaux les plus récens dans le domaine de la matière médicale*, par le professeur Dierbach; 3° *Observations de tympanite intestinale*, par le docteur Szerlecki (rien d'inconnu); 4° *Constitution médicale de la ville de Fulda pendant* 1837; par le docteur Schwarz (article non achevé); 5° *Observation d'opération césarienne*, faite par le professeur Stoltz, communiquée par le professeur Naegelé. (Ce beau cas n'étant pas donné ici avec tous ses détails, nous aurons recours, pour le compléter, à l'obligeance du savant professeur de Strasbourg.) 6° *Observations d'accouchement*, par le docteur Roesch (cas intéressant, mais n'offrant rien d'inconnu); 7° *Cas particulier de phimosis*, par le docteur Ruff; 8° *Observation de phlegmosa alba dolens*, par le docteur Voltz; 9° *De l'emploi du carbonate d'ammoniaque dans la scarlatine*, par le docteur Bodenius; 10° *Sur la gastromalacie*, par le docteur Iselin (rien de nouveau); 11° *Sur la dysenterie*, par le professeur Puchelt; 12° *La compression employée d'une manière méthodique comme moyen de guérison*, par le professeur Heiker (article de compilation).

CAS IMPORTANT DE PHIMOSIS; par le docteur RUFF, à Herrischried.

L'homme qui fait le sujet de cette observation était âgé de 50 ans et affecté, depuis plusieurs années, de rétention d'urine, dont l'écoulement semblait trouver son obstacle à l'extrémité de la verge, dans l'ouverture du prépuce, rétrécie et entourée d'un gonflement dur et presque cartilagineux. On fit l'opération; le malade fut immédiatement soulagé; mais, peu de temps après, nouvel obstacle et présence d'un corps étranger dans le méat urinaire. On s'efforce d'en faire l'extraction et on retire un corps semblable à un polype, ayant deux pouces de long.

DE L'EMPLOI DU CARBONATE D'AMMONIAQUE DANS LA FIÈVRE SCARLATINE; par le docteur BODENIUS.

Le carbonate d'ammoniaque, tout d'abord préconisé par des médecins anglais et américains, a été, à plusieurs reprises, employé en Allemagne avec grand avantage. M. Strahl, qui en a fait un heureux usage dans une épidémie de scarlatine très meurtrière (GAZ. MÉD., pag. 27, 1835), le regarde comme un spécifique dans cette maladie. M. Bodenius, de son côté, dit que ce médicament est aussi important pour combattre la scarlatine que la vaccine pour préserver de la variole. Il l'administre absolument de la même manière que M. Strahl : carbonate d'ammoniaque, 2 à 4 grammes; eau distillée, 90 grammes; sirop de guimauve, 30 grammes, à prendre toutes les heures, ou toutes les deux heures, une cuillerée à café.

M. Bodenius dit avoir fait usage de ce médicament dans une épidémie de scarlatine très maligne. Lorsque la fièvre était très forte et que les délires se manifestaient, il donnait des lavemens d'une décoction concentrée de son avec une, deux, trois cuillerées de bon vinaigre; ceux-ci furent suspendus lorsque l'éruption était bien manifeste; le carbonate d'ammoniaque n'est alors administré que toutes les trois à quatre heures. Du neuvième jour de la maladie, il ordonne un bain tous les deux jours, en prenant toutes les précautions nécessaires, et le vingt-unième jour, les petits malades pouvaient s'exposer au grand air. Nous avons que jamais nous ne permettions à un enfant malade de sortir de la chambre avant que la desquamation fût complètement passée, lorsqu'il devrait y rester deux mois; car rien n'est si fréquent que de voir survenir des hydropisies au moindre contact de l'air froid.

DYSENTERIE QUI A RÉGNÉ EN 1834, 35 ET 36 A HEIDELBERG; par le professeur PUCHELT.

Le professeur de Heidelberg cherche à démontrer longuement que la dysenterie est une maladie miasmatique, comme les fièvres typhoïde, intermittente, etc. Son traitement consiste surtout à employer, dès le début de la maladie, l'ipécacuanha en dose vomitive; plus tard il a recours à la racine de columbo; en cas de douleurs fixes dans le bas-ventre avec

---

sont liées à l'état sain des organes et celles qui sont liées à l'état maladif. Ces deux ordres se serviront entre eux de contr'épreuves; mais l'état sain est un, pour ainsi dire, au lieu que l'état définitif se diversifie à l'infini. Les modifications correspondantes vont donc se multiplier dans la même proportion; et il est visible que la gravité de ces dernières modifications, considérées comme signes, se mesurera sur la différence qu'elles auront avec les premières. C'est sous ce point de vue, si je ne me trompe, que Laënnec envisageait le diagnostic qu'il allait établir et associer pour jamais aux créations d'Hippocrate.

Ses recherches l'occupèrent trois années. Chaque jour était marqué par des découvertes inattendues et de la plus singulière originalité. C'était un nouveau monde que l'oreille, cette fois, ouvrait à l'esprit. De là le nom d'auscultation qu'a reçu la méthode. Elle est médiate ou immédiate. Vous parlerai-je de la première? Vous parlerai-je de l'instrument que Laënnec interposait entre lui et les malades, et dont il espérait obtenir des perceptions plus justes que de ses propres organes? Sauf un petit nombre de cas, par exemple, pour des lieux d'un accès difficile, ou pour ceux dont l'examen pourrait blesser la pudeur, ces cas exceptés, dis-je, cet instrument est aujourd'hui délaissé. C'est qu'en effet le sthétoscope ne sera jamais pour l'ouïe ce qu'est le télescope pour la vue : et que l'oreille sera toujours, comme le dit Euler, le plus parfait instrument d'acoustique. Maintenant reconstruisez dans votre esprit cette organisation où le sang s'élabore, et d'où il s'élance dans toute l'économie; reprenez l'un après l'autre tous les objets qui la constituent; et dans chacun de ces objets, aussi bien que dans leur ensemble, supposez les altérations les plus variées et les plus bizarres; tous les changemens imaginables de texture, de dimension, de volume, de dilatation, de resserrement. Supposez des engorgemens, des infiltrations, des tumeurs, des épanchemens de liquides ou de gaz; des compressions, des refoulemens, des endurcissemens, des atrophies, et par contrecoup, des hypertrophies; supposez des inflammations et des gangrènes; supposez des communications anormales, des perforations, des crevasses, des fontes purulentes ou de ces produits accidentels dont j'ai donné précédemment quelque idée, fibreux, cartilagineux, osseux, ainsi de suite; puis, l'oreille appliquée ici où là sur la poitrine; écoutez les impressions qu'elle reçoit : vous entendrez les bruits les plus étranges : des retentissemens de cavernes ou d'amphores, des murmures, des gargouillemens, des ronflemens, des sons de basse, des tintemens de métaux, des râles, des souffles, des râlemens et des cris de râpe; et si vous faites parler les malades, vous entendrez des voix incertaines, entrecoupées, chevrotantes, et contrefaisant ainsi par leur timbre, les cris de certains animaux; vous entendrez des éclats de voix qui viendront vous frapper brusquement, comme s'ils avaient percé la poitrine. Les bruits de toux prendront les mêmes caractères; en un mot, où que soit la lésion; quels qu'en soient la nature, le degré, l'étendue, l'action sur les parties environnantes; quelle qu'en soit la simplicité ou la complication; tenez pour certain que l'air qui entre, que l'air qui sort, que l'air rendu sonore par la toux, ou transformé en voix et en parole, recevra du dérangement intérieur un cachet qui vous dira tout et vous instruira même par son silence. J'ajoute que les autres signes tirés, ou de la percussion, ou de la mensuration, ou de la simple inspection des surfaces extérieures, et ceux que l'on tire du pouls, de la chaleur, de la fièvre, etc., tous ces signes étant rapprochés de ceux que donne l'auscultation, vous verrez ces derniers signes confirmer, étendre, restreindre, rectifier tous les autres; quelquefois même y suppléer, car il est des

fièvre, il applique des sinapismes, des sangsues et des fomentations chandes; dans la forme maligne de la dysenterie, il fit usage avec avantage de l'alun uni à l'opium. Quant à l'étiologie et à la marche de la maladie, M. Puchelt, partant de l'idée de miasme, pense que celui-ci infecte la masse du sang, peut, dans certaines circonstances séjourner dans le corps d'un individu et être expulsé au dehors, sans que, pendant son séjour dans l'organisme il se manifeste de phénomènes propres à la dysenterie; mais lorsque chez un individu le sang a pris des qualités veineuses en excès par l'effet d'une trop forte chaleur de l'été, le principe miasmatique réagit plus facilement sur l'organisme lorsqu'ensuite les sécrétions viennent à être entravées par un refroidissement. L'auteur dit que, si on cherche à localiser la maladie et à lui trouver son siége dans le canal digestif et une forme analogue au catarrhe, à l'inflammation, à l'érysipèle, ou à quelque autre exanthème, il y consent, pourvu qu'on n'oublie jamais d'y ajouter l'épithète de dysentérique. En général, le principal but du professeur de clinique de Heidelberg dans cet article, c'est de démontrer l'existence d'un principe étranger dans le corps des individus affectés de dysenterie, et il semble revenir aux matières peccantes des anciens humoristes.

Cet article est suivi d'un autre sur le même sujet, par le docteur Ruesch. Ce qui nous a paru le plus intéressant dans ce travail, c'est que l'auteur, qui, comme on sait, emploie le calomel à haute dose contre les fièvres typhoïdes, dit avoir fait usage avec le plus grand succès de ce médicament dans les dysenteries graves. Après avoir appliqué quelques sangsues à la région hypogastrique ou à l'anus, il ordonne le calomel ordinairement à la dose de 20 centigrammes pour les enfans et de 50 pour les adultes, à prendre une dose le matin et une dose le soir; jamais il n'a administré plus de trois doses. Lorsqu'il existe des douleurs très fortes et du ténesme, il prescrit l'acétate de morphine. Il est bien entendu que le malade doit surtout prendre garde de se refroidir.

Nous trouvons encore dans ce journal deux observations qui méritent d'être mentionnées: l'une concerne un garçon de onze ans, qui, devenu maigre et malade, a rendu successivement une centaine de petits limaçons vivans (*limax agrestis*). Il fut traité par les purgatifs et par là rendu à la santé.

Dans l'autre observation, il est question d'un charpentier, âgé de 20 ans, auquel on enfonça une lame de couteau à travers le crâne dans le cerveau, jusqu'à la profondeur de deux pouces; la lame se rompit et il n'en parut que quelques lignes au dehors; on parvint cependant à l'extraire avec des tenailles; il survint quelques accidens inflammatoires, qui se dissipèrent bientôt, malgré les indiscrétions de régime du blessé, qui cependant guérit complètement.

V. RUST'S MAGAZIN FUR DIE GESAMMTE HEILKUNDE.

Le cinquante-quatrième volume contient les articles suivans: 1° *Sur le choléra qui a régné en 1837 à Darkehmen* (cercle de Gombinneen); par le docteur Carganico; 2° *Vomissement de grenouilles vivantes*, observé par le docteur Wiebers (comme le rédacteur nous promet encore sur ce fait des renseignemens ultérieurs, qui peut-être seront plus sûrs, nous les attendrons; car, malgré le témoignage d'un grand nombre de personnes, nous craignons fort les mystifications); 3° *Cas d'inflammation de mâchoire, occasioné par l'éruption d'une dent de sagesse*; par le docteur Lowenhardt; 4° *Sur l'hôpital des sœurs de charité à Posen pendant 1837*; par le docteur Hersoy (rien de saillant); 5° *Lipôme considérable au pied, amputation de la jambe*; par le docteur Dohlhoff; 6° *Sur les maladies de Copenhague et leur traitement*; par le professeur Otto (excellent fragment de topographie médicale); 7° *Rapport médico-légal sur un cas d'aliénation mentale*; par le docteur Brefeld; 8° *Remarques sur les pharmacies*; par le professeur Klose; 9° *Sur les calculs biliaires*; par le docteur Mehliss (mémoire extrêmement long, qui ne contient absolument rien de nouveau); 10° *Sur la construction de l'hôpital de la Toussaint, à Breslau*; par le docteur Ebers; 11° *Le choléra à Lossan en automne 1837*; par le docteur Andersen.

VI. MONATSSCHRIFT FUR MEDICIN, AUGENHEILKUNDE UND CHIRURGIE, publié par d'AMMON.

Les cahiers de mai, juin, juillet et août renferment les articles suivans: 1° *La maladie est-elle réellement un organisme ayant une existence propre?* par le docteur Bnete, de Gœttingue; 2° *Sur l'hypertrophie des amygdales et leur traitement*; par le docteur Ruppius, de Fribourg (dans cet article extrêmement long, l'auteur cherche à démontrer ce que tout le monde sait, que toutes les maladies des amygdales ne doivent pas être traitées de la même manière, et qu'il faut mettre beaucoup de soins dans leur examen); 3° *Sur la physiologie de la section des tendons*; par le docteur Girl, de Landau; 4° *Lettre sur Paris*; par M. le docteur Schneider à M. le docteur Pauli, de Landau; 5° *Sur les nerfs de la cornée*; par le docteur Pappenheim; 6° *Sur un avant-bras artificiel*; par le docteur Nevermann; 7° *Quatre observations de nævus maternus attribué à des frayeurs par les femmes enceintes*; par le même; 8° *Sur la vitalité du cœur*; par le même (l'auteur cherche à prouver que l'opinion de Haller est la seule vraie; entre autres expériences, il rapporte qu'ayant excisé le cœur d'un grand brochet, l'organe placé devant la fenêtre battait encore au bout de cinq heures); 9° *Sur les fistules congénitales de la trachée artère et du cou*; par le même (dans cet article, l'auteur fait une analyse des travaux de Dzondi (1) et d'Ascherson (2) et rapporte un nouveau fait qu'il croit devoir ajouter aux observations de ces deux auteurs); 10° *Sur une classification des maladies du cœur en général et de ses névroses en particulier*; par le docteur Kreyssig (c'est un fragment d'un nouvel ouvrage sur les maladies du cœur que nous désirons voir paraître bientôt; nous en rendrons compte); 11° *Sur la classification des maladies cutanées*; par le docteur Mühry (l'auteur est tenté de rattacher toutes les maladies cutanées à l'inflammation, mais prenant des formes diverses, selon les causes, etc., et demandant des traitemens particuliers); 12° *Remarques faites pendant un voyage en Hollande et en Angleterre sur l'état de la section des tendons*; par le docteur Ruppius (rien d'inconnu); 13° *Sur les organes des phonations chez les sourds-muets*; par le docteur Mansfeld (article inté-

(1) DE FISTULIS TRACHEÆ CONGENITIS, COMMENTATIO PATHOLOGICA-THERAPEUTICA. Halæ, 1829.

(2) DE FISTULIS COLLI CONGENITIS COMMENTATIO, ETC. Berol., 1832.

---

lésions cachées, et ce sont souvent les plus dangereuses, dont le secret ne peut être révélé que par l'auscultation. Enfin, une maladie de poitrine étant donnée, si, pour l'explorer et la connaître, vous faites marcher de front toutes les méthodes, non seulement vous pourrez saisir le désordre à son origine, mais encore le suivre dans ses évolutions et ses phases, et régler le traitement sur les variations du diagnostic; toutefois retenez bien que, même dans les cas les plus simples (et les plus simples en apparence sont quelquefois les plus redoutables), jamais ce diagnostic ne s'achève et ne s'établit avec sûreté que par l'auscultation.

Et cependant, comme tout ce qui est humain, cette méthode a ses limites: Il est des objets qu'elle ne peut atteindre; elle a donc ses lacunes, ses erreurs, ses déceptions. Bien que nécessaire à toutes les autres, elle est souvent dans leur dépendance et ne tire sa valeur que de leur concours; aussi a-t-elle fait revivre la percussion, qui tombait dans l'oubli. Enfin de quelque prix que soit pour l'art une telle découverte, il est certain qu'elle était en principe dans quelques paroles d'Hippocrate. D'autres parmi les modernes et les contemporains l'avaient connue et même pratiquée; spécialement M. Double. Mais les paroles d'Hippocrate étaient mal comprises, controversées, et même rejetées par les commentateurs. Les modernes n'avaient qu'ébauché la méthode, sans en soupçonner l'étendue; et, souffrez ce langage figuré, anciens, modernes, contemporains, tous se sont tenus à l'entrée de la grotte; aucun n'en a sondé les profondeurs, n'en a consulté les oracles, n'en a rapporté les réponses. Laënnec seul en a eu la gloire, et cette gloire, quels efforts, quels travaux, quelles fatigues elle lui a coûtés! que de persévérance et de courage! Lui qui luttant contre sa faiblesse naturelle et contre une fièvre qui se rallumait sans cesse; lui qui, bravant l'intempérie des saisons les plus rigoureuses, s'arrachait à sa paisible retraite pour courir à son hôpital, à son amphithéâtre, où l'appelaient, parmi des débris de mort, tant de vérités nouvelles. Heureux de trouver dans ces tristes débris la confirmation de ses premiers jugemens! heureux de rattacher ainsi par leurs propres liens les effets et les causes et d'en former pour l'esprit des groupes invariables! heureux enfin de sentir qu'il agrandit la science, qu'il se donne de plus en plus des droits à l'estime des hommes, et à l'immortel honneur d'inscrire un jour son nom entre les noms d'Hippocrate et d'Avenbrugger!

En 1819, Laënnec publia deux volumes sur l'auscultation. Il y exposait sa méthode et ses résultats. Partout surprise et curiosité; quelques voix s'élevèrent, mais l'expérience parla, qui les rendit muettes. La méthode fut universellement adoptée; elle traversa les continens et les mers et se répandit parmi les peuples. Des médecins, partis d'Allemagne, d'Angleterre, des Etats-Unis, vinrent à Paris et se mirent sous la direction du maître pour se former à l'auscultation. L'ouvrage fut traduit en plusieurs langues; des éditions se succédèrent, toujours plus riches et plus volumineuses. Les dernières ont reçu des notes, les unes d'un parent, d'un ami, d'un élève de Laënnec; les autres, de notre confrère, M. Andral, qui l'explique, le justifie, le complète et quelquefois le contredit; mais dans le langage réservé d'un écrivain qui sait concilier le respect qu'il doit à la vérité avec celui que tout homme doit se porter à lui-même dans la personne qu'il combat. Gardez-vous de croire, du reste, qu'en écrivant son ouvrage, Laënnec se soit tenu strictement dans le cercle de ses propres idées: à chaque page viennent sous sa plume les plus hautes questions médicales, et il les traite avec la même indépendance et la même élévation. Mais ce qui relève surtout l'excellence de la méthode, c'est, je ne dirai pas cet unanime concert de suffrages, je ne dirai pas l'empressement qu'on

ressant, mais dont les assertions nous paraissent encore avoir besoin de vérification.

LETTRE SUR PARIS; par M. le docteur SCHNEIDER à M. le docteur PAULI, de Landau.

M. Schneider, tout en critiquant la précipitation avec laquelle les chirurgiens français entreprennent trop souvent leurs opérations, précipitation qu'il attribue surtout au désir de produire de l'effet, s'est étrangement aveuglé en voulant conclure de quelques faits isolés au caractère général de la science française. Le reproche de légèreté qu'il adresse à nos chirurgiens, nous le lui rétorquons en face.

Il n'est pas digne d'un homme sérieux d'aller ramasser dans les couloirs des hôpitaux quelques niaiseries dont nous pourrions au besoin retrouver les analogues dans les hôpitaux d'outre-Rhin, si nous voulions nous en donner la peine. Quant à notre honorable et savant collègue M. Pauli, nous ne pouvons dissimuler la surprise que nous éprouvons de le voir assumer dans un post-scriptum la solidarité des jugemens superficiels portés par M. le docteur Schneider; au reste, personne mieux que lui n'est à même d'appuyer par des preuves irrécusables l'opinion qu'il s'est contenté de formuler rapidement; aussi attendons-nous de lui un parallèle entre la chirurgie française et allemande, et nous ne doutons pas que la supériorité de l'une ou de l'autre n'en ressorte avec une entière évidence; car M. Pauli, tel que nous ne le connaissons, n'est pas homme à mettre son impartialité scientifique aux gages d'une mesquine gloriole.

SUR LES NERFS DE LA CORNÉE; par le docteur PAPPENHEIM.

Il paraît que c'est Schlemm (même journal 1830) qui, le premier, a rendu attentif à l'existence des nerfs dans la cornée; néanmoins cet auteur ne les a suivis que jusqu'à la cornée et non dans l'intérieur de son tissu. M. Pappenheim, s'étant occupé depuis quelque temps de poursuivre les nerfs dans les tissus membraneux à l'aide d'un procédé qui consiste à amollir ces tissus au moyen de la potasse caustique ou de l'acide acétique, fut conduit à examiner si les nerfs qui traversent la sclérotique pouvaient être poursuivis jusque dans la cornée. La disposition constante des rameaux nerveux dans la sclérotique sur plusieurs yeux ne laissait aucun doute sur leur existence normale; seulement il n'était pas toujours facile de les poursuivre à travers la cornée à cause de l'épaisseur et de la motité de cette membrane; il y parvint cependant en se servant de la potasse caustique et de l'acide acétique, ainsi que Purkinjé l'avait indiqué; plus tard ce moyen devint inutile.

Ce qui prouve que ces nerfs appartiennent à la cornée même, ce sont les données suivantes:

1° Ce n'est point à la face externe de la conjonctive de la cornée qu'on remarque ces nerfs, et lorsqu'on dissèque l'épithélium qui recouvre la face externe de la cornée, on voit des nerfs à la face interne et non à la face externe.

2° Lorsqu'on enlève l'iris et la membrane de Demours, les nerfs sont vus tout aussi distinctement qu'auparavant.

3° Les nerfs sont très apparens à leur entrée par la circonférence de la cornée, mais le deviennent moins à mesure qu'ils approchent du centre; vers celui-ci on n'en reconnaît plus que quelques parcelles, et ils finissent par être tout à fait confus; il s'en suit de là qu'ils s'engagent peu à peu entre les feuillets de la cornée.

Il est facile de distinguer les nerfs des filamens de la choroïde qui s'enfoncent dans la cornée, parce qu'ils ne sont pas colorés et que leur épaisseur est uniforme; on ne les confondra pas non plus avec les autres fibres de la cornée, parce qu'ils sont épars, un peu plus volumineux, disposés en plexus et placés plus superficiellement; à l'intérieur, ils sont recouverts par la membrane de Demours; à l'extérieur, par les fibres mêmes de la cornée.

On les découvre le plus facilement en plaçant dans l'eau la cornée, dépouillée de toute autre tissu étranger avec sa surface interne tournée en haut, entre deux lames de verre, en ayant soin d'exercer peu de pression et en se servant de la lumière d'une lampe.

On fait bien de se servir au commencement d'une lentille légèrement grossissante, et on sera bientôt sur leurs traces en suivant la direction des vaisseaux sanguins et en inclinant le plan de l'instrument.

La disposition des faisceaux des fibres nerveuses est en général simple; rarement on voit des anastomoses; cependant il peut exister des plexus.

Pour donner une idée de la configuration de ces nerfs, M. Pappenheim joint à son mémoire une planche où ils se trouvent représentés.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans la description détaillée de ses assertions et de ses observations microscopiques.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1839.

DE L'INJECTION A GRANDE EAU DANS LES CAS D'ADHÉRENCE DU PLACENTA A L'UTÉRUS.

M. CAPURON fait un rapport sur un mémoire d'un chirurgien du pays de Vaux, qui rapporte deux observations d'adhérences du placenta dans lesquelles s'est bien trouvé d'injecter toutes les cinq minutes, à l'aide d'une seringue ordinaire, de l'eau tiède dans l'utérus. Le placenta se décolla, fut rejeté, et les accidens cessèrent.

M. Capuron ne trouve pas ces faits suffisamment concluans; il fait remarquer que l'adhérence du placenta n'est pas toujours grave, que des portions assez considérables ont pu rester impunément fort longtemps dans l'utérus; les cas dans lesquels leur résorption a été opérée sont asses fréquens. Du reste, ce moyen est préférable à celui proposé par le docteur Mojon. (Remerciemens à l'auteur; insertion dans les bulletins.)

M. ROCHOUX, qui partage l'opinion de M. Capuron sur la rareté de l'adhérence du placenta à l'utérus, cite un fait dans lequel cette adhésion fut constatée à l'autopsie.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

OPÉRATION DE TAILLE.

M. VELPEAU fait, au nom de M. Sanson et au sien, un rapport sur une opération de taille pratiquée par M. Léonardon, sur un homme âgé de 43 ans. L'incision périnéale, faite avec un seul bistouri, fut insuffisante pour donner issue au calcul; alors on fit à l'hypogastre et à la région correspondante de la vessie une incision longitudinale; celle-ci se trouvant encore insuffisante, on brisa la pierre, qui put alors être extraite; il restait à la paroi interne de la vessie une couche de gravier de trois lignes d'épaisseur. On racla cette couche avec

---

a mis à lui donner sa place dans l'enseignement, ni l'emploi qu'on en a fait pour d'autres affections que les affections de la poitrine; mais l'extension que lui a donnée Fouriet pour la phthisie et surtout le développement qu'elle a pris dans les habiles mains d'un professeur éloquent de la Faculté, d'un homme que nous avons le bonheur de posséder parmi nous, de M. Bouillaud. Lancisi, Morgagni, Sénac, ont découvert beaucoup de maladies du cœur sans trop songer à en donner les signes. Corvisart les a surpassés par le nombre, la vigueur et la vérité de ses peintures. Laënnec était allé plus loin; mais pour lui, je dirais mieux pour nous, la vie a été trop courte, et son œuvre sur ce point est restée imparfaite. Elle a été reprise et continuée par un successeur digne de lui; et peut être serait-il aujourd'hui permis de considérer ses découvertes comme un solide fondement de diagnostic, non seulement pour les maladies du centre circulatoire, mais encore pour celles du sang lui même: proposition dont les conséquences feraient prendre prochainement une nouvelle face aux théories médicales, surtout à la thérapeutique.

Vous le pressentez, Messieurs, la carrière de Laënnec s'achève; encore quelques années, la scène du monde se fermera pour lui. Epuisé par ses travaux, il alla en 1820 respirer l'air natal et demander une lueur de santé aux lieux où il avait reçu la vie. En 1822, sur la foi d'un mieux apparent, il reparut dans la capitale et fut promu à des emplois éminens à la cour, à la Faculté, au collége de France. Au collége de France, il suppléait Hallé, et dans sa chaire, il affectait de rappeler un principe dont l'oubli sera toujours une sorte de sacrilége, savoir: que les élémens des maladies sont plus nombreux que ne le supposaient alors des esprits systématiques et passionnés; que les liquides, que les solides ont leurs altérations propres, d'où naissent des altérations secondaires et récipropres, et par suite d'innombrables légions de maladies toutes différentes: abîme de causes, d'actions, de réactions, où il est si important mais si difficile de faire pénétrer l'analyse. En 1823, il entra dans la Faculté et se réserva la chaire de clinique interne encore étincelante du génie de Corvisart, et là le diagnostic du maître se retrouvait dans celui de l'élève avec plus de justesse encore et de profondeur. Impatient de la faiblesse et de la timidité de la thérapeutique ordinaire, il embrassait les hardiesses de Rasori, et se proposait de les mettre en expérience. Mais tant de travaux et de soins demandaient une constitution plus affermie; celle de Laënnec dépérissait de jour en jour; il avait dans le sein un germe funeste et rebelle qui le consumait sans l'abattre et le détruisait sourdement au milieu de son savoir, de sa fortune et de sa renommée. A la fin, il fallut céder. Ses souffrances le remirent sur le chemin de la Bretagne; il y arriva pour y mourir: le 13 août 1826 il s'éteignit, emporté par cette phthisie qu'il avait si profondément étudiée. Homme rare, que recommandaient avec tant de talens, tant de qualités respectables, surtout la justice et la tolérance, homme singulier, d'une petite stature et d'une complexion grêle, qui, dédaignant l'intelligence subtile et forte dont l'avait doué la nature, mettait son orgueil à exceller dans les exercices du corps, dans des arts d'agrémens et dans quelques industries mécaniques. Mais quoi! à entendre Cuvier, Cuvier n'était point naturaliste, il était administrateur; à entendre Girodet, Girodet n'était point un peintre sublime, il était poëte; de même, Laënnec n'était qu'un soufflet et se croyait un Hercule: il transposait les choses: la vigueur de son esprit, il la mettait dans ses muscles; faiblesses innocentes, taches imperceptibles qui disparaissent dans l'éclat de ces grandes existences, exemplaires d'ailleurs et pleines de gloire parce qu'elles sont utiles.

une cuiller d'argent. Le malade guérit en quelques semaines; on fit la suture enchevillée. Au bout d'un mois, il sortit par la plaie une certaine quantité de graviers et de matières fécales. Il est à noter que dans cette opération le péritoine fut incisé.

Ce fait, dit M. Velpeau, est à ajouter à ceux qui démontrent déjà la possibilité de retirer de gros calculs de la vessie, et l'innocuité de l'incision du péritoine. (Remercimens à l'auteur; renvoi aux bulletins.)

M. Pelletier émet le vœu que les observations relatives aux opérations nécessitées par des calculs vésicaux soient accompagnés de l'envoi d'une portion ou de la totalité des calculs extraits ou brisés, afin d'augmenter les notions qu'on possède déjà sur la composition des calculs.

Les conclusions sont adoptées.

HYDROCÈLE.

M. Velpeau lit un autre rapport sur une observation d'hydrocèle avec état cartilagineux de la tunique vaginale, opéré trois fois sans succès par les injections vineuses, et guéri au bout de trois ans par l'introduction d'une mèche qui fut portée pendant un mois. Il était sorti par le trois-quart un liquide orangé, briqueté. Suivant M. Velpeau, il s'agit dans ce cas d'un hydro-hématocèle. A la suite d'un coup, l'hydrocèle se compliqua d'épanchement sanguin; ces observations ne sont pas rares. (Remercimens; renvoi au comité de publication. Adopté.)

FIÈVRE JAUNE.

M. Chervin achève la première partie de son mémoire sur la fièvre jaune. (Nous publierons ce travail en entier.)

MORVE AIGUE CHEZ L'HOMME.

M. Saussier, interne de l'Hôtel-Dieu, met sous les yeux de l'Académie les fosses nasales et les poumons d'un palefrenier mort au cinquième jour de la morve aiguë. Il présente aussi quelques portions de peau qui offrent les pustules caractéristiques.

BLÉPHAROPLASTIE.

M. Jobert présente un malade auquel il a restauré la paupière inférieure droite, détruite par une affection cancéreuse de la peau; il a pris son lambeau sur la tempe, la réunion a été complète; l'œil est maintenant assez recouvert en bas, pour que lors de l'abaissement de la paupière supérieure, il soit entièrement caché; la paupière inférieure jouit encore de quelques mouvemens, un certain nombre de fibres de l'orbicolaire ayant été conservées.

Le même chirurgien présente un autre malade auquel il a pratiqué avec succès l'amputation sus-malléolaire de la jambe, et qui marche avec la jambe artificielle de M. Martin.

La séance est levée à cinq heures.

CONCOURS

POUR LA CHAIRE DE PATHOLOGIE INTERNE DE LA FACULTÉ DE PARIS

DEUXIÈME ÉPREUVE. — LEÇON ORALE APRÈS 24 HEURES.

La deuxième épreuve du concours est terminée; onze leçons viennent de se succéder dans l'amphithéâtre de l'Ecole; nous offrons aujourd'hui au lecteur l'analyse des sept premières, et pour ne pas en ralentir la marche par des critiques intercallées, qu'il nous soit permis de commencer par où finissent ordinairement les comptes-rendus; quelques réflexions sur la nature de cette épreuve, sur le sens des questions et la manière dont elles ont été maniées par la parole des compétiteurs.

La leçon qui émane d'une méditation de vingt-quatre heures rencontre en général un auditoire sévère; elle a des mérites et des défauts prévus; saturée de science par une fiévreuse assimilation qui s'exerce sans relâche d'un soleil à l'autre, elle brille rarement par la méthode, par l'ordonnance de l'ensemble, que par la richesse des matériaux; ce dont le candidat se préoccupe le plus, c'est de dire beaucoup de choses; enserrer dans les limites d'une heure de diction rapide la plus ample somme de faits et de citations, pour lui voilà le problème à résoudre; mais, quoi qu'il fasse, des omissions sont remarquées, des lacunes, des erreurs même sont notées, et ces péchés pèsent d'autant plus que le loisir de la préparation lui a été largement dispensé. Disons-le aux concurrens présens et à venir : c'est se méprendre sur le véritable but de l'épreuve que de s'y présenter traînant avec une gène visible à l'avance le bagage des acquisitions de la veille, et pressé d'en détailler la merveille à l'assemblée. La leçon après 24 heures est plutôt une épreuve oratoire qu'un défi jeté à l'activité de la mémoire et à la facilité citatrice. Elle a surtout pour objet de mettre au jour les qualités que possède chaque compétiteur pour l'enseignement. Qui ne sait feuilleter assez de pages en 24 heures, interroger assez de notes, retenir assez de fragmens historiques, pour combler, avec cette science d'un jour et d'une nuit, le cadre d'une leçon? Mais comment ce cadre sera-t-il tracé? Comment rempli? Comment sonnera le langage de l'orateur? Par quel geste, par quelle magie d'action et de regard fera-t-il pénétrer vivement ses idées dans l'esprit de ceux qui l'écoutent? Quelles vues générales saura-t-il déployer sur la trame de sa question, et de quel souffle philosophique animera-t-il le détail qu'elle comporte? Voilà l'attente du public et des juges; voilà la mesure de l'épreuve dont il s'agit.

Or, c'est cette vertu de généralisation, c'est la valeur philosophique qui manque à la plupart des leçons que nous avons écoutées. Les sujets sortis de l'urne étaient presque tous d'une bonne et large entente; évidemment le jury a voulu faire aux candidats une allure libre et aisée; plusieurs ont trouvé moyen de se mettre à l'étroit dans des questions aussi étendues qu'intéressantes. Résumer, dans une appréciation collective, des leçons qui ont roulé sur des thèmes très différens. ce serait s'aventurer en d'injustes rapprochemens. Ajoutons seulement à la remarque qui précède cette autre observation, dont la justesse sera sentie, à savoir, que la thérapeutique a été sacrifiée à l'analyse symptomatique. Un cours de pathologie ne se borne pas à l'histoire des maladies; il doit faire connaître les méthodes de traitement qui leur sont applicables; il doit en approfondir les indications. A voir l'espèce double dans lequel les candidats ont laissé cette importante portion de leur tâche, on dirait que la médecine n'a plus comme autrefois pour mission urgente de soulager et de guérir; mais qu'elle constitue une sorte de science curieuse, appliquée seulement à décrire des symptômes et des lésions cadavériques.

La tribune a été occupée en premier lieu par M. Cazenave; la question qui lui est échue oscille entre la chirurgie et la médecine : du pus et de la suppuration. Peut-être s'est-il trop occupé à décrire ce produit morbide, et pas assez à étudier les cas de médecine pratique où il se rencontre, l'importance des complications et des épiphénomènes qu'il suscite à un grand nombre de maladies; aux détails de hasardeuse microscopie, il eût fallu joindre des considérations plus étendues sur les suppurations, soit viscérales, soit périphériques, qui tantôt constituent à elles seules l'état morbide, tantôt s'y ajoutent; la suppuration méritait un chapitre à part comme terminaison des phlegmasies, comme épiphénomène multiple de certaines pyrexies éruptives ou fièvres graves; dans le traitement des collections qui se forment au-dehors et qui sollicitent l'emploi du bistouri, le candidat aurait dû mentionner une méthode d'opération récemment déduite d'une connaissance approfondie des phénomènes propres aux plaies sous-cutanées, et dont les avantages ont reçu de l'expérience une éclatante sanction. Prévenir tout contact entre l'air extérieur et la surface lésée, instituer un travail de cicatrisation immédiate, abréger ainsi la série des opérations par lesquelles s'opère la réunion des parties divisées, n'est-ce point un résultat assez précieux pour qu'il soit signalé dans une leçon sur la suppuration? Le candidat ne devait-il pas indiquer les moyens d'éviter, de prévenir ce travail morbide? Or, le moyen le plus efficace pour cette fin est celui qui crée d'emblée à une plaie les conditions de cicatrisation auxquelles elle n'arrive, dans la marche ordinaire, que par une suite de modifications chanceuses.

La leçon de M. Dubois a été complète, mais un peu trop divisée; un plus grand nombre de faits pratiques et moins d'intention dans le débit l'auraient fait valoir davantage.

M. Guillot a singulièrement élargi la sphère des sympathies, en y faisant entrer les abcès du foie concomitant avec ceux du cerveau, la conversion graisseuse du foie chez les phthisiques à titre d'influence sympathique d'un organe parenchymateux sur l'autre, l'extension de l'inflammation de la vessie aux reins, la répétition du rhumatisme ou de la goutte d'une articulation à l'autre comme sympathie de l'appareil séro-fibreux sur lui-même, le tétanos des négrillons comme sympathie de climat, chose que nous sommes loin de comprendre; M. Guillot ne nous paraît pas avoir poursuivi avec assez de rigueur l'étude des sympathies morbides, jusqu'à présent si vague, si confuse; il ne les a examinées que dans les solides; il a trop insisté sur les divisions établies par les auteurs, et celles qu'il a suivies sont assez contestables. Mais malgré ces nombreux défauts, malgré la solennité inopportune du débit, la leçon de ce candidat n'a pas laissé d'intéresser; c'est que M. Guillot pense par lui-même; c'est qu'il possède une certaine originalité de conception; sa parole est facile, parfois incorrecte; sa phrase un peu recherchée; mais il a les conditions élémentaires de l'orateur, il a même ce qui les remplace toutes, de la verve.

De l'affection goutteuse et rhumatismale, telle est la bonne fortune de scrutin qui était échue à M. Combett. Il a médiocrement répondu à la bénévolence du hasard. C'était une question de rapports, d'induction comparative; M. Combett en a scindé l'unité et a cru devoir traiter isolément du rhumatisme et de la goutte; il n'a pu terminer l'histoire de celle-ci, et l'heure s'est écoulée dans la paraphrase des notions scholastiques. Nous ne nous attacherons pas à relever les erreurs ou les lacunes de cette leçon; trois points seulement que nous ne voulons passer sous silence. M. Combett a dit que le rhumatisme articulaire chronique amène la fièvre hectique et le marasme; nous n'avons jamais vu cette maladie, qui se présente très fréquemment à notre observation, se terminer par le marasme; le rhumatisme articulaire aigu ne connaît point, suivant le même candidat, la terminaison purulente; la Gazette Médicale a publié des faits qu'il a sans doute oubliés. Enfin, en niant toute relation entre le rhumatisme articulaire aigu et l'inflammation de la membrane externe ou interne du cœur, il a poussé l'exagération aussi loin que ceux qui ont formulé en loi pathologique le rapport constant de ces deux ordres de phénomènes.

M. Gendrin a commencé par limiter sa question et n'a appliqué le terme général de paralysie qu'à la suspension du mouvement; notre opinion est, qu'une question de concours doit toujours être interprétée dans le sens le plus large, et nous ne comprenons pas que sous prétexte du mot anesthésie, le candidat ait relégué, hors de son sujet, la paralysie du sentiment. Il est permis de beaucoup critiquer ceux en qui il y a beaucoup à louer; disons que M. Gendrin a montré deux défauts; ils consistent, l'un à tenter parfois une interprétation inutilement hasardeuse des phénomènes morbides, l'autre à revendiquer comme des découvertes personnelles, des faits depuis longtemps signalés. C'est ainsi qu'il a usé de circonlocutions pour faire agréer à l'auditoire la prétendue découverte contenue en ceci : « Les plans musculaires qui sont en contact avec une surface enflammée, se paralysent ». La paralysie est douteuse, non le défaut de contraction. Or, ce fait est énoncé dans la physiologie pathologique de Broussais; un praticien qu'il faut bien nommer ici, M. Jules Guérin l'a fécondé à sa guise, l'a généralisé dans sa théorie des déformations du système osseux, et depuis longtemps il a établi que les faisceaux musculaires qui sont en rapport avec un point enflammé se contracturent; un exemple presque vulgaire de ce principe, c'est l'inflexion des membres affectés de tumeur blanche. M. Gendrin a encore cru signaler le premier, chez les individus frappés de paralysie incomplète, l'impossibilité de pondérer leurs mouvemens : quel praticien n'a fait pareille découverte? Comme specimen de théorie torturée, nous citerons celle que le candidat a donnée de la formation des vessies à colonnes. Quant au siége de la lésion cérébrale dans la paralysie, il donne comme résultat de son observation propre les inductions à tirer de l'extention du foyer siégeant dans les corps striés ou les couches optiques, et se propageant en avant, en arrière ou en dehors; et il croit être le premier à noter l'influence des cordons latéraux ou innominés sur la paralysie non croisée; ces faits sont déve-

loppés dans Fiedemann, Ch. Bell, Call, Foville, Pinel-Crandchamp, Serres etc.

Le snjet de la paralysie est très vaste; des omissions étaient inévitables; néanmoins il faut choisir entre celles que l'on veut commettre, et puisque M. Cendriu a pris le temps d'expliquer longuement ce que l'on entend par hémiplegie et paraplégie, n'aurait-il pu alors aborder la discussion du rapport entre la lésion des cordons antérieurs de la moelle épinière et celle des cordons postérieurs dans la paralysie du sentiment et du mouvement? Il n'a même pas mentionné le rapport de la paralysie avec les lésions diverses des centres nerveux, telles que compression, épanchement sanguin ou séreux, tubercules, cancers, ramollissement, etc.; il n'a parlé ni de l'hémiplégie des nouveau-nés, ni de la paralysie saturoière; rien des paralysies simulées et dissimulées; rien de la valeur séméiologique des paralysies ni de leur traitement.

Si M. Hourmann n'avait glissé avec une sorte d'indifférence sur plus d'un point essentiel de sa question nous lui reprocherions de n'avoir point mentionné, dans une leçon sur les convulsions, celles qui surviennent dans la vie intra-utérine et qui sont chez le fœtus l'expression d'affections cérébro-spinales variées, en même temps qu'elles constituent la cause primitive de la rétraction permanente de certains muscles, et par suite des difformités produites avant la naissance. C'était là un intéressant épisode de la question, pour lequel M. Hourmann aurait recueilli dans une série de publications récentes une ample moisson de faits nouveaux et d'idées ingénieuses.

On peut dire de la leçon de M. Cibert, ce qu'on a dit de sa composition; même instruction historique de bon aloi, même finesse de critique, même élégance d'expression, même à propos de citations; nous n'avons à lui reprocher qu'un peu trop d'éloignement pour l'anatomie pathologique. Le terrain des *névroses* lui convenait merveilleusement: il y a posé d'un pied ferme: il a soutenu, piqué l'attention de l'auditoire; il l'a même fait rire: le tout sans autres frais que ceux d'une causticité polie et mesurée.

M. CAZENAVE.

DU PUS ET DE LA SUPPURATION.

La suppuration est cet acte organique qui succède à l'inflammation et dont le résultat est la formation du pus, phénomène fréquent qui a de tout temps appelé l'attention des praticiens, depuis Hippocrate, qui connaissait déjà les grandes collections purulentes des cavités, jusqu'aux temps les plus modernes. Après avoir exposé le plan qu'il se propose de suivre, et qui consiste surtout à rechercher les caracteres du pus, le rôle qu'il joue, etc., M. Cazenave entre en matière.

Le Pus. Liquide jaune, opaque, non filant, d'une densité de 1031 à 1034, formé d'une partie liquide et d'une partie solide; celle-ci, qui constitue des globules blancs, translucides, à forme sphérique, aplatis, plus volumineux que ceux du sang, a été signalée pour la première fois par Senac et étudiée dans ces derniers temps par MM. Cendrin, Donné, etc. Il indique rapidement les caractères chimiques du pus; il est important de distinguer le pus des autres liquides, que l'on pourrait confondre avec lui; Hippocrate connaissait déjà cette importance dans certaines maladies, surtout celles de poitrine; il conseille de faire tomber les crachats dans la mer, s'ils vont au fond, c'est du pus; s'ils surnagent, c'est du mucus. Ce caractère n'est peut-être pas sans valeur. Hippocrate conseillait encore de faire brûler le liquide; s'il y a beaucoup de flammes, c'est du pus; s'il y en a moins, c'est du mucus. Depuis Hippocrate, il y a eu à ce sujet une foule de recherches sans résultat; le microscope ne signale de différence entre le liquide que sous le rapport de la forme et du volume des globules. M. Cazenave n'a pas fait de recherches spéciales; il insiste sur le caractère du pus de n'être pas filant, caractère que possède le mucus.

Qualités variables du pus. 1° Suivant les organes: pus du foie, rougeâtre; du rein, aqueux, salé (Burdach); des os du nez, gris, noirâtre, etc.; 2° suivant les individus: pus des scrofuleux, des hommes de bonne constitution, etc.; 3° suivant les causes des maladies; le pus de la variole diffère du pus phlegmoneux, sans doute par une altération inconnue.

Conditions de la formation du pus. Question ardue, qui a suscité de nombreuses théories réduites à deux: 1° c'est un résultat de sécrétion; 2° il est dû à un travail extérieur à la partie enflammée, et résulte de la décomposition, de l'altération, de la dissolution des parties enflammées. Cette dernière théorie était généralement admise jusqu'à ce que les recherches de l'anatomie pathologique fussent venues lui en substituer une plus vraie. En 1722, Simpton parla le premier de l'action des vaisseaux dans la formation du pus; mais cette idée fut surtout fécondée par Hunter. L'inflammation est nécessaire à cette formation; c'était déjà l'avis de Hunter, de Dehaen, etc; c'est celui des pathologistes modernes; mais toute inflammation n'est pas susceptible de le produire, certaines conditions sont indispensables. Si elle est peu intense, il y a résolution; si elle est trop intense, il y a gangrène; l'inflammation du tissu cellulaire lâche abondant fournit facilement du pus. Les globules du pus sont-ils ceux du sang dépouillés de cruor? C'est l'opinion de Hultenbrunner, de M. Donné, dont M. Cazenave cite les expériences microscopiques; mais M. Cazenave, qui croit que le microscope n'a pas donné le dernier mot de cette formation, pense que le pus est le résultat d'une sécrétion de la surface enflammée; on voit, en effet, dans un abcès, la formation du pus, par degrés en quelque sorte; c'est successivement de la sérosité sanguinolente, puis purulente, puis du pus; mêmes phénomènes encore plus tranchés dans la pustule varioleuse, et M. Cazenave a vu, dans certaines affections eczémateuses une moitié du liquide séreux, et l'autre moitié purulente. Si presque toujours la production du pus est liée à l'inflammation, il est des cas où l'on ne peut rencontrer d'inflammation; c'est peut-être l'état chronique, ou l'inflammation latente; il y a une observation de Petenwood, où de simples piqûres, de simples contusions produisaient des abcès sans traces d'inflammation. Les abcès métastatiques ont été aussi longtemps attribués à un travail inflammatoire idiopathique en rapport avec l'opération; mais depuis Boyer, Dupuytren, qui professaient cette théorie, on en a proposé plusieurs autres, qui paraissent plus vraisemblables. C'est d'abord: 1° celle que l'on rapporte à MM. Velpeau, Maréchal, et qui admettent le transport du pus en nature; 2° celles de MM. Blandin, Dance, Bérard, pour lesquels il y a constamment phlébite au point de départ; 3° celle de M. Cruveilhier, qui admet une phlébite au point de départ, et une phlébite locale capillaire au siége de l'abcès. C'est cette théorie qu'adopte M. Cazenave, en reconnaissant que l'on ne peut, dans tous les cas, trouver les traces de l'inflammation; 4° enfin, celle plus récente de M. Tessier, qui, ne tenant nul compte de l'état local, puisque la veine s'oblitère constamment, admet l'existence d'une prédisposition, d'une diathèse purulente. Cet état de diathèse purulente doit-il être accepté? Quelques auteurs ont cité des faits qui sembleraient la démontrer; sans la nier, M. Cazenave ne l'admet que dans certaines conditions d'affaiblissement, d'inoculation surtout; il cite un cas observé par M. Hardy, dans le service de M. Récamier, et qui eût pu facilement en imposer. L'autopsie révéla dans les différens organes une foule de collections purulentes sans traces d'inflammation, et si le hasard n'avait pas fait constater la suppuration des veines du diploë, on eût rapporté à la diathèse purulente ce fait, qu'expliquaient très bien les recherches modernes sur la suppuration des veines des os.

Effets du pus sur l'économie. *Locaux*, c'est le domaine de la chirurgie. Le pus n'a pas d'action corrosive; si des tissus baignés de pus sont entamés, c'est en vertu d'une loi d'assimilation spéciale inconnue.

Généraux. Ils traduisent 1° une collection circonscrite, 2° une résorption, 3° une cachexie purulente; — 1° symptômes d'une collection, frissons irréguliers, détente de la partie enflammée, etc.; 2° d'une résorption purulente, ce qu'il faut distinguer de l'absorption, celle-ci pouvant avoir lieu sans danger; phénomènes des fièvres graves, frisson initial constant, accidens des voies digestives du système nerveux; 3° d'une cachexie purulente, survenant s'il y a une collection abondante ou une suppuration prolongée; phénomènes de la fièvre hectique; frisson constant mais irrégulier, incinens; plus tard, marasme, colliquation, etc.

Thérapeutique. *Pus circonscrit*, c'est de la chirurgie.

Résorption purulente. Si le point de départ est connu (piqûre, phlébite), on peut espérer du succès. Un traitement énergique est nécessaire dans certaines limites, mais il devra cesser dès l'apparition de l'adynamie. On a proposé le traitement mercuriel à l'intérieur; il est peu usité; il réussit dans les climats chauds. En France, on a recours aux frictions d'onguent mercuriel; les émétiques ont été proposés; M. Casenave n'en voudrait point user; ils sont, suivant lui, des moyens contre-stimulans, qui dépriment les forces, qui prostrent. Enfin on a proposé les toniques; ce sont les agens les plus avantageux. Le traitement de la cachexie purulente doit être approprié aux cas individuels; en général, il se compose des acides minéraux étendus, des boissons amères, des toniques, des ferrugineux, etc.

M. DUBOIS (D'AMIENS).

DU VOMISSEMENT.

On n'a pas toujours été d'accord sur la définition du vomissement. Les médecins désignaient sous ce nom l'expulsion par la bouche des matières contenues dans le canal intestinal. Les physiologistes voulaient dans cette définition comprendre les conditions de sa production; quelques-uns même l'attribuent à la contraction des diverses parties qui entrent en action. Dans la collection hippocratique, ce phénomène n'est considéré que sous le point de vue séméiologique. Asclépiade détermina ses applications thérapeutiques et s'éleva contre les vomitifs. Galien, le premier, chercha à le rapporter à une altération spéciale. Il faut arriver jusqu'au 17e siècle pour trouver la première théorie du vomissement. Bayle, le premier, s'éleva contre l'opinion généralement adoptée que le vomissement était du à la contraction de l'estomac, et l'attribua à l'action des muscles abdominaux et du diaphragme. Chirac nia entièrement l'action du ventricule. Duverney l'admit, mais comme secondaire à l'action musculaire. Sauvages a vu l'estomac se contracter. Haller admet la contraction de l'estomac, à l'aide des muscles abdominaux et des diaphragme. En 1813, Magendie, après avoir répété les expériences de Chirac, nia entièrement l'action de l'estomac; il a vu, au contraire, l'ampliation du ventricule dans les efforts du vomissement. Legallois et Beclard constatèrent la participation synergique de l'estomac dans le vomissement, et assignèrent également un rôle à la contraction de l'œsophage. M. Bourdon a cherché à concilier ces diverses opinions; il assimile la contraction de l'estomac à la contraction de la vésicule biliaire. Par suite d'expériences récentes, M. Magendie a été conduit à donner la définition suivante du vomissement; c'est la contraction involontaire et convulsive des muscles abdominaux et du diaphragme ayant pour but la compression de l'estomac, etc., pour résultat, l'expulsion des matières qui y sont contenues. Mais pour M. Dubois le vomissement est autre chose que la contraction musculaire; il y a évidemment action de l'estomac; ce qui le prouve, c'est cette espèce de choix que fait l'estomac dans certaines maladies, entre les alimens qui sont contenus dans sa cavité, pour rejeter au dehors ceux ingérés la veille, et conserver ceux que l'on vient d'avaler; ce qui le prouve encore; c'est la manière dont se font les vomissemens dans la péritonite; il y a rejet de bile comme par fusées et évidemment sans la contraction des muscles abdominaux.

Division. Les anciens divisaient le vomissement d'après les données séméiologiques; les vomissemens saburraux sont moins graves que les vomissemens de bile pure (Hippocrate). Sauvages rangeant le vomissement dans la classe des flux en admet vingt-neuf espèces; mais cette classification n'est fondée sur aucun principe fixe; plus récemment, on a divisé les vomissemens en idiopathiques, symptomatiques, sympathiques et critiques. On peut encore distinguer les vomissemens suivant les matières rejetées. Vomissemens saburraux, bilieux, purulens, etc.

Conditions du vomissement. Individuelles. *Age*. Les enfans y sont plus prédisposés qu'un autre âge; les vomissemens sont alors moins pénibles et moins dangereux.

Sexe. Les femmes se trouvent dans les mêmes conditions que les enfans.

Constitution. Tempérament bilieux, avec prédominance du système digestif; idiosyncrasie spéciale où le vomissement survient à la moindre cause.

Hérédité. Elle peut expliquer ces idiosyncrasies.

Conditions pathologiques. *Voies digestives*. Replétion de l'estomac; ingestions d'alimens indigestes ou de substances toxiques; état saburral; phlegmasie de l'estomac; gastrite aiguë, chronique, surtout avec dégénérescence des parois; invagination intestinale; étranglemens externe et interne; iléus,

Appareil sensitif. M. Dubois énumère les différens phénomènes cérébraux qui ont de l'influence sur la production du vomissement, le dégoût de certains objets, les mouvemens de balancement, de roulis; mais surtout les altérations matérielles de l'encéphale, la méningite surtout des enfans, l'encéphalite, les productions accidentelles le produisent presque toujours.

Appareil respiratoire. Dans la phthisie pulmonaire, la quinte de toux amène souvent le vomissement; il en est de même de la coqueluche; il s'y ajoute ici un élément nerveux.

Appareil génito-urinaire. Fréquent dans la néphrite, le vomissement est un symptôme précieux. Dans les premiers mois de la gestation, le vomissement est très fréquent; il peut être quelquefois assez opiniâtre pour faire succomber la malade. M. Hervez de Chégoin a vu récemment une observation de ce genre. La métrite, la péritonite sont des causes ordinaires de vomissement.

Séméiologie. La valeur diagnostique du vomissement peut être déduite de l'acte même, de son mode de production, des matières expulsées, des symptômes concomitans; il peut être rare ou fréquent, modéré ou violent, passager ou opiniâtre; provoqué immédiatement après l'ingestion des alimens; ou quelques heures après; il peut être convulsif ou spasmodique; il soulage ou aggrave la maladie. Sous le rapport des matières vomies, ce peuvent être des alimens, du chyme, des matières stercorales, et ceci indique un obstacle matériel dans les voies digestives; M. Dubois ne croit pas à l'existence d'un iléus nerveux. Les matières peuvent être saburrales, bilieuses, noirâtres, et si cette dernière couleur est jointe à des vomissements opiniâtres, provoquer par la suite ingestion de l'eau; il y a grande présomption de ramollissement gélatiniforme avec amincissement des parois de l'estomac (Louis). Ces matières vomies peuvent contenir des fausses membranes venant des voies digestives ou des voies respiratoires; des matières purulentes, résultant de la suppuration de l'estomac ou de collections voisines; du sang; il y a lie plus souvent alors lésion organique; pourtant M. Dubois a vu à la clinique une hématémèse mortelle, où l'autopsie ne révéla aucune lésion. Quelquefois il y a des vomissemens noirs (fièvres graves), ou de couleur de chocolat (altération des parois de l'estomac), ou analogues à une décoction de riz (choléra morbus); les matières peuvent faire effervescence sur le carreau (certains empoisonnemens); enfin, elles peuvent contenir des entozoaires. Le diagnostic ne sera certain que lorsqu'aux symptômes énumérés, on pourra ajouter les symptômes concomitans. L'auteur cite plusieurs faits à l'appui de son opinion.

Le *pronostic* se déduit 1° de l'acte; s'il est facile, pronostic peu grave; s'il est difficile, impossible; le cas est bien plus grave. La cessation subite du vomissement est grave, s'il succède de la prostration. 2° des matières vomies. Les vomissemens saburraux sont moins graves que les vomissements bilieux ou purulens. Les vomissemens sanglans, supplémentaires d'hémorragie, sont moins graves que ceux qui résultent d'une lésion matérielle.

Traitement. Quelquefois le vomissement est thérapeutique; mais le plus souvent il faut le combattre.

M. GUILLOT.

DES PHÉNOMÈNES SYMPATHIQUES DANS LES MALADIES.

Tout concourt et s'agite ensemble, répète en commençant l'orateur avec Hippocrate; tous les organes poussent à son tour le cri de leur douleur; ainsi le veut la loi de leur synergie; cette loi de consensus domine tous les phénomènes physiologiques et pathologiques: après quelques généralités auxquelles se mêlent les noms de Barthez, Lordat, Bichat, Gaubius, etc., le candidat se demande à quels mouvemens organiques il faut donner la dénomination de phénomènes sympathiques. Ne faut-il appeler ainsi, avec Barthez, que certains mouvemens qui se produisent accidentellement ou l'étendre, avec la physiologie actuelle, aux phénomènes ordinaires de l'économie? Le sens le plus large doit gouverner la question.

Le candidat définit la sympathie, l'union, l'accord, la correspondance fonctionnelle entre toutes les parties de l'économie; les actes par lesquels se révèle la sympathie constituent les phénomènes sympathiques. Dans l'état pathologique, le mot sympathie réveille l'idée d'une souffrance commune à deux organes, tantôt rapprochés, tantôt éloignés; il y a donc deux modifications morbides à constater, l'une qui constitue le point de départ de la sympathie, l'autre qui en est le terme, l'aboutissant: de là deux ordres de faits, des faits premiers et des faits secondaires, qu'il faut rapprocher et féconder par l'induction. Quelles sont les causes des sympathies? Elles ont été envisagées diversement suivant les doctrines en vigueur; l'école hippocratique et le galénisme les rapportent à une vapeur; Baglivi considère le tissu cellulaire comme le conducteur de la sympathie; répandu dans tous les organes, il leur crée un rapport de continuité qui n'est autre que la sympathie elle-même. Après la découverte de la circulation du sang, les phénomènes sympathiques devinrent une exposition de cette fonction; Willis et Vieussens les déclarent le résultat de l'irradiation nerveuse; cette explication, juste en quelques cas, est fausse en d'autres; ainsi le tétanos produit par la section d'un nerf confirme cette théorie; elle est en défaut par l'absence du hoquet, du rire diaphragmatique, etc., que devrait provoquer l'application d'un vésicatoire à la nuque. Il est d'ailleurs des organes sans nerfs apparens, tels le système fibreux et qui développent des sympathies morbides intenses; d'autres organes qui sont dans le même cas, séreuses et synoviales, sont remarquables par la multiplicité de leurs réactions sympathiques. Broussais a dit: sans appareil trisplanchnique, point de sympathie; M. Guillot combat cet axiome: il fait observer que l'estomac malade ne réagit pas sur tous les organes qui reçoivent avec lui des filets du trisplanchnique.

Les sympathies ont été l'objet d'une foule de divisions: Tissot les a distinguées en actives et en passives; Hunter en sympathies de continuité et en sympathies de contiguïté: il y a beaucoup à recueillir de ce point de vue, dit M. Guillot, en étudiant les sympathies dans chaque système organique considéré à part; ainsi l'inflammation des membranes muqueuses s'étend de l'une en l'autre. Hunter signale encore les phénomènes sympathiques réciproques, c'est-à-dire qui se développent d'un individu à l'autre, tels le bâillement, le vomissement, l'imitation sympathique de certaines affections nerveuses ou morales (épidémies de chorées, de convulsions, etc.). L'influence morale est une autre source de sympathies morbides, et l'orateur cite les vésanies qui sont le résultat d'un désordre du canal digestif (Esquirol, Royer-Collard); Hunter distingue encore les phénomènes sympathiques, suivant qu'ils se manifestent en effets semblables et en effets dissemblables; la reproduction de fausses membranes à la surface d'un vésicatoire. Chez un individu atteint de diphtérite, serait aux yeux de M. Guillot un exemple de sympathie similaire. Toutes ces divisions, ajoute-t-il, ont leur avantage et leur vérité; il adopte tous les faits qu'elles impliquent; mais il étudiera les phénomènes sympathiques par appareils et par organes.

Les phénomènes sympathiques, considérés en général, peuvent s'observer dans toutes les parties du corps; tous les organes réagissent en raison de leur irritabilité; en outre, une foule de conditions en règlent le mode et l'intensité: l'âge, le sexe, la constitution, le climat, etc.; on sait avec quelle promptitude et quelle énergie réagit aux impressions morbides le tempérament appelé nerveux; chez l'enfant, il n'est point de maladie qui ne retentisse dans la totalité de l'organisme, au point de masquer les troubles primitifs; les phénomènes sympathiques de la femme sont notables par leur multiplicité et leur force; la raison est dans son organisation, dans l'existence chez elle d'un viscère spécial, l'utérus, centre ou terme de la plupart de ses sensations au sujet de l'âge, on sait encore les caractères propres à la bronchite des enfans si souvent convulsive, à leur pneumonie comme à celle des vieillards, laquelle est si muette, si peu retentissante qu'on l'a appelée muette. Les trismes des enfans, le tétanos des négrillons appartiennent à certaines latitudes équatoriales (Frank).

La sympathie agit-elle sur un organe lésé comme sur un organe sain? Donte. M. Moncan (thèse inaugurale) a noté que le chatouillement de la plante d'un pied atteint de phlegmon n'a point déterminé de convulsion. La maladie est parfois caractérisée par la rupture des sympathies physiologiques, par le défaut de réciprocité entre des organes qui agissent sympathiquement l'un sur l'autre; Hunter a noté quelques particularités curieuses: si l'articulation tibio-fémorale est malade, l'articulation coxo-fémorale n'en reçoit aucune douleur; si la maladie siége dans celle ci, la première répète la douleur. La diminution des phénomènes sympathiques est d'un augure fatal; elle annonce presque toujours une fin prochaine, car la dissociation des actes organiques précède la mort, comme elle est suivie bientôt par la dissociation des élémens organiques.

L'orateur passe à l'étude spéciale des phénomènes sympathiques.

1° Influence des différens appareils les uns sur les autres pour la production des phénomènes morbides. — *Système digestif.* Le tintement d'oreille, le trouble de la vue, la céphalalgie, la somnolence, le délire, la rêvasserie, etc., tous ces phénomènes, cortége ordinaire des phlegmasies du canal alimentaire, sont dus à la réaction de celui ci sur le système nerveux. On sait l'étroite liaison entre l'enveloppe cutanée et l'enveloppe muqueuse.

Système nerveux. Le candidat indique rapidement ses liaisons sympathiques avec le système digestif et ses annexes; il mentionne la concomitance des abcès du cerveau et des abcès du foie comme un phénomène sympathique; il rappelle que certaines maladies chroniques, notamment des vomissemens opiniâtres, sont le produit d'une lésion de la moelle spinale.

Appareil génital. Son influence sur tous les autres appareils est en pleine évidence dans l'hystérie, dans la grossesse, souvent accompagnée de vomissement, d'appétences variées, d'éclampsies, qui cessent après l'accouchement, etc.

2° Influence des appareils sur eux-mêmes pour la production des phénomènes sympathiques. — *Appareil digestif.* L'orateur regarde les divers états de la langue en rapport avec les altérations de la muqueuse gastrique, comme une expression sympathique; il cite le boquet, le vomissement produit par le pincement d'une hernie.

Appareil respiratoire. Exemple: la toux, effet sympathique du poumon sur le larynx.

Appareil urinaire. Prurit de la verge et démangeaison du gland dans le cas de calcul vésical; inflammation des reins par suite de cystite.

Appareil cutané. Le candidat cite encore ici la répétition des pseudo-membranes à la surface cutanée par suite d'une irritation externe.

Appareil séro fibreux. Répétition du rhumatisme, de la goutte, d'une articulation à l'autre.

Les organes symétriques agissent aussi sympathiquement les uns sur les autres. Il rapporte une observation de Frank où le sujet, frappé d'hémiplégie, a recouvré le mouvement du bras paralysé, grâce à l'agitation prolongée du bras resté libre.

Les organes parenchymateux paraissent aussi liés par cette solidarité d'action; ainsi, à la suite de la tuberculisation pulmonaire, le foie se charge de matière grasse.

Est-ce une étude utile au praticien que celle des sympathies morbides? Elle lui est essentielle; de leur connaissance exacte dépend le diagnostic. Il faut savoir, en effet, que, chez les enfans, le vomissement accompagne presque toujours l'inflammation du cerveau, que la bronchite complique la fièvre typhoïde, etc. Souvent les phénomènes sympathiques forment une véritable complication et prennent la place du mal; le vomissement et le boquet peuvent masquer la péritonite. Enfin, ils conduisent à la notion du point de départ des maladies, pour le secours de l'induction physiologique.

M. COMBETT.

DE L'AFFECTION RHUMATISMALE ET GOUTTEUSE.

On ne rencontre point chez les anciens, dit M. Combett, des notions exactes sur l'histoire du rhumatisme et de la goutte qu'ils ont confondus sous le nom d'arthritis; Hippocrate en parle; Arétée en présente quelques notions plus précises; Aëtius, Alexandre de Tralles, etc., n'ont fait que les répéter. Baillou a étudié spécialement la distinction que l'on doit établir entre le rhumatisme et la goutte dans un traité dont le candidat se borne à énoncer le titre; il mentionne encore les travaux de Stoll, Scudemore, Sarcome et des écrivains plus récents; puis, après une discussion obscure sur la double marche qu'il pourrait suivre dans l'exposé de sa question, il annonce qu'il analysera séparément les deux affections pour les comparer ensuite et conclure.

I. Du rhumatisme articulaire. Il est aigu ou chronique; distingué par Pinel en musculaire et en fibreux. Quelles sont les causes qui y prédisposent? Le candidat doute que les enfans en bas-âge en soient atteints; Hoffmann prétend qu'il est plus fréquent chez la femme; l'observation prouve le contraire. La constitution caractérisée par la richesse sanguine, le teint haut et l'ampleur de la poitrine, lui paraît favoriser le développement du rhumatisme; le climat froid et humide l'occasione; aussi sévit-il en Angleterre, en Hollande; Hufeland le dit endémique en Danemarck; toutefois on l'observe dans les Indes, à Bourbon, dans l'Isle-de-France; ce qui s'explique par les brusques changemens que la température y subit. Suivant Giannini, le froid est la cause efficiente de cette maladie; l'intempérance, les excès, certaines professions la déterminent; mais ces causes, ajoute le candidat, sont insuffisantes, dans la généralité des cas, pour expliquer la production du rhumatisme.

Il décrit ensuite le mode d'invasion, les symptômes; analyse les phénomènes locaux des articulations affectées; rien de saillant dans ce tableau, si ce n'est qu'il considère la fluctuation de la poche synoviale, quand elle existe, non comme un effet de l'inflammation articulaire, mais comme une complication. Peu de nos lecteurs penseront de même. Dans l'étude des phénomènes généraux qui se joignent à l'arthritis, il insiste sur le trouble du système nerveux, l'insomnie opiniâtre. La marche du rhumatisme articulaire aigu est rémittente, marquée par des exacerbations : peut-il être jugulé? Doute. Chronique, il amène la fièvre hectique, le marasme.

Le candidat glisse sur les complications du rhumatisme. Abordant ses terminaisons, il discute celle par suppuration et signale les dissidences d'opinion à cet égard ; les cas de suppuration articulaires sont réels, mais rares, exceptionnels; encore sont-ils légitimes et la présence du pus n'est-elle point due à une complication? Il rappelle les suppurations multiples qui compliquent la péritonite puerpérale et paraît disposé à rattacher à une diathèse purulente l'existence du pus à la suite du rhumatisme articulaire. Au sujet des retrocessions de cette affection, le candidat mentionne la loi émise dans ces derniers temps, loi qui proclame dans les 9/10 des cas observés la coïncidence du rhumatisme articulaire aigu avec la péricardite ou l'endocardite, ou avec ces deux inflammations à la fois. La corrélation de la phlegmasie des surfaces articulaires avec celle de la tunique externe ou interne du cœur est un fait signalé depuis longtemps; il admet bien qu'il y a des phénomènes de réaction vers le cœur, mais il ne pense pas que l'on en puisse déduire une loi de rapport; dans d'autres maladies, même solidarité du dedans et du dehors. Qui ne sait que par suite d'une délitescence de rougeole, on voit survenir des inflammations de la plèvre, du poumon? Ce que celles-ci sont à la rougeole, les réactions morbides du cœur le sont à l'arthrite rhumatismale.

II. De la goutte. Le candidat examine rapidement les conditions dans lesquelles cette maladie se développe le plus ordinairement, âge, sexe, tempérament, hérédité, climat, profession, etc., nombre les formes diverses qu'elle peut revêtir, esquisse les prodrômes, les phénomènes de l'accès, la succession des paroxysmes, la marche et la durée de la goutte, etc. Il est interrompu par l'heure quand il commence à rapprocher les deux ordres de faits qu'il a déroulés dans l'étude des deux affections articulaires.

M. GENDRIN.

DE LA PARALYSIE.

Sujet vaste, s'il en fut en pathologie. Le candidat annonce qu'il ne traitera que les questions les plus importantes qui s'y rapportent. Les livres contiennent de nombreuses définitions de la paralysie; en les rapprochant, il est facile d'arriver à une définition qui les embrasse toutes; mais il ne veut point faire d'érudition. Il se borne à citer Hippocrate, qui a défini la paralysie, la suspension de la faculté de se mouvoir et de sentir. De plus, le troisième livre des épidémies présente un cas dont la conclusion est que les organes privés de mouvement peuvent encore être le siége de douleurs spontanées, provoquées, et de contracture. M. Gendrin se range à la définition donnée par Arétée : suspension de la faculté de mouvement ; si la faculté de percevoir des impressions sensitives est suspendue isolément, il y a anesthésie; celle-ci et la paralysie sont fréquemment réunies.

1° Phénomènes de la paralysie considérée en elle-même. Les phénomènes directs de la paralysie sont présentés par les organes de la motilité, les muscles; s'ils appartiennent au système musculaire de la vie relative, ils cessent de se contracter sous l'influence de la volonté ; ils ne répondent plus à l'impression des stimulans, s'ils dépendent de la vie organique. La paralysie offre des différences suivant qu'elle est limitée ou généralisée; si elle frappe toute l'étendue de la couche musculaire d'un viscère, celui-ci ne se contracte plus; si elle atteint un cordon, tous les muscles qui font système avec ce cordon participent à la paralysie; ainsi, dans la paralysie du nerf sciatique, les muscles postérieurs de la cuisse sont privés de mouvement. L'évidence des paralysies incomplètes varie suivant la position du malade, suivant les obstacles qu'il rencontre dans les mouvemens qu'il veut exécuter ; ainsi la paralysie incomplète d'un seul membre inférieur peut encore permettre au malade de le soulever dans la situation horizontale du lit, tandis que la station l'empêche, ajoutant à l'effet de la lésion le poids du corps en équilibre. Le candidat explique ici le sens des mots *hémiplégie*, *paraplégie*, et entre dans des détails élémentaires; le mot *parésie*, employé par Arétée, s'applique à la paralysie de certains muscles ou de certains organes peu étendus qui appartiennent à la vie organique ou qui sont placés à la limite de celle-ci et de la vie de relation, tels les sphincters, le plan musculaire de la vessie. L'orateur donne quelques détails sur la symptomatologie des paralysies circonscrites, mentionne l'inflexion du poignet dans la paralysie des fléchisseurs de l'avant-bras, le gargouillement qui accompagne l'ingestion des boissons dans la paralysie du pharynx, et qui rend cette opération analogue à la chûte d'un liquide dans un vase inerte, etc.

La paralysie s'établit de différentes manières dans les parties qu'elle affecte; ordinairement elle marche de la périphérie au centre, des doigts à la main, etc. Elle se dénote dans les extrémités inférieures par une sensation de froid, par un fourmillement et par un autre phénomène que M. Gendrin croit signaler le premier, à savoir, l'impossibilité de pondérer les mouvemens, de les limiter dans la mesure voulue; le malade ne possède plus ce que Barthez a appelé l'équilibre, résultat de la situation fixe.

2° Phénomènes qui surviennent dans les muscles paralysés. Le repos prolongé de ces organes amène un ralentissement, une dépression de leurs forces nutritives; ils s'atrophient. Il rappelle ici l'observation faite par Haller, de l'accélération circulatoire sous l'influence des contractions musculaires. Il survient à la longue dans les muscles une véritable altération de texture; leur état devient semi-voisin du tissu cellulaire, leur tissu se raréfie, le tissu adypeux se dépose entre leurs fibres : alors la paralysie est irrémédiable. La nutrition se modifie également dans les cordons nerveux ; l'infiltration œdemateuse du membre, les suffusions sanguines, les sugillations, les ecchymoses, sont les reflets de la modification qui survient dans la circulation; ces derniers effets sont surtout prononcés, si à la paralysie se joint, comme il arrive, une cachexie profonde, les muscles de la vie organique s'altèrent aussi sous l'influence de l'inaction prolongée; les couches musculaires de l'estomac, de la vessie, etc., se raréfient dans leur trame; de là l'amincissement des parois de ces viscères; le candidat explique la formation des vessies dites à colonnes et par la raréfaction du tissu musculaire, et par sa transformation en tissu cellulaire. D'autres accidens se produisent dans les membres paralysés; mais ils sont provoqués par des causes accessoires, telles que des pressions, des plicatures, etc. Ces accidens sont des escharres, des érosions, etc. Toutefois la cause première, prédisposante de ces effets, gît dans la perturbation profonde qu'a subie la nutrition par suite de la paralysie.

3° Lésions qui produisent la paralysie. Ces lésions peuvent avoir leur siége dans les muscles, dans les cordons nerveux, conducteurs de l'incitation, dans l'axe rachidien, dans l'encéphale; enfin, dans l'ensemble du système musculaire.

A. Lésions des muscles. Van Swieten, Haller, ont déjà signalé un état pathologique des muscles qui les prive de l'incitation que leur apporte le sang artériel; cet état est observé par les chirurgiens après l'application d'une ligature, à la suite du repos forcé dont dépend la guérison d'une fracture. Même résultat, quand c'est une couche musculaire de la vie organique qui est maintenue dans cette inertie forcée, comme celle de la vessie par la rétention des urines, par la tuméfaction de la prostate. Toutes les fois qu'une couche musculaire profonde est en contact avec une surface enflammée, elle se paralyse; ainsi, à la suite du météorisme qui se développe dans la péritonite, paralysie de la couche musculaire du canal digestif, l'inflammation rhumatismale articulaire, en se répétant dans les aponévroses des faisceaux musculaires, frappe ceux-ci de paralysie.

B. Lésions des nerfs. Les maladies qui siégent dans les cordons nerveux ont pour résultat de paralyser tous les muscles qui font système avec ces cordons; ainsi l'inflammation du cordon sciatique détermine la paralysie de tous les muscles qui en reçoivent des filets; le candidat donne ce fait pour nouveau, et sollicite l'indulgence de l'auditoire pour ces résultats de son observation personnelle.

C. Lésions de la moelle spinale. Le candidat ne développe point ce sujet.

D. Lésions encéphaliques. Quel est le rapport entre la lésion paralytique extérieure et la localité lésée de l'encéphale? Ici se présentent les discussions des anatomistes et surtout leurs erreurs qui découlent du mauvais mode d'observation suivi par eux; les descriptions des lésions locales ne sont pas faites avec assez de soin. Le candidat admet une connexion nécessaire, invariable entre les paralysies et les lésions encéphaliques, quand celles-ci existent; il y a là, dit-il, un rapport anatomique ou physiologique, rapport toujours le même, quand les circonstances qui le constituent se reproduisent identiques; il signale la loi du croisement des lésions encéphaliques et de leurs effets externes, cite quelques exemples de paralysie due à l'altération des différentes portions de cerveau et les analyse anatomiquement.

M. HORAMANN.

DES CONVULSIONS.

Le mot convulsions a été pris en plusieurs acceptions. Hoffmann s'est trompé en bornant le sens de ce terme au mouvement des muscles externes, sans y comprendre les palpitations et les vomissemens. Le candidat ne se reporte qu'avec répugnance vers les nombreuses controverses qu'a soulevées son sujet, et se hâte de définir ainsi la convulsion : mouvement violent, involontaire des muscles de la vie de relation. Il ne traitera pas des mouvemens dits convulsions internes. Les anciens ont beaucoup discuté sur ce point et s'attachaient à différencier la convulsion du spasme.

Etiologie. Pour l'aborder avec succès, il faut recourir à la physiologie, pour connaître les conditions normales ou accidentelles qui peuvent stimuler l'action des muscles. Les explications se rattachent à la théorie de l'influx nerveux. Si on irrite chez un animal la moelle épinière, on détermine des convulsions ; si la lésion, au lieu d'être traumatique, se développe spontanément, même résultat (myélite). Remontant de la moelle à l'encéphale, on trouve d'abord la moelle allongée, dont l'irritation amène des conditions identiques à celles qui succèdent à l'irritation spinale, mais avec la condition du croisement des phénomènes convulsifs et du siége de l'irritation. Les lésions spontanées de la moelle allongée, telles qu'hémorragies, productions morbides, etc., occasionent les mêmes manifestations que l'irritation artificielle. Quant au cervelet, il nie la valeur des vivisections; il rappelle les expériences de Magendie, Rolando, Flourens, qui ont enlevé couche par couche le cerveau et le cervelet, sans déterminer de convulsions. L'observation dément ces expérimentations. La moindre lésion traumatique du cerveau s'accompagne de convulsions. On voit souvent une sorte d'*aura* partir d'un organe et se diriger sur l'encéphale, dont l'action se modifie instantanément et se traduit en convulsions; il cite à l'appui de cette idée un exemple tiré de Van Swieten. Tous les points de l'économie peuvent être le point de départ de cette *aura*. Il conclut de son étude étiologique de la convulsion que la division qu'en a faite Hoffmann en idiopathique, symptomatique et sympathique ne peut être conservée. Il admet des

convulsions générales et des convulsions partielles, des convulsions par intoxication, c'est-à-dire dues à l'altération du sang par certaines émanations métalliques (mercure et plomb); enfin, des convulsions par anémie (hémorragies). Rien à hasarder sur la cause prochaine de la convulsion, si ce n'est qu'on pourrait saisir une certaine analogie entre les mouvemens convulsifs et ceux que détermine une ferme volonté. Après avoir indiqué les divisions précitées qui semblaient devoir présider à sa leçon, l'auteur annonce qu'il la réglera sur la division suivante : convulsions toniques, cloniques, idiopathiques, symptomatiques, sympathiques, par intoxication, par anémie.

Convulsions toniques. Elles consistent dans une tension permanente; la contraction ne persiste pas; les mouvemens ne sont que des tremblemens; le tétanos en est le type; l'orateur donne la description détaillée de tous les symptômes qui caractérisent le tétanos, soit partiel, soit général; il cite une espèce de tétanos partiel qu'il dit n'être décrit que dans le compendium de MM. Monneret et Delaberge.

Convulsions cloniques. L'hystérie en présente le type; ce sont surtout les convulsions de l'enfance; elles se composent d'alternatives de tension et de relâchement; elles peuvent être partielles; elles s'ajoutent souvent aux prodrômes des maladies du premier âge.

Des convulsions intermittentes constituent des accidens séparés.

La marche des convulsions précitées est continue ou intermittente; dans le premier cas, elles sont toniques, et ce sont ordinairement les plus graves; dans le second cas, elles sont le plus souvent cloniques; elles peuvent être rémittentes. Elles constituent parfois le caractère d'une fièvre intermittente pernicieuse. Leur durée est ordinairement courte; la constitution des malades et la nature des affections qu'elles compliquent influent sur leur marche. Les convulsions toniques se prolongent plus que les convulsions cloniques; le tétanos dure quarante-huit heures et quelquefois davantage. Le candidat indique brièvement leurs phénomènes consécutifs, leurs terminaisons.

Convulsions idiopathiques. Elles sont moins à redouter que les convulsions symptomatiques. Peuvent-elles se terminer par des crises? Il est d'observation qu'on les a vues cesser à la suite d'une diarrhée, d'une hémorragie; mais peut-être dans ces cas n'y avait-il que des convulsions symptomatiques.

Convulsions symptomatiques. Elles se terminent rarement par la mort; leur pronostic est en raison directe de la maladie qu'elles accompagnent.

Le candidat glisse sur le diagnostic relatif de ces deux dernières espèces de convulsions, et esquisse rapidement les causes de la convulsion; parmi les conditions qui y prédisposent, il mentionne le sexe féminin, l'enfance, l'hérédité de la mère à l'enfant, par suite d'agitation morale ou autre, durant la gestation.

La prononciation sourde du candidat nous a empêché de saisir exactement certaines parties de sa leçon; la tribune lui paraît peu familière. Quant au fond, le lecteur a déjà reconnu que le sujet échu à M. Hourmann prêtait à des considérations plus élevées, plus fécondes; la convulsion est un problème de médecine pratique; il se présente si fréquemment; il se rattache à des conditions si variées; il a une importance si frappante, que l'on ne peut que regretter dans M. Hourmann une plus philosophique et plus large inspiration, une plus grande abondance de faits et de rapprochemens. Après sa composition, étonnement; après sa leçon, surprise.

M. GIBERT.

DES NÉVROSES.

On trouve dans Hippocrate un livre entier consacré aux névroses. Dans ce livre, cité par Cœlius Aurelianus, on cherche à rattacher la lésion nerveuse à un fait matériel, la prédominance de l'humidité cérébrale. Arétée a déjà insisté sur le rapport de causalité entre l'effet et le mal dans la névrose; Galien blâme ceux qui devinent le mal au lieu d'en rechercher la cause matérielle. Cœlius Aurelianus, Paul d'Egine traitent des maladies nerveuses; ce dernier rapportait l'hypochondrie à une lésion de l'estomac ou des viscères. Au 14e siècle, une nouvelle maladie, la chorée, se propage, grâce à l'imitation, et vient s'ajouter au cadre ancien; au 16e siècle, Sennert y fait entrer la raphanie. Ch. Leroy s'efforce de rattacher les névroses à une lésion cérébrale, et Deplace le siége jusqu'alors admis de l'hypocondrie et de l'hystérie. L'orateur signale les travaux de Willis, Hoffmann, Van Swieten, etc., sur le même sujet. Les maladies nerveuses étaient disséminées dans le cadre de la nosologie jusqu'à Sauvage. Viennent ensuite Cullen, Pinel, Chaussier, qui sépare les névroses des névralgies, distinction dans laquelle il avait été précédé par Cotugno. M. Gibert cite encore une foule d'écrivains qui se sont occupés des maladies nerveuses, et complète ainsi cette première partie de sa leçon, consacrée au passé de la science. Il définit ensuite la névrose. une lésion vitale du centre nerveux ou d'une portion de nerf, sans fièvre, avec accès intermittens, et ne laissant à sa suite aucune altération matérielle.

Névroses cérébrales. Le sentiment, le mouvement, l'intelligence sont lésés en totalité ou en partie; les névroses du sentiment constituent les névralgies; celles de l'intelligence les vésanies. Celles qui intéressent à la fois ces trois facultés sont l'épilepsie, la catalepsie, la syncope, l'apoplexie, etc. Il rejette l'hydrophobie hors du cadre des névroses. L'affection la plus propre à représenter la névrose dans sa description, c'est l'*hémicranie*; l'auteur en esquisse les principaux traits. L'*hypocondrie* est une névrose caractérisée, tantôt brusque dans son apparition; tantôt amenée par la prédisposition du tempérament bilieux, mélancolique, etc. La prolongation de cette maladie peut amener des altérations matérielles; M. Gibert rapporte un cas de cette affection, suivi de phthisie pulmonaire; il établit trois classes d'hypochondrie : 1° la mélancolie, Néron, Tibère en sont des types tristement historiques; 2° l'hallucination; ce mot seul rappelle certaines singularités dans quelques hommes supérieurs; on connaît celles de Pascal, de Malebranche; 3° l'hypocondrie poussée jusqu'à une sorte de folie dont le farouche et lubrique Caligula présente un exemple.

L'*hystérie* offre plus d'une ressemblance avec l'hypocondrie; elle est simple ou compliquée de convulsions; elle n'a point son siége dans l'utérus; on l'a observée chez de petites filles impubères, chez des femmes de 50 ans, etc. Par suite de la minutieuse investigation qu'on a faite dans ces derniers temps des organes utérins, on y a rapporté des affections nerveuses en grande quantité, et c'est encore là le résultat d'une exagération fâcheuse. Il affirme que les altérations du col de la matrice, les écoulemens sont complétement indépendans des névroses de l'estomac, de la tête, que dans ces derniers temps on a voulu rattacher à une altération de la matrice. Il raconte ici avec beaucoup de verve et de facilité des observations de ce genre.

Vésanies. Nulle cause matérielle. Sur 12 cas de manie soumis à l'examen nécroscopique, on n'a trouvé que dans trois cas une exhalation séreuse évidemment due à la mort. Bayle n'a constaté de lésions matérielles que chez un cinquième des individus maniaques.

Apoplexie. Il admet des apoplexies nerveuses; il a vu une attaque de paralysie suivie de mort, et qui, à l'autopsie, n'a présenté aucune altération.

Epilepsie. Il suffirait d'énumérer toutes les causes auxquelles on a attribué le développement de cette maladie, depuis l'opinion de Galien jusqu'à celle de Cazauvielle, pour être persuadé que des causes si diverses ne peuvent produire cette maladie. Il y a des cas où l'on ne trouve rien; sa marche intermittente prouve encore qu'elle est une névrose; ce qui le prouve encore, ce qui prouve surtout la prééminence de la médecine hippocratique, c'est-à-dire de l'observation de l'homme vivant sur celle de l'homme mort, c'est une observation de Dumas, qui, d'après une habitude d'un épileptique, a réussi à le guérir au moyen de l'ivresse. Toutefois, l'orateur est loin de déprécier l'anatomie pathologique; mais il ne lui accorde qu'une confiance sagement limitée.

Syncope. C'est une affection nerveuse cérébrale due à l'anémie brusque ou lente. Les recherches de M. Piorry ont prouvé l'influence de la position horizontale ou verticale sur la production de la syncope, particularité qui prouve le caractère névrotique de la syncope.

Névroses rachidiennes. C'est un cercle qui a été étendu par Ludwig, Franck, Ch. Bell, Magendie, Olivier d'Angers, etc. Les auteurs anglais et américains ont fait de la rachialgie la cause d'une foule de maladies; ils lui ont donné pour caractère principal la douleur par la pression sur l'épine vertébrale; M. Gibert n'y voit que du romantisme; il regarde pourtant comme névroses de la moelle certaines paralysies et douleurs saturnines, la chorée, le tétanos, qu'on a pourtant rapporté à une inflammation des méninges.

Il lui resterait à parler des névroses ganglionnaires viscérales et des névroses de relation ou névralgies; le temps ne lui permet point de s'y arrêter.

Résumant sa leçon, il cherche à démontrer qu'il y a des caractères propres aux névroses; il se fonde dans cette opinion sur les causes des névroses; celles-ci ne sont liées d'une manière directe dans leur développement à aucune cause matérielle; leur marche intermittente est un autre caractère qui ne se retrouve dans aucune maladie avec lésion organique; leur durée est un troisième signe; on sait en effet qu'elles comportent la longévité; il faut dire pourtant que dans certaines névroses des lésions matérielles se sont produites, telles que les lésions de l'apoplexie, mais elles lui paraissent consécutives; il invoque encore les considérations qui ressortent de leur traitement; celui-ci, comme on sait, n'est souvent que moral; donc les névroses forment une classe nosologique à part.

Il termine en cherchant à fixer l'utilité de l'anatomie pathologique à laquelle on fait jouer, dit-il, un trop grand rôle dans ces derniers temps. Après quelques mots dits avec beaucoup de verve et d'esprit, sur la nécessité où il s'est trouvé d'attaquer les doctrines reçues, il ajoute qu'il croit l'avoir fait avec convenance et s'être toujours conformé au sage précepte d'un père de l'Eglise, étonné sans doute d'être cité dans cette enceinte : *Adhibeatur in certis rebus firmitas, in dubiis libertas, in omnibus caritas*. (Saint Augustin.)

VARIÉTÉS.

— Le concours pour la chaire de pathologie chirurgicale, devenue vacante par la mort du professeur Dugès, a été ouvert le 4 de ce mois. Les concurrens sont : MM. Aloquié, Andrieu, Batigne, Bouisson, Caffort, Chrestien, Franc, Jaumes, Lafosse et Vailhé. Le jury est composé de MM. Serre, président ; Estor, Delmas, Dubreuil, Bisneno de Amador, Fages et Pourché, secrétaire.

— M. Fauché, pharmacien en chef des armées, commandeur de la Légion-d'Honneur, est mort à Paris, le 7 de ce mois. A son convoi assistaient presque tous les chefs du ministère de la guerre et les aides-de-camp du maréchal Soult, dont M. Fauché avait été le secrétaire en Espagne et à Austerlitz, et dont il était resté l'ami.

— Le typhus, qui règne à l'hospice de Reims, a déjà enlevé le docteur Chabaud; nous apprenons aujourd'hui que M. Guyot, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de cette ville, est mort aussi des suites de cette épidémie.

— M. Leroy d'Etiolles commencera son cours public de chirurgie spéciale des affections urinaires le 16 décembre, à sept heures et demie du soir, dans l'amphithéâtre n. 3 de l'Ecole pratique, et il le continuera tous les lundis et jeudis à la même heure.

— Traité de mnémotechnie générale, ou l'art d'aider la mémoire appliqué à toutes les sciences; par M. Audibert, docteur en médecine; in-8 orné de 8 planches. Prix : 3 fr. 50 c.

A Paris, chez Ehrard, libraire, rue des Mathurins-St-Jacques, 24.

Le Rédacteur en chef, Jules Guérin.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

Gazette Médicale DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux réunies*) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, à 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°. — Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Étranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, nº 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier janvier. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DE LA PREMIÈRE SÉRIE DES CONFÉRENCES CLINIQUES SUR LES DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX, professées à l'hôpital des Enfans malades, depuis le 1er août jusqu'au 30 novembre 1839 (1), par M. le docteur Jules Guérin.

Au début de ces conférences, j'ai cru devoir vous exposer le plan et les vues générales qui devaient me guider dans cet enseignement (2). Je viens, après quatre mois d'essais poursuivis sans interruption, et encouragés par une bienveillance, un zèle et une assiduité dont je ne saurais trop vous témoigner ma reconnaissance, je viens, dis-je, résumer devant vous la série de nos travaux. Ce résumé n'est pas seulement destiné à vous rappeler les idées que j'ai émises, les principes que j'ai développés, les faits principaux qui se sont offerts à notre observation, et qui sont devenus l'objet de nos applications cliniques ; ce tableau, utile pour mieux distribuer dans vos souvenirs les différens sujets de nos études et les différens produits de nos recherches, n'atteindrait que la moitié de mon but. Je désire surtout, en replaçant sous vos yeux les résultats définitifs, le produit net de nos exercices, en faire ressortir le caractère d'unité et de continuité, et la signification la plus générale; j'espère vous montrer ainsi la correspondance exacte de nos travaux avec le plan que je m'en étais tracé, les rapports qui doivent unir cette première partie de mon enseignement avec mon enseignement tout entier, dont elle n'est qu'une simple fraction.

(1) J'ai conservé à la rédaction de ce résumé la forme sous laquelle je l'ai présenté dans ma conférence de clôture.

(2) Je me propose de publier, sous peu de jours, les vues générales que j'ai exposées à l'ouverture de mes conférences cliniques sur l'étude scientifique et pratique des difformités du système osseux.

Feuilleton.

ÉLOGE HISTORIQUE DE M. ITARD; PAR M. BOUSQUET. (1)

Jean-Marc-Gaspard Itard naquit, en 1775, à Oraison, petite ville de l'ancienne Provence, maintenant comprise dans le département des Basses-Alpes.

Dès l'âge de sept ans, il quitta la maison paternelle, et se rendit à Riez auprès d'un oncle qui se fit un titre de son ministère pour diriger l'éducation de son neveu : cet oncle était chanoine de la cathédrale. Le jeune Itard commença ses études au collége de Riez et alla les terminer à Marseille chez les oratoriens. Ses études finies, il reprit le chemin de Riez où il passa encore deux ans.

Son père le destinait au commerce, et, pour lui en inspirer le goût, il eut l'attention de le placer dans une des plus riches maisons de banque de Marseille, espérant que le spectacle d'une grande fortune agirait plus efficacement que ses paroles sur la tête d'un jeune homme. C'était à la fin de 91. Ouverte sous les plus heureux auspices, la révolution française poursuivait le cours de ses utiles réformes; mais déjà l'orage commençait à gronder; bientôt toute l'Europe est en armes; la France, alarmée pour ses libertés, appelle à sa défense tous les Français de dix-huit à vingt-cinq ans : M. Itard en avait dix-neuf. Que va-t-il devenir? Rassurez vous, son père et son oncle veillent sur lui. Avant de songer au salut de la patrie, les deux frères songent qu'ils n'ont qu'un fils, un fils qu'il faut à tout prix enlever aux hasards de la guerre. La trahison venait d'ouvrir les portes de Toulon aux Anglais; l'hôpital militaire momentanément transféré à Soliers était dirigé par un citoyen de Riez. L'abbé Itard en était connu; il lui adressa son neveu en le suppliant de l'employer dans le service de santé, lui qui de sa vie n'avait mis les pieds dans un hôpital et qui n'avait jamais ouvert un livre de médecine. Sa confiance ne fut point trompée. M. Itard fut employé comme chirurgien de troisième classe, et ce titre lui révéla sa vocation.

Cependant la Corse s'était séparée de la métropole et avait proclamé son indépendance. Le gouvernement méditait les moyens de la faire rentrer dans le devoir; une expédition se préparait; M. Larrey en devait être le chirurgien en chef et fut envoyé en cette qualité à Toulon. En attendant le moment de

(1) Nous sommes heureux de pouvoir publier les principales parties de l'éloge de M. Bousquet. Le tableau si brillant et si animé de l'ingénieux et célèbre Pariset n'empêchera pas nos lecteurs de rendre justice au talent remarquable à d'autres égards de son jeune émule. M. Bousquet a peint et jugé M. Itard en lui-même et tel qu'il était. Cette manière, qui concourt à spécialiser la vie et à caractériser les ouvrages de l'homme plutôt que pour l'histoire générale de sa science et des circonstances où il s'est trouvé, n'exclut ni l'élévation des vues, ni l'élégance des formes. Elle exige surtout un talent réel d'observation, de la finesse et de la pénétration dans l'esprit : tels nous paraissent être les caractères du premier essai de M. Bousquet. (Note du Réd.)

Une clinique régulière, vous disais-je dans notre première conférence, une clinique telle qu'on l'entend et la pratique généralement, ne peut pas être appliquée immédiatement à l'étude des difformités du système osseux. L'enseignement clinique, c'est la démonstration, par l'expérience de tous les jours, des préceptes acquis à la science et à l'art. La science et l'art, en ce qui concerne les difformités, n'étaient encore qu'à l'état rudimentaire : c'eût donc été un non sens que de vouloir débuter par des applications de principes encore à établir. J'en ai conclu à la nécessité d'instituer et de distribuer ces conférences, de manière à faire marcher de front devant vous la science, qui expose, l'observation qui vérifie, et l'art qui applique. A ces trois ordres de moyens ont été adaptées, pour une part à peu près égale, trois espèces différentes d'exercices, l'exposition dogmatique d'une partie des recherches auxquelles je me suis livré depuis dix ans, l'examen des malades qui se sont présentés à la consultation, et le traitement de ceux qui ont été reçus dans notre service. Ces trois sources de lumières, distribuées ainsi le plus méthodiquement qu'il nous a été possible, ont été consultées régulièrement chacune à leur tour; elles ont produit, chacune suivant leur portée et leur limite, des résultats qui ont convergé vers le même but : c'est-à-dire, par rapport à la science spéciale qui nous occupe, asseoir quelques principes nouveaux; et par rapport à la science générale, jalonner quelques vérités nouvelles, mieux définir quelques vérités anciennes, et faire profiter la médecine entière des vérités fournies par l'étude et la constitution d'une de ses branches les plus récentes. Nous allons donc, en contractant les nombreux détails de ce triple enseignement, chercher à en faire ressortir ce qui nous paraît offrir le caractère de faits et de principes définitivement acquis.

PREMIÈRE PARTIE. — ENSEIGNEMENT DOGMATIQUE.

La partie dogmatique de ces conférences n'a roulé que sur deux points : sur le pied-bot et sur le rachitisme. Je vous ai exposé une théorie générale du pied-bot, j'ai cherché à déterminer toutes les variétés anatomiques de cette difformité en les rattachant à la même théorie; j'ai tiré de cette doctrine et de ses applications la formule générale de leur traitement rationnel; enfin, j'ai exposé tous les procédés mécaniques et chirurgicaux à l'aide desquels on peut obéir aux différentes indications de ce traitement.

Mes conférences sur le rachitisme ont embrassé l'histoire entière de cette maladie, considérée comme maladie d'abord, et comme ne origine d'une grande classe de difformités ensuite. Je vous ai donc fait connaître successivement mes recherches sur la phénoménalité extérieure et profonde de cette affection, mes recherches et mes expériences sur sa nature intime, sur son traitement; puis je vous ai exposé, dans leurs plus grands détails, les difformités générales et particulières du squelette rachitique, comprenant dans cette exposition la détermination de leurs caractères, de leur physionomie particulière, de leurs rapports, des lois de leur développement, de leur mécanisme propre, et enfin de leur traitement particulier. Voici un exposé succinct et rapide des faits généraux que l'histoire du pied-bot et du rachitisme nous a révélés, des conséquences scientifiques et pratiques que nous en avons tirées.

Les motifs qui nous ont fait commencer par l'histoire générale et particulière du pied-bot sont utiles à rappeler, parce qu'ils me paraissent marquer d'une manière précise et tranchée le point de départ de nos observations personnelles.

Une discussion étendue, approfondie, contradictoire, sur le pied-bot congénital et son traitement, venait d'avoir lieu à l'Académie royale de médecine. Cette discussion, soutenue par les hommes les plus éclairés et les plus distingués de cette compagnie savante, avait remis tour à tour en lumière les diverses théories du pied-bot proposées depuis Hippocrate jusqu'à nous; chacune de ces théories avait eu ses fauteurs et ses adversaires : de ce conflit d'opinions contraires, mais également mal fondées, il était résulté la démonstration évidente pour tous que la vraie doctrine du pied-bot était encore à établir, sinon à trouver. Cette conséquence si directe, qui formulait d'une manière si explicite une lacune de la science, en montrait une autre dans l'art, non moins évidente. Les règles véritables du traitement du pied-bot n'existaient pas plus que sa véritable notion scientifique. On avait proposé et appliqué un assez grand nombre de fois la section du tendon d'Achille à la cure de cette difformité, et cependant quelques membres de l'Académie avaient demandé si cette innovation chirurgicale était réellement utile et fondée, et si on ne pouvait pas la suppléer souvent par le traitement mécanique. A cette question, qui caractérisait bien l'époque empirique du traitement du pied-bot, on n'avait répondu que par les résultats numériques d'une expérience empirique, et non par les motifs bien déterminés d'une expérience rationnelle qui n'existait pas; en d'autres termes, le traitement chirurgical du pied-bot était encore ignoré dans ses indications, contesté dans son utilité, et borné à la pratique routinière de la section du seul tendon d'Achille; car on ne peut pas faire entrer en compte un très petit nombre de sections d'autres tendons, pratiquées accidentellement sans indications précises pour les cas individuels où elles ont été faites, et sans principes d'applications ultérieures. Tel était l'état de la science et de l'art. Cependant j'avais depuis longtemps d'autres idées sur le pied-bot, et j'appliquais d'autres méthodes à son traitement; devais-je, ayant à combler la double lacune si nettement formulée par la discussion de l'Académie, remettre à une autre époque de faire connaître mes moyens de la remplir? D'autre part, le pied-bot est une des difformités les plus fréquentes: elle devait s'offrir souvent à notre observation; devais-je en entreprendre le traitement sous vos yeux avec des vues et des moyens entièrement nouveaux, sans vous initier immédiatement à ces vues et à ces moyens; non, sans doute; j'ai donc fait l'histoire du pied-bot congénital et consécutif.

Cette histoire, vous ai-je dit, m'a conduit à établir une théorie générale de cette difformité, à vous donner une doctrine qui en deux mots vous a rendu compte, non seulement de toutes les variétés connues, mais de toutes les variétés possibles du pied-bot. Je crois vous avoir démontré par une observation appliquée à toutes les combinaisons de la difformité, à toutes les complications de son origine, à toutes les phases de son développement, à toutes les variétés et à toutes les nuances de ses formes, à toutes les conditions de sa manifestation, que le pied-bot congénital, comme le pied-bot consécutif, « *est le produit de la rétraction musculaire active, différemment distribuée dans les muscles de la jambe et du pied; et les variétés anatomiques de cette difformité, le résultat des différentes combinaisons de modalité, de siége, de degré de cette rétraction, par rapport à ces mêmes muscles.* »

Dès lors les variétés connues de pied *équin*, de *varus*, de *valgus*, de *talus*, ont eu une signification déterminée. Entre ces coupes arbitraires

---

prendre la mer, cet habile chirurgien préludait à la gloire qui devait rendre son nom si célèbre par des cours publics d'anatomie et de chirurgie. Heureux de trouver un si bon maître, M. Itard en suivait assidument les leçons; son application le fit remarquer; et lorsqu'en 1796, M. Larrey revint à Paris, M. Itard le suivit, et entra sous ses ordres au Val-de-Grâce. Peu de temps après son arrivée, une place de chirurgien de deuxième classe devient vacante, un concours est ouvert, M. Itard y entre et l'emporte sur ses compétiteurs.

Il était encore dans l'ivresse du triomphe lorsqu'il reçut l'ordre de partir sur le champ pour aller occuper un poste qui lui était désigné; mais il sentait trop bien les avantages de la capitale pour y renoncer : il donna sa démission.

A cette époque, deux hommes supérieurs, quoique à des titres différens, se disputaient l'enseignement médical et divisaient les élèves. M. Pinel, habitué à l'enseignement des mathématiques, ne pouvait supporter les variations de la médecine qu'il rejetait sur le vice de ses méthodes. Séduit par l'exemple des naturalistes, il les prit pour modèles, et, pour se donner le droit de les imiter, il commença par établir que la médecine n'est qu'une branche de l'histoire naturelle, oubliant trop peut-être que les objets dont elle s'occupe sont loin d'avoir la même fixité et qu'elle se propose un but bien différent.

Doué d'un esprit moins étendu, mais plus original, Corvisart n'avait pas à se défendre contre les dangers d'une première éducation. En toutes choses il voyait le but, et il y marchait sans regarder autour de lui. Comme il ne voulait connaître les maladies que dans la seule pensée de les guérir, il les étudiait au lit des malades, telles que la nature les présente et sans attendre aucune lumière étrangère. Ses modèles à lui n'étaient ni Aristote ni de Jussieu, ni Pline ni Buffon; il ne reconnaissait pour ses maîtres que les médecins, et parmi ceux-ci, il choisissait de préférence les praticiens, tels que Sydenham et Stoll, dont il a fait graver les sentences sur les murs de l'amphithéâtre où il développait leur doctrine.

M. Itard s'enrôla sous la bannière de Pinel. A la fin de sa carrière, l'impression produite sur lui par la lecture de la Nosographie n'était pas encore effacée. Il aimait à se rappeler les luttes qu'il avait soutenues pour les doctrines de son choix; mais l'âge, en mûrissant sa raison, avait singulièrement refroidi son enthousiasme pour l'ouvrage, sans diminuer toutefois sa reconnaissance ni son admiration pour l'auteur.

En quittant le Val-de-Grâce, M. Itard n'avait pas quitté le faubourg Saint-Jacques. Un jour, un accident survient aux sourds-muets; il fallait un médecin; on court chez M. Itard, et on l'amène. M. Itard examine, donne ses soins et le malade guérit. L'institution avait alors pour directeur cet abbé Sicard dont la science et la charité ont inscrit le nom parmi les bienfaiteurs de l'humanité, à côté de celui de l'abbé de l'Epée, son illustre prédécesseur. Cet événement fit sentir la nécessité d'attacher un médecin à l'institution. Le pénétrant directeur n'avait vu M. Itard que quelques instans; mais il l'avait jugé et il lui offrit la place.

Privés de la faculté d'entendre et de parler, les sourds-muets vivent en quelque sorte isolés au milieu de leurs semblables. Ce sont des exilés dans leur propre patrie. On sait tout ce que le génie d'un prêtre, inspiré par le malheur, a fait d'efforts pour rendre ces infortunés à la société dont la nature semble les avoir séparés. M. Itard entra dans toutes les vues d'une si louable philantropie. Il n'avait sur les sourds-muets que les notions vulgaires qui courent dans

de l'empirisme sont venues se classer une foule de variétés intermédiaires dans lesquelles les reflets de la cause, c'est-à-dire de la rétraction, étaient matérialisés dans des reliefs différens et multipliés à l'infini, comme les combinaisons multiples des élémens de permutation de cette cause. Ainsi, vous avez compris presque de vous-mêmes que le pied *équin* est le produit de la rétraction des jumeaux; le *varus*, celui des jambiers; le *valgus*, des péroniers; et le *talus*, des muscles fléchisseurs du pied sur la jambe; ces types traditionnels et presque toujours arbitraires ont été immédiatement environnés d'une foule de formes intermédiaires plus réelles et plus fréquentes, que j'ai appelées *les pieds-bots composés;* c'est-à-dire ceux dans lesquels la rétraction occupant à un degré prononcé les muscles générateurs des formes simples, occupait encore, mais à un degré moindre, les muscles environnans, de manière à montrer que tous les muscles de la jambe et du pied peuvent être successivement et simultanément rétractés dans toutes les variétés du pied-bot, et que c'est à la prédominance de la rétraction dans certains muscles, plutôt qu'à l'exclusion de la rétraction dans les autres, que sont dues les nuances infinies des variétés de cette difformité.

Cette doctrine du pied-bot, établissant la notion scientifique définitive de cette difformité, a conduit nécessairement à la formule rationnelle de sa thérapeutique. Faire la section des muscles rétractés, de tous les muscles rétractés, ce n'était pas opposer la pratique empirique et incomplète de la section du tendon d'Achille indistinctement à toutes les formes de *pied-bot*, mais c'était étendre cette opération avec intelligence à tous les tendons qui la réclament, au même titre que le tendon d'Achille; c'était pratiquer tour à tour ou simultanément sur le même pied la section des *jambiers*, des *péroniers*, des *extenseurs*, des *fléchisseurs*, des *adducteurs*, des *abducteurs*; en un mot, c'était opposer à chacun des élémens de la déformation, à chacun de ses accidens, le remède efficace, rationnel, capable de l'atteindre dans ses moindres nuances, et de la faire disparaître dans ses moindres manifestations, du moins dans celles qui procèdent de sa cause essentielle et de ses différens modes de distribution et de combinaison.

La restriction que je viens d'énoncer, messieurs, est capitale: elle est le point de départ d'un ordre de faits qu'il importe de vous rappeler, parce qu'il m'a servi à consacrer un principe d'analyse pathologique et thérapeutique, qui sert non seulement de base à la détermination et au traitement de toutes les difformités, mais encore de base à la détermination et au traitement de toutes les maladies. Ceci n'est point l'expression d'une prétention ambitieuse, mais celle d'une généralisation très simple et très naturelle.

La difformité, vous ai-je dit et souvent répété, n'est pas, comme la lésion traumatique, le résultat d'un seul ordre de causes ayant agi extemporanément, ayant produit immédiatement tous ses effets, à laquelle on n'oppose que des moyens correspondans à la nature et aux effets de cette seule cause. Indépendamment de sa cause primitive, essentielle, qui décide de son point de départ, lui imprime ses premiers et principaux caractères, la difformité se complète chemin faisant et pendant le temps plus ou moins long que parcourt son développement, par l'accession et l'intercurrence d'une foule de causes secondaires qui s'unissent à l'action de la cause première, compliquent ses effets, les obscurcissent, les masquent et les dénaturent même, au point quelquefois d'en effacer toute la physionomie originelle. Eh bien! cette intervention de causes secondaires, produisant des effets nouveaux et proportionnels à leur nature, leur nombre et à leur intensité d'action, implique dans chaque difformité des élémens et des degrés de déformation qui ne procèdent plus de l'action de la cause essentielle, et qui ne peuvent pas, par conséquent, se résoudre par le remède appliqué à cette dernière, c'est-à-dire disparaître par la seule section des tendons. Vous avez vu combien cette doctrine, appliquée à la détermination et au traitement du pied-bot, a rendu faciles pour vous la connaissance, la distinction et le mécanisme de production des altérations de toute espèce que résume cette difformité, et par réciprocité la détermination de la nature, du nombre, du mode d'association et de succession des moyens à employer comme auxiliaires de la section des tendons. Parmi les causes consécutives du pied-bot, nous avons signalé la contraction musculaire anormale, l'action verticale de la pesanteur, qui, agissant incessamment dans le sens de la difformité, complètent les déplacemens et la déformation des articulations; de plus, nous avons mis en lumière un ordre de faits entièrement nouveaux: les modifications moléculaires continues dans la constitution de tous les tissus, résultant de la nutrition et de l'exercice général de la fonctionnalité dans les conditions anormales de la difformité, et conduisant à un double résultat commun, à savoir, *l'adaptation de toutes les parties, de tous les tissus, aux espaces anormaux qu'ils occupent*, consécutivement *la permanence* des directions et des formes spéciales qui constituent la difformité, et la tendance générale des tissus à la *dégénérescence graisseuse*. Le grand nombre d'applications matérielles que j'ai faites sous vos yeux de ces propositions un peu abstraites me dispense de les développer de nouveau. J'ajouterai seulement que, comme conséquence de cette analyse étiologique plus approfondie de la constitution du pied-bot, j'ai dû formuler une méthode de traitement dont tous les agens pussent répondre par leur nature, leur nombre, leur activité, leur mode de combinaison et de succession, à la nature, au nombre, à l'activité, au mode de combinaison et de succession, des élémens de la difformité qu'ils avaient à combattre. Ainsi, la section des tendons pour la rétraction des muscles; le nombre et la simultanéité des sections en rapport avec le nombre des muscles simultanément rétractés; la suspension des mouvemens et de la marche contre l'action de la contraction musculaire anormale et de la pesanteur; les manipulations répétées contre le déplacement des os et le raccourcissement des parties molles; le plâtre coulé contre la rigidité trop grande des parties et leur trop grande sensibilité; les machines contre les déformations des os et les résistances des ligamens; en un mot, tous ces moyens, en nombre et en intensité, proportionnés à la complexité du degré et à l'ancienneté de la difformité: telle est, messieurs, la méthode analytique que j'ai appliquée au traitement du pied-bot, et qui est applicable au traitement de toute difformité.

Pour remplir les indications nouvelles que j'ai établies dans le traitement chirurgical et mécanique du pied-bot, j'ai dû imaginer des procédés nouveaux et des machines nouvelles. Les procédés chirurgicaux pour la section des différens muscles de la jambe et du pied se rapportent à des principes communs et à une même méthode : à la *méthode sous-cutanée* dont j'ai cherché à montrer la véritable signification et la valeur essentielle. J'ai soumis l'exécution et les applications de cette méthode à des règles précises qui toutes peuvent se résumer en peu de mots: placer le sujet dans l'attitude où le tendon à diviser est le plus saillant possible, soit par le secours de la contraction volontaire du sujet, soit par l'éloignement des

---

le monde; il voulut les connaître à fond, et pour les observer de plus près, il vécut avec eux.

Cette étude était nouvelle pour lui; il s'y livra avec toute l'ardeur d'un caractère que les difficultés ne font qu'irriter. La rapidité de ses progrès explique le choix qu'on fit de lui dans une circonstance mémorable.

Un enfant de onze à douze ans, entrevu quelques années auparavant dans les bois de la Caune, fut rencontré précisément aux mêmes lieux, vers la fin de l'an VII, par trois chasseurs qui s'en saisirent au moment où il grimpait sur un arbre pour se soustraire à leurs poursuites. Conduit dans un hameau du voisinage et confié à la garde d'une pauvre femme, il s'évada et gagna les montagnes où il erra pendant les froids les plus rigoureux de l'hiver couvert d'une chemise en lambeaux. La nuit, il se retirait dans des lieux solitaires et se rapprochait le jour des villages voisins, menant ainsi une vie vagabonde jusqu'au jour où il entra de son propre mouvement dans une maison habitée du canton de Saint-Sernin. Il y fut repris et transféré de là d'abord à l'hospice de Sainte-Affrique, puis à celui de Rhodez.

Les journaux toujours si attentifs à recueillir ce qui peut exciter la curiosité publique firent grand bruit de cet événement. Un ministre, ami des arts, M. de Champagny, crut que cet enfant pourrait intéresser les sciences morales, et des ordres furent donnés pour le faire venir à Paris. Il y arriva à la fin de l'an VIII, sous la conduite d'un honnête vieillard qui l'aimait déjà comme un fils; car il ne voulut pas s'en séparer sans emporter la promesse que si jamais la société venait à l'abandonner, il lui serait permis de le reprendre et de lui tenir lieu de père.

Le sauvage de l'Aveyron (c'est ainsi qu'on désignait cet enfant) fut déposé à l'institution des sourds-muets et remis entre les mains de M. Itard.

Il s'est trouvé des philosophes qui nous ont donné le sauvage pour l'homme primitif et l'homme civilisé comme un être dégradé. On crut avoir trouvé l'occasion de vérifier les conjectures de la philosophie, on la saisit avec empressement. Mais quelle illusion et quel désenchantement! A la vérité, l'exemple était mal choisi. Au lieu de cet être extraordinaire qu'on s'attendait à voir, on vit un enfant d'une malpropreté dégoûtante, se balançant sans but et sans relâche, mordant, égratignant ceux qui le contrariaient, ne témoignant aucune reconnaissance pour ceux qui le servaient, indifférent à tout et ne donnant de l'attention à rien. Il avait des sens et ne savait pas s'en servir; ses yeux ne savaient pas regarder, ses oreilles ne savaient pas écouter; l'odorat était si grossier qu'il recevait avec la même indifférence les parfums les plus suaves et les odeurs les plus repoussantes; enfin tous les sens, distraits ou insensibles, erraient sans cesse d'un objet à un autre sans jamais s'arrêter.

A ce tableau, le savant auteur de la FOLIE, Pinel, crut reconnaître, non pas un sauvage, non pas l'enfant de la nature, mais un être dégradé, un être déshérité des plus nobles attributs de son espèce, un être insociable, un véritable idiot.

M. Itard osa porter un autre jugement. A la différence de ces philosophes qui, pour rehausser les œuvres de la nature, rabaissent sans pitié tout ce qui sort de la main de l'homme, il croyait que l'homme lui-même, ce chef-d'œuvre de la création, serait le plus faible et le plus misérable des êtres s'il vivait seul, entièrement séparé du commerce de ses semblables. Loin d'être surpris à la vue du sauvage de l'Aveyron, il en comprenait donc toutes les misères,

points d'insertion du muscle, soit par le transport dans un plan plus superficiel d'une de ses insertions; faire les sections le plus près possible de la partie purement tendineuse, couper autant que possible les tendons des parties superficielles aux parties profondes, en ayant soin de faire correspondre les vaisseaux importans et les nerfs au talon de l'instrument, sa pointe portée en sens opposé; ne pas diviser complètement les gaînes tendineuses; faire une seule ouverture à la peau, la plus petite possible et la boucher hermétiquement après l'opération; appliquer immédiatement les machines. Avec ces règles, et la connaissance de ce principe dont je crois avoir démontré la rigoureuse réalité, à savoir, que les plaies sous-cutanées, affranchies du contact de l'air, ne suppurent pas, on peut transporter la ténotomie et la myotomie, non seulement à tous les muscles de la jambe et du pied, mais à tous les muscles du corps. C'est ce que nous avons réalisé en grande partie.

Quant aux appareils mécaniques que nous avons imaginés pour compléter la cure du pied-bot, nous avons ramené également leur construction à quelques principes qui vous ont été exposés et suffisamment développés : ces principes sont les suivans : briser les appareils en autant de points qu'il y a dans le pied déformé de brisures du squelette, c'est-à-dire de centres de déformation principaux : faire correspondre les centres de mouvemens de l'appareil à ceux du pied ou des parties du pied à mobiliser les unes sur les autres; faire correspondre la plus grande somme d'action et la ligne d'action des machines, à la corde des courbures que la difformité décrit; concentrer l'action des forces sur le plus petit espace possible, et distribuer les points de préhension de l'appareil sur la plus grande étendue de surface possible; tels sont les principes qui ont servi de base aux différens appareils mécaniques du pied-bot, que j'ai soumis à votre attention, et qui ont réalisé la méthode de la *flexion* opposée à celle de la *compression*. Ces principes, j'en ai généralisé l'application à toutes les machines orthopédiques; car toutes les difformités du squelette ont les mêmes conditions matérielles d'existence, les mêmes résistances à vaincre, les mêmes rapports à établir avec les machines, et toutes réclament les mêmes précautions; partout c'est un angle à ouvrir, une courbe à redresser, des brisures du squelette à mobiliser les unes sur les autres, et par conséquent, partout ce sont des points de centre à circonscrire et des bras de levier à établir et à mouvoir autour de ces points; partout il faut produire beaucoup de résultats avec peu d'efforts, c'est-à-dire distribuer le mieux les forces afin d'avoir le plus d'effets avec le moins de douleur.

Tels sont, Messieurs, les principaux résultats auxquels nous sommes arrivés par rapport à la connaissance et au traitement du pied-bot.

Passons maintenant au rachitisme.

Vous savez, Messieurs, quel était l'état de la science à l'égard de cette maladie, considérée comme maladie, et comme origine d'un grand nombre de difformités. Pour la science vulgaire, le rachitisme, les scrofules, les caries vertébrales, les cachexies de toute espèce, les ostéomalacies étaient tout un : c'était la même maladie, c'était le rachitisme, sans définition exacte, sans détermination rigoureuse; les difformités rachitiques, c'étaient toutes ou presque toutes les déviations de l'épine, toutes les difformités du thorax, toutes les déviations des genoux, aussi bien que les diverses courbures des jambes. Dans les ouvrages les plus spéciaux, confusion moins générale, mais toujours confusion, même de la part de ceux qui se piquaient le plus de science et de rigueur; toujours détermination vague, insuffisante ou erronée; symptomatologie inexacte, caractéristique de la maladie incohérente, étiologie nulle; en un mot, non seulement comme je vous l'ai répété souvent, on n'avait pas *la notion scientifique* de la maladie, on ne la *connaissait* pas, mais on n'avait pas même d'elle *un portrait* à demi-ressemblant, on ne la *reconnaissait* pas. Finalement à une connaissance empirique, incomplète, on avait adapté une thérapeutique empirique et incomplète; tel était l'état de la science à l'égard de la maladie considérée en général. A l'égard des difformités auxquelles elle donne naissance, la confusion n'était pas moindre; non seulement il n'existe nulle part de détermination du mécanisme de leur développement, de leur rapport de subordination à la maladie et aux autres causes qui interviennent pour les réaliser, mais on n'en avait aucune description; nulle part il n'y avait de description, même approximative, des difformités rachitiques, des courbures des jambes, des genoux, des fémurs, des difformités du bassin, de la colonne, du thorax ou de la tête; on ne connaissait ni les fractures, ni les luxations rachitiques; bien plus on en niait l'existence. A cette ignorance presque complète des formes et du fond du mal correspondait une absence presque aussi complète des moyens de les guérir. Tel était l'état de la science et de l'art en ce qui concerne le rachitisme et les difformités qui en naissent. Cependant nous devions avoir tous les jours à vous soumettre des enfans rachitiques : la classe pauvre qui a le privilége de cette affection devait fournir une grande partie des malades de notre consultation; le pied-bot et le rachitisme, telles devaient être les deux sources inépuisables de faits soumis à notre examen, et de difformités soumises à notre expérience. J'ai donc dû vous exposer immédiatement mes recherches sur le rachitisme, comme je l'avais fait pour le pied-bot. Voici comment se résument le plus laconiquement possible mes travaux sur cette importante question.

Sous le point de vue nosographique ou historique, je vous ai démontré, je pense, que la maladie est une affection générale de toute l'économie et non exclusivement du squelette; qu'elle débute par une période d'incubation qui n'avait pas été aperçue et qui est caractérisée par des symptômes dont la généralité déborde de beaucoup le tissu osseux, et qui procèdent au contraire d'une perversion des principales fonctions de l'économie; que les déformations du système osseux sont des phénomènes partiels de la maladie, et d'une époque déjà avancée de son développement, et appartenant à sa seconde période; que l'influence du rachitisme sur le squelette se révèle par quatre ordres de faits différens, la *déformation*, l'*altération du tissu*, l'*arrêt de développement*, et le *retard de l'ossification*. Je vous ai montré ensuite que les déformations du squelette observent, dans leur ordre d'apparition et les progrès de leur développement, des lois curieuses et importantes à connaître, tant pour le diagnostic général de la maladie que pour celui de chaque difformité en particulier; qu'ainsi la déformation rachitique du squelette procède successivement de bas en haut : des os de la jambe aux fémurs, des fémurs au bassin; puis successivement ou simultanément les difformités des membres supérieurs, du thorax, de la colonne et du crâne. Vous avez vu également que le degré des déformations est en rapport avec leur ordre de développement. Parmi les conséquences nombreuses qui ressortent de la connaissance de ces faits, je vous ai signalé celles qui sont immédiatement applicables à la détermination des difformités de la colonne vertébrale et du bassin. Avec la seule notion du mode de succession de ces difformités, on peut désormais affirmer rigoureusement qu'une déviation de la colonne n'est point de nature rachitique quand

---

car il l'avait trouvé tel qu'il devait être, c'est-à-dire tel que sa philosophie le lui avait fait. Si on donnait, dit-il, ce problème à résoudre : *déterminer quels seraient le degré d'intelligence et la nature des idées d'un adolescent qui, privé dès son enfance de toute éducation, aurait vécu entièrement séparé des individus de son espèce*, on en trouverait la solution vivante dans le sauvage de l'Aveyron. Etrange illusion d'un esprit prévenu! Pour relever son élève, M. Itard suppose ce qui ne s'est jamais vu, ce qui ne peut pas être. S'il veut parler d'un enfant délaissé presqu'en naissant, il est visible que cet enfant ne saurait vivre. Faut-il entendre un enfant abandonné juste au moment où il peut se passer de toute assistance étrangère? Cet enfant ne peut pas avoir moins de quatre ans. Or, n'eût-il jamais vu que sa nourrice, un enfant de quatre ans sait au moins faire usage de ses sens, il donne son attention aux objets qui l'intéressent, il distingue les personnes, il a des préférences, il connaît le nom et le service des choses à son usage, etc. Et ces connaissances, qui ne distinguent aucun homme, parce qu'elles sont communes à tous, pour les avoir, il suffit d'exister, car c'est la nature qui les donne.

En faisant à l'éducation une part si large, M. Itard ne s'apercevait pas qu'il préparait lui-même sa condamnation. Et, en effet, si son élève n'a pas reçu une organisation vicieuse; si, en lui donnant les besoins de son espèce, la nature lui en a donné les facultés; si réellement il ne lui a manqué que la puissance de l'exemple pour rompre les liens qui tenaient sa raison comme enchaînée, il est clair que rien désormais ne peut l'empêcher de prendre son essor, rien, si ce n'est peut-être la durée même du sommeil où son âme a langui.

Formé à l'école de Locke et de Condillac, M. Itard s'attacha d'abord à exercer les sens de son élève; il mettait un prix particulier à instruire l'oreille, l'oreille le premier de tous les sens, à cause de ses liaisons avec la parole. L'histoire rapporte que Démocrite s'ôta la vue pour méditer sans distraction. M. Itard prit un moyen plus doux avec son élève : il se contenta de lui bander les yeux, et cette précaution ne fut pas inutile. En lisant les détails de ces exercices on s'aperçoit que lorsque les yeux ne voyaient pas, l'oreille était plus attentive, et réciproquement, lorsque les yeux étaient rendus à la lumière, l'oreille, distraite par les impressions de la vue, confondait les sons les plus bruyans et les plus disparates.

Et cependant il s'en faut bien que cet enfant fût sourd; il avait même l'ouïe assez fine. Venait-on à tourner la clé dans la serrure de la porte de sa chambre, s'amusait-on à rouler entre les doigts une noix ou un marron, à l'instant sa tête se dirigeait du côté d'où partait ce léger bruit; mais, à l'exception des bruits qui l'intéressaient, il était pour tous les autres d'une indifférence telle que l'explosion d'une arme à feu tirée à ses oreilles n'avait pas le privilége de l'émouvoir. Malheureusement, cette indifférence, il l'avait pour la voix humaine, et c'est ainsi que M. Itard s'expliquait l'inutilité de ses efforts pour lui apprendre à parler.

Il savait, d'ailleurs, aussi bien que qui que ce fût, que la parole n'étant que l'interprète de la pensée, il ne suffit pas d'entendre pour parler, il faut encore avoir des idées. Celui qui n'a point d'idées n'a rien à communiquer. Et voilà, pour le dire en passant, une des raisons pourquoi les animaux ne sauraient parler, quelle que soit, d'ailleurs, la ressemblance de leurs organes avec les nôtres.

Mais M. Itard tenait toujours à prouver l'imperfection des sens pour absoudre l'intelligence. A la fin cependant, voyant que son élève ne répondait pas à ses espérances, il dut revenir de son premier jugement. Ceux qui voulaient l'amener à cet aveu ne s'apercevaient pas que sa gloire ne pouvait qu'y

elle n'a pas été précédée et n'est pas encore actuellement accompagnée de traces de rachitisme dans les membres inférieurs; comme on peut affirmer sans crainte de se tromper que le bassin est toujours vicié et que sa viciation est de nature rachitique quand les fémurs et la colonne vertébrale sont déformés par le rachitisme; par la même raison et en vertu des mêmes principes, dans les cas où la colonne est seule déviée, à quelque degré que ce soit, sans trace d'altération rachitique des membres inférieurs, on peut affirmer que le bassin n'est pas déformé. Cette conséquence, vous l'avez vu, a donné définitivement la solution d'un problème qui avait longtemps préoccupé les accoucheurs, à savoir, si les déviations de l'épine influent sur la conformation du bassin, et si, dans les cas de déviation considérable de cette tige, on peut ou non conseiller le mariage.

Indépendamment de ces faits nouveaux relatifs à la succession et aux rapports de degré des difformités rachitiques, j'en ai signalé d'autres concernant la réduction en longueur de toutes les parties du squelette. J'ai montré que la plupart des os rachitiques sont toujours relativement moins développés en longueur et en largeur que les os du squelette normal; que cette réduction s'opère suivant la même loi de succession et de degré que la déformation, c'est-à-dire successivement de bas en haut et graduellement de haut en bas; que les proportions suivant lesquelles toutes les parties du squelette sont réduites de bas en haut sont exprimées par une série régulière de nombres qui permet de déduire approximativement, de la dimension d'un seul os, la dimension des autres parties du squelette, comme, par exemple, de la dimension comparée des fémurs et des humérus, celle des dimensions du bassin dont les trois diamètres sont ordinairement réduits d'une somme égale à la moyenne des réductions de l'humérus et du fémur. Toujours dans la même ligne et comme conséquence des faits qui précèdent, j'ai montré que la réduction plus grande des membres inférieurs comparée à celle des membres supérieurs, établit entre ces parties des rapports de longueur qui répètent et perpétuent ceux de l'âge où la maladie s'est développée.

Passant de l'extérieur du squelette rachitique à la texture intime des os, je vous ai exposé une série entière de faits nouveaux, relatifs à l'altération propre du tissu osseux rachitique, depuis l'instant où elle s'annonce jusqu'à l'instant où l'os récupère ses propriétés normales. Là où mes devanciers avaient noté quelques particularités isolées, locales, sans généralité ni liaison, je vous ai montré des faits dans toute leur étendue, dans toutes leurs proportions, procédant les uns des autres et se distribuant dans trois périodes distinctes, correspondant à trois périodes distinctes de la maladie : à sa période d'*incubation* ou d'épanchement, à sa période de *déformation*, et enfin à sa période *de résolution* ou *de consolidation*. Je vous ai montré que dans la première période de la maladie, période d'incubation, il se fait un épanchement de matière sanguinolente dans tous les interstices du tissu osseux, dans les cellules du tissu spongieux, le canal médullaire, entre le périoste et l'os, entre les lamelles concentriques de la diaphyse, entre les épiphyses et les diaphyses, entre les noyaux épiphysaires et leurs cellules, dans les os courts et les os plats comme dans les os longs, en un mot, dans toutes les parties du squelette et dans tous les points du tissu osseux où se distribuent les vaisseaux nourriciers. Vous avez vu que de cet épanchement résulte un dédoublement, une ampliation de toutes les parties intéressées, d'où le gonflement et le boursoufflement de tout le squelette; que dans une période plus avancée, période de déformation, en même temps que la trame du tissu osseux perd de sa consistance et se ramollit, la matière qui continue à se déposer dans tous les interstices du tissu osseux, tend à s'organiser : elle passe successivement de la forme cellulo-vasculaire à la forme cellulo-spongieuse, et se rencontre surtout entre le périoste et l'os, entre la membrane médullaire et le canal, entre le périoste et la table externe des os plats, et entre les lames de ces derniers. Vous avez pu suivre les transformations successives et progressives du tissu de nouvelle formation offrant à une période plus avancée de la maladie, à la période de résolution, la consistance du tissu compacte, et tendant à se confondre avec l'ancien tissu osseux qui recouvre sa consistance primitive. De cette réunion des deux tissus arrivés à la même consistance, et offrant simultément les mêmes conditions de densité et de compacité, vous avez vu résulter une épaisseur et une largeur plus grandes de quelques parties des os, de celles qui avaient été le siége d'un épanchement primitif plus considérable, et consécutivement de l'organisation d'une quantité plus considérable du tissu spongoïde; comme cela arrive dans les points de la diaphyse des os longs correspondans à la concavité des courbures. Je vous ai fait voir ensuite quelques particularités non moins intéressantes que présente le tissu osseux dans les circonstances exceptionnelles de la consomption rachitique, dans celles du rachitisme chronique, dans celles de l'éburnation rachitique complète et de l'éburnation incomplète et graisseuse, où l'affection incomplètement résolue s'offre avec quelques caractères variables; je vous ai fait remarquer que cette variation des caractères de la maladie à ses diverses phases a été en grande partie la cause des descriptions vagues et confuses de ceux qui ont noté tour à tour, d'une manière exclusive, quelques-unes des altérations isolées de la texture des os rachitiques, sans liaison, sans détermination de rapport de ces diverses altérations entre elles, et surtout sans l'indication des circonstances de causalité qui les produisent. Je n'insiste pas sur les autres particularités moins saillantes que je vous ai signalées dans l'histoire des altérations caractéristiques du rachitisme, telles que celles qui se rapportent à l'influence du rachitisme sur les progrès de l'ossification. La plupart de ces faits ayant déjà été publiés avec détails, vous pourrez les consulter dans l'ouvrage où je les ai consignés (1).

Voilà pour la partie purement phénoménale et nosographique de la maladie. Quant à la connaissance de sa cause, de sa nature, je pense être arrivé à un résultat expérimental qui, s'il était généralisé, donnerait à notre science un caractère de rigueur et de certitude que l'observation seule pourra difficilement lui donner. En effet, vous savez, Messieurs, qu'après avoir analysé dans leurs moindres apparences toutes les circonstances qui me paraissaient avoir une affinité réelle avec la cause essentielle du rachitisme, j'en ai conclu que cette maladie est le produit d'une nutrition viciée, provenant elle-même d'un désaccord entre les alimens d'un âge plus avancé, soumis à l'élaboration d'organes d'un âge trop tendre. En d'autres termes, j'avais remarqué que tous les enfans rachitiques, appartenant presque exclusivement à la classe inférieure, avaient été nourris avec les alimens de l'adulte à l'âge où l'estomac et l'organisme ne sont aptes qu'à supporter du lait. Cette observation, je l'ai convertie, je pense, en vérité démontrée, en soumettant des chiens à l'expérience et en leur appliquant le système de nourriture que je croyais le point de départ de

(1) MÉMOIRE SUR LES CARACTÈRES GÉNÉRAUX DU RACHITISME. In-8. Au bureau de la GAZETTE MÉDICALE.

---

gagner. Elever, instruire un enfant dont les facultés ne font que sommeiller, c'est presqu'une éducation ordinaire; mais élever un idiot, d'un être insociable et dégoûtant faire un être obéissant et supportable, c'est une victoire sur la nature, c'est presque une nouvelle création. Aussi, lorsque la classe d'histoire de l'Institut fut appelée à donner son avis sur les travaux de M. Itard, elle ne se contenta pas de louer le talent, la patience, le courage de l'instituteur, elle s'étonna, et il y avait lieu de s'étonner, en effet, des triomphes obtenus sur une organisation si imparfaite.

M. Itard ne donna pas moins de quatre années consécutives à cette ingrate éducation, et si on se rappelle qu'il n'avait alors que 25 ans, on conviendra qu'il est rare de trouver à cet âge tant de persévérance unie à tant d'imagination. Son seul tort fut de trop présumer de son élève, mais cela même prouve pour ses méthodes. N'ayons donc pas trop de regrets à une faute qui nous a valu le plan d'une éducation dont il n'existait pas de modèle. Seulement, pénétrons-nous bien qu'il n'y a pas de sauvages dans la nature, il n'y en a que dans les livres et dans l'imagination des philosophes. Qu'étaient donc, demandera-t-on peut-être, qu'étaient ces hommes trouvés dans les bois et montrés avec tant d'affectation à la curiosité publique? Ecoutez une voix qui vous est chère! c'étaient, dit M. Esquirol, des idiots fugitifs ou abandonnés par des parens dénaturés.

Le bruit de cette aventure porta le nom de M. Itard dans toute l'Europe. L'empereur de Russie, renouvelant l'exemple de Louis XIV, lui envoya une bague d'un grand prix. En la lui remettant, l'ambassadeur lui fit les offres les plus séduisantes pour l'engager à aller se fixer à St-Pétersbourg; M. Itard demanda, par politesse, du temps pour réfléchir, mais il était bien décidé à rester fidèle à la patrie.

. . . .

Après avoir donné les premières années de sa jeunesse aux spéculations de la métaphysique et de la physiologie, M. Itard sentit qu'il était temps de songer à la pratique de la médecine. Il s'y présenta avec un nom déjà connu; c'était un immense avantage. En peu de temps, il se fit une clientelle nombreuse. Pour être plus à portée de ses malades, il prit un appartement au centre de Paris; il y venait tous les matins et se retirait tous les soirs au faubourg St-Jacques. Ainsi les sourds-muets avaient toujours ses premiers soins, comme ils eurent sa dernière pensée.

En acceptant l'honneur d'être leur médecin, M. Itard ne se dissimula pas l'engagement qu'il contractait, engagement d'autant plus saint à ses yeux, que nous n'avions rien ou presque rien sur les maladies de l'oreille.

A la vérité, Duverney, dont on ne peut prononcer le nom sans se rappeler qu'il eut l'honneur d'enseigner l'anatomie au grand Bossuet, Duverney avait publié un petit volume in-12 sur l'organe de l'ouïe ; mais il vit son sujet en anatomiste plutôt qu'en médecin.

Cruka a fait pour les cophoses ce qu'il a fait pour l'amaurose et pour la tympanite; il a pris dans les auteurs anciens et modernes tout ce qu'il a trouvé à sa convenance, sans y rien ajouter du sien.

Les traités généraux de médecine, naturellement moins avancés que les monographies, ne daignaient même pas parler des maladies de l'oreille, ou n'en parlaient que pour nous faire sentir notre ignorance.

Surpris de cette espèce de dédain pour un organe si intéressant, un mem-

la maladie rachitique. Vous avez vu comment l'expérience a répondu à mes essais.

Fidèle à une analyse rigoureuse de toutes les conditions des faits, j'ai cherché à déterminer quelle part ont dans la production du rachitisme, après l'influence plus marquée du désaccord de l'alimentation avec les organes, l'influence du défaut de lumière et celle de la viciation ou la raréfaction de l'air respirable.

De ces recherches sur le rachitisme et de son mécanisme de développement, j'ai pu conclure, je pense, que cette maladie consiste essentiellement dans une altération primitive du sang. Ce fluide devient d'abord inapte à continuer le double travail de la réparation et de la croissance des organes — d'où la suspension momentanée de la nutrition et de la croissance des sujets rachitiques — puis fournit successivement les matériaux d'une nutrition anormale, incomplète, dont les produits distincts dans l'organisme, des produits déjà formés, marchent graduellement, pour ainsi dire à part, pour revenir et s'élever à l'organisation normale préexistante, et constituent en quelque façon un travail organique différent du travail normal, au sein même de l'organisme momentanément frappé d'arrêt de développement.

Ces notions plus complètes et plus rigoureuses de la maladie, nous ont permis d'établir les règles et de déterminer les moyens d'une thérapeutique rationnelle. Nous avons pu faire justice de tous ces spécifiques consacrés par l'ignorance et l'empirisme, et à la place de cette matière médicale entière de remèdes, nous avons mis quelques conseils hygiéniques, basés sur la connaissance de la maladie. C'est beaucoup de ne pas nuire, *primò non nocere;* un des grands principes de l'art, c'est de placer la nature dans les conditions où elle peut réparer d'elle-même les désordres de la maladie : c'est presque à ce résultat que doit ambitionner d'arriver la médecine dans le traitement de toutes les maladies, c'est-à-dire à la neutralisation de l'action des causes : ce résultat le plus simple en apparence implique la notion la plus élevée à laquelle puisse atteindre la pathologie.

Je ne m'attacherai pas, Messieurs, à vous reproduire toutes les particularités nouvelles que j'ai mises en lumière en vous faisant l'histoire de chaque difformité du squelette rachitique. Les détails dans lesquels je suis entré sont encore trop récens et trop présens à votre esprit, pour que j'aie besoin de vous les rappeler; je me bornerai à vous énoncer les résultats les plus généraux auxquels j'ai été conduit en faisant cette histoire. Ces résultats sont relatifs à la détermination de la physionomie propre que la maladie imprime à chacun de ses produits. Vous avez remarqué, Messieurs, que, indépendamment des rapports généraux que chacune d'elles offre avec l'affection générale qui les engendre, et qui certes suffirait déjà pour les différencier à jamais des difformités d'autre origine, vous avez vu, dis-je, que, indépendamment de ces caractères généraux, propres aux difformités rachitiques, elles offrent toutes un extérieur spécial, résultant de leur forme, de leur siége immédiat dans telle ou telle partie des os, de leurs rapports avec les parties environnantes, physionomie qui exprime tout à la fois le nombre et la qualité des agens secondaires de leur formation, et les rapports intimes de ces agens avec chacun des caractères et des accidens de la difformité elle-même. Ce résultat, que je me borne à exprimer dans sa plus laconique généralité, est important et nouveau, et vous verrez plus tard, j'espère, Messieurs, que porté à sa signification la plus élevée, il constitue la vraie base, la seule base possible de la médecine d'observation.

Telle a été, Messieurs, la partie purement scientifique et dogmatique de nos conférences : passons maintenant à la consultation et disons les résultats généraux qu'elle a produits.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX ITALIENS.

I. ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Les fascicules d'août, septembre, octobre et novembre 1839 renferment les mémoires originaux suivans : 1° *Compte-rendu statistique des malades traités depuis le mois de mai* 1836 *au mois d'août* 1839, par M. Turchetti; 2° *Analyse chimique de la rate de l'homme et d'une concrétion pierreuse qui s'y était développée*, par M. Grandoni; 3° *Recherches philosophico-expérimentales sur le mode d'action du seigle ergoté*, par le docteur Taddei de Gravina; 4° *Guérison d'une hernie par la chilissochisoraphie*, par M. Ferrari; 5° *Discours sur l'utilité et la nécessité de la statistique pathologique, thérapeutique et clinique, et plan d'une institution publique de statistique clinique, nationale et magistrale, en rapport avec la philosophie médicale au* 19° *siècle;* par le docteur G. Ferrario; lu à la réunion des naturalistes et médecins italiens à Pise; 6° *Observation d'empyème;* par le docteur Landini; 7° *De la vitalité;* lettre à M. le professeur Bufalini, par M. Pistelli.

RECHERCHES PHILOSOPHICO-EXPÉRIMENTALES SUR L'ACTION DU SEIGLE ERGOTÉ; par M. CORRADO TADDEI DE GRAVINA.

L'auteur passe rapidement en revue les principales circonstances dans lesquelles, depuis G. Bauhin jusqu'à nous, a été donné le seigle ergoté; il rappelle les expériences de Tessier, de Salerne, de Gaspard et de Loimser, qui établissent l'action dynamique de cette substance sur tout l'organisme, sans préciser exactement sa nature; enfin, il expose le résultat d'expériences qu'il vient récemment de tenter, dans le but d'éclairer cette question.

Sur cinq oiseaux robustes et assez volumineux, du genre passereau, M. de Gravina fit prendre à trois d'entre eux douze grains entiers de seigle ergoté; les deux autres en avalèrent six grains, réduits en poudre et sous forme pilulaire. Ces derniers ressentirent promptement l'influence de la substance vénéneuse; les premiers, qui avaient avalé les grains entiers, furent influencés plus tard. Toutefois les phénomènes furent les mêmes chez les uns et chez les autres. Ils ne battaient plus des ailes et ne chantaient plus lorsque je m'approchais de leur cage, dit M. de Gravina. Ils restaient immobiles sur leurs jambes, puis hérissaient les plumes de leur dos, de leur cou, les secouaient de temps en temps avec force, comme pour se délivrer de quelque chose qui rendait leur peau douloureuse. Agitation, vomissemens, persistance de l'immobilité, indifférence à tout mouvement extérieur, se laissant prendre avec une grande facilité, sans la

---

bre de cette compagnie, M. Alard, choisit le *catarrhe de l'oreille* pour sujet de sa dissertation inaugurale, et le traita de manière à mériter les éloges de M. Itard; mais enfin ce n'était qu'un point dans une grande question.

Tel était encore, en 1821, l'état de la science, lorsque M. Itard publia le TRAITÉ DES MALADIES DE L'OREILLE ET DE L'AUDITION.

La réputation de l'auteur était une garantie du succès de l'ouvrage. Cependant M. Itard laissait voir une grande défiance. Avant de se décider à cette publication, il voulut pressentir le goût du public par quelques fragmens qu'il fit insérer dans les journaux de médecine. Et quoiqu'il eût lieu d'être satisfait de cette épreuve, il hésitait encore, si bien que l'ouvrage entier n'aurait probablement jamais vu le jour, si l'amitié n'eût fait violence à la modestie. M. Itard était de ces hommes rares qui ont conservé la bonne habitude de mûrir leurs idées avant de les livrer au public.

Il y a trois parties bien distinctes dans le TRAITÉ DES MALADIES DE L'OREILLE ET DE L'AUDITION. La première, tout anatomique, n'est au fond que le résumé critique des travaux de Valsalva, Sœmmering, Scarpa, Cotugno, Geoffroy, Cuvier, Ribes, etc. C'était ce que nous avions de plus complet avant les belles recherches de M. Breschet sur *l'oreille de l'homme et des animaux vertébrés.*

Malgré tant de louables efforts, M. Itard reste persuadé que la physiologie ne connaît guère mieux les usages des diverses parties de l'oreille qu'elle ne les connaissait au temps de Galien, qui fleurissait au deuxième siècle de l'ère chrétienne. Pour lui, cette organisation si compliquée ne renferme que des moyens de transmission des ondes sonores. Et, dans un de ces momens de découragement où l'esprit humain tombe quelquefois accablé du sentiment de sa faiblesse, à la vue des merveilles de la création, il ose prédire que nous n'en saurons jamais davantage. Ecartons, Messieurs, ces imprudentes prédictions; il n'est pas de plus triste philosophie que celle qui, ôtant à l'homme le sentiment de ses forces, éteint en lui toute émulation et le condamne à une éternelle ignorance.

A l'égard des maladies, M. Itard distingue les maladies de l'oreille des maladies de l'audition, sans se dissimuler les reproches que s'attira cette distinction. Séparer les lésions fonctionnelles des lésions de tissu, cela ne se peut, en bonne logique; mais ce que le raisonnement condamne en principe, la raison se le permet quelquefois dans l'application. Il est des symptômes tellement dominans, et dont la cause est si obscure que les médecins se sont accoutumés à les considérer provisoirement comme des maladies. Cette méthode a été celle des plus grands praticiens. M. Itard l'a suivie, et il y était autorisé non seulement par l'exemple, mais encore par la nouveauté de son sujet.

Quel que soit le jugement qu'on porte du traité des maladies de l'oreille, personne ne peut contester à son auteur la gloire d'avoir agrandi le domaine de la science des maladies d'un organe presque entièrement oublié. Je n'ignore pas que des censeurs sévères en blâment la classification; que les espèces leur paraissent trop nombreuses; que les descriptions n'ont pas toutes la même netteté, la même précision. Ces taches, je ne les dissimule pas; car si la mort a ses droits, la science a aussi les siens. Mais il ne faudrait pas que le plaisir de la critique nous fermât les yeux sur le mérite d'une des productions les plus remarquables de notre époque. Si on compte les observations, on trouve qu'elle en renferme près de 200, presque toutes intéressantes. Telle est entre autres celle d'une femme à qui l'effroi d'un incendie causa des bourdonnemens d'oreille continus. Après avoir pris inutilement l'avis de plusieurs médecins,

moindre résistance. S'ils essayaient parfois de s'éloigner un peu et d'agiter les ailes pour s'envoler, c'était à peine s'ils pouvaient faire quelques pas incertains, après lesquels ils restaient dans le même état d'indifférente immobilité. Le plus souvent, couchés en supination, ils ne faisaient guère d'autre mouvement pour prendre une autre position plus naturelle. Jetés en l'air, ils soutenaient difficilement leur vol, et tombaient bientôt à terre.

La respiration était lente, et, jusqu'au moment de la mort, cette lenteur allait en croissant; le pouls perdait aussi notablement de sa fréquence, en même temps qu'il y avait diminution de la chaleur. Bientôt ils ne pouvaient se tenir sur leurs pattes et appuyaient la poitrine contre le col. Alors survinrent des mouvemens convulsifs dans les membres postérieurs; quelques-uns avaient les ailes pendantes. La torpeur, l'hébétude, l'indifférence, l'immobilité et l'inaction musculaire allaient en croissant, jusqu'à ce qu'enfin la mort survenait tranquillement, six ou sept heures après l'ingestion du seigle ergoté. L'autopsie, faite immédiatement après la mort, ne révéla pas les moindres traces d'inflammation. Les poumons offraient un peu d'engorgement sanguin; le ventricule droit du cœur était distendu par une grande quantité de sang, ainsi que l'oreillette droite et la veine-cave. Rien dans le système nerveux central. Les muscles étaient devenus friables et pénétrés d'une plus grande quantité de sang que dans l'état normal.

Deux cochons d'Inde furent mis ensuite en expérience. Avant de leur donner de la nourriture, on leur fit prendre vingt-quatre grains de seigle ergoté pulvérisé, mêlé de farine et d'un peu d'eau. La dose fut augmentée de douze grains chaque fois, et portée à soixante-douze grains. Cette dernière quantité fut administrée trois jours de suite, toujours à jeun. Voici les phénomènes observés une heure après l'ingestion de l'ergot de seigle : difficulté dans les mouvemens, immobilité, sous l'influence de stimulations variées; pouls ralenti, refus des alimens. Après deux ou trois heures passées dans cet état d'indifférence et d'immobilité, ils retrouvaient leur premier état. Il est nécessaire de remarquer que ces phénomènes devenaient plus marqués et plus durables en raison de la dose de seigle ergoté. La femelle, quoique pleine, ne présenta aucun accroissement ni développement dans le volume de son ventre durant les jours où le seigle fut administré, ce qui fit douter un instant qu'elle fût réellement grosse. Cependant, au bout de douze jours, elle mit bas trois petits cabliais bien vivans; l'un deux avait perdu l'œil droit. Ces expériences furent faites en été.

Afin d'avoir une conclusion plus rigoureuse, elles furent instituées plus tard chez l'homme. M. de Gravina prit, en une seule fois, vingt-quatre grains de seigle ergoté en poudre. Environ trois quarts d'heure après : sensation d'un poids à l'épigastre, d'abord légère, puis croissant au point de devenir insupportable; au bout d'une heure, malaise à l'estomac, qui se répand dans tout l'organisme, nausées, éructation, etc.; puis vomissemens; pâleur de la face et des lèvres, peau froide, surtout à la face; pesanteur de la tête, impossibilité de la moindre contention d'esprit, apathie, sentiment d'abattement général, lassitude; léger vertige après avoir fait seulement quelques pas; le pouls était petit et lent à 52 par minute; avant l'expérience il était à 75; les inspirations étaient tombées de 18 à 13; dégoût des alimens: sensation de froid, qui de l'épigastre se propageait à toute l'économie. Après l'ingestion de quelques gouttes d'un vin généreux, cet état de l'estomac disparut et fit place à une faim très prononcée.

Ne peut-on pas conclure de ces faits que le seigle ergoté n'a pas d'action chimique corrosive sur la fibre vivante, mais une simple action physico-mécanique, celle du poids; que le propre de son influence sur l'économie est d'être ressentie par tous les organes et tous les appareils; qu'elle est conséquemment dynamique universelle; que cette action est toujours identique? Elle est de nature opposée à celle du vin, ce que prouve, au reste, cette observation de Muller que la teinture alcoolique de seigle ergoté ne produit aucun effet sur les animaux.

Afin d'éclairer davantage cette question, M. de Gravina expérimenta avec l'opium et le macis, dont l'action excitante ne diffère pas, selon lui, de celle du vin. Il conclut que l'essence de l'action dynamique universelle du seigle est tout à fait opposée à celle de l'opium, et rappelle à l'appui de cette opinion des résultats obtenus par M. Janson, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, en 1818-19 et 20, par l'administration de l'opium donné à dose suffisante pour déterminer un profond sommeil dans les nombreux cas de gangrène par le seigle ergoté qui se présentèrent à cette époque.

L'auteur cite ensuite quelques faits qui rapprochent l'action du seigle ergoté de celle de la digitale, de la ciguë, etc., et le regarde comme très propre à combattre les maladies de nature inflammatoire; il tend surtout à affaiblir, à détruire cette force mystérieuse de laquelle dépendent l'organisation, la vie et la santé des animaux.

Si alors il arrête les hémorragies utérines, ce n'est pas en ramenant les contractions de la matrice, mais c'est par son action dépressible sur le système circulatoire. Comment expliquer la rapidité avec laquelle il détermine l'accouchement dans certaines circonstances, l'énergie qu'il redonne aux fibres endormies de l'utérus? M. de Gravina pense que si l'utérus ne se contracte plus, c'est qu'il est sous l'imminence de la congestion ou de l'inflammation; le seigle ergoté faisant disparaître cet état organique, la contractilité musculaire revient, les douleurs reparaissent; et sa conclusion générale est celle-ci, à savoir : que le seigle ergoté est un excitant des contractions de l'utérus, quand cet organe se trouve dans un état exagéré d'énergie vitale, quand sa force organico-vitale est augmentée.

Cette conclusion et les faits sur lesquels elle repose sont loin d'être conformes à l'idée que nous avons en France, à bon droit pensons-nous, sur l'action du seigle ergoté. Il resterait à rechercher maintenant si les expériences du médecin italien sont assez nombreuses, si les conclusions sont rigoureuses, si la nature et la classe des animaux mis en expérience permet d'établir une analogie avec ce qui se passe chez l'homme; si, enfin, même en admettant cette analogie et la valeur des conséquences, les faits qui en ont été le point de départ ont été bien interprétés.

CHILISSOCHISORAPHIE EXÉCUTÉE AVEC SUCCÈS; par le docteur J. FERRARI.

OBS.—Il s'agit d'un enfant âgé de 9 ans, qui portait une tumeur herniaire dans le côté gauche du scrotum; l'anneau était tellement dilaté qu'il devenait impossible de la contenir avec un bandage. Pendant un mois, le petit malade fut assujetti à garder le lit, couché sur le côté opposé à la hernie, sans qu'il s'opérât le moindre changement dans l'ouverture aponévrotique; cependant il était possible alors de contenir la tumeur avec une ceinture ordinaire. M. Ferrari se décida à tenter la cure radicale : s'assurant que la hernie était parfaitement rentrée, il fit aux tégumens qui recouvraient le sac herniaire un pli de la longueur d'un bon travers de doigt, puis en traversa la base avec six

---

elle voulut avoir celui de M. Itard. M. Itard vit de suite que le sens auditif se laissait abuser par l'imagination. Il invita sa cliente à se loger tout près d'une grande usine, espérant que l'oreille, assaillie par de nouveaux bruits, se rétablirait dans la plénitude de ses facultés par la force et la confusion même de ses impressions : et c'est ce qui arriva. C'est ainsi que pour éteindre une passion, la morale conseille quelquefois d'en faire naître une autre.

. . . .

En attendant que la médecine trouve les moyens de guérir la surdité de naissance, M. Itard s'est appliqué à en atténuer les effets par une bonne éducation. L'art d'instruire les sourds muets n'était pas connu de l'antiquité. Entrevu par un bénédictin espagnol, vers le milieu du seizième siècle, fondé par l'abbé de l'Epée, agrandi par l'abbé Sicard, il semble qu'il soit descendu du ciel sur les ailes de la religion. A ces noms, la postérité joindra celui de M. Itard. Personne n'a mieux connu les sourds-muets, personne n'a mieux décrit leurs mœurs, leur caractère, leurs passions, leurs habitudes, et, ce qui est plus important, personne n'a mieux apprécié les effets de leur infirmité sur le développement de l'intelligence. Il nous en donne l'idée la plus exacte qu'on puisse s'en former, en nous représentant la privation de l'ouïe et de la parole comme une double barrière élevée entre le sourd-muet et le monde intellectuel; et en effet, d'une part, ses sensations et ses idées ne peuvent venir jusqu'à nous; et, de l'autre, nos sensations et nos idées ne sauraient arriver jusqu'à lui. Cependant, à le voir dans le monde, il a toutes les manières d'un être civilisé; mais il n'en a que les dehors; à l'intérieur, c'est un être fort imparfait. Heureusement son silence le protége et le sauve.

Ce qui fait le malheur des sourds-muets, ce n'est pas tant la privation de l'ouïe que la fatalité qui les a fait naître dans la société d'hommes qui entendent et qui parlent, et qui ont adopté presque exclusivement la parole pour l'interprète de leurs pensées. S'il était possible de réaliser un de ces rians projets tels que l'imagination en fait quelquefois quand elle s'abandonne à la poursuite d'un mieux idéal; s'il était possible de rassembler tous les sourds-muets sur un point du globe, je ne doute pas que de cette société muette on ne vît bientôt sortir l'industrie, le commerce, les sciences, les arts, et tout ce qui distingue la grande société parlante. Ainsi, à l'exception des idées relatives au son, l'homme, privé de la faculté d'entendre et de parler, deviendrait tout ce que le fait le double don de l'ouïe et de la parole. La perfectibilité de l'humanité n'est donc pas tout entière dans la perfection des sens, ainsi que l'ont dit quelques philosophes; elle est principalement dans l'intelligence. Massieu, Berthier, Clerc, Allibert, ont prouvé tout ce que peut le génie aux prises avec une organisation incomplète.

Je reviens. En observant les sourds-muets, M. Itard ne tarda pas à s'apercevoir qu'il en est peu dont l'oreille soit fermée à tous les bruits. La plupart entendent, les uns les bruits les plus forts, comme la foudre et l'explosion des armes à feu; d'autres, des bruits moins forts; environ les deux cinquièmes entendent la voix humaine; mais comme ils n'en saisissent que les tons les plus élevés, le peu d'audition qui leur reste est perdu pour la parole : dès que l'oreille ne perçoit pas nettement, facilement la parole, la peine d'entendre éteint le désir d'écouter, et le mutisme est inévitable.

Conduit par l'analogie, M. Itard se persuada que, de même qu'on fortifie les membres affaiblis, de même on fortifierait l'oreille par l'exercice; c'est ce qu'il appelle l'*éducation physiologique de l'oreille*.

fils cirés doubles, éloignés chacun d'un quart de pouce, en commençant à trois lignes au-dessus de l'anneau; ils furent fixés d'un côté et de l'autre par deux cylindres d'emplâtre adhésif. De la charpie fut placée aux deux côtés, et maintenue par deux compresses et un bandage en huit de chiffre.

Tout se passa bien jusqu'au troisième jour; à cette époque, le pli cutané était douloureux et rouge. (Pansement avec de la charpie enduite d'onguent digestif.)

Quelques frissons dans la soirée, suivis de chaleur, de rougeur de la face; pouls vibrant et fréquent. Léger délire pendant la nuit; plaintes fréquentes provoquées par la douleur qu'il accuse dans l'aine gauche.

Le quatrième jour on coupe les fils pour diminuer la tension inflammatoire. Erysipèle dans les environs de la portion de peau suturée, à une distance d'un pouce autour des fils. (Pansement avec l'onguent digestif; compression légère avec une compresse pliée en triple.)

Diminution graduelle des phénomènes fébriles; au quatorzième jour, les ouvertures sont cicatrisées; bandage de futaine, qui permet au malade de marcher un peu. Huit jours après, on s'assura en l'enlevant que la hernie ne ressortait plus, lors même que l'enfant était dans la position verticale, ou faisait quelques efforts de toux.

Le 30 octobre 1838, la guérison ne s'était pas démentie.

Le chirurgien italien a eu recours au procédé de M. Bonnet, de Lyon, modifié par M. Mayor, de Lausanne. Le succès qu'il a obtenu justifie la bonté de la méthode opératoire, mais l'important est de savoir si la guérison sera durable, si elle est *radicale;* l'âge du sujet, l'intensité des phénomènes inflammatoires locaux donnent à penser que l'oblitération sera assez étendue, et assez solide, surtout si la résistance qu'elle apportera à l'issue des viscères est secondée soigneusement par un bandage; nous disons l'âge du sujet, car il existe une grande différence entre les résultats obtenus chez les enfans, et ceux observés chez les adultes et les vieillards M. Bonnet, dans le beau travail où il a consigné les résultats que lui a fournis sa méthode, établit pratiquement cette différence, et signale avec une franchise digne d'être imitée les cas dans lesquels elle a échoné (GAZ. MÉD., 1836, pages 769 et 787.)

Au surplus, il faut, longtemps après l'opération, observer les malades, et toute guérison qui compte quelques semaines de durée peut donner sans doute des espérances, mais jamais de certitude. Du reste, aux procédés nombreux conseillés pour la cure radicale des hernies, les uns barbares et condamnables, et devant être proscrits d'une manière absolue; les autres rationnels, peu graves dans leur exécution, devant être conservés et perfectionnés, un nouveau champ vient de s'ouvrir par l'application des incisions sous-cutanées proposées par M. J. Guérin. Après la période de proscription aveugle qui avait succédé à un engouement empirique doit venir l'époque d'examen; la question de la cure radicale des hernies peut donc et doit même être éclaircie, maintenant qu'on peut le faire sans danger pour les malades, et avec les chances, au moins d'une notable amélioration, si ce n'est d'une guérison complète.

OBSERVATION D'EMPYÈME; par M. LANDINI.

OBS. — G. Pasterini, âgé de 25 ans, fut pris de fièvre quarte, suivie d'une hépatite aiguë. On le traita avec succès à l'hôpital du Saint-Esprit à Rome. Il reprit bientôt après son état de marin, et plus tard, après s'être exposé pendant la nuit à un air froid et humide, il se plaignit d'une douleur vive à la région mammaire droite, s'étendant à tout l'hypocondre correspondant; puis survint rapidement la fièvre, précédé de frissons le long du dos; il s'y joignit une toux accompagnée d'une expectoration jaunâtre et spumeuse, avec de la difficulté à respirer. On diagnostiqua à l'aide de ces signes, et de ceux fournis par l'auscultation et la percussion, une pneumonie au premier degré du lobe inférieur du poumon droit. (Saignée de bras répétée deux fois; looch avec le kermès; 35 sangsues *loco dolenti*; ventouses scarifiées donnant un flux de sang). Mieux marqué d'abord, puis nouvelles rechutes. Fluxion hémorrhoïdale favorisée par plusieurs applications de sangsues au siége.

Une tuméfaction apparut à l'hypocondrie droit, au niveau du lobe droit du foie. Sous l'influence du traitement précédent sur lequel on insista longuement, cette tumeur s'affaissa sous l'influence des évacuations sanguines locales et du calomela. Frictions avec la pommade à l'iodure de potassium. La constipation finit par céder; il y eut quelques selles bilieuses, etc. Plus tard existent tous les symptômes de la fièvre lente sans sueur nocturne, etc. Le malade pouvait se coucher indifféremment des deux côtés; perte de sommeil. Dilatation du côté droit de la poitrine; bruit respiratoire normal, bien qu'un peu plus faible que du côté opposé; il était plus obscur au niveau du lobe moyen; enfin on ne le percevait plus dans le lobe inférieur. En arrière existait du rale muqueux le long de l'épine dorsale. Au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate existait de la bronchophonie, mais il n'y avait pas d'œgophonie. Moins de son à la percussion. — On donna la digitale, les opiacées, etc., sans beaucoup de succès; puis comme on perçut de la fluctuation dans l'avant-dernier espace intercostal droit, les consultans furent d'avis d'ouvrir cette tumeur; le docteur Ottonelli l'incisa couche par couche, jusqu'à la plèvre, qui fut simplement ouverte avec la pointe du bistouri; la petite plaie fut ensuite agrandie jusqu'à six lignes.

A l'instant même on entendit un sifflement, et il s'écoula du pus de bonne nature; dont la quantité n'était pas en rapport avec le petit volume de la tumeur. Il en sortit environ une pinte, alors on ferma la plaie.

Pansement simple avec le cérat, plumasseau de charpie, compresses et un bandage de corps maintenant le tout.

L'opération fut pratiquée le 25 avril; le pus continua de sortir les jours suivans. La douleur de l'hypochondre diminua considérablement. Cependant comme elle s'était réveillée encore une fois nouvelle application de sangsues. (Diarrhée; suppuration abondante.)—La toux diminua, le son et le bruit respiratoire revinrent du côté malade (décoction de biravaroubas), poulet bouilli, le 6 mai. Le 10 le malade se plaignait de n'avoir pas assez de nourriture. (Gelée de lichen, jusqu'au 17 du même mois.)

La diarrhé avait alors presque entièrement disparu. La suppuration était tarie, et la plaie marchait à une complète cicatrisation.

Le 1er juin la guérison était parfaite; portion entière; sort le 6 juin, un mois onze jours après l'opération, le cinquième à dater du début de la maladie.

Il s'agit plutôt, dans ce cas ci, d'un abcès interlobulaire, que d'un empyème proprement dit; telle est du moins l'opinion du docteur Landini, et celle qui semble découler tout naturellement des détails qui accompagnent son observation, recueillie du reste avec beaucoup de soin. Déjà, le pus s'ouvrait un chemin de lui-même, il a suffi d'inciser sur une tumeur saillante pour lui donner issue, et il a suffi de l'évacuer pour que les parois du foyer revinssent sur elles-mêmes, chose qui n'aurait eu lieu, ni aussi facilement, ni aussi promptement dans le cas d'épanchement dans la plaie. Resterait à discuter maintenant si cet abcès des poumons était une véritable vomique, chose assez rare, ou bien une collection de pus ramassé entre deux lobes, ce qui en a imposé assez souvent pour des vomiques. Du reste, les ouvertures spontanées, dans ces cas, ne sont pas excessivement rares; nous en avons observé un cas chez un jeune nègre âgé de 12 ans, qui a parfaitement guéri après avoir porté, pendant plusieurs mois, une ouverture fistuleuse.

II. IL FILIATRE SEBESIO.

Les cahiers de septembre, octobre et novembre renferment les mémoires originaux suivans: 1° *Histoire d'une affection nerveuse protéiforme développée chez une femme;* par le docteur Aurélien Demitry

---

La première idée de cette éducation remonte à 1805: ici les dates sont importantes à noter, pour conserver à M. Itard une gloire qu'on a voulu lui ravir. Les premiers effets en sont généralement heureux et prompts. Les parens, faciles à s'abuser, y voient le présage d'une guérison complète et prochaine. On dit même qu'une illustre société y a été trompée! Mais bientôt cette amélioration s'arrête, et comme l'oreille ne parvient jamais à saisir les intonations de la voix, la parole reste toujours bornée, rude, sans expression. Les demi-sourds sont toujours demi-muets; ils parlent, mais ils ne conversent pas: la conversation est une musique des plus délicates dont les notes, tantôt hautes et tantôt basses, exigent une finesse d'ouïe dont ils n'approchent pas. Etrangers à tout ce qui se dit autour d'eux, ils se sentent sans cesse rappelés vers leurs compagnons d'infortune, avec lesquels ils peuvent du moins échanger facilement leurs idées. Mais ils ont beau fuir la grande société parlante, ils y sont nés, il faut qu'ils y vivent: heureuse nécessité qui les force à recourir à la parole par l'intérêt même qu'ils ont à se faire comprendre!

M. Itard a travaillé trente ans pour faire introduire la culture de l'oreille dans l'institution des sourds-muets. Enfin, ses vœux ont été entendus. Il est juste de dire que le président de cette solennité, M. Husson, lui prêta l'appui de son talent dans un rapport dont vous avez ordonné l'insertion au deuxième volume de vos mémoires. Je ne prévoyais pas alors que je m'exposerais un jour aux dangers de la comparaison.

Ceux qui ont connu M. Itard savent que peu de personnes ont reçu un esprit plus inventif et plus ingénieux. Par la variété de ses aptitudes, il semblait fait pour toucher aux questions les plus diverses. Par un de ces événemens qui font les destinées, il n'a guère parlé que des maladies de l'oreille et des sourds-muets. Cette uniformité de travaux était pour l'auteur de cet éloge un écueil contre lequel la faiblesse de ses talens ne pouvait lutter, mais il sent aussi qu'il serait indigne de l'honneur que vous lui faites, si, pour rendre sa tâche ou plus facile, ou plus agréable, il n'avait dit qu'une partie des titres qui doivent recommander le nom de M. Itard à la reconnaissance des hommes.

Cependant, la science lui doit quelques mémoires sur des sujets variés, et notamment sur le pneumo-thorax, sur le bégaiement, sur les fièvres intermittentes, etc. Il a ajouté des notes à une traduction de l'hygiène de Wich; enfin, il a composé, pour le DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES, dont il était un des collaborateurs, l'article *hydropisie*. Partout on retrouve les mêmes principes, partout il proclame l'expérience comme l'unique guide du médecin. Non qu'il rejette les conjectures de la théorie, mais il les reçoit avec l'insouciance d'un homme qui peut s'en passer. En revanche, il n'accordait à personne le droit de poser des bornes à la puissance de la nature, et de dire Ceci est possible et ceci ne l'est pas. Toute proposition qui se présentait à lui au nom de l'observation était bien accueillie. Au commencement de sa carrière, il apprit par la commune renommée qu'il y avait à Bordeaux un empirique qui se vantait de guérir les sourds-muets. Quelque peu probable que fût cette nouvelle, elle avait pour elle tant de témoignages, qu'il voulut expérimenter par ses mains. Et ne pouvant obtenir une communication bénévole du fameux spécifique, il l'acheta à prix d'argent; mais, hélas! ce remède eût le sort de tant d'autres. Tant que le mystère les protége, ils font des merveilles; à peine sont-ils connus que leurs propriétés s'évanouissent, comme s'ils étaient d'une complexion trop délicate pour supporter le grand jour.

Au reste, cette mésaventure n'avait pas diminué sa foi dans l'expérience. Tou-

(l'auteur raconte fort au long une série d'accidens hystériques); 2° *Des crises au point de vue pathologique;* par le docteur Vincent d'Alessandro; 3° *Observation d'une tumeur pédiculée de nature fibro celluleuse implantée sur le clitoris, extirpée avec succès;* par le docteur S. Stingone; 4° *Fièvre intermittente quotidienne guérie à l'aide d'une préparation mercurielle;* par le docteur C. de Nicola; 5° *Histoire de la médecine italienne au 16° siècle;* par M. de Renzi; 6° *Insecte expulsé de l'estomac;* par N. Poligoani (il s'agit d'une religieuse, âgée de 25 ans, qui, après avoir souffert de l'estomac pendant plus d'une année, subi un traitement long et varié sans aucun hénéfice, se trouva soulagée instantanément et plus tard guérie après avoir vomi un insecte dont l'auteur ne donne pas la description); 7° *Pathogénie et traitement de la métrorrhagie;* par M. Titomaulio; 8° *Histoire de la contagion vénérienne;* par M. Vinella; 9° *Cas de névrose;* par le même (rien à citer); 10° *Luxation de l'humérus en bas réduite au vingt-huitième jour;* par le docteur Giovanni la Crose (l'extension fut faite par deux aides et la contre-extension par une force égale, après qu'on eut fait exécuter au membre divers mouvemens de circumduction, appliqué trente sangsues à l'épaule, et fait usage pendant dix jours de cataplasmes et de fomentations émollientes; grands bains répétés); 11° *Observation de tétanos idiopathique guéri;* par le docteur G. Guastamaccia (le traitement fut très complexe; saignées, purgatifs, extrait de jusquiame); 12° *De l'influence du climat de Naples sur la production de la phthisie pulmonaire;* par M. de Renzi; 13° *Blénorrhagie chez la femme guérie par l'application du nitrate d'argent;* par le docteur T. Tostora.

OBSERVATION DE FIÈVRE INTERMITTENTE QUOTIDIENNE RÉFRACTAIRE AUX MOYENS THÉRAPEUTIQUES ORDINAIRES ET AVANTAGEUSEMENT COMBATTUE PAR LES MERCURIAUX; par le docteur COLOMBO DE NICOLA.

OBS. — Il s'agit d'un individu qui, après avoir éprouvé à une certaine époque des accidens syphilitiques, tels que, ulcères, bubons et blénorrhagies, jouit pendant longtemps d'une bonne santé, sans avoir subi un traitement mercuriel. Après une violente céphalalgie qui céda à une saignée, à l'application d'un vésicatoire sur la nuque; il éprouva vers le soir un accès de fièvre complet, frisson, chaleur et sueur.

Le lendemain, retour des symptômes fébriles. On donna l'émétique, des purgatifs, le sulfate de quinine (40 grains), sans aucune amélioration; les accès se montrèrent de nouveau. Le docteur Colombo prescrit le deuto-sulfate de mercure uni à la tisane de Pollini. Déjà, le quatrième jour, la fièvre avait diminué. L'amélioration se prononça davantage les jours suivans; les forces revinrent; enfin le malade retrouva toutes ses forces.

Au bout de deux mois, quelques symptômes syphilitiques se montrèrent de nouveau (ulcères), dus sans doute à une nouvelle infection. On fit un traitement convenable et tout disparut. Mais peu de jours après, de nouveaux phénomènes fébriles revinrent; même traitement : émétique, purgatifs, sulfate de quinine administrés en vain; traitement mercuriel réitéré, guérison complète.

Ce fait nous a paru offrir de l'intérêt à plus d'un titre. Il y aurait lieu sans doute à discuter longuement sur le rapports des accès fébriles avec la nature syphilitique des premiers accidens; était-ce un rapport de cause à effet ou de simple coïncidence? S'il n'y avait que simple coïncidence, pourquoi le traitement mercuriel a-t-il si heureusement modifié la fièvre? Enregistrons seulement le fait et rappelons-nous que la spécificité des médicamens a aussi des exceptions, de même que la spécificité des causes pour les maladies les mieux connues; et qu'il peut tout aussi bien arriver au quina de ne pas guérir l'intermittence qu'à l'opium de ne pas calmer.

TUMEUR PÉDICULÉE, DE NATURE FIBRO-CELLULEUSE IMPLANTÉE SUR LE CLITORIS, EXTIRPÉE AVEC SUCCÈS; par le docteur P. STINGONE.

OBS. — Anne Bainelta, âgée de 30 ans, issue de parens sains, douée d'une bonne constitution, mariée, n'ayant jamais eu d'enfans, s'aperçut dans le courant de 1837 du développement d'une tumeur sur le clitoris, sans pouvoir assigner une époque précise à son apparition, ni la rapporter à une cause déterminée.

En avril 1839, son volume et son poids étaient si considérables que la crainte de la voir dégénérer décida la malade à demander les secours de l'art; M. Stingone l'observa le 10 du même mois, et y trouva les caractères suivans : couleur normale, pas de douleur; pédoncule long de deux pouces et large de moitié; les artères dorsales du clitoris sont aussi grosses qu'une plume à écrire.

S'étant arrêté à l'idée d'enlever cette tumeur, le chirurgien commença par lier les artères dorsales du clitoris. Puis d'un seul coup de bistouri, il en détacha la base sans avoir à combattre un écoulement de sang inquiétant. Il réunit la plaie par première intention, au moyen de fils placés dans l'angle supérieur, et soutenant le reste de l'appareil avec un bandage en T.

La malade guérit parfaitement.

Le poids de la tumeur était de 18 onces; son organisation la rapprochait du tissu spongieux particulier aux corps aréolaires.

Etait-ce une tumeur érectile ou une simple tumeur fibreuse? Cela n'est point facile à déterminer d'après le peu de détails fournis par l'auteur. Il y aurait loin toutefois du poids de la masse enlevée à celui de cette énorme tumeur extirpée par Molinetti, et qui pesait neuf livres. Le volume considérable des artères dorsales du clitoris rend compte des hémorragies observées par quelques auteurs, et notamment par MM. Schœnfeld et Mac-Farlan. Le premier fut obligé d'en venir à la cautérisation; la précaution de lier les artères d'avance est donc pleinement rationnelle.

Ce n'est pas seulement dans les cas de tumeur ou d'hypertrophie que l'ablation du clitoris est indiquée, et bien qu'il ne faille pas imiter l'exemple des anciens qui pratiquaient cette opération souvent dans un tout autre but, nous croyons avec M. Velpeau que cette opération a été trop formellement rejetée depuis plus d'un siècle. M. Robert a communiqué récemment au professeur de la Charité l'observation d'une jeune fille conduite au marasme par la masturbation, qu'il a radicalement guérie de ses habitudes vicieuses par l'amputation de clitoris (Velpeau, TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, t. IV, p. 343).

Il arrive quelquefois lorsque le chirurgien a trop attendu, ou quand la malade a réclamé trop tard les secours de l'art, que l'affection, si elle est de nature cancéreuse, s'étend aux petites lèvres. Kramer enleva dans un cas avec succès, non seulement le clitoris devenu cancéreux, mais avec lui une portion des nymphes devenues squirrheuses. D'abord on avait essayé la ligature qui amena de telles douleurs qu'on fut obligé d'en venir à l'emploi du bistouri (Schmucker, VERM. CHIR. SCHRIFT., 2. B.). Monteggia qui rapporte ce fait (t. VIII, p. 162, édit. in-8, 1815) signale dans quelques circonstances le développement hypertrophique, non du clitoris, mais du tubercule placé au dessous de l'orifice urétral. Il a vu chez une femme l'ischurie produite par une tumeur de cette nature. Il faudra, dit-il, essayer d'abord de résoudre la tumeur, de la ramollir, sinon l'extirpation est indiquée.

---

jours plus convaincu à mesure qu'il avançait en âge de la faiblesse de notre vue, il s'étonnait qu'il pût exister des esprits assez vains pour n'admettre que ce qu'ils peuvent comprendre.

Retiré de la pratique de la ville à un âge où tant d'autres y entrent, M. Itard ne voyait plus que les malades qui allaient le consulter au faubourg Saint-Jacques. C'étaient des sourds pour la plupart. Quelquefois l'affluence était si grande qu'ils étaient obligés de s'inscrire et d'attendre leur tour. Il est vrai qu'il ne leur donnait que quelques heures de la matinée. Le reste de la journée, il l'employait à soigner sa santé et à préparer une nouvelle édition du TRAITÉ DES MALADIES DE L'OREILLE. Il avait rassemblé un grand nombre de matériaux, espérant toujours quelque trêve à ses douleurs pour les mettre en ordre. Le ciel lui a refusé cette faveur. Il a quitté la terre avec le regret de laisser son œuvre inachevé. C'est à vous, Messieurs, qu'il a légué le soin d'y mettre la dernière main. J'ignore par quelle fatalité ces matériaux se sont égarés. Heureusement pour nous, M. le docteur Berjand nous conserve la tradition. Formé aux leçons de M. Itard, il en connait toutes les pratiques. Puisse la reconnaissance lui faire sentir que les fruits du talent ne sauraient être l'héritage d'un particulier!

M. Itard n'a pas borné là ses bienfaits pour l'Académie; il lui a laissé une rente annuelle de 1,000 fr. pour fonder un prix *triennal* en faveur du meilleur mémoire de *médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.* Et remarquez la sagesse du testateur, nul ouvrage ne sera admis au concours s'il n'a au moins deux ans de publication : c'est prendre le temps en garantie contre les illusions de l'expérience.

Les sourds-muets ont été mieux partagés, et cela devait être. Le bien même qu'il leur a fait les lui rendait plus chers. Affligé de voir qu'à la fin de leurs cours d'études, après six ans de séjour dans l'institution, ils étaient incapables de lire avec une parfaite intelligence la plupart des ouvrages de notre langue, il a créé pour eux une nouvelle classe dont le principal objet est de les former à cette lecture et de les mettre ainsi en état de continuer d'eux-mêmes leur éducation. Il a affecté 8,000 fr. de rente à cette utile fondation, et, par une faveur nouvelle, il en a réglé les bases d'après la connaissance que quarante ans d'observations lui avaient donnée des sourds-muets.

Le testament de M. Itard est un modèle de raison et de sentiment. Tout y respire la reconnaissance, l'amour des hommes, la pitié pour le malheur. Il n'a rien oublié de ce qui lui fut cher. Il a donné à ses parens plus qu'il n'a reçu de ses père et mère; ses serviteurs, les pauvres de sa paroisse, ceux de Riez, ont eu part à ses générosités. Parmi ses amis, il a distingué MM. Rives, Husson, Esquirol, Gravier, Bousquet, etc., auxquels il a laissé un souvenir. Ainsi, non content de léguer son nom à la postérité, il eut l'ambition plus douce de vivre dans le cœur des malheureux et dans celui de ses amis.

A la fin de sa carrière, les sentimens de piété qu'il avait puisés près de son oncle se réveillèrent dans son ame plus ardens et plus vifs que jamais. Il demanda les consolations de la religion, et pour les demander il n'attendit pas qu'il fût hors d'état de les sentir et de les goûter.

Cependant ses forces s'affaiblissaient de jour en jour. Ses amis, cherchant à lui inspirer une confiance qu'ils ne partageaient pas, l'engagèrent à se rendre à sa charmante retraite de Beau-Séjour, à *Passy;* il obéit, mais sans se faire illusion. En partant, il prédit sa fin prochaine; elle arriva le 5 juillet 1838. Il a voulu que son corps fût rendu à la terre intact et sans mutilation, « persuadé

DE L'INFLUENCE DU CLIMAT DE NAPLES SUR LA PRODUCTION DE LA PHTHISIE PULMONAIRE; par M. DE RENZI.

L'auteur se propose spécialement pour objet de réfuter les conclusions d'un travail présenté à l'Académie de médecine de Paris par M. Journé. M. Villeneuve fit un rapport qui souleva une assez longue discussion. (Voyez GAZ. MÉD., p. 111, 1839.)

Réduisant à 2775, au lieu de 2969 le chiffre total des phthisiques, hommes et femmes, reçus dans l'hôpital des incurables, pendant les années 1835, 1836 et 1837, M. de Renzi fait voir que, sur ce nombre, 1846 seulement appartenaient à la ville de Naples et à la banlieue, le reste est formé par des étrangers, qui viennent y mourir, ce qui donne une moyenne de 615 par an, au lieu de 989, chiffre de M. Journé; différence notable, lors surtout qu'on veut établir sur des chiffres les probabilités de la médecine. Défalquant ensuite les affections catarrhales ou autres simulant la phthisie, M. de Renzi arrive à fixer à 600 le nombre des phthisiques sur 400,000 habitans, ce qui ne donne pas un sur 666. Il faut toutefois ajouter à ce nombre 200 malades appartenant aux classes aisées de la société; sur ce nombre, il en meurt 70 pour 100, ou environ 560 sur 800. Or, la mortalité commune est dans une année de 13,000 individus, c'est donc, à peu de chose près, 1 sur 23.

Doublez encore ce nombre, si vous voulez; atteindrez-vous jamais la proportion des phthisiques qui meurent à Paris, à Londres et dans d'autres villes?

La moyenne des mortalités à l'hospice des incurables est de 1800, et le chiffre des morts pour les phthisiques appartenant à la ville est de 430, ce qui donne à peu près un quart pour les phthisiques sur le chiffre général de la mortalité dans cet hôpital.

Si l'on fait attention 1° qu'à Paris plus d'un tiers des malades est traité dans les hôpitaux, tandis qu'à Naples, c'est à peine la cinquième partie; 2° qu'à Paris les phthisiques entrent pour une égale proportion dans le nombre des autres malades, tandis qu'à Naples ces derniers sont en proportion beaucoup plus faible relativement aux phthisiques, on comprendra qu'il est difficile d'établir un parallèle.

Cela posé, si dans les hôpitaux de Paris, comme l'a démontré Bayle, comme l'établit M. Journé, un tiers des malades succombe à la phthisie, et que ce nombre forme plus du tiers des morts de la ville entière; si, d'un autre côté, dans les hôpitaux de Naples, moins d'un quart des malades succombent à la phthisie, et qu'en y ajoutant même les malades qui n'appartiennent pas à la ville, on n'arrive pas à un tiers comme à Paris; si les phthisiques de l'hôpital sont presque tous ceux de la ville, en admettant (ce qui est vrai) que les morts de l'hôpital forment le sixième du chiffre général, il doit de toute nécessité en résulter que les individus morts de phthisie sont à ceux qui succombent par d'autres maladies, à Paris, :: 1 : 4; à Naples, :: 1 : 12. Donc le climat de Naples, loin de favoriser le développement de la maladie, la rend bien plus rare qu'elle ne devrait être dans une ville peu étendue relativement au nombre de ses habitans, qui vivent aussi ramassés. Si l'on fait attention, d'ailleurs, que les affections scrofuleuses y sont fort nombreuses, on devra nécessairement conclure que le nombre des phthisiques n'excède pas ce qu'il doit être proportionnellement à celui des individus atteints de scrofule.

Quant à la question importante de savoir si un phthisique venant d'un climat froid, ou septentrional, peut éprouver de l'amélioration en passant dans une zône plus tempérée, M. de Renzi la résout par l'affirmative. Indépendamment des preuves théoriques, il dit avoir de nombreux faits, qui font voir que des personnes se sont trouvées beaucoup mieux en arrivant dans des régions méridionales : elles retrouvaient en grande partie, sinon en totalité, leur santé. Il n'est pas de médecin qui n'ait observé des faits de ce genre.

Mais si la maladie a fait déjà de grands progrès, alors que la désorganisation pulmonaire est fort avancée, que le ramollissement des tubercules est commencé, quelle influence exerce le climat? Dans ces cas, dit M. de Renzi, les pauvres malades vont périr sur une terre étrangère, loin de leurs parens et de leurs amis.

La seconde partie de l'intéressant travail du médecin de Naples est consacrée à discuter la contagion de la phthisie. Il termine enfin en défendant la médecine italienne contre les reproches du médecin voyageur.

III. IL RACCOGLITORE MEDICO.

HISTOIRE D'UN TÉTANOS TRAUMATIQUE; par le docteur LUIGI FUSCHINI, professeur de chirurgie à l'hôpital civil et militaire de Ravennes.

L'auteur a eu l'occasion de faire l'autopsie d'un jeune homme âgé de seize ans, pris du tétanos à la suite d'une plaie contuse de la face, au niveau de la paupière inférieure de l'œil gauche. Au huitième jour, trismus, convulsions éloignées, puis tous les symptômes tétaniques. On fit l'extraction d'un fragment de corps étranger resté dans la blessure. Sangsues en grand nombre à la tempe, aux apophyses mastoïdes; lavement purgatif; ventouses scarifiées le long du rachis; bain tempéré. Il y eut épisthotonos, puis pleurosthotonos gauche. Saignée de bras; laudanum de Sydenham, jusqu'à cinq gros par jour; sangsues répétées; nouvelle saignée. Mort le 5 novembre, avec des symptômes de suffocation. La blessure avait eu lieu le 23 octobre 1837, et le tétanos avait débuté le huitième jour.

A l'autopsie, on constata une fracture de l'os unguis, de l'ethmoïde, toutefois sans épanchement de sang dans le crâne. Congestion veineuse remarquable du cerveau; ramollissement de la moelle allongée au niveau des pyramides antérieures; injection notable à l'origine du nerf pneumo-gastrique du glosso-pharyngien et de l'accessoire de Willis, surtout du côté gauche, excepté dans la portion lombaire; dans la région cervicale il existait, en outre, un ramollissement à droite.

Injections autour de plusieurs cordons nerveux et dans le ganglion cervical supérieur du grand sympathique.

Le docteur Fuschini explique les symptômes observés durant la vie par cette série de lésions du système nerveux central. Toutefois il ne se dissimule pas l'incertitude où nous sommes encore relativement à la nature de cette affection, sur laquelle tant d'hypothèses ont été émises. Il ne résout point la question et se borne à apporter un fait de plus en faveur de l'opinion de ceux qui, comme nous, regardent le tétanos comme une méningo-spinite. Il est bien entendu que nous ne tenons pas grand compte de l'injection veineuse observée, soit dans la substance cérébro-spinale, soit dans les membranes d'enveloppes; nous espérons, dans un autre travail, en indiquer la véritable source.

---

que les ouvertures profitent peu à l'art de guérir, et que rien ne saurait soustraire l'homme aux tristes conditions de son existence qui sont de souffrir et de mourir. »

M. Itard avait le travail très difficile. Sa pensée, d'abord confuse, ne se dégageait que lentement, et lorsqu'elle lui apparaissait sans mélange, la manière de la rendre était l'objet d'un second travail, aussi pénible que le premier. Il eût pu se citer en exemple contre la maxime du poète. Il est vrai qu'il était fort difficile à se contenter. Ne voulant rien sacrifier de sa pensée, il tournait et retournait sa phrase, jusqu'à ce qu'il eût trouvé le tour et l'expression les plus propres à la faire valoir, et il y parvenait si bien qu'il a marqué sa place parmi les meilleurs écrivains de la littérature médicale.

M. Itard était d'une taille ordinaire; ses infirmités avaient courbé son corps avant l'âge. Ses traits, animés et expressifs, rappelaient ceux d'Henry IV. Les artistes étaient frappés de la ressemblance. On dit que, dans sa jeunesse, il avait le caractère fort gai; en ce cas, l'isolement et la maladie avaient singulièrement altéré l'égalité de son humeur. Sa parole était brève, quelquefois même un peu brusque; mais sous ces debors il cachait l'ame la plus sensible et la plus aimante.

M. Itard a vécu célibataire. A ses derniers momens il avait près de lui un neveu, qu'il regrettait de n'avoir pas connu plus tôt. Il lui a légué sa bibliothèque et l'exemple de sa vie.

— Le corps des officiers de santé militaires vient de faire une perte dans la personne de M. Fauché, pharmacien-inspecteur, membre du conseil de santé des armées, commandeur de la Légion-d'Honneur, chevalier de l'ordre de Charles III, décédé le 19 de ce mois. M. Fauché était un des membres les plus actifs du conseil de santé; la sagacité de son esprit, son habitude des choses administratives, une certaine fermeté dans l'exercice de ses fonctions, méritent à sa mémoire les regrets du corps qui l'a compté au nombre de ses chefs. M. Fauché était un botaniste distingué. Pauvre, il n'a point manqué d'indépendance; honoré de l'amitié de personnages haut placés et particulièrement du maréchal Soult, il n'en a usé que pour obliger les officiers du corps médical dont il portait dans son cœur l'intérêt et les droits; s'il a concentré plus spécialement sa sollicitude sur les pharmaciens de l'armée, c'est qu'il sentait l'insuffisance de leur position, et il cherchait à les relever par une assimilation difficile à la hiérarchie médico-chirurgicale.

— LE MATÉRIALISME ET LA PHRÉNOLOGIE COMBATTUS DANS LEURS FONDEMENS, et l'intelligence étudiée dans son état normal et ses aberrations, dans le délire, les hallucinations, la folie, les songes, et chez les animaux; par M. l'abbé FORICHON, docteur-médecin de la Faculté de Paris, membre de la société géologique de France; in-8°. Prix : 6 f.

A Paris, chez P. J. Loss, libraire-éditeur, rue Hautefeuille, 10.

— DE LA RÉALITÉ DE LA MÉDECINE ET DE SES DOGMES FONDAMENTAUX; par C. FORGET, professeur de Clinique médicale, etc.

Novembre 1839. Brochure in-8.

Strasbourg, chez Dérivaux, libraire, rue des Hallebardes, 24.

A Paris, chez tous les libraires de l'Ecole de médecine.

HISTOIRE D'UN VOLVULUS PRODUIT PAR UNE ADHÉRENCE MORBIDE ENTRE L'OVAIRE DROIT ET LE COLON LOMBAIRE ASCENDANT; par le docteur F. SANI.

Obs. — Restinta Pantani, âgée de 30 ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une bonne constitution, eut un accouchement laborieux il y a trois ans. Les suites de couches furent traversées par une métro-péritonite, qui se reproduisit jusqu'à trois fois et céda aux saignées et à un traitement antiphlogistique rationnel. Il lui resta des coliques et une constipation habituelle; cependant elle avait repris ses occupations des champs, et devint plus tard enceinte une seconde fois. Sa grossesse se passa bien jusqu'au troisième mois, époque à laquelle survinrent des coliques qui la décidèrent à venir à la ville. Elle crut un instant qu'elle allait avorter et fit venir une sage-femme.

Deux jours se passèrent ainsi, et les douleurs persistaient; elles s'accompagnaient d'une difficulté de respirer, d'une altération de la face, de fièvre, de vomissemens de matières non digérées, bilieuses. Les médecins qui virent alors la malade s'arrêtèrent à l'idée d'une colique bilieuse, et prescrivirent les sangsues à l'anus; un purgatif huileux; lavemens émolliens; fomentations de même nature sur le ventre. Le lendemain, les vomissemens contenaient des matières fécales; il existait une douleur des plus vives dans la région iliaque droite; il y avait du hoquet, sécheresse de la bouche. On diagnostiqua un volvulus consécutif à la colique bilieuse.

On employa le traitement antiphlogistique le plus énergique; dès lors, en explorant avec plus de soin l'abdomen pour rechercher s'il n'y avait pas eu une hernie étranglée, on sentit à un doigt et demi environ au-dessous de l'ombilic une petite tumeur semblable à une glande ordinaire, que l'on s'efforça de réduire, pensant que c'était une hernie; mais ce fut inutilement, le débridement fut arrêté et immédiatement pratiqué; il s'agissait en effet d'une portion d'épiploon qu'on parvint à faire rentrer. Aucun soulagement ne s'ensuivit; nouvelle saignée; huile de croton, 1 goutte; lavement irritant dans le but de ranimer la contractilité perdue du rectum et de la portion inférieure de l'intestin, qui d'ordinaire reçoit la portion supérieure rétrécie et contractée; on était au sixième jour de la maladie; les symptômes allaient en s'aggravant. (Deux gouttes d'huile de croton; lavement de tabac; grand bain.) S'apercevant alors d'une inclinaison de l'utérus en avant et à droite, on s'appliqua à le remettre dans sa position normale, relativement au bassin. Dans la soirée, la malade mit au monde un enfant, de quatre mois; après l'expulsion du placenta, la faiblesse devint extrême; le pouls s'éteignit; pâleur extrême; enfin, la mort survint dans la nuit.

Autopsie. On ne trouva point d'invagination dans toute la longueur du tube digestif; dans quelques points de la longueur du colon transverse, on trouva des perforations gangréneuses qui avaient donné passage aux matières stercorales liquides; la convexité du colon lombaire ascendant ou droit est adhérent à l'ovaire dans l'étendue d'un pouce et demi environ : l'ovaire est lui-même squirrheux, les franges du pavillon de la trompe sont unies à l'intestin, d'une manière assez solide; ce dernier est dans un point tellement rétréci qu'il donne passage à peine à un tuyau de plume.

Le point de départ de ces adhérences ne saurait être méconnu, c'est la métro-péritonite qui leur a donné naissance; leur résistance est en raison de la répétition de cette inflammation; leurs conséquences fâcheuses pour l'état organique et les fonctions des viscères qu'elles réunissaient sont faciles à comprendre. L'état de grossesse, l'inclinaison de l'utérus à droite, et le siége du mal de ce côté expliquent pourquoi les accidens sont venus au moment de la gestation, et à l'époque où l'utérus vint à dépasser le détroit supérieur. L'intestin ne pouvait se dérober à la compression exercée par la matrice, ni à celle de l'ovaire, adhérent qu'il était à ce dernier organe. La compression et l'obstacle au cours des matières fécales qui en fut la conséquence, les accidens consécutifs trouvent facilement leur raison dans tous ces faits.

L'avortement était en réalité, dans ce cas, un effort curatif de la nature, l'utérus une fois revenu sur lui-même, si déjà les accidens n'avaient été portés aussi loin, les matières fécales auraient sans doute repris leur cours.

Mais l'organisme ne pouvait plus rien après cet effort; il ne restait plus qu'à tenter la gastrotomie; or, dans ce cas, la grossesse devenait une contr'indication. Et, d'ailleurs, que d'incertitudes au sujet de l'opportunité de ce moyen qui, de nos jours, est généralement repoussé! Il n'y avait ici qu'une chose à faire, établir un anus artificiel, mais on ne devait songer ni à la méthode de Littre, ni à celle de Callisen. Attaquer le cœcum dans la fosse iliaque droite, par la région iliaque ou par la région lombaire, comme l'a proposé M. Amussat, pouvait devenir une opération praticable. Mais, à bien prendre, la péritonite avait déjà fait d'irremédiables progrès, la gangrène avait perforé l'intestin en plusieurs endroits; à l'époque donc où les accidens étaient devenus assez opiniâtres et assez graves pour indiquer l'opération, celle-ci n'était plus praticable; quoi qu'en dise le chirurgien italien, le *melius est anceps remedium quam nullum* ne pouvait justifier une telle mesure.

SUR L'EMPLOI DE LA POUDRE DES NOYAUX DE NÈFLE, UNIE AU NITRATE DE POTASSE DANS LES AFFECTIONS CALCULEUSES; par le docteur G.-L. TRIDENTI.

A la liste des lithontriptiques qui, depuis quelques années, semblait close, M. Tridenti vient d'ajouter le moyen suivant: pulvérisez des noyaux de nèfle; faites infuser dans quatre onces d'eau bouillante une cuillerée à café de cette poudre; au bout de quatre à cinq minutes, on filtre et l'on ajoute à ce liquide un scrupule de nitrate de potasse purifié.

Cette décoction est prise trois jours de suite à jeun; on la répète suivant le besoin.

L'auteur cite, en faveur de ce moyen fort simple, quatre faits relatifs : 1° à une gravelle rouge chez un jeune homme de 26 ans.

2° A une affection calculeuse (on ne la spécifie pas autrement) chez un septuagénaire.

3° Aux mêmes symptômes développés chez un homme âgé de 40 ans.

4° Enfin, à une jeune femme souffrant de la même maladie. Dans les quatre cas, la décoction eut un plein succès. Toutefois, les détails qui accompagnent ces observation nous ont paru trop insuffisans pour en tirer, à l'heure qu'il est du moins, de solides conclusions. C'est un nouveau médicament à expérimenter; car il ne faut rien juger *à priori;* mais à expérimenter avec défiance, sans engouement, en tenant compte d'une foule de circonstances qui, à elles seules, peuvent, indépendamment de tout remède, modifier l'état des organes urinaires, leur sécrétion et les produits solides ou liquides de cette sécrétion.

IV. BULLETINO DELLE SCIENZE MEDICINE.

Les cahiers d'août, de septembre et d'octobre renferment peu d'articles originaux; nous citerons seulement : 1° *Un cas d'angine gangréneuse grave;* par M. Léonardi. (C'est le docteur Andrea Ferri, qui fait le sujet de cette observation. La maladie débuta par des frissons; des douleurs vagues dans les membres, somnolence et des phénomènes gastriques. Le cinquième jour il s'y joint de l'endolorissement le long du pharynx et de l'œsophage; bientôt des plaques noirâtres apparurent sur la luette et les amygdales, survint de l'agitation, du délire. La déglutition était de plus en plus douloureuse; expectoration sanguinolente et fétide. Les symptômes cérébraux prennent une nouvelle intensité. Saignée. (Le sang resta liquide.) Affaiblissement du pouls; mort le 10, septième jour de la maladie. A l'autopsie, on trouve des plaques gangreneuses en grand nombre dans le pharynx, à la base de la langue, dans le larynx et la trachée, plus que dans les ramifications bronchiques.) 2° *Deux résections de la mâchoire inférieure;* par le docteur F. Rizzoli; 3° *Histoire d'une opération césarienne,* pratiquée par le même. (L'opération fut faite le 30 avril 1839, troisième jour à dater du commencement du travail. La malade succomba le 1er mai, à dix heures du soir. On fit plusieurs saignées pour combattre les douleurs abdominales qui se développèrent peu après l'opération. Toutefois l'autopsie ne fit voir aucune trace d'inflammation. Le diamètre antéro-postérieur avait deux pouces moins deux lignes; le coccy-pubien trois pouces moins quatre lignes. L'utérus était gangréné dans une étendue assez considérable de sa paroi antérieure, fait qui au reste avait été présumé au moment de l'opération : le fœtus était mort.) 4° *Observation d'une désarticulation de l'avant-bras;* par M. F. Rizzoli, recueillie par M. Malaguti. (Il s'agit d'une lésion traumatique déterminée par une machine sur l'avant-bras d'un homme âgé de trente ans. Fracture des deux os, compliquée de plaie et d'esquilles. M. Rizzoli fit un lambeau antérieur. Ligature de l'humérale, torsion des vaisseaux plus petits. Réunion à l'aide de points de suture entrecoupée. Le malade qui avait été opéré, le 5 mars 1838, sortit parfaitement guéri à la fin d'avril. Déjà au 17e jour la réunion était fort avancée.); 5° *Compte-rendu du traitement des maladies syphilitiques dans l'hôpital Sainte-Ursule de Bologne durant l'année* 1839; par le docteur Gamberini; 6° *Observation d'un prolapsus de l'utérus,* guéri par le docteur F. Rizzoli. (Excision des replis longitudinaux de la muqueuse vaginale chez une femme âgée de trente ans. Cicatrisation des plaies le douzième jour. La malade garde un pessaire, bien que l'utérus ne semble plus avoir de tendance à se porter de nouveau en bas.)

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADEMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE.

PROPAGATION DE LA RAGE CHEZ L'HOMME ET PAR L'HOMME.

M. Bellanger demande qu'il soit nommé une commission pour faire un rapport sur une notice dans laquelle il a eu pour objet de prouver que la rage ne peut pas être communiquée à l'homme, et à plus forte raison transmise par lui.

M. Magendie s'oppose à ce que cette notice devienne l'objet d'un rapport. La nomination d'une commission semblerait, dit-il, indiquer que la question n'est pas encore jugée, tandis que des expériences nombreuses et bien faites ne permettent pas de douter que la rage ne puisse être transmise des animaux à l'homme et qu'elle ne soit à tour transmissible, par inoculation, de l'homme

aux animaux. Or, si on a pu supposer que la frayeur était capable de faire développer chez un homme une névrose dont les symptômes simuleraient ceux de la rage véritable, personne ne supposera certainement que l'imagination puisse produire les mêmes effets chez un animal, et cependant il est constant que l'inoculation du virus prise sur un homme a déterminé la rage chez des animaux.

M. Serres fait remarquer combien il y aurait d'inconvéniens à faire quoi que ce soit qui pût servir à accréditer, même pour un temps, l'opinion soutenue par M. Bellanger, puisque cela aurait inévitablement pour effet de porter les gens mordus par des chiens enragés à négliger les cautérisations et les autres moyens reconnus efficaces pour prévenir le développement de la maladie. M. Bellanger s'étaie, pour soutenir son opinion, de celle de quelques médecins, et en particulier de Bosquillon; mais, ce qu'il ne paraît pas savoir, et ce que plusieurs personnes dans cette enceinte peuvent attester, c'est que Bosquillon n'était pas si bien convaincu de l'idée qu'il cherchait à propager, qu'il voulût la prouver par des expériences dont il eût été lui-même le sujet; loin de là, et dans les salles de l'hôpital où il faisait le service, il n'osait pas s'approcher d'un homme enragé.

M. Double appuie l'opinion de MM. Serres et Magendie, et présente de nouveaux motifs pour ne point renvoyer à l'examen d'une commission le mémoire de M. Bellanger.

SUR LE DÉVELOPPEMENT DES MOISISSURES.

M. Turpin lit un mémoire ayant pour titre : « Sur le singulier caractère physique et microscopique que prend subitement le beurre fondu et refroidi, et sur la grande difficulté qu'éprouve le beurre dans toutes sortes d'états à se moisir ou à produire des mucédinées. » Ne pouvant suivre l'auteur dans les longs détails où il entre, nous nous bornerons à en donner un résumé succinct; mais d'abord nous extrairons de son travail une partie qui se rattache à une question importante, et qui peut être présentée isolément :

Les moisissures ou les diverses espèces de mucédinées sont, dit l'auteur, des végétaux microscopiques dont l'organisation, sauf les organes appendiculaires qui leur manquent complétement, est aussi caractérisée, aussi compliquée que celle des autres végétaux avec lesquels ils ont la plus grande analogie. On sait que ces végétaux mucédinés, sous les mêmes influences fondamentales qui favorisent la végétation en général, forment des *herbages* considérables à la surface des matières organiques, soit que ces matières fassent encore partie d'un corps organisé mort ou mourant, soient qu'elles soient plus ou moins divisées et éparses dans l'espèce. Mais ces matières, lorsqu'on les examine à l'aide du microscope, se montrent comme des amas considérables de globulins ou de globules qui n'attendent pour se développer et fructifier que le concours des circonstances favorables à leur végétation. Si ces globulins sont soumis à une ébullition prolongée, si on les enduit d'huile de manière à leur interdire l'accès de l'air, si on les prive de toute humidité, si on les contracte par l'alcool ou par un acide concentré, on détruit ou on engourdit leur vitalité (comme cela aurait lieu pour tous les embryons végétaux placés dans les mêmes circonstances.) Dans tous les cas, comme on le sait, on évite le développement des moisissures.

Nous venons de dire que les globulins de la matière organique pouvaient donner naissance à un végétal mucédiné; lors même qu'ils faisaient encore partie de ceux qui composent un corps organisé vivant, mais déjà affaibli dans sa vie d'association, ce qui dans ce cas produit l'indépendance des globulins les plus extérieurs de la masse organisée. C'est ainsi que, pour citer quelques exemples, les globulins qui font partie du tissu lardacé du ver à soie et de tant d'autres insectes, produisent les *botrytis bassiana*, lorsque le ver n'est encore qu'affaibli par une maladie due à d'autres causes qu'au développement de la mucédinée, qui n'en est qu'une conséquence, mais qui peut ensuite tuer l'animal, en se nourrissant de sa substance. M. le professeur Laurent a fait voir à M. Turpin des œufs de limace, dans lesquels on pouvait, à travers les enveloppes, observer le fœtus, qui conservait encore des restes de vie, et à la surface duquel s'étaient développées en nombre considérable des mucédinées filamenteuses, tubuleuses et rameuses. M. Guérard a aussi communiqué à M. Turpin une observation analogue, relative à une écrevisse de rivière, dépouillée depuis peu de sa robe crustacée, et continuant de vivre et de voguer dans l'eau, emportant avec elle une forêt de mucédinées filamenteuses et plumeuses, développées à la surface nue de son corps.

Les mucédinées, développées et observées par M. Dutrochet, aux parois internes de la noix de coco, avant qu'on en eût brisé la coque dure et les clavaires des *mouches végétantes*, qui partent toujours d'un point déterminé, offrent encore des exemples de même nature.

Avait-il plu des séminules sur le corps du ver à soie, se demande M. Turpin; en avait-il plu sur le corps immergé de l'écrevisse, sur celui du fœtus de limace plongé dans l'albumen, et abrité de la double enveloppe de l'œuf ? Par où celles du coco avaient-elles pu pénétrer ? Pourquoi la clavaire part-elle sur l'insecte d'un point déterminé ? Non, l'ensemencement, comme moyen unique de reproduction des mucédinées, ne peut plus être admis aujourd'hui. La nature, toujours si prévoyante pour tout ce qui peut assurer la reproduction des espèces, a accordé aux mucédinées la double faculté d'être immédiatement produites par les globulins des matières organiques, après qu'ils ont cessé de faire partie de la vie d'association d'un corps organisé végétal ou animal, et, secondairement, par leurs petits articles terminaux que l'on appelle des séminules.

Mais, poursuit M. Turpin, si l'on ne peut plus croire à ces pluies de graines de toutes les espèces de mucédinées tombant perpétuellement, et en tous lieux, de l'atmosphère, on ne doit pas davantage admettre, relativement à l'origine des moisissures, une autre hypothèse, qui consiste à les regarder comme des productions spontanées, c'est-à-dire comme formées de toutes pièces à l'aide d'un certain nombre de molécules de matière organique, réduite à l'état chaotique le plus absolu, molécules qui, sous certaines influences, s'attireraient, s'aggloméreraient et composeraient de la sorte le premier rudiment de toutes les espèces de moisissures.

Revenant maintenant à l'objet principal du travail de M. Turpin, nous trouvons que les résultats de ses recherches le conduisent aux conclusions suivantes :

1° Le beurre naturel contient un grand nombre de globules laiteux qui, en se décomposant et en se putréfiant, occasionent la prompte rancidité du beurre. Abandonné pendant quelque temps, il se forme dans son épaisseur une très grande quantité de cristaux en aiguilles et groupées en sphéroïdes rayonnantes.

2° Le beurre fondu et refroidi n'offre plus guère qu'une grande agglomération de sphéroïdes cristalloïdes, empâtés chacun dans autant de petites portions de matière grasse, et devenues polyédriques par suite de pressions mutuelles.

3° Dans ces deux états, les globules laiteux ou leurs globulins, qui se trouvent enduits de l'huile butyreuse, ne peuvent végéter en mucédinées, à moins qu'à la longue ils ne se trouvent dénudés de l'huile qui les enveloppe.

4° Le lait le mieux filtré contenant toujours en suspension un assez grand nombre de globulins laiteux, ce qui donne au sérum son aspect blanchâtre et opalisé, peut à la longue produire plus ou moins les mucédinées du lait, suivant la quantité des globulins contenus.

5° Si du petit lait clarifié et filtré paraît, par sa très grande limpidité, privé de globulins; si le microscope n'en découvre aucun, c'est parce que, comme ceux du blanc d'œuf filtré, ils sont trop ténus et trop transparens pour pouvoir être aperçus. Mais si on laisse ce petit lait pendant deux ou trois jours sous une température ordinaire, les globulins croissent dans toute l'épaisseur du liquide. Celui-ci perd sa belle transparence, sa légère teinte vert-jaunâtre; il se trouble et prend la couleur laiteuse opalisée. Les globulins montent en partie et viennent à la surface s'agglomérer en une pellicule mycodermique d'un blanc laiteux. Ces globulins vus au microscope paraissent fauves et sont doués d'un mouvement monadaire très prononcé.

6° Des morceaux de beurre naturel et de beurre fondu, remplis de globules laiteux, ont été exposés pendant 82 jours aux influences les plus favorables à la végétation des mucédinées, sans que leur surface ait présenté aucune trace de moisissure.

M. de Blainville lit un mémoire sur le nombre des vertèbres cervicales de l'Aï. Nous ne l'avons pas assez bien entendu pour nous hasarder à en rendre compte.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE.

La formation du bureau pour 1840 a occupé toute la séance. Ont été élus :

Président, M. Bally.
Vice-président, M. Roux.
Secrétaire annuel, M. Girardin.
Trésorier, M. Mérat.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport annuel du trésorier.

CONCOURS

POUR LA CHAIRE DE PATHOLOGIE INTERNE DE LA FACULTÉ DE PARIS.

DEUXIÈME ÉPREUVE. — LEÇON ORALE APRÈS 24 HEURES.

(Suite et fin.)

C'est un devoir de justice et d'impartialité pour les membres de tout jury de concours que de neutraliser pour ainsi dire les hasards du scrutin, et de niveler, avant l'épreuve, la situation des compétiteurs. Le plus sûr moyen d'atteindre ce but consisterait à débattre, dans une sévère confrontation, les questions qui sont déposées dans l'urne au commencement de chaque épreuve; elles doivent être combinées de manière à présenter une égale somme de difficultés; une parité absolue n'est pas exigible en ce point; les difficultés varient d'ailleurs suivant les aptitudes spéciales, les antécédens et la direction d'esprit des candidats; tel sujet eût brillé d'un vif éclat, manié et secondé par l'intelligence d'un concurrent, qui sort terne et embarrassé de l'improvisation d'un autre. Il est d'ailleurs une autre condition à satisfaire, et qui se rapporte au public autant qu'aux esprits engagés dans la lutte : c'est la variété; elle est souvent le seul aliment offert à l'attention de ceux qui suivent avec régularité ces prolixes scènes d'un drame concentré dans la chaire d'une Ecole. Ce que les candidats peuvent demander au scrutin, c'est donc moins l'égalité des questions qu'une mesure relative de difficultés. On a beau dire que tout le monde, auditeurs et juges, notent la valeur intrinsèque des questions successivement traitées, et compensent, dans leur appréciation tacite, le labeur de l'exécution par les différences du thème proposé; au demeurant, le plaisir de l'oreille a sa séduction; une leçon arrondie, ample, harmonieuse, projetée avec aisance, quelque facile que soit son objet, laisse en nous une impression flatteuse, et l'éloge découle de la reconnaissance du plaisir ressenti : une improvisation moins avenante, moins leste et sonore, sur un sujet bien autrement épineux, nous empêche souvent d'apprécier la nouveauté des aperçus, la justesse des solutions, le sens des faits propres émis par l'auteur.

Tous les candidats n'ont pas joui d'une égale fortune dans la répartition des questions émises dans l'épreuve dont nous donnons aujourd'hui la fin. L'affection rhumatismale et goutteuse et les tubercules, la paralysie et le délire, les fièvres exanthématiques et les entozoaires, sont des sujets médiocrement assimilables. L'abondance des idées et la facilité du débit résident souvent plus dans la question échue que dans l'individualité; mais tel est le sort des concours, et ce n'est pas l'un de leurs moindres inconvéniens, que ce mélange, à proportions inégales, des élémens fortuits du scrutin avec les qualités personnelles des combattans.

Les fièvres exanthématiques ont fourni à M. Legroux la matière d'une leçon

pleine de faits, nourrie d'esprit pratique; M. Legroux a bien saisi la généralité de sa question, et ne s'est point perdu, comme plusieurs de ses compétiteurs, dans le détail spécial auquel elle le conviait insidieusement. Peut-être a-t-il trop resserré le cadre ordinaire des fièvres éruptives, en n'y faisant entrer que la rougeole, la scarlatine, la variole, le vaccin et la fièvre typhoïde; peut-être l'a-t-il trop élargi en y rangeant cette dernière affection. Il s'est exagéré l'influence des climats chauds sur le développement des fièvres éruptives; ce sont plutôt des affections cutanées à forme chronique qui s'y rencontrent avec une certaine fréquence. Il serait encore possible de contester la valeur de la distinction qu'il a établie entre les fièvres éruptives et les éruptions fébriles, transformant ainsi d'une manière générale une circonstance d'antériorité (de la fièvre) en un rapport nécessaire de causalité; mais il n'est pas moins juste de reconnaître que M. Legroux a fait preuve dans cette leçon d'un jugement solide et de sagacité pratique : une élocution plus soignée, un timbre de voix plus clair en auraient doublé l'effet dans l'auditoire.

Une question trop riche, trop étendue, n'est-elle pas un plus lourd impédiment de tribune qu'une question bornée, stérile même? C'est à M. Piorry à nous le dire. Avec un sujet tel que les tubercules, il eût alimenté un enseignement d'un mois, et il a fallu condenser tous les matériaux dont il est chargé. Dans les fugitives limites d'une seule leçon, M. Piorry a voulu suppléer au manque de temps par la rapidité du débit, et sa leçon, riche d'érudition et de faits, a perdu en correction, en netteté de langage ce qu'elle a gagné en étendue scientifique; heureusement M. Piorry a fait ses preuves comme improvisateur, et il n'est pas donné à tout le monde de pécher par les défauts ni de briller par les mérites qu'il a déployés dans cette leçon.

La question échue à M. Requin semble échappée à un concours d'accouchement. Ce candidat l'a traitée avec sa verve et sa facilité habituelles. M. Requin est fort à son aise dans la chaire, grâce aux qualités véritablement professorales dont il est doué. Nous aurions désiré qu'il traitât de la fièvre puerpérale d'une manière un peu moins scolastique. Auteur de plusieurs des observations publiées par Dance, il n'a pas imprimé à sa leçon un suffisant cachet de pratique; elle comptera toutefois parmi les meilleures que l'on ait entendues dans cette lutte.

M. C. Broussais est venu traiter à sa manière, et sans copier un article de dictionnaire, la question si difficile du délire. Il avait un premier écueil à éviter, c'était le vague; un second, c'était le désordre; un troisième, c'étaient les digressions; la pente était facile, il a résisté, il a été positif, régulier et fidèle à sa rigueur logique; il s'est ici, comme dans sa composition, maintenu sévèrement dans son sujet. Il a eu le bon sens d'éviter toute discussion psycologique, s'inquiétant peu du principe de l'intelligence et ne s'occupant que de son instrument, M. Broussais n'a été dans sa leçon ni spiritualiste, ni matérialiste : il a évité tout choc d'opinions, et il s'est borné à répéter avec tous les physiologistes, avec M. Andral lui même, que l'intelligence est une des fonctions du cerveau. Les détails abondent dans cette leçon, dont le cadre n'était point tracé dans les livres; quant à l'esprit, une idée la domine, c'est celle qui lui a fourni la théorie développée à la fin. Le candidat a su s'élever des faits aux idées générales, sans perdre son point de départ. Sa parole a été vive, animée, accidentée même, comme l'est toute improvisation réelle.

M. Dalmas ne s'attendait pas, sans doute, à traiter des entozoaires; les questions qui touchent à l'histoire naturelle intéressent généralement moins que celles qui ressortent de la médecine pratique pure; néanmoins avec des connaissances peut-être complétées à la hâte, M. Dalmas a convenablement rempli le cadre qu'il s'était tracé. Ce candidat possède une élocution facile, mais il laisse tomber les finales, et, sous le poids de souffrances physiques, que trahissait son attitude, il a su encore payer honorablement son tribut au concours.

M. LEGROUX.

DES FIÈVRES ÉRUPTIVES EN GÉNÉRAL.

Cette question comprend deux ordres de faits, les faits généraux relatifs à la perturbation de toute l'économie des faits locaux qui se résument dans l'éruption.

Le candidat définit la fièvre éruptive un état fébrile au début, suivi d'une éruption, soit à la surface muqueuse, soit à la surface cutanée. L'essence de la maladie, c'est la fièvre spéciale; si le travail morbide à l'une des surfaces tégumentaires précède la fièvre, il n'y a qu'une éruption fébrile; la fièvre éruptive n'existe qu'à condition de l'antériorité de la fièvre.

Quelles sont les maladies que l'on peut regarder comme des fièvres éruptives? Ce sont les fièvres exanthémateuses, bulleuses, vésiculeuses, pustuleuses, érythémateuses; enfin, certaines fièvres accompagnées d'une éruption normale. La scarlatine, la rougeole appartiennent au type exanthémateux, ainsi que l'urticaire et l'érysipèle; cependant cette dernière espèce ne constitue pas une affection éruptive à la manière de la rougeole; il est souvent subordonné à d'autres états morbides; l'urticaire reconnait aussi quelques causes particulières, notamment certains genres d'alimentation. Au type bulleux appartient le pemphigus; au vésiculeux l'herpes, l'érizema aigu, la fièvre miliaire. A la forme pustuleuse le candidat rattache les éruptions varioliques et la morve; convient-il d'y rattacher encore la fièvre typhoïde? On sait que M. Bretonneau la considère comme une éruption intestinale, parfois avec reflets exanthématiques sur la surface cutanée; M. Legroux ne résout pas cette question; il mentionne encore les analogies que le typhus et le choléra présentent avec les fièvres éruptives; le premier, par les parotides et les diverses éruptions cutanées qui l'accompagnent fréquemment; le second, par la coloration particulière de la muqueuse digestive, et parfois par des exanthèmes secondaires; mais, en général, les affections rangées en première ligne dans le cadre nosologique sont la rougeole, la scarlatine, la variole, le vaccin et la fièvre typhoïde.

ÉTIOLOGIE. La plupart des fièvres dont il s'agit se développent sous l'influence d'un agent morbide spécifique qui donne à l'éruption son caractère; d'autres émanent d'un principe infectieux; le candidat discute et établit en passant les différences qui existent entre le principe contagieux et le principe infectieux. La variole est transmissible par contact médiat et immédiat; il n'est pas démontré que la scarlatine et la rougeole le soient par le premier mode. M. Legroux rapporte quelques expériences tentées sur ce point, notamment celles du docteur Speranga.

Quelle est l'origine du principe contagieux? Se développe-t-il spontanément? Le candidat résout cette question par la négative; il se fonde sur ce que la variole n'a pas toujours existé en Europe; elle a donc été apportée; mais il hésite à se prononcer sur l'origine de l'infection et se borne à demander si elle se rattache à la production d'un germe analogue à celui des corps organisés, et qui, fécondé par les dispositions individuelles, répéterait la même affection. Tous les âges, toutes les constitutions sont également sujets aux fièvres éruptives; toutefois elles frappent particulièrement l'enfance; on a dit qu'elles n'attaquent qu'une fois; c'est une loi qui a ses exceptions, le candidat dit connaître une personne qui est annuellement affectée d'une valitable scarlatine, suivie de desquamation. L'intoxication exanthématique peut-elle se faire durant la gestation, de l'enfant à la mère? M. Rayer le pense, et Desormeaux a mentionné des exemples de cette transmission intra-utérine. Les climats chauds, et par conséquent la saison des chaleurs en facilitent le développement. Les épidémies éruptives se déclarent généralement au printemps et sévissent dans le cours de l'été. Il est toutefois des exceptions : suivant M. Rochoux, on n'observe aux Antilles ni rougeole ni variole épidémique.

SYMPTÔMES ET MARCHE. Toutes les fièvres éruptives débutent par une perturbation générale de l'organisme; frisson, accélération circulatoire, chaleur, vomissemens, diarrhée, céphalalgie, brisure des membres, quelquefois délire et convulsions, tels sont leurs prodrômes; la gravité de ceux-ci n'est pas toujours en rapport avec celle des symptômes subséquens. L'invasion est précédée d'une incubation dont M. Legroux étend la durée possible à deux et même à trois septenaires, sans qu'il se manifeste aucune lésion appréciable. L'éruption dure de quelques heures à cinq, six jours; la confluence est caractérisée par l'influence faciale. Le candidat admet avec Sydenham que l'éruption n'est point un caractère nécessaire des fièvres éruptives, qu'elle n'en constitue qu'un élément secondaire, sauf les éventualités qu'elle apporte à la maladie par son intensité même; il est donc vrai de dire qu'il y a des varioles sans variole, des rougeoles sans rougeole, etc.; en ce sens que durant les épidémies de ces affections, il s'est présenté des cas qui en réunissaient tous les traits caractéristiques, moins l'éruption. Le candidat appelle période de transformation celle où l'exanthème diminue et pâlit, où l'éruption pustuleuse est entièrement achevée; de telle sorte que chaque pustule constitue un phlegmon avec une sphère d'inflammation; c'est alors que se déclare, par l'addition de ces inflammations circonscrites, la fièvre secondaire, dite aussi de suppuration; c'est alors aussi que le péril de la résorption purulente est imminent.

Les fièvres éruptives ont une terminaison fixe, l'efflorescence ou la dessication bientôt suivie de la desquamation. Leur durée, quant à l'éruption, est déterminée à 1, 2, 3 septenaires. La mort, quand elle en est la fatale issue, survient le plus souvent durant la période de suppuration; parfois c'est dans la première période qu'elle frappe comme par sidération.

COMPLICATIONS. Les fièvres éruptives peuvent se compliquer entre elles; l'une suspend quelquefois la marche de l'autre. Parfois elles compliquent des phlegmasies internes ou en sont compliquées. Les angines, les diphtérites, etc., sont-elle des complications? Non, toutes ces inflammations sont de même nature, et toutes ont pour caractère de passer avec une extrême facilité à la suppuration. Quand elles surviennent dans le cours de la grossesse, elles occasionnent constamment l'avortement, et sont presque toujours funestes, ainsi que dans l'état puerpéral.

ALTÉRATIONS ANATOMIQUES. Celles du sang sont notables, dès le début, le sang présente une rougeur analogue à celle de la peau dans la scarlatine; l'organisation du sang elle-même paraît modifiée; il se coagule difficilement ou forme un coagulum mou; quelquefois il a l'aspect d'une sanie violacée, de la lie de vin; le sang est privé d'une partie de sa sérosité et de ses sels; il s'imbibe avec une extrême facilité; l'idée qui rattache l'inflammation du péricarde de la variole ne lui paraît point éloignée de la vérité.

NATURE DES FIÈVRES ÉRUPTIVES. Le candidat trouve ici l'occasion de placer quelques mots sur leur histoire. Les médecins grecs ne paraissent pas les avoir bien connues; ce sont les médecins arabes qui s'en sont occupés les premiers. Elles ont toujours été considérées comme des maladies générales. C'est à tort que Pinel les a rangées parmi les phlegmasies cutanées. Broussais les reconnait comme les effets d'un agent toxique, qui agit d'abord sur la muqueuse digestive, et puis se réfléchit sur la peau; pour M. Legroux, elles sont aussi le produit d'une intoxication; leurs phénomènes, ajoute-t-il, mettent en évidence la lutte de l'organisme contre l'agent morbide spécial.

Il signale ensuite leurs accidens consécutifs, indique les bases de leur pronostic, et s'arrête à leur prophylaxie : le vaccin n'est pas un préservatif absolu, mais il est le meilleur que nous connaissions jusqu'à présent; la cautérisation, l'inoculation du virus morveux, la belladone contre la scarlatine, sont-elles d'une efficacité réelle? Doute. Quant au traitement, il ne porte point sur la fièvre éruptive elle-même, qui veut être respectée; il s'applique aux complications variables qui s'y joignent.

M. PIORRY.

DES TUBERCULES.

Les tubercules, dit M. Piorry, consistent dans une matière grisâtre, jaunâtre, d'un aspect terne, sans organisation vasculaire, d'une consistance et d'un volume variables, enkystée ou infiltrée, susceptible de passer successivement par divers degrés de cohésion. Après avoir établi qu'il sépare des tubercules proprement dits plusieurs affections de la peau qui ont été désignées sous ce nom, et avoir indiqué les caractères tirés de l'organisation qui distingue les tubercules du cancer, M. Piorry étudie d'abord les tubercules en eux-mêmes et dans quelque organe qu'on les rencontre; il indique l'aspect, la couleur, la forme, le volume, la densité, la composition chimique, la structure qu'ils présentent à l'état cru, puis à celui de premier développement, de ramollissement, de cavernes, d'induration crétacée; il recherche s'ils sont simples ou composés; s'ils se ramollissent ou non par le centre ou par la circonférence; puis il trace

l'histoire des tubercules multiples, tels que les a étudiés M. Lombard, et note leurs rapports avec les organes qui les entourent. Il mentionne l'atrophie et la destruction des vaisseaux et des organes d'alentour, les hémorragies qu'ils peuvent produire dans des cas rares par suite des lésions artérielles, etc.; il recherche s'ils peuvent se guérir par induration ou par cicatrisation, et agite la question importante de savoir si primitivement le poumon en est exclusivement le siége. Il y a des exceptions à cette règle, mais elle est vraie dans la majorité des cas. M. Piorry fait preuve ici d'une connaissance approfondie des travaux faits sur cette matière et de tout ce que la science doit aux recherches de Laënnec, Broussais, Louis, Andral, Fournet, Guersant, Roebe, etc., relativement aux phases de l'affection tuberculeuse.

Abordant ensuite l'immense série des faits qui se rattachent au siége des tubercules, M. Piorry suit, dans leur exposition, l'ordre physiologique : il mentionne d'abord les travaux concernant les appareils circulatoire et respiratoire et énumère les cas observés par MM. Trousseau, Lhéritier, Barth, cas où des tubercules ou du moins des ulcérations existaient dans le larynx sans qu'il y en eût dans les poumons; il cite un fait puisé dans son expérience personnelle et dans lequel un abcès tuberculeux du larynx vint s'ouvrir tout à coup dans la membrane synoviale située au devant du thyroïde et destinée à en faciliter les mouvemens; vient ensuite l'histoire des tubercules trouvés dans le cœur par Bayle, dans un caillot sanguin par Andral; il mentionne un abcès tuberculeux qui s'est ouvert dans le péricarde, observation qui paraît propre au candidat; une compression produite par une masse tuberculeuse sur la veine cave supérieure et produisant l'œdème de la face et des membres supérieurs. Etudiant ensuite les tubercules dans les organes gastro-intestinaux, autour du rectum, dans le mésentère, dans la rate; mentionnant l'état graisseux du foie dans la cachexie tuberculeuse, rapportant plusieurs cas de tubercules des reins, de la prostate, etc.; il regrette de ne pouvoir s'étendre davantage sur les travaux d'Odier, de Dance, de Rufz, de Constant, de Valleix, etc., surtout de Guersant, sur la méningite tuberculeuse; de Bayle, de Serres, de Velpeau et d'Olivier, sur les tubercules de la moelle. Il rappelle quelques faits relatifs aux tubercules, observés par MM. Andral, Bérard, Serres, dans les nerfs, ou autour des nerfs pneumogastriques, olfactifs, diaphragmatiques; il cite un cas qui probablement lui est propre, où des tubercules développés autour du nerf sciatique avaient déterminé sur un phthisique des douleurs névralgiques; il cite encore plusieurs cas de tubercules de l'oreille, recueillis par M. Nélaton et par M. Ménière, et voudrait pouvoir rendre compte de l'excellent travail du premier sur les tubercules des os.

M. Piorry passe ensuite à l'examen des symptômes et des signes locaux et anatomiques des tubercules considérés en général; il esquisse les phénomènes qu'ils peuvent produire soit dans les divers appareils organiques, soit dans l'état général de la constitution. Il se demande si l'état général désigné sous le nom de diathèse tuberculeuse précède, accompagne ou suit la tuberculisation, et admet que dans beaucoup de cas une prédisposition véritable existe, lors même que des signes ne révèlent pas l'existence des tubercules. La marche de ces altérations organiques est tantôt très lente, tantôt très rapide, témoin la phthisie dite aiguë. Parfois elle est latente, comme le témoigne l'exemple de cet enfant cité par Bayle qui paraissait jouir d'une bonne santé et qui, ayant succombé brusquement aux suites d'une brûlure, présenta douze tubercules suppurés dans la mésentère; tel encore le cas de ce nègre, cité par Ingrassias et Morgagni qui, sous les apparences d'une bonne santé, portait soixante tumeurs tuberculeuses pour la plupart abcédées.

Le candidat admet que les tubercules se forment souvent sur des sujets dont les parens n'ont pas été atteints d'affections du même genre; mais, en revanche, des familles entières ont été moissonnées par l'affection tuberculeuse. Il admet avec Lombard, Baudelocque et Fournet que l'habitation dans un lieu mal aéré et étroit soustrait à l'influence de la lumière, dispose à l'affection tuberculeuse ou même la produit. Il croit que dans le fait de Laënnec, où des religieuses cloîtrées devenaient phthisiques, c'était plutôt l'habitation insalubre que les passions tristes qu'il fallait accuser du développement de cette maladie. Si les relevés statistiques ont démontré que la plus grande fréquence des tubercules s'observe depuis la puberté jusqu'à 35 ans, cette proposition cesse d'être vraie relativement aux autres parties du corps, lesquels sont très communs dès le premier âge, dans le cerveau, les méninges, etc. Les climats froids favorisent au moins la production des tubercules, puisqu'il est certain que les rhumes hâtent les développemens des tubercules, et que les rhumes sont l'apanage spécial des contrées froides. La mauvaise alimentation, ainsi que les autres causes débilitantes, concourent à produire la prédisposition tuberculeuse.

Quel est le siége, quelle est la nature des tubercules? Ici M. Piorry se demande s'ils sont formés dans le tissu cellulaire, dans les cavités aréolaires ou sécrétoires des organes, dans les lymphatiques, dans les veinules. Il regrette que les limites d'une seule leçon ne lui permettent point de traiter largement cette question; il rappelle les opinions des auteurs qui les considèrent comme étant d'abord liquides ou d'abord solides, formés par de la sérosité plastique, du pus, une matière spéciale, des hydatides, etc. Il hésite à déclarer s'ils sont le résultat d'une altération primitive du sang ou d'un travail inflammatoire; celui-ci favorise à coup sûr le développement de la maladie, mais ne la détermine point, au moins dans la plupart des cas. Il rappelle ici la thèse remarquable qu'il a publiée sur ce sujet, en 1836, pour le concours de clinique, et prenant exemple des tubercules sous-cutanés dans les scrofules, il établit qu'il est des cas où ces tumeurs suivent toutes les phases, sans qu'on observe pendant leur cours de phénomènes franchement inflammatoires.

Le candidat est interrompu par l'heure au moment où il doit aborder le traitement des tubercules, traitement qui n'est point, à coup sûr, le point le plus positif de l'histoire des tubercules.

M. REQUIN.

DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE.

I. HISTORIQUE. *Première époque.* Depuis Hippocrate jusqu'au milieu du 17e siècle, les femmes en couches ont été signalées comme exposées à des fièvres graves, mais sans que ces fièvres eussent obtenu une dénomination particulière, une existence distincte dans les cadres de la pathologie : le livre des *épidémies* contient quelques faits de ce genre, mais très brièvement et très vaguement décrits; dans le traité pseudo-hippocratique sur les *maladies des femmes*, on trouve cette erreur, savoir, que les maladies sont plus dangereuses après l'avortement qu'après l'accouchement. Sennert, ce classique du 17e siècle, professe que les femmes en couche peuvent être atteintes des fièvres continues de toute espèce, mais sans mentionner aucune fièvre qui leur soit propre, sinon la fièvre de lait.

Deuxième époque. Willis nomme la fièvre puerpérale; c'était par cela même reconnaître une maladie spéciale : il met en vogue la théorie des métastases laiteuses dont Doublet, dans le siècle suivant, fut le plus chaud et le plus habile défenseur. On commence à cultiver l'anatomie pathologique; quelques faits épars révèlent les épanchemens purulens qui se forment dans le péritoine après les couches; toutefois ce point était si peu connu que l'HISTORIA ANATOMICO-MEDICA de Lieutaud (1779), ce répertoire de faits nécroscopiques, ne présente encore aucune observation de péritonite consécutive à l'accouchement.

Troisième époque. Les progrès de l'anatomie pathologique révèlent la fréquence de cette péritonite : Pinel, et d'après lui, Gardien nient les fièvres puerpérales, en tant que maladies spéciales. La péritonite et la métro-péritonite règnent dans la pyrétologie puerpérale.

Quatrième époque. C'est la nôtre. L'anatomie pathologique, encore mieux cultivée, et s'enrichissant de faits nouveaux et variés, répand par là même le doute sur l'idée exclusive de la doctrine précédente. Nulle théorie ne domine aujourd'hui relativement aux fièvres puerpérales : comment donc en parler au milieu d'un tel scepticisme? Conviendrait-il d'en tracer l'histoire sous la forme d'une synthèse dogmatique? Non; il faut, par voie d'analyse et d'induction, s'élever des faits à la théorie, puis de là procéder à l'établissement des principes pratiques qui doivent régir actuellement le diagnostic, le pronostic et le traitement.

II. FAITS CLINIQUES. Outre la fièvre de lait qui, à peu d'exceptions près, saisit toutes les nouvelles accouchées, outre les fièvres régnantes qui peuvent les atteindre comme le reste de la population, force est de reconnaître une maladie spéciale, une fièvre puerpérale proprement dite qui se manifeste en telle circonstance soit dans des cas sporadiques, soit surtout dans son développement épidémique. Cette maladie affecte deux formes quant à sa physionomie générale, la forme inflammatoire et la forme typhoïde. Les symptômes locaux sont très variables, soit d'individu à individu, soit dans le même sujet. M. Andral cite, dans sa Clinique, une femme qui offrit successivement des symptômes de métrite, de péritonite de gastro-entérite et de méningite. Les symptômes les plus constans néanmoins sont les symptômes abominaux : douleurs, météorisme, vomissemens, etc., etc. Terminaisons de la maladie : 1° guérison, 2° mort, soit dans la période aiguë et au milieu des phénomènes typhoïdes, soit plus ou moins longtemps après cette période, malgré un amendement d'une durée éphémère et par suite de désordres locaux, comme, par exemple, des abcès profonds, des adhérences intestinales.

III. FAITS NÉCROSCOPIQUES. 1° Le plus souvent, traces évidentes de péritonite. La matière de l'épanchement est d'une âcreté particulière, irrite la peau, développe des accidens graves en cas d'absorption par piqûre, par excoriation (Baudelocque, Voillemier, Ponnelé, etc.). 2° Altérations de l'utérus, avec ou sans péritonite ou autres lésions concomitantes. Sur 222 cas, M. Tonnelé n'a vu que vingt neuf fois l'utérus isolément altéré. Ces altérations utérines consistent soit dans une phlébite (Dance, Cruveilhier, etc., M. Requin annonce qu'il a lui-même observé et recueilli quelques-uns des cas relatés par Dance), soit dans l'état que Baue., Luroth et les autres Allemands nomment putrescence (métrite gangreneuse de Danyau), soit dans la présence du pus à l'intérieur des vaisseaux lymphatiques (Velpeau, Nonat, Cruveilhier). Ce dernier cas doit-il être considéré comme une lymphangite? Question problématique. 3° Lésions autres que celles du péritoine et de l'utérus; elles se présentent d'ordinaire en même temps que celles-ci, mais quelquefois aussi sans elles : pleurésie, pneumonies lobulaires, abcès articulaires et viscéraux (Dance, Cruveilhier, Ponnelé, etc.).

4° Rarement, il est vrai, mais dans des cas bien authentiques, absence complète de lésions nécroscopiques (Ponnelé, Voillemier).

Une remarque essentielle, c'est qu'à la diversité de ces faits nécroscopiques on ne peut faire exactement correspondre la diversité des expressions symptomatologiques de la maladie. Il est impossible de prévoir, à coup sûr, d'après les troubles fonctionnels qui se sont offerts à l'observation clinique, quels seront les résultats de l'inspection cadavérique.

IV. ETIOLOGIE. Il n'en est déjà plus en étiologie comme dans le domaine de l'observation symptomatologique et des recherches nécroscopiques : ce ne sont plus des faits positifs à signaler; là commencent les doutes et les conjectures; il ne s'agit plus, en effet, de noter un phénomène brut, tel qu'il tombe sous les sens : il y a là, pour l'esprit, une relation à saisir entre deux faits, entre le fait antérieur et le fait consécutif. L'accouchement ou l'avortement, voilà la condition essentielle pour le développement de la fièvre puerpérale. Mais cette fièvre se développe-t-elle par l'action d'un miasme spécifique, ou seulement par un concours complexe de circonstances morbifiques? Si la contagion était prouvée, nul doute qu'il ne fallût admettre la première hypothèse. Quoi qu'il en soit, on doit reconnaître principalement comme causes prédisposantes l'encombrement des femmes en couches, leur misère, la débilité d'origine quelconque; comme causes occasionnelles, les refroidissemens, les émotions morales, les manœuvres laborieuses, etc.

V. NATURE DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE. Attribuer, avec les anciens, la fièvre puerpérale à l'infection de l'économie par la matière lochiale, avec les médecins du siècle dernier, à la métastase laiteuse, ce sont là des hypothèses surannées. La doctrine de l'irritation locale du péritoine ou de la matrice, comme cause première de la fièvre puerpérale, n'est point en harmonie avec tous les faits positifs, soit symptomatologiques, soit nécroscopiques, précédemment passés en revue; elle ne peut subsister. La logique force d'admettre, avec Desormeaux, une fièvre puerpérale comme fièvre primitive, comme fièvre essentielle dans les cadres nosologiques; dépend-elle ou non d'une altération du sang ou de

quelque autre lésion occulte de l'organisation? Question actuellement insoluble, et qui ne peut être tranchée que par l'hypothèse. Ce genre nosologique, fièvre puerpérale, devrait ensuite être divisé en espèces, suivant les principales différences que cette maladie présente, surtout dans ses formes épidémiques.

VI. Diagnostic. Deux erreurs à éviter : 1° ne pas prendre pour fièvre de lait les commencemens d'une fièvre puerpérale, dangereuse sécurité, qui rend le praticien inactif au moment où il peut être permis de faire avorter la maladie par des secours convenables ; porter, par conséquent, une grande attention sur l'état des seins qui sont gonflés dans la fièvre de lait et qui s'affaissent en cas de fièvre puerpérale; 2° ne pas concevoir, au contraire, de fausses alarmes, en prenant pour fièvre ou péritonite puerpérale le simple rhumatisme des parois abdominales, le rhumatisme préabdominal, dont M. Requin a tracé l'histoire dans les Leçons sur le rhumatisme, et qu'il croit plus fréquent après l'accouchement qu'on ne pense communément. On a vu que le diagnostic de telle ou telle lésion anatomique, d'après les troubles fonctionnels, est incertain, à moins qu'il n'y ait des signes physiques, comme en cas d'épanchement péritonéal, porté jusqu'à produire la fluctuation, d'épanchement pleurétique, d'abcès sensible à un toucher expérimenté, etc.

VII. Pronostic. Plus fâcheux dans la fièvre puerpérale épidémique que dans les cas sporadiques; plus au commencement qu'au déclin d'une épidémie ; plus ou moins grave, d'ailleurs, selon le caractère même de la constitution épidémique, la forme typhoïde est de beaucoup plus meurtrière que la forme inflammatoire. Les abcès dans les articulations, les pneumonies lobulaires sont du plus sinistre augure. La persistance opiniâtre de la diarrhée et des vomissemens n'est guère un signe moins défavorable.

VIII. Traitement. Le candidat passe successivement en revue et soumet à une sage appréciation les saignées générales et locales, les purgatifs, dont il se montre assez zélé partisan ; les vomitifs, dont le premier emploi remonterait, à ce qu'il paraît, jusqu'à Avicenne, et, en particulier, la méthode de Doublet, les mercuriaux, si préconisés par Vandenzande, enfin le quinquina et le camphre. Voilà les moyens principaux que l'on peut employer suivant les indications, ou même par voie de tâtonnement et d'exploration thérapeutique dans les diverses épidémies. On ne doit pas négliger non plus les moyens auxiliaires, tels que bains, cataplasmes, injections, etc.

M. Requin termine sa leçon par un court résumé des principes les plus importans qu'il a émis dans le cours de cette facile improvisation.

M. CASIMIR BROUSSAIS.

DU DÉLIRE.

Le délire est une altération d'une des fonctions du cerveau, l'intelligence. Tout délirant exprime des sentimens ou des idées qui ne nous paraissent pas justifiées par des motifs suffisans. Après cette définition, le candidat expose le plan de sa leçon; puis, abordant immédiatement les détails de son sujet, il distingue le délire fébrile de celui de l'aliénation mentale, le premier étant général et passager, le second partiel et durable; cependant la nature de ces deux délires est la même, et la distinction entre l'un et l'autre impossible dans certains cas, par exemple quand l'aliénation mentale débute avec violence. Arétée avait déjà admis un délire aigu et chronique.

Prodrômes. Le délire est souvent précédé d'une irritabilité extrême des sens, d'une exagération des sensations, d'une exaltation extraordinaire des idées, accompagnée de gestes animés et d'une agitation presque convulsive. Dans d'autres cas, le délire débute brusquement et tranche avec l'état de raison précédent, tandis que dans le premier cas on ne saisit pas toujours le passage de l'un à l'autre.

Symptômes généraux. Une fois établi, le délire est tranquille ou agité, avec ou sans conscience, gai ou triste, continu ou intermittent; il roule sur différens objets : ou ce sont les sens qui en fournissent les matériaux ou le délire a rapport aux affections du malade, à ses passions, à ses souvenirs d'amitié (tel est celui des nostalgiques); dans d'autres cas, le délirant possède des facultés artistiques extraordinaires; il parle des arts, du dessin, des couleurs; ou bien il répète des nombres et résout des calculs difficiles; ou, de mauvais versificateur qu'il était dans l'état de santé, il devient poète éminent et fait des vers remarquables; ou bien encore, il parle avec une facilité prodigieuse et fait des raisonnemens fort peu raisonnables d'ailleurs. Le délire peut rouler encore sur des douleurs internes, des sensations extraordinaires dans les viscères, ou sur la satisfaction des premiers besoins. Enfin, dans certains cas, la parole même est embarrassée, et l'on ne peut découvrir le véritable sujet du délire.

M. C. Broussais parle encore du *coma vigil* et *somnolentum*, de la phrénésie et de la paraphrénésie des anciens, de la fureur, qui est la colère du délire (Esquirol), et il se contente de mentionner les phénomènes qui ont continué d'accompagner ou de suivre le délire, tels que l'agitation musculaire, la carphologie, la paralysie, le coma.

Division. Ici M. C. Broussais établit une division fondamentale dans le délire : celui qui existe avec lésion appréciable, celui qui se manifeste sans lésion appréciable.

A. *Délire avec lésion appréciable.* Dans ce cas, le délire peut dépendre de trois sortes de causes.

1° *D'une lésion du cerveau.* Ou c'est une inflammation de la substance cérébrale, grise ou blanche, ou c'est une phlegmasie des méninges. Le candidat ne place pas, avec M. Foville, l'intelligence dans la substance grise; il admet une inflammation de la périphérie du cerveau, comprenant les deux substances, et il cite M. Andral comme ayant rapporté des faits confirmatifs de cette proposition que le délire existe plutôt dans l'inflammation de la convexité du cerveau, et l'agitation dans celle de la base. Il adopte aussi les idées de MM. Parent Duchâtelet et Martinet sur la méningite de la convexité et celle de la base avec cette observation que le délire, dans le premier cas, et les convulsions, dans le second, dépendent de la congestion de la substance même du cerveau, congestion qu'entraîne nécessairement tout afflux dans la pie-mère (Broussais, Lallemand). Les lésions organiques de l'encéphale n'amènent le délire que lorsqu'elles se compliquent d'une hypérémie accidentelle.

2° *De la lésion d'un organe autre que le cerveau.* Commençant par les affections cutanées, le candidat distingue le délire passager, si fréquent au début des exanthèmes, du délire autrement grave qui survient plus tard et tient quelquefois à une résorption purulente, et il mentionne celui qui se manifeste toujours, et nécessairement dans la morve. Il rapporte au professeur du Val-de-Grâce cette remarque : que le délire de la gastrite est en général avec agitation, convulsions, et celui de l'entérite, spécialement de l'entérite folliculeuse (affection typhoïde) calme et tranquille et sans forme de *subdelirium*. Il attribue, avec Scarpa, cette facilité du délire, dans les inflammations gastro-intestinales, aux communications du grand lymphatique, par des filets nombreux, avec les racines postérieures de la moelle épinière, lesquelles présideraient à la sensibilité, malgré les faits contraires allégués dans ces derniers temps.

Rien de spécial dans le délire de la péritonite, de la métro-péritonite, de la phlébite utérine; rien non plus dans celui des maladies des reins, si ce n'est qu'il n'est constitué que par des rêvasseries dans la dernière période des néphrites albumineuses (Bright, Rayer). Le délire, si rare dans les affections pulmonaires, se montre quelquefois dans les pneumonies du sommet, cas où il est toujours grave.

A l'occasion des plaies, fractures et luxations, le candidat mentionne le délire nerveux de Dupuytren, et rapporte des exemples de malades qui marchaient, sans accuser de douleur, sur les fragmens inégaux de leurs fractures, ou s'arrachaient les intestins réduits dans des opérations de hernies étranglées. Il ne pense pas, avec M. Léveillé, que ce délire soit de même nature que le *delirium tremens*.

Passant aux fièvres intermittentes, M. C. Broussais distingue le délire léger de la période de chaleur, de celui qui survient au début, et annonce une fièvre pernicieuse dont il est souvent le seul signe.

C'est dans la même catégorie qu'il range le délire par inanition, par soustraction de sang, par hémorragie, par anémie, délire déjà noté par Hippocrate.

3° *D'une action spéciale.* Dans cette catégorie figure en première ligne le *delirium tremens* dont parle Hippocrate dans l'aphorisme si connu : *à nimio potu rigor et delirium malum.* Ici le candidat met à contribution les travaux de Sutton, Pearson, de MM. Rayer, Léveillé, Calmeil, Roesch, et ceux de M. Flourens sur l'injection du cervelet. Il dit que l'ivresse est comme le prélude du *delirium tremens*, et que le tremblement manque quelquefois dans ce dernier. Il rapproche de ce délire celui que produisent les narcotiques, l'opium, la belladone, le datura stramonium et la jusquiame, sans oublier les faits notés par MM. Bally et Trousseau sur le resserrement des pupilles dans le premier cas et sa dilatation dans les autres; et sur les démangeaisons et les éruptions cutanées qui accompagnent ces intoxications narcotiques; tandis que ces phénomènes n'existent pas dans le délire alcoolique, délire dans lequel il s'exhale d'ailleurs une odeur caractéristique. Il note aussi la longueur spéciale et le gonflement palpébral, avec cercle noirâtre autour des yeux, dans le délire par l'opium. Enfin il rappelle les expériences de M. Flourens qui ont montré dans l'empoisonnement par l'opium une injection des hémisphères, et dans celui par la belladone une injection des tubercules quadrijumeaux; ces faits, ainsi que les injections de Monro et l'existence de l'odeur alcoolique dans le cerveau de ceux qui ont succombé à l'ivresse prouvent à ses yeux que l'alcool comme les narcotiques agissent, non pas seulement sur les nerfs (Boerhaave), mais sur les vaisseaux et sont absorbés.

Le délire saturnin ne diffère pas du *delirium tremens*, suivant le candidat; il ne s'y arrête pas, non plus qu'aux délires qui résultent de l'absorption de poisons vénimeux (morsure de vipère, de tarentule, d'animal enragé), ou de miasmes, tels que ceux qui produisent le typhus, la peste, la fièvre jaune, etc.

Enfin il dit un mot du délire par résorption purulente.

Il arrive ainsi à la seconde division.

B *Délire sans lésion appréciable.* Tel est celui que déterminent les passions, l'exemple dans les cas d'épidémie (Fodéré, Ozanam), la crainte des grandes opérations (Dupuytren); la joie; puis les différentes névroses, telles surtout que la nymphomanie et l'hypocondrie.

Marche et durée. Le délire est continu ou intermittent, irrégulier ou périodique, de jour ou de nuit, etc. Il dure quelquefois fort longtemps, trente et quarante jours comme dans l'affection typhoïde et finit cependant par guérir. Ou bien il se termine par les convulsions, le coma et la mort.

Les nécroscopies montrent l'inflammation cérébrale ou des lésions d'autres organes dans presque tous les cas de la première division (A); mais on ne rencontre rien d'appréciable dans le *delirium tremens*, dans le délire nerveux et dans celui des névroses, à moins que ce délire ne se prolonge.

M. C. Broussais trouve une prédisposition au délire dans le jeune âge, le sexe féminin, la menstruation, dans l'hérédité, le tempérament ou plutôt la constitution dans laquelle les parties latérales et antérieures du cerveau sont très développées.

Au chapitre du diagnostic, le candidat cherche à rapporter les différentes formes du délire aux différentes causes qui peuvent le provoquer; suivant que l'épine est dans les sens externes, dans les viscères ou dans le cerveau, il dit que le délire aura trait soit à des sensations externes ou internes, soit à l'intelligence, aux affections ou aux instincts. C'est ainsi qu'il explique le délire dans lequel on croit voir devant soi des objets rouges ou sanglans (délire fréquent dans la fièvre inflammatoire des auteurs) par une injection de la face et des yeux en particulier; le délire dans lequel on se croit rongé par des rats (comme dans l'empoisonnement par certains narcotiques); par la démangeaison et l'éruption qui se manifestent à la peau; le délire dans lequel on croit sentir des animaux ramper dans l'intérieur du corps (comme dans l'hypocondrie) par une entérite chronique; le délire avec des idées et des gestes lubriques, par une névrose des organes génitaux ou par une inflammation du cervelet (Gall, Serres, Larrey), bien que quelques faits contraires aient été avancés.

C'est encore au diagnostic qu'il dit un mot du délire simulé. Le point important, suivant M. C. Broussais, est de distinguer le délire par affection cérébrale de toute autre; mais ce n'est que d'après un ensemble de symptômes

que l'on parvient à ce résultat. Il renvoie à ce qu'il a dit des délires par action spéciale de certaines substances pour les distinguer des autres.

Quant au pronostic, M. C. Broussais craint beaucoup le délire avec excès d'agitation, car la puissance nerveuse s'épuise et la vie manque tout à coup (Broussais); sa brusque cessation avec chute du pouls est aussi de mauvais augure (Georget).

Désirant arriver à la théorie du délire, le candidat a été fort bref à l'article du traitement, et s'est contenté de poser quelques indications principales. Avant tout traitement, dit-il, une question demande à être résolue : le délire est-il idiopathique, tient-il à une affection du cerveau, ou est-il sympathique et sous l'influence d'une cause étrangère à cet organe ? Dans le premier cas, traitez l'affection cérébrale. Chez les enfans trop souvent on croit à une inflammation cérébrale primitive; on met des sangsues à la tête, et les enfans succombent; c'est que leurs méningites ou encéphalites sont souvent consécutives à une irritation gastro-intestinale que l'on a négligée (Broussais). C'est par cette dernière qu'il faut débuter dans le traitement, sauf à s'attaquer ensuite à la tête. Le délire par hémorragie exige une position déclive (Marshall-Hall). Le *delirium tremens* se traite par l'opium (Sutton); soit par la bouche soit mieux en lavement (Dupuytren) avec 6, 15, 20, 26 gouttes de laudanum, ou avec du sulfate de morphine (Trousseau); mais on peut abuser de l'opium (Ware), et l'on pourrait essayer au début l'acétate d'ammoniaque qui fait si bien disparaître l'ivresse (Masuyer), et les saignées sont indiquées lorsqu'il existe une trop forte congestion cérébrale (Esquirol, Calmeil). Le délire, suite d'empoisonnement par les narcotiques, exige le traitement de cette intoxication; de même que celui que produisent les poisons venimeux se réduit presque au traitement de la morsure. Au délire par résorption purulente, on oppose un vésicatoire sur le lieu où existait la suppuration; et le délire par influence morale cède à des influences morales.

Théorie du délire. Avant d'arriver à sa théorie du délire, le candidat se reporte à la définition de M. Esquirol qui se rapproche beaucoup de celle de Stoll, définition qui est la suivante : fausses sensations, sans altération des organes des sensations, dépendant d'une cause interne et présentant à l'esprit des objets non existans, d'où le délire. M. Double aurait fait un pas de plus en disant que le délire provient 1° de sensations externes fausses (hallucinations), 2° ou de sensations internes fausses (hypocondrie), 3° ou d'une opération vicieuse de l'intelligence (conception délirante de M. Leuret).

Ici le candidat, invoquant les derniers travaux de l'auteur du TRAITÉ DE L'IRRITATION ET DE LA FOLIE, développe sa théorie à peu près de la manière suivante :

Le cerveau reçoit des impressions des sens externes ou des sens internes (viscères), et l'homme exprime par le langage ces impressions reçues; si cette expression est fausse, c'est-à-dire si elle ne répond pas à des impressions réelles, ou si ces impressions sont exagérées ou dénaturées, il y a délire. Ici la cause excitante, le stimulus, l'épine est dans les sens externes ou dans les sens internes (viscères). Mais dans d'autres cas, l'épine est dans le cerveau; la conscience reçoit des impressions fausses ou exagérées du cerveau lui-même en tant qu'organe des instincts, des sentimens et de l'intelligence perceptive. Ici encore, et comme dans le premier cas, la faculté de rendre ces impressions, de les exprimer par le langage, est troublée; cette faculté exprime mal, elle exprime en désordre ces impressions d'instinct, d'affection, de perception; de là le délire. Le délire, quelle que soit la cause excitante, qu'elle réside dans les sens externes, dans les sens internes (viscères) ou dans le cerveau, consiste donc essentiellement dans une *expression* vicieuse, fausse, désordonnée de sensations, de sentimens, d'affections ou de perceptions intellectuelles; c'est la *faculté d'expression* qui est altérée, non pas les moyens, les agens mécaniques, tels que la langue. Maintenant pour cette expression par le langage, ici comme dans l'état de santé et de raison, l'intelligence se sert des représentations fournies par les différens sens (Broussais). Mais si c'est l'expression par le langage, qu'y a-t-il d'étonnant de ne pas rencontrer le délire chez les enfans, avant trois ou quatre ans, c'est-à-dire avant l'époque où les mots du langage leur sont familiers ? Qu'y a-t-il d'étonnant que le délire soit facile ensuite, alors que l'enfant possesseur du langage aime à déployer cette nouvelle faculté ? Qu'y a-t-il d'étonnant que le délire manque chez les animaux ?

Mais pourquoi, si le cerveau est toujours altéré dans une de ses fonctions, ne trouve-t-on pas toujours de lésions appréciables dans cet organe, après le délire ? Parce que l'anatomie pathologique ne saisit que les altérations déjà grossières et avancées, et qu'avant ces lésions qu'elle nous étale, il s'est passé dans l'organe malade une foule de phénomènes dont il ne reste plus de trace, mais dont la raison et l'analogie nous forcent d'admettre l'existence passagère.

M. DALMAS.

DES ENTOZOAIRES SOUS LE RAPPORT PATHOLOGIQUE.

Il se rencontre au sein de nos tissus deux genres de produits morbides, les uns organisés, les autres inorganisés; les uns libres, les autres adhérens aux organes qui les présentent : les entozoaires sont des produits morbides libres, organisés, jouissant d'une vie propre; ils se distinguent des épizoaires qui vivent hors de l'homme et des entozoaires qui vivent à sa surface externe. Le candidat se croit appelé par sa question, non à élucider l'helminthologie, mais à traiter un sujet de médecine interne. Il discute avec détail les limites dans lesquelles il doit aborder l'histoire des entozoaires, et après avoir annoncé l'intention de se renfermer dans la pathologie humaine, il mentionne les vers intestinaux qui ne se rencontrent que chez les animaux; il passe ensuite aux vers douteux, c'est-à-dire ceux dont l'existence chez l'homme est l'objet d'opinions dissidentes : ce sont le strongle et le dragonneau; celui-ci paraît se rencontrer chez l'homme sous certaines latitudes; néanmoins M. Larrey ne l'a point observé en Egypte; s'il existe, il n'a jamais été bien décrit; le candidat s'appesantit longuement sur ce point.

Les entozoaires qui se développent dans l'espèce humaine, forment deux groupes : 1° les vésiculaires, vers enkystés, hydatites; 2° les helmintes proprement dits. M. Dalmas cite parmi les auteurs qui se sont le plus occupés des entozoaires sous le rapport pathologique, Bremser et Laënnec, qui a publié, en 1804, un remarquable travail sur les hydatites.

1° *Hydatites.* Il en décrit les caractères et note chez l'homme trois espèces de ces vers; celui qui s'y rencontre le plus fréquemment, c'est l'acéphalocyste; il signale la masse globuleuse, élastique, rebondie qu'il forme, le fluide qu'il renferme, etc. Il rappelle que Ruysch prenait pour des débris d'hydatites les tumeurs athéromateuses qui s'observent assez souvent dans nos tissus; il indique ensuite les phénomènes d'accroissement de ces vessies et les organes qui en contiennent le plus souvent.

2° *Helmintes.* Quatre espèces chez l'homme. Le candidat entre dans des détails assez complets sur la structure des vers de cette classe, et passe successivement en revue, quant à leurs différences anatomiques et leur fréquence dans les organes, le taenia solum, le taenia lata ou botriocéphale, l'ascaride lombricoïde et l'oxyure. Il insiste surtout sur les particularités qui distinguent le taenia solum du taenia non armé ou botriocéphale. Il mentionne l'opinion qui nie l'existence du premier de ces deux cestoïdes chez les individus de la race laponne, et celle de l'un et de l'autre chez les Suisses.

Y a-t-il des conditions qui facilitent le développement des vers ? Quant aux Hydatites, on sait qu'il est des conditions, pour ainsi dire, fixes sous l'influence desquelles ils se développent dans l'espèce bovine; mais on n'en peut dire autant de la race humaine. Il en est autrement des Helmintes, dont la génération est certainement liée à une série de circonstances que l'on peut déterminer; ainsi l'on sait que le premier âge, le sexe féminin, un régime farineux, l'inertie et en général la plupart des causes débilitantes prédisposent à l'affection vermineuse; le candidat emprunte à Bremser une observation intéressante où l'on voit tour à tour les vers intestinaux se produire et disparaître suivant le passage d'un régime succulent au régime farineux et réciproquement. Il esquisse ensuite les traits dont l'ensemble constitue l'habitude extérieure des individus affectés d'helmintiasis. Abordant ensuite la symptomatologie, le candidat retrace les accidens que les vers occasionnent dans les différens organes, les phénomènes par lesquels se traduit leur présence dans les tissus; il insiste sur les symptômes qu'elle détermine vers l'encéphale et dans le tube digestif. Au nombre de ces accidens, faut-il placer la perforation de la paroi intestinale ? La plupart des auteurs regardent cette lésion comme imaginaire, se fondant sur l'absence d'organes perforans chez les entozoaires; mais, dit M. Dalmes, ils peuvent avoir des suçoirs, et sans affirmer la réalité des perforations dues à cette cause, il penche à en admettre la possibilité.

Le diagnostic de la présence des vers dans les différens organes présente de grandes difficultés, à moins qu'ils n'existent en grand nombre, et vers la périphérie dans un viscère comme le foie où il a été plusieurs fois possible de constater l'existence de tumeurs hydatiques. Le candidat rappelle le parti que l'on peut tirer dans ce cas de la percussion ; en général le son est diminué aux points correspondans à la tumeur vésiculaire; quelquefois pourtant il est plus clair, tympanique. Le frémissement hydatique, autre signe dont on doit la connaissance à M. Briançon, peut avoir une grande valeur, s'il ne peut être aussi déterminé, comme le pense Bright, par le frottement de surfaces enflammées.

M. Dalmas termine par quelques mots sur le pronostic et sur les moyens thérapeutiques qu'il convient d'opposer à l'affection vermineuse, principalement dans le but de l'expulsion de leur cause déterminante.

VARIÉTÉS.

— TRAITÉ DE PATHOLOGIE EXTERNE ET DE MÉDECINE OPÉRATOIRE; par Aug. VIDAL (de Cassis), chirurgien de l'hôpital de Lourcine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. T. III, in-8° de 588 pages. Prix 6 fr. 50 c. Prix des t. I, II et III, 19 fr. 50 c.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

— PUISSANCE DE L'ÉLECTRICITÉ ANIMALE, ou du magnétisme vital et de ses rapports avec la physique, la physiologie et la médecine; par J. PIGEAIRE, docteur en médecine de la Faculté de Montpellier. 1 vol. in-8 de 316 pages. Prix : 5 fr.

Cet ouvrage se trouve à la librairie médicale de Germer-Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

— LEÇONS SUR LES FONCTIONS ET LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX, professées au collége de France par M. MAGENDIE; recueillies et rédigées par C. JAMES, interne des hôpitaux; revues par le professeur; 2 vol. in-8°. Prix : 11 f.

A Paris, chez Ebrard, libraire-éditeur, rue des Mathurins-St-Jacques, 24.

— DU SUICIDE, DE L'ALIÉNATION MENTALE ET DES CRIMES CONTRE LES PERSONNES, comparés dans leurs rapports réciproques; recherches sur ce premier penchant chez les habitans des campagnes; par J.-B. CAZAUVIEILH, docteur en médecine, médecin de l'hospice de Liancourt (Oise), ancien interne de l'hospice de la Salpétrière. 1 vol. in-8°. Prix : 5 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie royale de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

A cause de la table de l'année, le prochain numéro de la **GAZETTE MÉDICALE** ne paraîtra que le dimanche 29.

Le Rédacteur en chef, JULES GUÉRIN.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

N° 52. (TOME VII. — 1839.) SAMEDI 28 DÉCEMBRE 1839.

Gazette Médicale DE PARIS.

La Gazette médicale de Paris (*Gazette de santé* et *Clinique des hôpitaux* réunies) paraît tous les samedis; chaque numéro est composé de 16 pages in-4°, 32 colonnes, et qui équivaut à 6 feuilles in-8°.—Le prix de l'abonnement est, pour Paris et les Départemens, de 40 fr. par an, 20 fr. pour 6 mois, et 10 fr. pour 3 mois. Pour l'Etranger, 44 fr. Les abonnemens ne peuvent dater que du commencement d'un trimestre, 1er Janvier, 1er Avril, 1er Juillet, 1er Octobre. — On s'abonne à Paris, au bureau du Journal, rue *Neuve-Racine*, n° 16, près de l'Odéon, et dans les Départemens, chez tous les Directeurs des postes et des messageries. — On ne reçoit que les lettres affranchies.

AVIS A MM. LES SOUSCRIPTEURS.

MM. les souscripteurs dont l'abonnement expire à la fin de ce mois sont invités à le renouveler prochainement s'ils ne veulent pas éprouver d'interruption dans l'envoi du journal. Pour ne pas décompléter les collections, aucun numéro ne sera envoyé aux personnes qui n'auraient pas donné avis de leur renouvellement avant le premier janvier. On s'abonne dans les départemens chez tous les directeurs des postes et des messageries. La quittance d'abonnement sera présentée au domicile de MM. les Souscripteurs de Paris. Vu la difficulté et les frais de recouvrement des mandats de la Gazette médicale, touchés au domicile des Abonnés des départemens, ce mode de souscription ne peut avoir lieu que pour des abonnemens de six mois, de neuf mois et d'un an.

SOMMAIRE.

DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL DE LA PREMIÈRE SÉRIE DES CONFÉRENCES CLINIQUES SUR LES DIFFORMITÉS DU SYSTÈME OSSEUX, professées à l'hôpital des Enfans malades, depuis le 1er août jusqu'au 30 novembre 1839, par M. le docteur Jules Guérin.

(Suite. — Voir le numéro précédent.)

SECONDE PARTIE. — CONSULTATION.

Nous pouvons considérer de deux manières les résultats généraux fournis par la consultation : au point de vue des principes scientifiques que nous établissions à l'égard du pied-bot et du rachitisme, et que les observations individuelles venaient contrôler, infirmer ou confirmer; et au point de vue de l'histoire générale des difformités, dans laquelle nous étions obligés de faire de nouvelles excursions. Relativement au premier point de vue, voici d'abord l'indication des malades qui se sont offerts à notre observation :

Pieds-bots. Sur 32 cas de pieds-bots qui se sont présentés à la consultation, il y avait :

Feuilleton.

COUP-D'OEIL SUR LES TRAVAUX ET LES ÉVÉNEMENS DE L'ANNÉE.

Il y a dans les sciences des époques de transition qui sont dépourvues de caractères propres. Leur physionomie terne et sans accent atteste, par l'absence de tout trait marqué, un défaut d'âme et de vie. Ce n'est point le calme de la méditation, le repos qui répare les fatigues de la veille, l'immobilité du sommeil avec les reflets d'une activité suspendue; c'est, au contraire, une mobilité incessante, obéissant à mille impulsions successives, mais partielles et peu durables. On dirait un automate dont chaque passant tire un des fils à son gré, sans but déterminé, sans continuité de vue, et sans s'occuper des mouvemens que d'autres lui ont imprimés ou lui imprimeront après lui. A ces membres incessamment agités, mais froids, à ces formes déterminées, mais fixes, à ces contours arrêtés mais invariables, à tout ce corps articulé, mais non contractile, il manque du sang et des nerfs; il faudrait un Pygmalion qui, de son souffle divin, imprégnât ce tout inanimé de chaleur et de vie, et fît sortir de ces formes inertes les reliefs accentués du foyer intérieur et de l'activité centrale. Entre ces époques d'automatisme matériel et celles où les sciences sont dans toute leur virilité productive, il y en a d'intermédiaires, également dépourvues de caractères arrêtés, mais non sans vie. Celles-ci ont la même incertitude, le même défaut de traits saillans, la même mobilité et la même docilité de mouvemens aux caprices du premier venu; mais ces époques sont l'enfance d'un progrès ou au moins d'un mouvement spontané prochain. On peut voir, en effet, dans cette diversité de contractions, dans cette instantanéité d'émotions multiples, certains reliefs, certaine couleur, certaine sensibilité propre, qui en font un être personnel, le résultat d'une modification moléculaire profonde, comme tout ce qui a le caractère d'un produit de la vie, à quelque phase qu'il soit, et à quelque ordre qu'il appartienne. Car c'est là un des caractères de toute espèce vivante d'avoir, même dès ses premières phases, au milieu des manifestations communes, certaines apparences propres, qui plus tard se traduiront en caractères arrêtés et tranchés. Eh bien! notre époque médicale, mise en présence de ces deux images, semble plutôt réaliser, refléter la première que la seconde. Pour qui s'en tiendrait aux surfaces, il n'y aurait que de l'automatisme : tel était, en effet, notre sentiment à l'issue de l'an dernier. Mais en examinant longtemps et de près toutes ces oscillations, tous ces ébranlemens, qui semblent d'abord n'être que des mouvemens de jointures de cadavres, qu'on veut en vain ressusciter, on voit des fibres s'agiter, des fluides circuler, un certain frémissement, une certaine fermentation intestine, qui n'est pas encore la vie réalisée, avec tous ses attributs, mais le travail moléculaire de totalité, d'où doit naître le nouvel être scientifique. Notre époque est donc un mélange d'agitation automatique et de vie imminente, dont il doit sortir quelque chose de nouveau et de déterminé; mais dans cette formation rudimentaire, enveloppée encore de sa gangue, n'est-il pas très difficile, sinon impossible, de saisir les premiers linéamens de la vie? Oui,

2 cas d'équin simple;
4 cas d'équin composé;
1 cas d'équin au premier degré;
2 cas d'équin au deuxième degré;
3 cas d'équin au troisième degré;
3 cas de varus simple;
2 cas de varus composé;
2 cas de varus au premier degré;
3 cas de varus au deuxième degré;
1 cas d'équin varus simple;
1 cas d'équin varus composé;
4 cas de varus équin simple;
7 cas de varus équin composé;
1 cas de varus équin au premier degré;
4 cas de varus équin au deuxième degré;
8 cas de varus équin au troisième degré;
1 cas de valgus;
1 cas de valgus équin;
1 cas de talus;
4 cas de pied plat.

Cette statistique seule suffirait, messieurs, pour vous montrer que la consultation a placé sous nos yeux à peu près toutes les combinaisons possibles de formes, de complications et de degrés du pied-bot, d'un ou des deux côtés, congénitaux ou consécutifs. Chacun de ces cas, vous le savez, a été analysé dans ses plus grands détails : je vous y ai fait lire en toutes lettres les caractères généraux de la rétraction musculaire, les caractères spéciaux de cette affection dans leurs rapports avec chaque forme, chaque variété du pied-bot. Partout vous avez vu la forme si spéciale, si caractéristique du mollet, court, dur, ramassé, de consistance fibreuse, alors que la forme équin existait, seule ou combinée avec d'autres formes ; partout vous avez vu les muscles, les tendons saillans dans la direction de chacun des élémens de la difformité ; vous avez exploré et analysé avec moi chacun de ces accidens, et toujours vous avez vu, que dis-je, touché de vos propres mains les résistances musculaires et tendineuses, faisant relief et opposant résistance au redressement de chaque élément de la déformation : les jambiers antérieur et postérieur dans le renversement du pied sur sa face externe, et spécialement le postérieur dans l'adduction ; l'adducteur et le fléchisseur du gros orteil dans la courbure du bord interne et de la face plantaire du pied ; les péroniers antérieurs et latéraux dans le valgus avec abduction du pied ; les extenseurs et les fléchisseurs communs des orteils dans les pieds-bots composés ; en un mot, vous avez vu la rétraction porter successivement sur tous les muscles, suivant le degré de complication du pied-bot, depuis ses moindres nuances jusqu'à ses degrés les plus exagérés. Enfin, vous avez pu lire dans cette collection de faits matériels, les distributions si nombreuses et si variées de la rétraction musculaire, successivement dans ses phases de simple raccourcissement, de raccourcissement avec paralysie, et de paralysie complète. Toujours vous avez vu une éclatante confirmation de la théorie, ou plutôt vous avez vu la théorie elle-même se reconstituant, se complétant, se réalisant, de la manière la plus évidente, sous vos yeux. Tel est le premier fruit de la consultation en ce qui concerne le pied-bot.

Rachitisme. Vingt-trois cas de rachitisme se sont offerts à notre examen ; nous nous dispensons de vous reproduire les détails de tous ces cas, mais nous pouvons vous en rappeler les circonstances les plus générales.

La maladie s'est offerte à nous dans toutes ses phases, dans toutes ses périodes, dans tous ses degrés, comme maladie, et avec la série successive ou collective des difformités qu'elle peut engendrer. Il est inutile de nous appesantir sur les particularités qu'il nous a été donné de vérifier. Pour nous en tenir aux plus capitales, n'avez-vous pas encore présente à l'esprit cette réponse unanime des mères, à savoir, que leurs enfans avaient été sevrés à quelques semaines, et nourris avec toute espèce d'alimens ; avec du café, de la soupe, de la viande, etc. ; ou bien, ils avaient été confiés à une nourrice malade, enceinte ; ils avaient été malades, ou (le cas le plus général), pendant le temps de l'allaitement, on les avait nourris concurremment avec la nourriture des adultes, dans le but de hâter leur développement, ou de les soumettre à un mode d'alimentation moins assujétissant pour les parens. Là-dessus point d'exception. — Vous n'avez pas constaté d'une manière aussi positive l'influence des habitations malsaines, mal aérées, mal éclairées, parce qu'en effet ces influences reconnues par nous comme secondaires, comme complémentaires, ne sont pas rigoureusement nécessaires à la réalisation du rachitisme.

Que vous rappellerai-je des circonstances moins importantes de la maladie ? Que les symptômes assignés par nous, comme composant la première période du rachitisme, celle qu'on a prise pour le carreau et que l'on a confondue avec cette dernière maladie si elle existe, ont pu être mainte fois vérifiés par chacun de vous. La diarrhée, les sueurs, le malaise général, l'état fébrile, la difficulté ou l'impossibilité de marcher, composant la caractéristique de cette première période, ont été accusés par un grand nombre de personnes qui nous ont amené leurs enfans. Ensuite, les rapports de développement et de degré des difformités rachitiques ne se sont-ils pas montrés à vos yeux en conformité avec les lois que nous venions de vous faire connaître ? Quoique renfermé dans un espace de temps trop limité, notre contrôle s'est étendu jusqu'à la thérapeutique de cette maladie, et nous avons pu voir dans un assez court espace de temps que tous les malades qui avaient pu profiter de nos conseils avaient éprouvé une amélioration marquée dans leur état général et dans leurs difformités. Cette concordance de l'observation avec le dogme, du fait avec la théorie, n'était-elle pas faite pour nous encourager à suivre la voie que nous venions de nous ouvrir ?

Terminons cette seconde partie de notre revue, par quelques aperçus généraux sur les autres difformités qui se sont offertes à la consultation.

Sur les 83 sujets qui ont été examinés nous avons noté :

2 cas de torticolis musculaires anciens;
8 cas de torticolis composés aigus et chroniques;
10 cas de déviations de l'épine musculaires actives;
2 cas de déviations de l'épine musculaires passives;
2 cas de déviations rachitiques;
1 cas de déformation essentielle du thorax;
6 cas de luxations congéniales des fémur ;
23 cas de rachitisme général,
2 cas d'excurvations rachitiques de l'épine;
1 cas d'excurvation puérile;
2 cas de flexions musculaires permanentes de la cuisse;
1 cas de luxation de la rotule;
3 cas de déviation essentielle des genoux;
10 cas d'excurvations tuberculeuses de la colonne;
2 cas de coxalgie;
1 cas de rétraction rhumatismale des doigts ;

---

sans doute ; mais une observation pénétrante, un certain pressentiment de ce qui doit être, parviendront peut-être à faire ce départ. Essayons.

La pensée générale commune de notre époque, c'est que la science est en ce moment dans le provisoire ; que les grandes idées qui ont régné, grandes surtout par le mouvement qu'elles ont produit, sont épuisées jusqu'à l'écorce. Tous, jusqu'au rejeton de l'arbre qui vient de s'abattre, ne trouvent plus assez de sève dans ses racines desséchées. Parmi les hommes qui voient inoccupé l'héritage des rois de la science, quelques-uns rêvent à leur succéder ; d'autres, plus pénétrés du sens profond de l'époque, croient le moment venu de morceler ces domaines d'un seul, et de les diviser en portions plus nombreuses et plus légitimes. Parmi les premiers, dont il serait facile de pénétrer le secret orgueil dès ses premières tendances, aucun n'a ni la vigueur, ni la taille, ni les allures propres à l'omnipotence systématique. Ils croient que, comme ailleurs, la pourpre et la couronne sont tout ce qui distingue les potentats de la science des autres hommes, et ils visent à ces moyens. Candidats au trône vacant, ils s'y présentent affublés d'un des manteaux de nos vieux rois, persuadés que cette enveloppe restaurée suffira pour masquer la vulgarité de leurs mouvemens, et en imposer aux entraînemens de la foule. C'est ainsi que nous voyons s'avancer quelques prétendans au sceptre de Broussais (sceptre déjà brisé entre ses mains avant sa mort), enveloppés dans la toge d'Hippocrate, de Galien ou du grand Boërrhave. Pour parler sans figures, c'est ainsi que quelques hommes rêvent à reconstituer un dogmatisme populaire, au moyen des systèmes usés, mais revernis, du vitalisme, de l'humorisme, du chimisme ou du mécanicisme. La science en leur main, c'est l'automate calqué, moulé sur des cadavres glacés ; c'est le mouvement sans la vie, la parole sans l'idée, le sophisme sans la conviction. Efforts de pygmées qui veulent manier la massue d'Hercule ? Mais laissons à ces royautés en rêves leurs illusions peu dangereuses.

Derrière ces Hippocrates ou ces Galiens retournés, marche une autre génération sans chefs, toute jeune et incertaine encore de ses mouvemens et de son avenir. Ses instincts, nourris aux leçons des grands maîtres des sciences limitrophes, préparent sans en avoir la prétention la véritable époque de la médecine définitive. Tandis que ceux-là, par ambition ou par préjugé, ne voient la science que dans le maintien de ses unités nébuleuses, que dans la conservation, ainsi que nous le disions tout à l'heure, du domaine de ses rois ; les seconds ne craignent pas d'y porter une main révolutionnaire, et d'offrir à tout venant une portion de ces vastes et incultes apanages, à la condition de les fertiliser par leurs idées. Vous le verrez tout à l'heure, ces idées, mal dégagées encore des langes systématiques qui les ont longtemps retenues font irruption partout. Elles n'ont pas encore les formes arrêtées, les allures franches et définitives de la vie arrivée à son développement : c'est la mobilité, l'inconstance, la distraction, l'incomplet des émotions de l'enfance, mais unies à une vivacité, à une abondance, à une activité de mouvemens préliminaires d'une organisation forte, et dont les traits spécifiques peuvent déjà être aperçus dans ces fugitives manifestations. Il y a, en effet, dans les efforts partout multiples et si incessamment brisés en apparence de notre génération médicale nouvelle, quelque chose de vague dans son essence, et qui ne peut être exprimé encore que d'une manière vague. Mais si nous voulions donner au sens intime de ces tendances nouvelles, que nous sentons plutôt que nous ne le voyons, une détermination plus précise, nous dirions que la démocratie de la médecine expérimentale

4 cas de tumeurs blanches de différentes articulations;
1 cas de difformité générale par rhumatisme;
2 cas de difformité générale par affection nerveuse convulsive;

52 cas de pieds-bots dont:

4 pieds équins;
5 pieds varus;
4 pieds équins varus;
13 pieds varus équins;
2 pieds valgus;
4 pieds plats.

Le temps ne nous permet pas de nous arrêter à chacun de ces ordres de faits; nous ne dirons que quelques mots de ceux qui ne rentrent pas dans le cadre de nos expositions dogmatiques.

Et d'abord tous ces cas ont mis sous vos yeux des spécimens vivans d'un grand nombre de difformités que vous n'aviez peut-être pas encore rencontrées; ils vous ont familiarisé d'abord avec leurs appellations; ils ont placé d'avance dans vos souvenirs des images fidèles des celles dont nous aurons à nous occuper plus tard comme nous l'avons fait du pied-bot et du rachitisme. Dans cette direction vous avez même acquis presque à votre insu la première notion d'une théorie générale des difformités congéniales, dont une application particulière seulement vous avait été donnée dans le pied-bot, et que l'observation de chaque jour généralisait d'avance sous vos yeux. Si je vous avais dit en débutant et avant de vous soumettre et de vous démontrer ma doctrine du pied-bot, que cette doctrine ne s'arrêtait pas à cette difformité, mais formulait de la même manière et avec la même précision toutes les difformités articulaires congéniales, les difformités des genoux, de la hanche, les luxations du fémur, les difformités des membres supérieurs, celles des membres inférieurs, celles du thorax comme celles de l'épine, vous auriez éprouvé peut-être quelque prévention contre cette généralisation prématurée pour vous. Mais aujourd'hui que l'expérience en a fait la démonstration sous vos yeux, qu'elle vous a permis de constater directement et successivement dans leurs diverses manifestations, dans leurs diverses combinaisons les faits confirmatifs de cette doctrine, je puis vous la donner dans toute sa généralité, sauf à poursuivre et compléter plus tard la démonstration dont elle peut encore avoir besoin dans ses nombreuses applications. J'ai établi que le pied-bot est le produit de la rétraction musculaire différemment distribuée dans les muscles de la jambe et du pied, et j'ai montré l'application rigoureuse de cette formule à toutes les variétés de cette difformité; eh bien! je dis maintenant: *Toutes les difformités articulaires congéniales sont comme le pied-bot le produit de la rétraction musculaire convulsive; et les variétés de ces difformités sont le résultat des combinaisons de cette rétraction différemment distribuée dans les muscles du tronc et des membres.* Non seulement cette théorie rend un compte exact de toutes les difformités articulaires congéniales qui étaient décrites dans la science, mais elle m'en a révélé une foule d'autres qui n'avaient pas été aperçues et que je n'aurais sans doute pas vues mieux que mes prédécesseurs, si je n'avais pas été averti de leur possibilité par la connaissance générale de leur nature et de leur mécanisme. Si la rigueur que je crois avoir mise dans mes démonstrations à l'égard du pied-bot vous a entièrement convaincus, voyez-y, Messieurs, en attendant que je descende avec vous dans les détails de chaque application de la doctrine générale, voyez-y, dis-je, un motif de croyance en cette doctrine, en attendant que votre croyance puisse être convertie en conviction.

TROISIÈME PARTIE. — RÉSULTATS CLINIQUES.

Nous allons consacrer le peu de temps qui nous reste à vous rappeler les résultats obtenus chez les malades admis dans notre service.

Nous avons reçu 31 sujets sur lesquels il y avait:

1 cas de torticolis musculaire ancien;
2 cas de torticolis composés récens;
2 cas de déviation musculaire de l'épine;
1 cas de luxation congéniale double des fémurs;
1 cas de fausse ankylose du genou;
1 cas de déviation essentielle du genou;
4 cas de pieds-bots équins;
2 cas de pieds-bots varus;
10 cas de varus équin;
2 cas de valgus;
1 cas de talus;
2 cas d'affection tuberculeuse des vertèbres;
2 cas de déviation rachitique des genoux;

1 cas de difformité générale offrant:
1° déviation latérale de l'épine;
2° paralysie et atrophie d'une foule de muscles des membres;
3° sub-luxation du poignet droit;
4° flexion anguleuse du coude gauche;
5° flexion permanente des doigts;
6° luxation incomplète coxo-fémorale;
7° flexion permanente de la cuisse;
8° sub-luxations des genoux;
9° pied-bot varus équin;
10° pied-bot valgus équin, etc.

En tout 31 sujets.

Sur ce nombre, Messieurs, 14 sujets sont sortis complètement guéris:

5 sont sortis avec une grande amélioration;
1 sorti pour cause de maladie;
11 sont encore en traitement.

Les 14 sujets offraient:

3 cas de pieds-bots équins des deuxième et troisième degrés;
3 cas de pieds-bots varus au deuxième degré;
2 cas de pieds-bots équins varus;
6 cas de pieds-bots varus équins;
1 cas de pieds-bots talus;

Améliorés:

1 cas d'ankylose incomplète du genou;
2 cas d'excurvation tuberculeuse des vertèbres;
2 cas de rachitisme à la deuxième période, avec courbure des membres inférieurs.

Il y a encore dans le service:

1 cas de torticolis musculaire ancien qui touche à la guérison;
2 cas de torticolis récens composés qui touchent à la guérison;
2 cas de déviation musculaire de l'épine préparés pour l'opération;

---

coure dans tous les jeunes esprits, et prépare une révolution radicale et définitive dans cette science; je m'explique.

Lorsque Bacon crut donner aux sciences l'admirable méthode qu'il n'a fait qu'abstraire en la généralisant, des travaux de quelques savans supérieurs de son époque, il montra surtout les vices et les grands inconvéniens des *anticipations* et de *la dialectique*. Il a certainement concouru avec les grands expérimentateurs de son temps, qui n'avaient pas attendu son ORGANUM pour faire leurs découvertes, à purger les sciences physiques et mécaniques des procédés logiques dont il s'agit. Mais l'époque, d'elle-même, et comme par instinct du progrès, était en voie de cette grande révolution. Malheureusement il faut le reconnaître, la médecine, que Bacon a nommément citée parmi les sciences opprimées sous le joug des anticipations et de la dialectique, n'a pas suivi le mouvement imprimé aux sciences physiques. Ce n'est pas le lieu de dire les causes de cet état stationnaire: nous le donnons comme un fait qui sera mieux établi ailleurs. Cependant, malgré les difficultés qui ont empêché la médecine de participer à cette grande et belle restauration des sciences, elle nous semble toucher à l'époque de son affranchissement. Comme les sciences physiques, au temps de Bacon, la médecine se porte, soit d'elle-même, soit parce qu'elle se laisse de plus en plus pénétrer par les sciences constituées, soit enfin par l'impulsion et l'exemple spontanés de quelques hommes privilégiés, vers la constitution expérimentale. Avant d'entrer dans les preuves de détail, je dirai, avec tout le respect dû à l'immortel génie dont je commente la pensée, qu'il me paraît s'être trompé, lorsqu'il a cru donner au monde scientifique un instrument propre à faire découvrir la vérité dans les sciences: on n'apprend pas à découvrir, et les anciens, qui n'avaient pour découvrir que les anticipations et la dialectique, découvraient autant que les modernes; ce qui leur manquait, c'était l'art d'établir une vérité, l'art de trouver et de donner la preuve. Voilà ce que peut faire la méthode de Bacon; car l'homme a instinctivement et par inspiration la notion de la vérité, c'est-à-dire il a des idées, et tout l'avantage que les sciences modernes ont sur les anciennes se résout dans la faculté de prouver. On n'invente ni plus ni moins aujourd'hui que du temps de Démocrite ou d'Aristote; on n'a pas plus d'idées, mais on les établit mieux. Eh bien! comme les autres sciences, la médecine a eu de tout temps des idées; elle a eu, parmi beaucoup d'idées fausses, beaucoup d'idées vraies, qui n'ont pu être établies définitivement, faute de preuves. Ces idées, que Bacon appelait des anticipations, soutenues longtemps en médecine par la simple dialectique, puis par des rudimens d'observation, ces idées vraies mais non établies, je les appelle *vérités de sentiment*. Jusqu'ici il n'y a pas eu autre chose, ou à très peu d'exceptions près, en médecine. Aucun homme n'avait établi complètement et immédiatement une vérité scientifique avec les ressources logiques que Bacon a abstraites des sciences physiques, et qu'il leur a rendues en les généralisant. Les vérités médicales les mieux établies ne sont que des vérités de sentiment, sympathiques en quelque façon, converties peut-être en preuves par l'observation successive, mais non méthodiquement et rigoureusement établies. On peut dire de la médecine jusqu'ici ce que Bacon disait des sciences de son temps: « Ce qu'on a jusqu'ici *inventé* dans les sciences est presque entièrement subordonné aux notions vulgaires, ou s'en éloigne bien peu (1). » Mettez à la place d'*inventé*,

(1) NOVUM ORGANUM, lib. I, § XVIII.

1 cas de luxation congéniale des deux fémurs, dont un côté réduit (1);
1 cas de déviation essentielle du genou en voie de guérison;
1 cas de pied-bot varus équin en voie de guérison;
1 cas de pied-bot varus équin extrême amélioré;
1 cas de difformité générale dont le traitement va commencer.

Voilà le chiffre brut du mouvement de notre service et des résultats que nous avons obtenus depuis quatre mois qu'il nous a été confié. Rappelons en peu de mots les principales circonstances qui se sont offertes dans le traitement de ces 31 sujets.

Et d'abord, nous nous sommes principalement arrêtés aux difformités dont le traitement pouvait être de peu de durée, et permettre l'emploi immédiat des moyens chirurgicaux. Le nombre des lits est très restreint; il fallait des résultats prompts pour les varier autant que l'exigeait notre enseignement. De plus, nous voulions vous offrir la confirmation expérimentale de nos principes thérapeutiques. Nous nous sommes donc renfermés de préférence dans le traitement des pieds bots. Vous savez déjà le nombre de cas que nous avons eu à traiter, tous ces cas ont guéri: des trois sujets dont le traitement n'est pas terminé, deux sortiront très prochainement radicalement guéris, le troisième guérira certainement aussi, quoique le pied-bot dont il est atteint réalise l'idéal de toutes les difficultés à vaincre. Ces différens cas de pieds-bots nous ont donné l'occasion de pratiquer 54 opérations, dont

17 cas de section du tendon d'Achille;
12 cas de section du jambier antérieur;
3 cas de section du jambier postérieur;
1 cas de section de l'extenseur commun des orteils;
4 cas de section de l'extenseur propre du gros orteil;
1 cas de section du péronier antérieur;
3 cas de section du fléchisseur commun des orteils;
3 cas de section du fléchisseur propre du gros orteil;
2 cas de section de l'abducteur du gros orteil;
3 cas de section du court fléchisseur des orteils;
5 cas de section de l'aponévrose plantaire.

Total, 54 opérations.

Vous le voyez, Messieurs, nous avons fait la section des tendons de tous les muscles de la jambe et du pied, à l'exception des péroniers latéraux. Nous avions fait précédemment la section de ces derniers un grand nombre de fois, et nous aurons occasion de la répéter prochainement sur une des malades du service (2). Conformément à nos principes, nous avons attaqué chaque variété du pied-bot, et chacun des élémens de déformation qu'il renfermait, par la section du tendon du muscle tenant cette forme sous sa dépendance. Jamais nous n'avons failli à la règle, et toujours la règle a été confirmée par l'expérience; c'est-à-dire que vous avez vu successivement disparaître les différens élémens de chaque difformité au fur et à mesure des sections des tendons, et avec le concours accessoire des autres moyens. Là où mes prédécesseurs se bornaient à rétablir la *direction* normale du pied par la section du tendon d'Achille, nous avons travaillé à la restauration complète de ses *formes*, à la disparition des *courbures* de la voûte plantaire, de l'*abduction* forcée du pied, de la *courbure* sur son bord interne, de la *sub-luxation* des orteils, de la *torsion* et du *rabougrissement* du pied, tous élémens dont on méconnaissait avant nous la cause et le mécanisme de production, et dont on négligeait plus encore le traitement. Nous avons eu souvent le bonheur de voir se dissiper ces formes, ces complications du pied-bot composé, comme la direction vicieuse du pied, son extension permanente disparaissait auparavant par la section du tendon d'Achille.

Nous ne chercherons pas à déterminer la part active qu'ont eue dans la production de ces résultats les moyens auxiliaires du traitement, tels que les *manipulations*, les *bandages*, le *plâtre coulé*, ou les *machines*. Chacun de ces moyens a eu son degré d'utilité, car parmi les cas de pieds-bots que nous avons traités sous vos yeux, il n'en est peut-être pas un où ces différens moyens n'aient été associés, et n'aient rendu, chacun dans sa limite d'action, des services signalés. Vous avez vu dans plusieurs cas les manipulations, après la section des tendons, corriger presque instantanément des déformations dont les élémens actifs venaient de disparaître; nous les avons réduites à peu près comme on l'aurait fait d'une luxation ancienne. Les cas de cette catégorie constituaient, ou les pieds-bots récens, ou les pieds-bots peu prononcés. D'autres cas ont offert des résistances d'un autre ordre et à des degrés plus marqués; alors les bandages, les machines, le plâtre coulé. Les services spéciaux rendus par ce dernier moyen méritent de vous être rappelés, parce que le plâtre coulé ne peut être suppléé par rien. Quand la difformité était trop considérable; quand les résistances accessoires empêchaient la main et les machines de profiter du bénéfice de la section des tendons; quand la peau trop délicate des jeunes sujets ne pouvait presque pas supporter de pression mécanique sans souffrir, sans s'enflammer, sans menaces d'escarres; eh bien! le plâtre coulé, en distribuant des pressions égales sur tous les points du membre; en retenant et concentrant sur toute sa surface les vapeurs bienfaisantes de la peau, ramollissait les résistances et réparait les dommages causés par les machines à la trop grande susceptibilité des tégumens, et ramenait des conditions plus favorables et plus faciles à la reprise de ces dernières. Ces circonstances se sont reproduites plusieurs fois pendant le traitement des formes compliquées et extrêmes du pied-bot varus équin, chez des enfans de 2 à 4 ans.

La diversité des formes n'a pas seulement entraîné la diversité des moyens, elle a produit et expliqué tout à la fois les différences de durée et de résultats du traitement. Terme moyen, le traitement du pied-bot a demandé dans les 19 cas qui ont été traités sous vos yeux, quatre semaines environ. Les traitemens les plus courts ont été de quinze et vingt jours; les plus longs de trois mois. Mais je vous ai fait remarquer souvent qu'il existe des conditions bien déterminées qui font varier la durée du traitement. En première ligne, ce sont, non pas les degrés de la difformité, mais sa complexité et son ancienneté; ainsi les cas de pied équin simple ou presque simple (et vous savez ce que j'entends par pied-bot *simple* et pied-bot *composé*), au plus haut degré, ont cédé dans l'espace de six à sept semaines; au contraire des pieds équins composés, à un moindre degré, ont cédé plus lentement et même n'ont pas cédé rigoureusement dans tous les élémens de la déformation. Vous vous rappelez surtout les cas de pied-équin et de varus équin dans lesquels la rétraction occupait la généralité des muscles de la jambe et du pied; outre qu'elle donnait

(1) La réduction de l'autre côté a été opérée publiquement depuis.
(2) Cette opération a été pratiquée depuis avec dix autres sections de tendon le même jour chez le même sujet.

le mot *preuve*, et vous aurez l'état de la médecine, du moins dans sa grande généralité. Je dis donc, et j'en donnerai plus tard les preuves, que la médecine en était restée jusqu'ici à la promulgation des idées, idées vraies ou fausses, et que les idées vraies, non rigoureusement démontrées, n'avaient d'autre protection contre l'erreur, que le sentiment intime des bons esprits, et d'autre moyen de se maintenir que l'observation et l'expérience incomplètes, occurrentes et successives des observateurs. Eh bien! à l'heure qu'il est, il se fait dans les esprits, chez quelques hommes de la génération qui fait place à la génération nouvelle, et dans toute cette dernière, il se fait, dis-je, une révolution universelle qui tend à porter la médecine dans les voies de la preuve. En un mot, cette science commence à sentir le besoin de la stabilité, de la certitude, et ce besoin se traduit par un commencement de preuve. Elle n'a pas systématiquement les moyens de procéder de la sorte, mais elle s'y porte instinctivement comme les sciences physiques le faisaient à l'époque de la venue de Bacon. Qu'un esprit élevé, général, vienne dans cette science; sans inventer l'art d'administrer la preuve en médecine, il l'abstraira des efforts, des tendances de chacun, et il généralisera la méthode que pourront appliquer ses successeurs. C'est ce qui m'a fait dire tout à l'heure que le caractère imminent de notre époque médicale, non celui de l'année 1839, mais celui qui m'est apparu d'une manière plus sensible dans les travaux de 1839, au milieu d'anticipations et d'une dialectique qui n'ont même pas toujours les mérites des anticipations et de la dialectique dont parlait Bacon, au milieu d'idées qui sont loin de trouver un abri sous les sympathies du bon sens, ce caractère est UN COMMENCEMENT DE PREUVE. Descendons de ces généralités aux indications particulières des travaux qui nous les ont inspirées. Je le répète: ce n'est point l'histoire des vérités scientifiques de l'année que j'entreprends, mais je veux donner une simple indication des idées qui me paraissent avoir le caractère que j'ai signalé plus haut.

M. Bellingeri a fait connaître, par l'organe de M. Flourens, ses tables et lois de la fécondité des mammifères et de la proportion des sexes dans les animaux vertébrés. M. Bellingeri a repris et contrôlé les tables de la fécondité de Buffon, leur a ajouté sept élémens et a porté ses observations sur cent quatre vingt-huit espèces au lieu de soixante environ. L'auteur a étudié le fait de l'inégale fécondité des espèces établi de nouveau par lui, il a groupé autour de ce fait toutes les circonstances auxquelles il se rattache, et a cherché à mettre en relief la part que chacune y prend. Tels sont l'époque de la fécondité pour chaque sexe, la durée de la gestation, le nombre des petits pour chaque portée, le nombre annuel des portées, l'époque où la fécondation cesse pour chaque sexe, la durée de la vie de l'animal, l'époque de l'année où il entre en chaleur et celle où il met bas; le nombre et la position des mamelles; le régime ou le genre de nourriture, l'état de monogamie ou de polygamie, la patrie et l'habitation. Les sept élémens ajoutés aux tables de Buffon par M. Bellingeri sont la durée de la vie totale, l'époque de la chaleur et celle de la parturition, le nombre et la position des mamelles, la nourriture, l'état conjugal, la patrie et l'habitation. Dans ce travail l'auteur nous paraît avoir plutôt mieux posé la question, indiqué ses élémens, que de l'avoir résolue: ses observations sont encore à l'état d'aperçus; il nous paraît d'ailleurs avoir confondu certains rapports de coïncidence avec les rapports de causalité ou de conditionnalité: ainsi le nombre des mamelles peut être lié à tel ou tel degré de fécondité, mais non l'*influencer* ou être influencé par lui. C'est tout au plus un rapport de prédestination et de dépendance.

au pied des *directions* vicieuses, exagérées et résistantes, elle lui imprimait, ainsi que je l'ai déjà rappelé, des *formes* anormales multiples, des courbures, des torsions de ses faces et de ses bords, des flexions des orteils dans deux sens à la fois; d'où cette courtesse, ce rabougrissement, cet élargissement du pied si caractéristique de la véritable origine du pied-bot, et qui seule aurait pu faire dévoiler l'essence de sa cause. Eh bien! dans ces cas, nous avons obtenu des résultats plus lents et moins complets; c'est-à-dire que nous avons bien rétabli les *directions* normales, mais non toujours et complètement les *formes* normales. Toutefois, si la sévérité de nos observations nous oblige à reconnaître cette imperfection de nos résultats, il nous est permis de vous rappeler, qu'avant nous personne ne s'était préoccupé de ces accidens si variés et si multiples du pied-bot composé, et que si nos moyens n'ont pas toujours réussi à les résoudre complètement, dans toute la rigueur du mot; personne au moins n'avait encore essayé de les combattre. Vous avez vu maintes fois, et vous le verrez souvent dans l'exposé de nos recherches sur les autres difformités, que le bénéfice d'une analyse délicate et sévère n'a quelquefois que ce triste résultat, en nous révélant des élémens nouveaux du mal, de nous révéler en même temps l'impossibilité radicale de les atteindre.

J'ai encore à arrêter un instant votre attention sur les cas de torticolis ancien et récent dont le traitement a été appliqué sous vos yeux. Vous savez maintenant que ces deux phases de la difformité expriment deux états pathologiques très différens du système musculaire, lesquels appellent deux méthodes très différentes de traitement. Déjà nous avons eu l'occasion de vous faire remarquer, en analysant les différentes phases de la rétraction musculaire, que la contracture constitue un état très différent de la rétraction, et nous avons insisté sur cette distinction importante, que personne n'avait faite avant nous. Or, la contracture, tant qu'il n'y a que contracture, c'est le raccourcissement spasmodique du muscle, c'est le plissement permanent de ses fibres sans altération notable de sa texture, de manière qu'en étendant le muscle contracturé, on lui rendrait tous ses caractères normaux. La rétraction, au contraire, c'est cet état de raccourcissement produit d'abord par la contracture, mais dans lequel la texture du muscle a subi consécutivement des altérations profondes, en raison de sa tension extrême et de son immobilité prolongée, altérations qui donnent à sa texture la consistance fibreuse et graisseuse, suivant les lois que j'ai établies pour ces deux espèces de transformation. Cette distinction entre la contracture et la rétraction n'est donc pas nominale : elle est essentielle, elle exprime deux états foncièrement différens et qui appellent, vous ai-je souvent dit, deux systèmes de traitement différens. La simple contracture permet d'espérer l'allongement immédiat du muscle par les moyens propres à l'effectuer : l'extension, le massage, les frictions, etc.; tandis que la véritable rétraction, le raccourcissement avec dégénérescence fibreuse, implique l'impossibilité du retour des muscles à la longueur normale, ou l'impossibilité d'une élongation mécanique suffisante, par conséquent appelle le secours de l'instrument tranchant. Aussi les difformités récentes par contracture, les torticolis, les flexions des membres peuvent-elles être souvent traitées avec succès par les moyens mécaniques et médicaux, et les difformités anciennes par rétraction, réclament-elles de toute nécessité les moyens chirurgicaux. Nous avons appliqué cette distinction sous vos yeux au traitement du torticolis récent et ancien, et l'expérience a pleinement confirmé les prévisions de la théorie, ou plutôt, Messieurs, l'expérience avait elle-même formulé, sous mes yeux, ces distinctions toutes pratiques, avant que je m'en rendisse compte par la théorie. Parmi les moyens qui m'ont paru propres à favoriser la résolution de contracture musculaire récente, je citerai les frictions avec la pommade stibiée : l'éruption que cette pommade détermine m'a paru souvent préparer le succès de l'extension extemporanée, et dans trois cas que j'ai traités sous vos yeux par cette méthode, le redressement de la tête a paru intimement lié au développement des pustules. De simples bandes faisant contre-extension, roulées autour de la tête et attachées en sens inverse aux barres du lit, ont suffi pour maintenir le redressement produit avec la main.

Quant au cas de torticolis ancien que nous avons eu à traiter, il est arrivé à un point très voisin de la guérison la plus parfaite, et vous savez ce que nous entendons par ces mots : nous y comprenons la disparition d'un élément qui n'avait pas été signalé avant nous, de *l'inclinaison inverse de la colonne cervicale sur la colonne dorsale*, qu'il ne faut pas confondre avec la scoliose, inclinaison que nous avons non seulement trouvée chez tous nos malades, mais chez tous les sujets qui avaient déjà été traités de leur difformité, et qui étaient regardés de bonne foi comme guéris par les personnes qui avaient fait la section des muscles rétractés.

Nous n'insistons pas sur plusieurs autres opérations, telles que la section des biceps, demi-tendineux, demi-membraneux, droit interne, couturier, etc, pratiquées pour des difformités du genou et de la hanche. L'examen de ces opérations et des difformités qui les nécessitent fera partie des conférences que nous reprendrons au printemps prochain. Nous ajouterons seulement, comme renseignement statistique, que pendant les quatre mois qui se sont écoulés depuis l'ouverture du service, nous avons eu à pratiquer sous vos yeux 68 opérations de sections de tendons et de muscles, dont aucune n'a été suivie du plus petit accident, et dont toutes par conséquent sont venues démontrer, avec plus de 400 cas d'opéra. analogues, que j'ai pratiquées depuis quatre ans, la vérité de notre théorie générale des *plaies sous-cutanées*, et confirmer les avantages que nous avons attribués à cette méthode.

QUATRIÈME PARTIE. — APPLICATIONS GÉNÉRALES.

Tels sont, Messieurs, les résultats les plus généraux du triple enseignement que nous venons de résumer devant vous. Ces résultats ne vous ont été montrés jusqu'ici que dans leurs rapports avec la science des difformités et l'art de les guérir. Il me resterait à franchir le cercle dans lequel nous nous sommes circonscrit, pour vous signaler les applications qui peuvent être faites de nos études et de nos recherches, spéciales en apparence, à la science générale des maladies. Je vous l'ai dit, en effet, le jour de l'ouverture de ces conférences, il n'y a point de science spéciale, il n'y a que des hommes spéciaux. Je devrais donc, pour motiver cette opinion, vous montrer comment nos premières recherches, élevées à leur signification la plus générale, peuvent concourir à l'avancement de la médecine, comme elles ont l'espoir d'avoir servi aux progrès de la branche spéciale à laquelle elles appartiennent. Cette opinion, pour être justifiée en principe, n'aurait besoin que de vous rappeler ce que j'en dit à l'ouverture de ces conférences. Ce jour là je vous ai indiqué quelques-uns des résultats de la généralisation de nos observations les plus spéciales : nos quatre premiers mois d'étude ne peuvent

---

L'ovologie a fait quelques acquisitions importantes.

MM. Pouchet et Laurent ont proposé, l'un, de nouvelles vues sur l'organisation du vitellus des oiseaux et des mammifères; l'autre, sur l'influence de la pluralité des vitellus. M. Pouchet pense que le vitellus n'est point un fluide, mais un corps organisé, résultant de divisions subglobuleuses déformées par leur pression. Il dit avoir trouvé dans ces vésicules un fluide contenant des granules doués d'un mouvement remarquable : il a constaté le même fait chez plusieurs oiseaux et la chatte. Quant à la pluralité des vitellus dans l'œuf de certains animaux, M. Laurent pense que quand elle est insolite, elle naît d'abord de dérangemens, et quand elle existe, elle n'est pas une condition de non développement ni même une condition qui puisse favoriser le développement des monstres doubles. Les monstres doubles qu'il a rencontrés existaient dans des œufs à un seul vitellus. La nudité complète de la peau n'entraîne pas nécessairement la fusion des deux individus par le contact.

M. Coste, qui, comme on sait, applique l'étude de l'ovologie à toute la série animale, a fait quelques observations nouvelles sur les corps de Wolf. Il a été amené à les considérer comme des appareils glandulaires ou comme des organes sécrétoires, transitoires, qui, à la faveur d'un canal excréteur indépendant, versent le produit de leur sécrétion dans le cloaque transitoire, et ce dernier dans l'allantoïde. Cette vue est d'accord avec l'opinion des premiers observateurs qui appelaient ces organes *faux reins*.

M. Serres, que nous nous plaisons à regarder comme un des moteurs des tendances nouvelles, a démontré l'existence, chez le fœtus d'un appareil organique complet de respiration branchiale, dans la caduque et le chorion réunis, lesquels présentent une cavité tapissée par une double membrane perforée, un liquide renfermé dans cette cavité, et un ordre particulier de villosités vasculaires en rapport immédiat avec la cavité et ce liquide. En déterminant ainsi d'une manière plus précise l'appareil d'une fonction que ses prédécesseurs avaient mise en possession d'autres élémens, M. Serres s'est attaché à donner la véritable signification de ces derniers. Les *fissures* cervicales de l'embryon, considérées précédemment comme destinées à la respiration branchiale, lui sont étrangères : M. Serres les regarde comme des espaces intercostaux et inter-maxillaires : d'où il suit que ces fissures ne deviennent visibles et ne se forment chez les embryons qu'après l'apparition des tubercules maxillaires et costaux.

Le système nerveux a été l'objet d'études, de recherches, de découvertes même qui ne sont pas sans importance.

MM. Sommé et Ribes ont publié dans la GAZETTE MÉDICALE des travaux suivis sur l'encéphale et ses fonctions. Le grand et beau mémoire de M. Ribes, qui résume en partie les recherches auxquelles ce profond anatomiste s'est livré dans le cours de sa carrière, est remarquable par la précision des détails : il fait considérer le cerveau sous un point de vue nouveau, composé de deux séries d'organes : la première comprenant les organes des facultés intellectuelles qui n'ont point de rapport avec l'extérieur, du moins directement; la seconde consistant dans l'appareil sus-sphénoïdal et comprenant les organes de la seconde série, lesquels sont le point de départ ou d'insertion de tous les nerfs, et sont le rendez-vous commun des sensations. Il faut voir avec quelle précision et quelle exactitude anatomique M. Ribes établit cette thèse.

Un autre travail plus récent sur le cerveau et ses enveloppes nous a paru mériter de fixer l'attention. Pour M. Foville les bosses constantes du crâne ac-

avoir accru de beaucoup la somme de ces applications; cependant je vais essayer de vous montrer dans l'histoire du pied-bot et du rachitisme, et dans les applications pratiques auxquelles nous nous sommes livrés, les points par lesquels ces études et ces applications peuvent éclairer la science et l'art en général.

Vous le savez, Messieurs, plusieurs fois dans le cours de ces conférences, je vous ai rappelé la loi que j'ai établie, de la corrélation des causes essentielles des difformités avec les déformations qui les traduisent, et *vice versâ*; cette loi pose en principe que :

Les causes essentielles des difformités possèdent une telle spécificité d'action à l'égard des déformations auxquelles elles donnent naissance, qu'on peut en général, par la difformité, diagnostiquer la cause, et par la cause déterminer la difformité (1).

Cette loi, je l'ai appliquée à la détermination du pied-bot et du rachitisme. Elle a trouvé, si je ne me trompe, dans ces deux applications une confirmation complète. La rétraction musculaire peut être lue dans chacun des caractères généraux et spéciaux du pied-bot; partout elle s'y révèle par les rapports intimes de chacun de ses élémens avec les élémens de la difformité qu'ils engendrent. On peut donc dire que la cause essentielle du pied-bot est matériellement imprimée et spécifiquement empreinte dans chacun de ses produits, et l'on peut ajouter que chacun de ses produits révèle toute la spécificité de son origine. Il en est de même du rachitisme. Il est inutile de vous rappeler ces rapports si nombreux, si intimes, si complexes, et pourtant si bien accusés de la maladie rachitique, avec les déformations du squelette qu'elle entraîne. Vous avez vu d'abord que toutes ces déformations ont des rapports généraux communs avec la maladie; vous avez vu ensuite que partout, dans toutes les parties du squelette, ce sont toujours les mêmes points des os qui sont courbés, violentés; que ces points d'élection de la déformation ont leur raison nécessaire dans le mode d'action de la maladie sur certains points du tissu osseux; que la forme, l'étendue, le siége, le genre de la déformation sont intimement liés, non seulement avec la nature de la maladie, mais encore avec chacun des élémens de causalité secondaire et immédiate qui complètent son action en lui servant d'intermédiaire; en sorte que la déformation rachitique est non seulement la traduction générale de la maladie, mais la traduction simultanée et collective de tous les élémens de causalité secondaire dont elle est environnée. Voilà, si je ne me trompe, la vérification et la signification pratique d'un principe de la pathologie générale des difformités. Jusqu'à ce que les applications et les vérifications de ce principe eussent été réalisées, je me suis abstenu d'en montrer la signification la plus générale; cependant, que ce principe de la spécificité des effets, subordonné à la spécificité des causes, est loin de se circonscrire dans le champ où il est né! Cette loi de corrélation nécessaire, expérimentale, des causes avec les effets, et des effets avec les causes, est applicable à toutes les maladies. Le pied-bot et le rachitisme sont deux maladies, aux mêmes titres que toutes celles qui occupent le cadre nosologique; avec cette différence que la science saura désormais à quelles formes précises, à quels phénomènes distincts, c'est-à-dire à quels effets déterminés elle réservera la dénomination de pied-bot, et à quel phénomène primitif elle rapportera cette collection si variée de phénomènes secondaires, constituant les variétés de la difformité; finalement, avec cette différence qu'elle ne confondra plus le pied-bot avec d'autres difformités du pied, d'origine différente, comme elle ne confondra plus toutes les déviations de l'épine, toutes les difformités du thorax, les altérations tuberculeuses des vertèbres, les manifestations diverses des scrofules, et enfin les différentes espèces d'ostéomalacies avec le véritable rachitisme. Le pied-bot et le rachitisme, comme nous les avons spécifiés, sont deux états morbides définitivement déterminés, et ils sont, en tant que manifestations morbides, analogues à toutes les maladies possibles par leurs caractères, par leurs variétés, par leurs différens ordres de causes, par les différens modes d'association de ces divers élémens, en un mot, par toutes les conditions d'existence et de manifestation, de manière qu'on peut appliquer à chacune d'elles le bénéfice des méthodes de détermination plus sévères et plus fructueuses que nous avons essayé d'appliquer au pied-bot et au rachitisme. La seule différence qu'il y ait, c'est que, d'un côté, les faits sont plus matériels, plus fixes dans chacun de leurs élémens, et plus distincts dans chacune de leurs combinaisons; enfin, ils sont plus saisissables, mieux analysables; de l'autre côté, c'est-à-dire du côté des maladies ordinaires, les faits ont des élémens plus complexes, plus mobiles, moins matériels, moins distincts et par conséquent beaucoup plus difficiles à déterminer. Toutefois, ces différences ne portent pas sur le fond, elles ne constatent qu'un fait, la moins grande fixité, la moins grande matérialité des phénomènes et, par conséquent, une plus grande difficulté d'observation et de détermination; mais cette difficulté n'implique nullement l'impossibilité d'étendre à toutes les maladies les avantages qui pourraient résulter des procédés logiques, employés avec succès dans l'étude du pied-bot et du rachitisme. Nous nous bornons aujourd'hui à ces simples indications, présentées plutôt comme des espérances que comme des résultats. Quand les esprits seront bien pénétrés du sens général de nos travaux, peut-être suivront-ils nos erremens, peut-être chercheront-ils dans la foule des maladies désignées sous les noms vagues et collectifs de *pneumonies*, de *gastrites*, de *fièvres graves*, de *méningites*, d'*encéphalites*, etc., des espèces morbides mieux déterminées; peut-être chercheront-ils à débrouiller ce chaos d'oppositions, empiriquement confondues sous des dénominations arbitraires, et à faire le départ des affinités et des différences réelles, en un mot, à leur appliquer notre loi de subordination nécessaire des formes déterminées des effets, à la nature essentielle des causes.

La conséquence de ces principes scientifiques pour l'art, c'est que lorsque les causes essentielles des maladies seront mises en présence de leur caractéristique propre, et réciproquement lorsque la caractéristique propre de chaque maladie sera rigoureusement rapportée à sa cause essentielle, le traitement des maladies ne sera qu'un corollaire toujours facile, du moins quant à la distribution méthodique des moyens, laquelle ressortira presque d'elle-même de la véritable notion scientifique de la maladie. Or que sera-ce, sinon une application de ce que nous avons fait pour le traitement du pied-bot et du rachitisme. Pour cela, je le répète, on devra parvenir à dégager les véritables espèces morbides des assemblages hétérogènes où leur physionomie propre est complètement défigurée, et on n'y parviendra qu'en leur appliquant la loi de corrélation des causes essentielles avec leurs effets propres.

Voilà, Messieurs, le sens spécial et général de la première série de nos conférences. Ai-je besoin d'insister pour en faire ressortir le caractère

(1) Rapport sur le concours pour le grand prix de chirurgie de l'Académie des sciences, pag. 47, 1837.

---

couplées par paires répondent aux régions correspondantes des ventricules. Nous sommes peut-être à même de fournir de nouvelles preuves à cette doctrine, et de donner la raison mécanique de cette correspondance. M. Foville a encore établi que les parties fibreuses du cerveau sont conductrices les unes du dehors au dedans, les autres du dedans au dehors, afférentes et efférentes; les premières s'insérant à la circonférence de la substance grise des circonvolutions, les autres à la face interne adhérente de cette même substance. Cette substance grise serait pour M. Foville, la trame qui fournirait et recevrait à la fois les deux ordres de parties fibreuses, et serait le substratum matériel par lequel la volonté dirige les mouvemens du corps.

MM. Longet et Magendie ont établi un fait d'une grande importance et qui jette un jour nouveau sur la distinction des deux ordres de racines nerveuses. La racine antérieure d'une paire rachidienne emprunterait sa propriété de sentir non à ses connexions avec le faisceau antéro-latéral de la moelle, mais à son union, au niveau du ganglion spinal, avec la racine postérieure correspondante. Ce résultat est l'analogue de celui trouvé par Eschricht et Lund, quand ces anatomistes montrèrent que le facial n'est sensible qu'à cause de l'influence exercée sur lui par le nerf trijumeau. L'expérience de M. Longet, qui consiste à pincer le bout ganglionnaire de la racine antérieure séparé du bout spinal, et la conclusion de ce jeune anatomiste sont en effet la manière de procéder et de conclure d'Eschricht et Lund. M. Magendie a confirmé le résultat par une expérience ingénieuse, qui aurait une grande valeur si elle avait précédé celle de M. Longet.

M. Bouillaud a cherché à établir que le principe législateur de la parole réside dans les lobes antérieurs du cerveau : c'est la seconde fois que cet habile professeur essaie inutilement d'établir cette doctrine : nous ne pensons pas qu'il y réussisse mieux une troisième. Ici la preuve n'a pas seulement manqué, mais (la faute n'en est pas à M. Bouillaud) elle n'était pas possible.

Le rappel d'une discussion solennelle, longue, brillante, approfondie, terminera ce que nous avons à consigner ici des études de l'année sur le système nerveux. L'Académie, c'est-à-dire les hommes de science qu'elle renferme, ont accumulé sur la question des deux ordres de racines des nerfs spinaux toutes les preuves qu'un seul homme aurait dû donner, si l'art de la preuve était établi en médecine. A ce défaut, nous avons vu chacun apporter son idée, son aperçu, son observation, son expérience, le tout par fragmens isolés, mais le tout constituant ou pouvant constituer la série démonstrative, c'est-à-dire la chaîne des preuves conduisant de l'une à l'autre et liant, sans interruption aucune l'effet à la cause. La science a pu tirer un profit réel de cette discussion.

Poursuivant ses recherches d'anatomie de texture, M. Flourens a établi que la structure des membranes muqueuses gastrique et intestinale a la plus grande analogie avec la peau. Entre autres faits, il a démontré qu'elles ont un épiderme, un corps muqueux et un derme, c'est-à-dire que, soumises comme la peau à l'action incessante des corps extérieurs, les muqueuses sont recouvertes comme elle de deux couches superposées et protectrices.

Les organes et les fonctions respiratoires et circulatoires ont acquis de nouvelles et importantes données.

MM. Duvernoy et Bazin, chacun de leur côté et par des moyens différens, ont concouru à rétablir l'opinion de Reisseissen sur la structure des poumons. Ce dernier surtout a administré un commencement de preuve expérimentale.

d'unité et de continuité; n'avons-nous pas suffisamment indiqué les rapports que doivent avoir ces premiers essais avec la suite de notre enseignement? N'avons-nous pas vu à chaque pas que ce que nous vous disions de la difformité analysée dans le pied-bot, de la maladie étudiée dans le rachitisme, ne sont que des applications de vues et de principes qui domineront toute l'histoire des difformités, et ne constituent en quelque façon que l'ébauche et le point de départ de nos travaux ultérieurs? Enfin n'avons-nous pas eu soin de vous faire remarquer à chaque instant les rapports généraux que présente l'étude des difformités avec l'étude générale des maladies? Certes je n'ai pas la prétention, Messieurs, d'avoir en aussi peu de temps rempli toutes mes promesses; d'avoir justifié toutes mes prévisions; la carrière est à peine ouverte; il me suffit de vous en avoir montré la direction et l'issue lointaine; toutes mes prétentions ne vont pas au-delà! Heureux si j'ai pu vous faire entrevoir ce qui pourra résulter de l'ensemble de nos recherches pour l'avenir de la science; heureux si je suis parvenu à vous faire espérer avec moi, que la jeune et intéressante branche à laquelle nous nous sommes voué, réflétera un jour quelque lumière sur l'antique édifice de notre belle médecine!

HYGIÈNE PÉNITENTIAIRE.

INFLUENCE DU RÉGIME CELLULAIRE SUR LE PHYSIQUE ET LE MORAL DES DÉTENUS.

M. Charles Lucas qui avait fait dans le cours d'avril 1839 une communication (1) à l'académie des sciences morales et politiques, sur l'influence que le régime cellulaire avait exercée sur les détenus cellulés dans les maisons centrales soumises à son inspection de 1838, vient de faire à la même académie, séance du 15 décembre, une communication non moins importante sur les résultats du régime cellulaire dans le pénitencier de Philadelphie pendant le cours de l'année 1837. Ces résultats sont constatés par le treizième rapport de la société de Boston. Nous ne nous arrêterons pas ici à la partie de ce document, qui révèle les échecs du système pensylvanien sous le rapport de l'accroissement des *crimes* et des *récidives*, des *dépenses*, et enfin de *l'instruction morale et religieuse*; nous nous en tiendrons à ce qui concerne les cas de mortalité et de démence. La mortalité n'a été à Auburn que de 19 sur 678 détenus, et dans le pénitencier de Philadelphie, de 17 sur 387 détenus. On voit d'après le rapport du médecin, que sur ces 17 détenus, 9 étaient en bonne santé à l'époque de leur entrée; on voit encore que sur ces 17 décédés, douze ont été enlevés par des lésions du poumon.

Après avoir publié deux tableaux, l'un comprenant le nombre annuel des décès dans les pénitenciers américains, de 1828 à 1837, et l'autre indiquant pour les trois années 1835, 1836 et 1837 la nature de la maladie ayant occasionné les décès, le rapport de la société de Boston ajoute: « Ces tableaux montreront que non-seulement le nombre des décès est plus considérable dans le nouveau pénitencier de Philadelphie, que dans les autres pénitenciers américains; mais encore qu'on y meurt plus fréquemment qu'ailleurs de phthisie et de maladies pulmonaires. »

Quant à l'influence du pénitencier de Philadelphie sur les *facultés mentales*: « Il y a, dit le rapport de la société de Boston, un tableau dressé par le médecin, qui n'a pas été publié et qui contient d'importans renseignemens. » Ce rapport est relatif à l'influence du vice *solitaire* sur la mortalité et la démence. C'est à ce vice solitaire que le médecin impute *quatorze cas de démence* survenus dans le cours de l'année 1837, pendant qu'il ne s'en est pas produit *un seul* dans le pénitencier d'Auburn. Le rapport des inspecteurs ajoute: « Dans *douze de ces cas*, il y a eu *guérison complète*; quant aux deux derniers, dans l'un, il y a eu soulagement, dans l'autre la maladie est restée stationnaire. »

« Ce rapport des inspecteurs, dit la société de Boston, est tellement extraordinaire en tout ce qui concerne la démence, les causes et la guérison de cette maladie, et aussi dans tout ce qui est relatif aux lésions du poumon ayaot entraîné la mort, que nous avons adressé la lettre suivante à M. le docteur Woodward, médecin de l'hôpital des aliénés à Worcester, au docteur Bell, médecin de l'hôpital des aliénés à Charlestown, et au docteur Bockwell, médecin des aliénés à Brattleboro. »

Cette lettre soumet principalement à ces médecins les questions de savoir:

1° Si la privation de l'air pur et frais qu'on aspire sous le soleil ne devait pas déterminer à la longue, dans le cellulage continu, des lésions organiques incurables.

2° Si l'habitation prolongée dans une cellule solitaire pouvait avoir pour effet assez fréquent de déterminer le vice solitaire; si le désordre que ce funeste vice pouvait particulièrement porter dans les facultés mentales devait être la démence, et si la démence une fois déclarée, pouvait être d'une guérison facile.

Sur la première question, M. Woodward répond que dans les prisons et les hospices d'aliénés la phthysie et le marasme sont les deux cas les plus fréquens de mortalité. Il ne prétend pas énumérer toutes les causes fort nombreuses qui tendent à produire ce résultat; mais il n'hésite pas à ranger au nombre de ces causes un air vicié, un exercice insuffisant, et cet abrutissement, cette prostration morale qui naît d'un emprisonnement solitaire.

M. le docteur Bell déclare qu'il n'a pas fait de recherches sur la mortalité dans les prisons; mais que la proportion des cas de lésions du poumon ayant entraîné la mort serait énorme dans tout autre établissement.

M. le docteur Bockwell pense que la proportion si élevée de cette maladie dans le pénitencier de Philadelphie doit avoir sa véritable cause dans le changement d'atmosphère qu'ont dû subir les détenus; c'est en effet au changement d'atmosphère qu'une opinion presque unanime attribue les affections pulmonaires. Des auteurs citent des cas où des individus renfermés dans des cellules pendant plusieurs années ont été subitement atteints d'affections pulmonaires mortelles pour avoir été exposés au grand air; à plus forte raison peut-on admettre que, dans le changement inverse, le passage d'un air pur et frais à l'air qu'on respire en cellule ait pu produire des maladies mortelles.

(1) Cette communication a été publiée dans la REVUE DE LÉGISLATION ET DE JURISPRUDENCE d'avril 1829.

En injectant séparément et jusqu'à rupture les ramuscules bronchiques contigus d'un même lobule, il a pu montrer tout à la fois leur indépendance, leur cloisonnement et leur terminaison en cœcums.

M. Poiseuille a constaté un résultat curieux de l'influence du froid sur la circulation capillaire. En mettant des morceaux de glace dans une auge où se trouvait un têtard de grenouille, la circulation dans les capillaires devint de plus en plus lente. Par un séjour plus long dans l'eau à une température de 1 à 2 degrés, la circulation cessa dans le plus grand nombre des capillaires. Il continua cette basse température par l'addition d'une nouvelle quantité de glace, et le mouvement des globules sanguins se ranima. Après trois quarts d'heure la circulation se rétablit à quelques degrés au-dessus de zéro, aussi rapide que dans l'atmosphère, et les vaisseaux capillaires ont en même temps triplé de volume. D'où l'auteur conclut, d'une manière peut être anticipée, que les parties soumises à l'air à une température moyenne, moindre que celle du corps, ont leurs vaisseaux capillaires d'un volume plus considérable que les autres parties de la peau.

MM. Sarrus et Rameaux ont cru voir que les nombres moyens de pulsations varient avec la taille, de manière que les pulsations diminuent à mesure que la taille augmente, et réciproquement. Il ne s'agit pour eux que de l'animal moyen; leur formule n'est jamais applicable à l'individu pris isolément et comparé à un individu de la même espèce. Nous regrettons de le dire, MM. Sarrus et Rameaux, qui avaient soumis leur observation à l'Académie de médecine, n'y ont pas été accueillis comme ils devaient l'être; ils se sont reportés avec raison vers l'Académie des sciences.

Un des moyens de procéder rigoureusement, c'est-à-dire d'arriver à la preuve, c'est, quand il s'agit de constater et d'aprécier certains phénomènes morbides, d'établir d'abord la normalité et ses conditions physiologiques de variation. Guidé sans doute par ce principe, M. Guy de Londres a établi d'une manière précise le fait de la variabilité normale du pouls et il a cherché à fixer les conditions de cette variabilité. Il a vu ce que l'observation vulgaire, mais vague, avait déjà aperçu, que le pouls change dans les différentes conditions d'âge, de sexe, par les changemens de posture, debout, assis, couché, et aux différentes époques de la journée. L'énoncé des résultats obtenus par ce médecin nous entraînerait trop loin. Ajoutons, comme complément, que M. Dubois d'Amiens a indiqué l'application du métronome à l'exploration du pouls; moyen qui, s'il ne donne pas les variations immédiates de succession et de continuité, précise au moins la mesure du rhythme régulièrement espacé.

Dans une ligne de faits un peu différente, M. Allison a constaté ou plutôt a mis hors de doute l'existence d'un pouls veineux. A l'aide d'expériences variées, il a démontré que les veines caves près du cœur, et les veines pulmonaires, présentent des battemens dans quatre classes d'animaux vertébrés. Ces battemens s'observent encore après la mort, même quand ces vaisseaux sont détachés du cœur et des parties voisines.

La forme des globules du sang a été l'objet d'observations nouvelles. M. Schultz, dont nous avons exposé les vues originales sur la série des phases de la vie globulaire (globules jeunes, adultes, vieux), a constaté chez l'éléphant que les globules ou vésicules du sang diffèrent plus entre eux que chez les autres mammifères observés jusqu'alors. Cet ingénieux physiologiste attribue cette différence à la présence simultanée des vésicules jeunes, adultes, vieilles, les unes globuleuses, aplaties, d'autres pliées irrégulièrement, d'autres sem-

Sur la seconde question précédemment posée, M. Woodward répond :

« En ce qui touche la démence, il y a erreur dans le rapport des inspecteurs, à moins qu'on ne donne à ce mot un sens tout différent de sa signification habituelle. Que s'il n'y a pas erreur, les cas de démence (1) sont hors de toute proportion pour une prison ; et les cas de guérison également hors de toute proportion avec le nombre de celles qu'on obtient dans les meilleurs hospices d'aliénés : que pendant les six années qu'il a été médecin en chef du pénitencier du Connecticut, il n'y a pas eu un seul cas de démence.

« Cet état des facultés mentales, dit-il, que ce soit la démence proprement dite, ou quelque chose d'analogue, est, que je sache, une des *particularités* du pénitencier de Philadelphie (2). Il est surprenant, ajoute-t-il, que ces individus tombés en démence aient été guéris dans une proportion qui surpasse tous les résultats obtenus dans les cas d'aliénation récente. Il y a dans cette partie du rapport un mystère qui a besoin d'être dévoilé ; ou bien il faut dire que, dans le système dont il s'agit, la raison se perd par suite du seul défaut d'activité, et qu'une fois le détenu sorti de la cellule et placé dans l'hôpital, elle se relève d'elle-même. »

M. Bokwell répond que le chiffre disproportionné des cas de démence, dont parle le rapport sur le pénitencier de Philadelphie, est le résultat inévitable de l'emprisonnement cellulaire. M. Rokwell ne peut expliquer le nombre de guérisons dont parle le rapport. Il demande avec instance la publication de ce moyen curatif qui a jusqu'ici fait défaut à la science; lors même que la guérison aurait eu lieu, il faudrait toujours s'attendre à une rechûte, du moment où le malade aurait été replacé dans la cellule, surtout dans les cas de démence : car, si d'un côté l'isolement aboutit trop souvent au vice funeste dont il s'agit, et ce vice à la démence, d'un autre côté les individus tombés en démence sont naturellement disposés à se livrer à cette habitude vicieuse.

M. le docteur Bell déclare que depuis qu'il dirige l'établissement d'aliénés confié à ses soins, son attention s'est portée sur cette triste habitude, devenue pour lui l'objet d'un intérêt plein de mélancolie.

« L'opinion généralement répandue parmi les praticiens, dit-il, est complètement erronée, du moins autant que j'ai pu m'en convaincre par mes propres observations, en ce qui concerne la débilité, la consomption, les désordres dans l'appareil des fonctions digestives, attribués au vice dont il s'agit. Ces signes comparativement aux autres ne se sont manifestés que faiblement, soit chez les individus qu'on traite à l'hospice, soit chez ceux que j'ai pu étudier dans ma pratique générale : c'est le système *nerveux*, c'est le sens moral, c'est *l'énergie*, c'est l'*homme* considéré comme être sociable, qui ont porté tout le poids de la maladie. La faculté de raisonner est restée intacte, comparativement aux autres facultés que je viens d'énumérer. Dans plusieurs des cas les plus épouvantables soumis à mon observation, l'intelligence a *peu souffert* ; il n'y a que rarement, souvent même point d'hallucination permanente. Les malades peuvent lire, écrire, causer, comme d'autres hommes; mais sauf des exceptions peu nombreuses, ils sont affectés d'une aliénation qui tient essentiellement au moral; d'une grande irritabilité de tempérament ; ils ont des colères soudaines et pleines d'acrimonie, de brusques emportemens : les notions du bien et du mal sont chez eux profondément altérées, et ils sont insensibles au traitement le plus charitable et le plus fraternel. »

Tels sont les principaux caractères du triste genre d'aliénation mentale auquel le vice dont il s'agit donne naissance. Quant à la possibilité de la guérir, mes observations particulières coïncident avec celles recueillies dans plusieurs hospices d'aliénés, tant en Europe qu'en Amérique. Il en résulte qu'aucun genre d'aliénation n'est plus rebelle aux efforts de la science, à l'exception toutefois de l'idiotisme congénial et de la démence sénile. Dans un petit nombre de cas et sans qu'il y ait une bien grande certitude à cet égard, une surveillance exercée sans relâche, un exercice régulier et fatigant, des appels bien entendus faits au sens moral, quand il n'est pas tombé trop bas, ont eu des succès; mais ce ne sont là que des exceptions à la règle générale.

L'expérience des moyens mécaniques n'ayant abouti qu'à démontrer à M. le docteur Bell la force indomptable d'un penchant vicieux, qui surmonte tous les obstacles matériels : « Je déclare, dit-il, qu'il n'y a point de guérison possible en dehors d'une surveillance active, continuelle, se prolongeant la nuit comme le jour; » « Aussi, ajoute-il, il s'agirait de savoir si, rassemblant en commun un certain nombre d'individus livrés à ce vice et disséminés dans un hôpital, on ne pourrait pas organiser un système de surveillance qui s'appliquerait à tous à la fois et deviendrait beaucoup moins dispendieux. »

« Cette indication d'un mode de traitement qui consiste à ne jamais abandonner un seul instant le malade à lui-même, m'amène naturellement à répondre à la question des effets que peut avoir un emprisonnement solitaire prolongé, en ce qui touche le vice dont il s'agit et la démence qui en est la conséquence. Rien, selon moi, ne peut plus naturellement le produire et le perpétuer, que la facilité qu'a la victime d'être isolée; c'est le vice *solitaire* par excellence, ainsi qu'il a été nommé depuis longtemps, et selon moi on trouverait une preuve irrécusable de cette vérité dans ce fait que, dans ce seul établissement de Philadelphie (de moins de 400 détenus), et dans *une seule année*, ce vice a déterminé *quatorze cas de démence*. Quelle ne doit pas être l'effrayante étendue de ses ravages, si quatorze individus en ont subi l'effet le plus rare, en comparaison de ses effets accoutumés! »

Pour éviter tout rapprochement erroné, nous devons dire, en terminant, que M. Lucas a démontré que sous tous les rapports, on ne pouvait comparer *l'Amerique qu'à elle-même*; et, par exemple, en ce qui concerne la question sanitaire. Comment comparer, a-t-il dit, les résultats *du régime sanitaire*, quand le régime alimentaire, par exemple, qui se borne dans les maisons centrales de France à une ration d'une livre et demie de pain, d'une soupe et d'une pitance de légumes chaque jour et de quatre onces de viande par semaine, consiste à Philadelphie dans la distribution journalière à chaque détenu, *du café le matin, d'une livre*

(1) On lit dans l'ouvrage de M. Ramon de la Sagra, membre correspondant de l'Académie des sciences morales et politiques, qui a visité récemment les pénitenciers américains : « En 1835, dans la célèbre maison pénitentiaire de Philadelphie, on a constaté 14 cas de démence, provenant sans aucun doute de l'influence funeste de ce régime.

(2) Le rapport de la Société de Boston constate, en effet, qu'à Auburn il n'y a pas eu un seul cas de démence ou d'aliénation pendant le cours de l'année 1837.

---

lonaires, elliptiques : ces particularités sont pour l'auteur l'indice des métamorphoses par lesquelles passent les corpuscules du chyle et les globules du sang. L'observation multiple et variée de M. Schultz, si elle est exacte, ôte singulièrement de prix à celle des micrographes qui n'observent, comme M. Mandl, les globules du sang qu'au point de vue absolu. Mentionnons toutefois que ce médecin a constaté des globules de forme elliptique dans le sang des chameaux à deux bosses. M. Schultz, répétant l'observation de M. Mandl, trouverait peut-être, à côté des globules elliptiques, des globules arrondis ou déformés suivant leur âge et leur degré de développement.

Un physiologiste, dont les recherches nous paraissent empreintes d'un cachet d'utilité plus réelle, M. Denis, de Commercy, a ajouté à ses observations de l'année dernière, sur le sang, cette observation, à savoir : que la fibrine peut être convertie en albumine. Cette conversion serait opérée par le simple contact prolongé de la fibrine avec l'eau chargée des sels que l'analyse chimique indique dans le sérum du sang, observation ingénieuse, qui pourrait avoir de graves conséquences.

Terminons cet inventaire anatomo-physiologique par le rappel des recherches et expériences de MM. Donné, Chevallier et Henry sur le lait, et de M. Lecanu sur les urines. Les recherches de M. Donné embrassent toute l'étendue de la question, physiologique et chimique : du lait de femme vu au microscope, examiné avec les réactifs, étudié dans ses caractères alimentaires, dans ses conditions de production, de variation et de transformation chez la nourrice. Les faits mis en évidence par MM. Chevallier et Henry ont trait aux animaux domestiques. Ils sont plus circonscrits, mais non moins importans. Ces deux chimistes, après avoir fixé quelques unes des circonstances qui font varier la quantité et la qualité du lait, telles que l'âge de l'animal, sa nourriture et son degré de fatigue, ont abordé et résolu une série de questions des plus intéressantes pour le médecin. Ils ont constaté ce qui n'était établi que vaguement, que certains médicamens, le sel marin, le bi-carbonate de soude, l'iodure de potassium, l'oxide de fer, de zinc, passent directement dans le lait. De plus ils ont donné un galactomètre simple, destiné, comme l'indique son nom, à faire apprécier les principales qualités de ce liquide.

Les résultats obtenus par M. Lecanu sur la composition de l'urine humaine à l'état normal, dans les diverses circonstances habituelles qui la font varier, telles qu'aux différentes époques de la journée chez le même individu, donnent de précieux points de départ pour l'observation pathologique, en même temps qu'elles mettent en évidence des rapports curieux entre certains élémens de l'urine, et l'âge, le sexe, et la constitution des sujets. M. Lecanu a constaté que l'urée et l'acide urique sont sécrétés en quantité égale par un même individu dans des temps égaux, mais en quantité variable par des individus différens, et en rapport avec le sexe et l'âge des sujets : en quantité plus forte chez les hommes dans la force de l'âge que chez les femmes, et plus forte chez ces dernières que chez les vieillards et les enfans. Il en est de même du sel marin. Ces faits peuvent être fertiles en conséquences.

N'oublions cependant pas les observations récentes de M. Jobert sur la texture de la matrice, dont le tissu, exclusivement musculaire aux yeux de cet anatomiste, n'est nullement comparable au tissu jaune, à cause de la fibrine dont elle est constamment pourvue ; ni les remarques pratiques d'un de nos jeunes correspondans, M. Maslieurat, sur les aponévroses et les membranes synoviales

de bœuf, d'une livre de pain, de pommes de terre à discrétion, et, pour qui le désire, d'une ration supplémentaire!

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE.

JOURNAUX FRANÇAIS.

I. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Les cahiers d'octobre et de novembre renferment les mémoires originaux qui suivent : 1° *Du typhus fever et de la fièvre typhoïde d'Angleterre*; par M. Valleix; 2° *Observations pour servir à l'histoire des résections dans la continuité des os*; par L. Marchesseaux (l'auteur rapporte deux faits très remarquables de fractures compliquées dans lesquels une portion considérable du cubitus, pour un cas, le quart inférieur de l'humérus, la portion supérieure du cubitus et du radius pour le second, ayant été détachés, la cicatrisation des plaies a été heureusement obtenue, et les mouvemens ont été en grande partie conservés. Ces deux malades, dont l'un était un adulte, et le second un enfant, ont été présentés par M. Jobert à l'Académie de médecine (séance du 20 août). (Voy. GAZETTE MÉDICALE, 1839, pag. 540)); 3° *Recherches sur la nature de la matière tuberculeuse*; par C. Baron, interne des hôpitaux; 4° *Quelques réflexions sur la contagion de la fièvre typhoïde*; par M. Gauthier de Claubry; 5° *Mémoire sur les effets de diverses substances salines injectées dans le système de la circulation*; par J. Blake; 6° *Quelques remarques sur un cas de diabète sucré, accompagné d'une altération organique des deux reins (néphrite des auteurs sans albumine dans les urines)*; par M. Monneret; 7° *Etudes de diverses circonstances qui peuvent, pendant le cours des maladies, déterminer la forme recourbée des ongles*; par M. Vernois, D. M. P.; 8° *Mémoire pour servir à l'angine couenneuse terminée en croup et de la trachéotomie*; par M. Gendron; 9° *Observation de morve aiguë développée chez un jeune homme qui a été en rapport avec un cheval morveux; réflexions sur ce cas*; par A. Marchant, premier interne à la maison de Charenton; 10° *Observation de luxation du fémur dans l'échancrure sciatique, réduite par la méthode de M. Després*; communiquée par M. Malespine.

RECHERCHES SUR LA NATURE DE LA MATIÈRE TUBERCULEUSE; par C. BARON, interne des hôpitaux.

Ce qu'il y a de plus intéressant dans ce mémoire, c'est l'observation principale qui a appelé l'attention de l'auteur sur cette question; nous commencerons par en présenter une courte analyse.

OBS. — X..., âgé de 63 ans, chanteur ambulant, entre à l'Hôtel-Dieu le 6 septembre, et y succombe quinze jours après, ayant présenté les symptômes d'une maladie chronique du foie.

A l'autopsie, la peau offre une teinte jaune générale. Le poumon droit contient sept à huit kystes remplis de matière tuberculeuse, d'un jaune de safran et de la grosseur de petites avelines. Le poumon gauche est adhérent dans toute son étendue.

La cavité abdominale contient environ trois litres de sérosité, d'un jaune foncé, un peu trouble. Le foie est d'un tiers plus gros qu'à l'ordinaire et paraît aussi plus dur et plus compacte; sa surface est rendue inégale par une infinité de mamelons arrondis, du diamètre d'une à trois lignes et de coloration différente. Si l'on incise ces mamelons on reconnait qu'ils sont dus au soulèvement de la séreuse et de la tunique cellulo-fibreuse du foie par des amas d'une matière offrant différens aspects depuis le noir rougeâtre du sang coagulé avec lequel elle a une ressemblance très exacte jusqu'au jaune serin des tubercules dont elle a la friabilité et l'état grumuleux. Ces formes variées ne sont pas partout isolées; sur quelques points, elles sont réunies et disposées par couches concentriques. Ainsi, une coque membraniforme, d'un rouge noirâtre, évidemment due à la coagulation du sang, recouvre une couche noirâtre plus épaisse, de même nature; une troisième couche plus centrale est d'un gris rose un peu friable; le noyau central est jaune et friable. Ces grumeaux, en général arrondis, du volume d'une grosse tête d'épingle, à une grosse noisette, sont contenus dans des cavités dont les parois sont tapissées par une membrane lisse semblable à la membrane interne des veines. Les parois de ces cavités offrent une ou plusieurs ouvertures dans lesquelles se prolongent évidemment la membrane des cavités et la matière qui les remplit. Tout le contenu de ces cavités n'est pas jaune; il en est qui renferment une matière d'un gris fauve, friable, grumeleuse; d'autres, une matière d'un rouge grisâtre, aussi friable ou noirâtre et gélatiniforme : degrés de la coagulation plus ou moins avancée du sang.

Si l'on suit les petits prolongemens qui partent des cavités on parvient dans des canaux vasculaires qui leur font suite et qui, successivement croissant, convergent aux grandes divisions de la veine-porte dont ils sont évidemment la continuation. Ces ramifications vasculaires sont remplies depuis les petites cavités arrondies qui sont leur point de départ, jusqu'aux deux branches principales de la veine-porte, par une matière qui offre successivement toutes les formes de coagulation déjà signalées. Le sinus de la veine-porte est rempli par un gros caillot de sang, formant une masse molle, d'un gris rougeâtre qui se continue, sans interruption, avec les caillots contenus dans les autres ramifications et dans le canal veineux; la veine ombilicale et la veine-porte elle-même, où il devient de plus en plus sec, perd l'apparence grumeleuse ou amorphe pour prendre une structure de couches concentriques, se recouvrant les unes les autres et dont la couleur change de l'intérieur à l'extérieur du jaune clair au rouge noirâtre. Le caillot cesse brusquement sous la forme d'une tête de bouchon; à deux lignes au-dessus de la division de la veine-porte en mésentérique supérieure et en splénique.

Les parois de la veine-porte et des petites cavités sont parfaitement saines; leur surface interne est lisse et grisâtre; la matière contenue dans leur intérieur s'en détache si facilement, surtout dans les endroits où elle est humide, qu'en comprimant une partie du foie on la voit sortir à la fois de tous les points de section de l'organe. Les veines mésentériques supérieures et spléniques sont à peu près à l'état normal. Les ramifications des conduits biliaires sont petites, pâles, paraissent contenir peu ou point de bile et ne peuvent, à raison de leur ténuité, être suivies bien loin. Le canal cystique est perméable, mais petit. La vésicule aplatie et petite contient une très petite quantité de bile d'un vert foncé. Les veines hépatiques ne présentent rien de remarquable; elles contiennent un peu de sang noirâtre et coagulé.

L'auteur pense que les altérations trouvées dans le foie de ce sujet et que nous venons de décrire avec tous les détails nécessaires sont dues à la présence de matière tuberculeuse qui remplissait les petites cavités du foie et les distributions de la veine-porte, et il regarde comme démontré par la description elle-même que cette matière tuberculeuse était réellement le produit d'une altération du caillot contenu dans les ramifications de la veine-porte. Il s'appuie surtout sur la gradation insensible de consistance, de sécheresse, de teinte qu'on observait partout, et sur la continuité de ces masses qui n'offraient d'interruption sur aucun point, et sur la ressemblance des tumeurs contenues dans le foie avec la matière tuberculeuse du poumon. M. Baron rapporte sept autres observations où

---

de la main. Les particularités signalées par M. Maslieurat sont vraies, utiles à la chirurgie, mais purement graphiques. Il verra bientôt que toutes ces particularités ressortent de faits plus généraux et sont en bien plus grand nombre qu'il ne les a signalés.

Passons à la pathologie.

Les études de M. Fuster sur la météorologie médicale, et le savant rapport dont elles ont été l'objet à l'Académie des sciences, ouvrent dignement cette colonne. Cette grande et féconde source d'observations a été appréciée comme elle devait l'être par M. Double, et suivant son rapport, exploitée avec de nouveaux et précieux résultats par M. Fuster. Ces résultats nombreux et variés ne peuvent être formulés en quelques lignes : leur cadre en donnera mieux une idée. Etude des qualités physiques de l'air sur l'homme, considérées dans leur action absolue et dans leurs différentes conditions et manières d'être; étude des saisons, dans leurs caractères absolus, de transition, de pénétration; des climats réguliers; de la variabilité de leurs élémens, de leur influence physiologique et morbide; des variations diurnes de ces divers produits et composés de l'air. Ce cadre est immense et méthodique ; l'auteur paraît l'avoir aussi bien rempli que tracé : la science attend la publication de l'ouvrage avec impatience, et l'application directe des recherches de l'auteur à la détermination et au traitement des maladies.

Dans un ordre moins élevé, nous signalerons quelques perfectionnemens introduits dans l'auscultation de la poitrine, et quelques applications nouvelles de cette méthode.

M. Fournet a fait faire un grand pas à l'auscultation des organes respiratoires. Sans vouloir anticiper sur ce que nous aurons à dire de son excellent ouvrage, mentionnons qu'il a nettement établi la distinction des bruits *inspiratoire* et *expiratoire*, qu'il a porté dans l'observation de ces bruits et l'étude de leurs caractères, une analyse aussi fine que méthodique, qu'il a donné à la science de nouveaux signes des maladies de l'appareil respiratoire, donné à ceux qui existaient plus de précision, plus de valeur, et permis de les saisir à leurs moindres apparitions au début des maladies, et de la phthisie en particulier. Le mérite des recherches de M. Fournet est précisément ce qui nous empêche de les résumer ici; elles consistent dans une foule de détails précis dont la chaîne non interrompue entre leur point de départ et d'arrivée ne permet pas d'en briser la continuité, sous peine de les enlever à leur véritable signification.

M. Hourmann a formulé d'une manière heureuse, sous la dénomination d'*autophonie*, un mode d'exploration qui avait déjà cours dans la pratique de l'observation, mais qui n'avait pas une existence nettement établie. Ainsi que le désigne l'appellation, l'autophonie, c'est l'exploration de sa propre voix retentissant contre les parois thoraciques du malade. En preuve de l'utilité, restreinte sans doute, de cette méthode, nous rappellerons que MM. Kapeler depuis longtemps, Piédagnel d'après lui, que MM. Piorry et Taupin s'en étaient servis avant M. Hourmann et en avaient fait mention. La manière originale et énergique dont M. Kapeler l'a indiquée pour la première fois à M. Piédagnel mérite d'être rapportée. Ce dernier s'évertuait sans succès à vouloir faire parler un enfant dont il écoutait la poitrine; M. Kapeler lui dit brusquement : « Parlez vous-même, c'est à peu près la même chose. »

L'auscultation obstétricale continue à se développer. Du savant traité du docteur Naegelé, rapprochons l'intéressante thèse de M. Carrière d'Averailles,

il dit avoir remarqué des altérations semblables à celles que nous venons de décrire ou qui, au moins, s'accordaient bien avec elle; une simple mention de chacune de ces observations serait ici sans utilité et donnerait trop d'étendue à notre analyse; mais comme toutes ces observations tendent à établir une nouvelle doctrine sur la cause, le mode de production et la nature du tubercule, nous allons chercher à résumer les conclusions principales que l'auteur a tirées de ses observations et de ses dissections qui paraissent avoir été faites avec soin pour appuyer son opinion sur cette grande question de pathologie. Nous commencerons par la description de la marche que suivrait le tubercule dans son développement d'après la théorie que nous venons d'exposer.

Le premier degré du tubercule appréciable à l'œil nu ou à la loupe est caractérisé par un petit point rouge, souvent de forme mamelonée et qui paraît dû à une sorte d'infiltration du tissu de l'organe par un liquide rouge. Ce petit point rouge devient d'abord plus distinct, sans augmenter de consistance, et, après un temps variable, offre à son centre un petit point blanc nacré, plus dur que l'enveloppe rouge qui l'entoure et aux dépens de laquelle il se développe graduellement. Cette dernière est même bientôt réduite à l'épaisseur d'une membrane très mince et disparaît graduellement. Pendant ce temps, le point blanc a grossi et est devenu plus opaque et grisâtre, puis d'un blanc plus ou moins jaunâtre perdant en même temps de sa densité et se ramollissant de plus en plus; quand le ramollissement commence par le centre du tubercule on observe sur ce point un petit espace rempli par un liquide incolore. Dans d'autres cas où la section démontre que le tubercule est composé de couches superposées et paraissant concentriques, on trouve entre ces différentes couches de petits espaces remplis par un liquide incolore. Dans les cas au contraire où le tubercule est divisé en grumeaux, c'est entre ces derniers qu'existe une petite quantité de liquide.

Quand les tubercules sont arrivés à un certain volume, ils se réunissent et forment les masses tuberculeuses au milieu desquels on trouve quelques stries rougeâtres restes du parenchyme de l'organe dans lequel elles se sont développées et qui quelquefois contiennent des vaisseaux; quelque fois aussi on y trouve des restes de l'enveloppe rouge qui revêt les tubercules commençans.

Pendant le travail, le tubercule isolé croît par intussusception et même lorsqu'il est réuni à d'autres, tandis que les masses tuberculeuses augmentent plus encore par juxta-position.

Suivant l'auteur, les tubercules présentent constamment, aussitôt que l'œil peut les saisir, un pédicule vasculaire et les vaisseaux qu'il contient paraissent se terminer au tubercule et probablement dans son intérieur où ils apportent les matériaux de la nutrition et de l'accroissement.

Le parenchyme de l'organe et la matière tuberculeuse sont séparés par une membrane interposée produite par le tissu cellulaire que comprime le tubercule en se développant.

Après avoir exposé ces faits et un grand nombre d'autres que nous aurions désiré reproduire également, l'auteur en conclut que la matière tuberculeuse n'est pas autre chose que du sang sorti des vaisseaux et subissant diverses transformations: d'abord caillot il se sépare bientôt en deux parties, l'une blanche centrale, l'autre rouge corticale et qui disparaît graduellement; cependant il n'affirme pas d'une manière positive que la matière tuberculeuse n'est qu'une simple transformation graduelle du sang épanché dans les tissus, mais il est très disposé en faveur de cette opinion et repousse celle qui nous semble beaucoup plus rationnelle, bien que non encore démontrée, d'après laquelle la matière tuberculeuse existerait toute formée dans le sang et constituerait un de ses états pathologiques les plus remarquables.

Si l'étendue déjà considérable de cette analyse nous le permettait, nous insisterions sur quelques faits sur lesquels tout le monde est à peu près d'accord, qui ne permettent pas le moindre doute et nous paraissent opposés à la théorie avancée ici par M. Baron. Ces faits nous seraient fournis par l'examen des épanchemens un peu considérables de sang dans le parenchyme des deux organes où cette lésion est la plus fréquente, le poumon et le cerveau, et où les caillots qui en sont le résultat ou les noyaux hémoptique et apoplectique suivent une marche tout à fait différente de celle que l'auteur attribue ici aux caillots qu'il suppose se transformer successivement en tubercules: en effet, les épanchemens de sang dans le cerveau ou dans les poumons lorsqu'ils ne déterminent pas la mort ou la gangrène pulmonaire, sont toujours absorbés plus ou moins complètement, et, au bout d'un certain temps, on n'en trouve plus d'autres traces qu'une espèce de tissu ou de toile celluleuse plus ou moins dense ou même de simples cavités revêtues d'une membrane fine et remplies de sérosité.

Il nous suffit d'avoir indiqué ces faits auxquels nous pourrions en joindre beaucoup d'autres encore pour faire pressentir les objections graves qu'on pourrait opposer à l'hypothèse avancée dans ce travail pour expliquer le mode de formation des tubercules.

ÉTUDES DES DIVERSES CIRCONSTANCES QUI SEMBLENT, PENDANT LE COURS DES MALADIES, DÉTERMINER LA FORME RECOURBÉE DES ONGLES; par le docteur M. VERNOIS.

La forme recourbée des ongles signalée déjà par plusieurs observateurs dans différentes affections n'appartient réellement à aucune affection particulière, mais paraît plutôt devoir être considérée comme l'un des caractères de ces constitutions lymphatiques très prononcées et se rapprochant de la cachexie scrofuleuse; c'est au moins la conclusion qu'il nous semble permis de tirer du travail de M. Vernois que nous aurions analysé plus exactement si la sévérité avec laquelle l'auteur s'est restreint à y suivre la méthode numérique dans toute son extension ne nous eût complètement empêché de le faire; nous nous bornerons donc à retracer quelques-unes des conséquences que l'auteur a tirées lui-même de ses recherches et qui viendront à l'appui de la conclusion générale que nous-même avons cru devoir indiquer tout à l'heure.

1° Sur une masse de malades, quelle que soit leur affection, on rencontre les ongles recourbés au moins une fois sur trois;

2° Parmi les maladies, la phthysie tuberculeuse, les scrofules et les affections chroniques influent très posititivement sur cette altération des ongles;

3° Les femmes offrent cette altération morbide trois fois plus fréquemment que les hommes;

4° Chez les enfans jusqu'à dix ans ce symptôme est aussi fréquent que tout autre état des ongles;

5° La constitution qui coïncide le plus souvent et presque dans les cinq sixièmes des cas avec les ongles recourbés donne les caractères suivans:

L'étude physiologico-pathologique du sang a, comme ces deux dernières années, occupé beaucoup de médecins: En tête des meilleures recherches, nous placerons les observations de M. le professeur Stannius, de Rostock, sur les quantités relatives de fibrine dans le sang veineux. Cet ingénieux expérimentateur a montré que, terme moyen, la plus petite quantité de fibrine dans le sang veineux coïncide avec le meilleur état de santé; que la plus grande quantité se trouve dans des proportions décroissantes chez les sujets atteints d'inflammation de poitrine, chez les phthisiques et les femmes enceintes.

MM. Raciborski et Forget, de Strasbourg, ont étudié le sang sous d'autres points de vue; le premier d'une manière générale, dans toutes les maladies; le second spécialement dans la fièvre typhoïde. Tous deux sont arrivés à des résultats intéressans, mais incomplets: ils ont étudié le sang sans le secours du microscope et des réactifs chimiques. Nous ne sommes pas de ceux qui s'émerveillent sur les services rendus jusqu'ici par la micrographie et la chimie pathologique; toutefois, à l'heure qu'il est, il n'est plus permis de se priver de ces moyens auxiliaires. Aussi les observations de MM. Raciborski et Forget, toutes revêtues qu'elles sont d'un certain caractère de rigueur dans les préliminaires ou les accessoires de l'observation, n'ont-elles pas pénétré au-delà des surfaces. Ce sont de bons points de départ, des appels à d'autres recherches plus approfondies. Celles de M. Dubois sur le sang des scrofuleux arrivent à point nommé pour montrer ce qui manque à celles de MM. Raciborski et Forget. Observation clinique, microscope et chimie ont montré à M. Dubois que le sang des scrofuleux offre une différence remarquable et une diminution notable de coagulabilité. La matière colorante est comme détachée des globules, lesquels sont déformés et échancrés.

M. Mandl a vu au microscope et aux réactifs chimiques que le pus n'est que de la fibrine modifiée. M. Gulliver a suivi le pus dans le sang des sujets qui ont succombé à la suite d'une suppuration abondante. Aux preuves microscopiques et chimiques, il a ajouté les expériences sur les animaux. M. Gulliver conclut de ses recherches très bien faites, que la présence du pus dans le sang est la cause des symptômes inflammatoires et fébriles. La conclusion n'est peut être pas rigoureuse.

Si l'épidémie de cocote nous revient, on se souviendra avec intérêt des recherches de M. Donné sur les altérations du lait par le pus; on n'oubliera pas qu'il a donné dans l'ammoniac un précieux réactif pour déceler cette altération: il est à regretter que l'ammoniac épaississe et fasse prendre en gelée, le colostrum et d'autres mélanges morbides du lait, aussi bien que celui de la cocote. Toutefois l'impulsion imprimée par M. Donné à l'étude des altérations du lait et autres fluides du corps humain ne sera pas sans résultat pour la science. Ces recherches nous ont valu, d'abord un excellent et beau rapport de M. Chevreul sur la matière; des observations contradictoires très lumineuses de M. Turpin, et finalement une proposition agréée par l'Académie des sciences, de faire appliquer un des prix Montyon à tout travail de chimie organique, éclairant la composition et les altérations des humeurs de l'homme.

Les recherches précises de M. Bourchardat sur les urines des diabétiques on fixé plusieurs points de cette intéressante question: et d'abord il a mis hors de doute la présence du sucre dans le sang des diabétiques. Le rôle du rein, dans cette maladie, se bornerait à éliminer le sucre du sang, comme dans l'état de santé il élimine l'urée. Le sucre urinaire insipide serait absolument le même que le sucre urinaire sapide, au point de vue conventionnel de l'isomérie

peau blanche, fine et anémique; cheveux blonds, yeux bleus ou bruns, cils très longs, sclérotiques bleuâtre, muscles faibles.

OBSERVATION DE LUXATION DU FÉMUR DANS L'ÉCHANCRURE SCIATIQUE RÉDUITE PAR LA MÉTHODE DE M. DESPRÈS; communiquée par M. MALESPINE.

Obs.—Le nommé Mallet, âgé de 29 ans, travaillait dans une carrière basse et étroite, où il était obligé d'incliner le tronc en avant, et de faire reposer sur le sol son genou droit, pendant que la cuisse du même côté était fortement fléchie sur le bassin. Surpris dans cette attitude par un éboulement de terre, et dégagé immédiatement après l'accident, cet homme éprouva à la hanche droite une douleur très vive, qui l'empêcha de marcher; bientôt la cuisse devint le siége d'une tuméfaction assez considérable pour inspirer des inquiétudes au blessé et pour l'engager à consulter un homme de l'art qui prescrivit 25 sangsues le premier jour; 14 ventouses scarifiées le second; les troisième et quatrième jour des cataplasmes émolliens; le cinquième une saignée du bras.

Le sixième jour, le gonflement ayant presque complètement disparu, le médecin recommanda le repos et annonça une guérison prochaine.

Cependant, la continuation de la douleur et l'impossibilité de mouvoir le membre ne permettant pas au malade de reprendre ses occupations, il entra à l'hospice de la Pitié, dans le service de M. Lisfranc. A son entrée, le 10 août, dix jours après l'accident, on constata les circonstances suivantes :

Le membre présente un ramollissement très notable, et est posé dans l'adduction; la cuisse gauche est légèrement fléchie sur le bassin; le genou est sur un plan un peu antérieur à celui du côté opposé; le genou et le pied sont tournés en dedans.

La cuisse est œdémateuse; aussi n'observe-t-on pas au pli de l'aine cette dépression que signalent presque tous les auteurs; la hanche est déformée; le pli de la fesse est un peu plus élevé à droite qu'à gauche. Si on cherche avec précaution à exagérer la rotation de la cuisse en dedans, cette manœuvre, qui, du reste, n'est pas très douloureuse, permet de reconnaître que la tête du fémur est dans l'échancrure sciatique; la partie moyenne d'une ligne étendue de l'épine iliaque postérieure et supérieure à la tubérosité de l'ischion donne une idée très exacte du point occupé par cette extrémité osseuse. Le grand trochanter est moins saillant que celui du côté opposé; il est situé sur la cavité cotyloïde et non en arrière de cette cavité; en effet, le fémur ayant été déplacé à l'aide d'une extension lente et graduelle, ce moyen d'investigation a permis d'apprécier la forme et le relief de la moitié supérieure du bourrelet cotyloïdien, dans l'endroit où se trouvait auparavant le grand trochanter; raccourcissement de trois lignes pour le membre sain, mesuré de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la malléole. Quant aux mouvemens, la rotation en dedans est très limitée et douloureuse; la rotation en dehors impossible. La flexion du membre peut être augmentée, mais en déterminant de grandes souffrances.

Le 21 août, M. Lisfranc, pendant qu'on fixe solidement le bassin, porte le membre dans l'adduction, et augmente en même temps la flexion de la cuisse sur le bassin; ensuite, il fléchit la jambe sur la cuisse, et après avoir placé son avant-bras gauche sous le jarret et sa main droite sur la partie inférieure de la jambe, de manière à s'en servir comme d'un bras de levier, il fait simultanément l'extension; il imprime au membre un mouvement de rotation en dehors, un mouvement assez étendu d'abduction, et à l'instant même on entend ce bruit particulier qui démontre d'une manière certaine que les surfaces articulaires ont été rétablies dans leurs rapports naturels.

Nous ne voulons pas, à propos de ce seul fait, discuter la théorie de M. Després sur les obstacles à la réduction; mais, pour être justes, tout en lui laissant le mérite d'avoir tiré cette méthode de l'oubli, il faut bien la rapporter à ses véritables auteurs, c'est-à-dire Hippocrate et Paul d'Egine. Nulle part, au reste, cette question n'a été plus complètement traitée que dans la chirurgie de Monteggia (deuxième édition, tom. V, p. 150 et suivantes.)

II. REVUE MÉDICALE.

Les cahiers d'octobre et de novembre renferment : 1° un travail statistique de M. Bureaud Riofrey sur *les maladies les plus communes dans la ville de Londres pendant le 18e siècle, d'après les bills de mortalité et les changemens qui se sont opérés dans la salubrité comparée des saisons*; 2° *Des recherches sur la morve aiguë*; par MM. Nonat et Boulay; 3° *Considérations thérapeutiques sur les différens modes de traitemens du docteur Guillon dans les rétrécissemens de l'urètre*; par M. Corbel-Lagneau; 4° un mémoire de M. Lagasquie sur *l'emploi des facultés sensitives et intellectuelles considéré comme cause et moyen curatif de la migraine idiopathique*; 5° *Des observations pratiques sur les bons effets du massage, de la gymnastique et des bains de vapeur dans le traitement des maladies articulaires chroniques (recueillies à la maison de santé des Néothermes)*; par M. Séguin d'Alby; 6° *Une note sur la stérilité et l'amaurose chlorotique*; par M. Blaud. 7° *Observations pratiques sur la revaccination et sur quelques autres points relatifs à la variole*; par le docteur Pinaz.

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES SUR LES DIFFÉRENS MODES DE TRAITEMENS DU DOCTEUR GUILLON DANS LES RÉTRÉCISSEMENS DE L'URÈTRE; par M. CORBEL-LAGNEAU, D. M. P.

Nous regrettons de ne pouvoir reproduire en entier les différentes observations qui composent le travail de M. Corbel. Dans la première, on eut recours à la cautérisation qui fut deux fois suivie de récidive; la guérison fut obtenue par les mouchetures.

Chez un second malade, on avait employé dans le principe la dilatation; il fallut recourir à la scarification qui réussit. Même résultat définitif dans les troisième et cinquième observations. Dans la sixième, il suffit de la dilatation progressive pour amener à bien le canal de l'urètre, mais la guérison ne s'est pas maintenue. Dans la septième, il s'agit d'un écoulement blénorrhagique intarissable qui a cédé à la cautérisation. Dans la quatrième observation, le malade se trouva mieux après l'emploi de la cautérisation et de la dilatation; il reprit ses occupations; reparurent des symptômes de rétention d'urine; on fait le cathétérisme forcé; fausse route; mort.

Ces faits sont en faveur du traitement des rétrécissemens de l'urètre par la scarification.

L'auteur y a joint de bonnes réflexions pratiques sur l'emploi de cette méthode; vient ensuite un arrêt en bonnes formes contre la dilatation et la cautérisation. Nous n'en appellerons certainement pas pour la dilatation en tant qu'elle serait considérée comme moyen principal. Quant à la cautérisation, s'il est vrai que dans beaucoup de cas elle soit inefficace, et dans quelques-uns plus dangereuse qu'utile, on ne saurait nier que dans une foule de cas elle n'ait rendu de grands services. Le tort serait de la généraliser; mais il y aurait peut-être de l'inconvénient à en faire autant pour les mouchetures.

Au reste, le mémoire de M. Corbel-Lagneau renferme des faits bien mais non peut-être au point de vue de la science prochaine. La saveur, suivant M. Bouchardat, n'est qu'une propriété éphémère qui ne dépend nullement d'une composition différente, mais d'une autre disposition des atomes. Ce qui nous semble plus irréprochable et surtout plus immédiatement utile que ces points de vue spéculatifs, c'est la théorie de la maladie donnée par l'auteur, à savoir, que l'existence du sucre de raisin dans le sang des diabétiques provient de la transformation de la fécule en ce sucre, telle qu'on l'obtient dans les laboratoires. Deux faits importans constatés par M. Bouchardat se lient à cette théorie et conduisent droit à un traitement rationnel. 1.° La soif chez les diabétiques est en raison directe des alimens sucrés ou féculens; 2.° la quantité de sucre contenue dans les urines est dans un rapport constant avec la quantité des alimens féculens ou sucrés. D'où le traitement: supprimer le sucre et les alimens féculens. Cela est très bien, mais la cause essentielle de la maladie, la cause qui fait que les alimens féculens font du sucre de raisin, où est-elle? M. Bouchardat nous le dira peut-être l'an prochain : il ne s'arrêtera pas en si beau chemin.

La connaissance de la forme et du fond de la fièvre jaune doit quelques notions nouvelles à MM. Louis et Chervin. Les altérations caractéristiques de cette maladie, dit M. Louis, sont une décoloration du foie, variant depuis la teinte beurre frais jusqu'à la teinte orange ou pistache, du lobe moyen surtout, avec pâleur correspondante du sang. Pour M. Chervin, la fièvre jaune, et il la connaît de longue date, est identique partout; c'est souvent une fièvre rémittente intermittente, plus intense au fond que nos fièvres d'Europe, mais ne différant de ces dernières que par l'intensité de la lésion et quelques formes symptomatiques accessoires, résultant des influences climatériques. Cette doctrine conduit à une grande simplification du traitement : déjà l'expérience s'est montrée d'accord avec cette vue éminemment pratique. Nos lecteurs liront prochainement le mémoire de M. Chervin.

Une des conquêtes de la nosographie et l'on peut dire de la pathologie médicale, c'est la connaissance de la morve aiguë chez l'homme. Ce fait est maintenant établi, grace à la persévérance de MM. Rayer et Renaud d'Alfort. L'observation et l'expérience ont livré presque tous les secrets de la maladie à ces deux laborieux investigateurs. Les questions de la transmission de la morve à l'homme, de l'homme aux animaux, du cheval aux différentes espèces, du mode de transmission, des conditions qui la font réussir et varier, des caractères de la maladie, ont reçu presque une solution définitive. MM. Andral, Leblanc, Nonat, Bouley, Becquerel et Laugier ont contribué à ce résultat. Reste la question si importante du traitement. Un médecin anglais, M. Jions annonce avoir guéri un cas de morve aiguë chez l'homme avec la créosote. A vérifier.

Voici quelques résultats nouveaux relatifs aux maladies du cerveau, qui agrandissent tout à la fois le cadre de ces maladies, et ajoutent quelque chose à l'art de les observer.

M. Durand-Fardel a montré, après plusieurs auteurs, mais d'une manière peut être plus précise, le défaut de rapports absolus entre le ramollissement du cerveau et les symptômes qui l'accompagnent. Il a suivi la relation de point en point, et presque toujours il a montré de la discordance. A cette critique des faits connus, il a ajouté une preuve nouvelle. Il a décrit une forme nouvelle d'encéphalite, qui se montre avec les apparences trompeuses de l'hémorragie cérébrale : congestion, turgescence, ramollissement, adhérence, etc. D'où nos

observés, et par conséquent de bons élémens pour juger si cela est possible la grande question de la prééminence de telle ou telle méthode de traitement dans les rétrécissemens urétraux.

OBSERVATIONS PRATIQUES SUR LES BONS EFFETS DU MASSAGE, DE LA GYMNASTIQUE ET DES BAINS DE VAPEUR DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES ARTICULAIRES CHRONIQUES; par le docteur SÉGUIN.

L'emploi du massage et des autres moyens indiqués dans le titre ci-dessus dans le traitement des affections chroniques des articulations est connu depuis trop longtemps pour que nous insistions longuement sur cet article où on chercherait en vain quelques documens sur les conditions où ces moyens sont spécialement indiqués; mais les cas où ils pourraient être employés avec de grands avantages, et cependant ne le sont pas, se rencontrent si fréquemment qu'il ne sera pas inutile de rappeler en quelques mots aux médecins qui éprouvent une crainte exagérée de voir récidiver les phlegmasies aiguës en imprimant quelques mouvemens à des articulations affectées des maladies chroniques, de combien de succès ils se privent en n'employant pas ces moyens dont le charlatanisme lui-même a apprécié toute l'importance. Quand la phlegmasie aiguë a été combattue par un traitement convenable, on ne doit pas insister trop longtemps sur le même moyen. Au repos complet doivent succéder les tentatives de mouvement même forcé si les muscles ont acquis trop de raideur pour agir par eux-même. Ce qu'il est important de faire dans ces cas, c'est surtout de combiner les mouvemens avec le massage et les bains ou douches de vapeur. Après ces dernières, les fibres musculaires se prêtent plus facilement à une distension graduée, de même que toutes les autres parties qui entourent les articulations.

NOTE SUR LA STÉRILITÉ ET L'AMAUROSE CHLOROTIQUE; par le docteur BLAUD.

Les quatre observations consignées dans ce travail par le docteur Blaud ne démontrent pas d'une manière positive que la chlorose soit constamment ni même souvent une cause de stérilité; cependant quand nn considère les troubles que la chlorose entraîne dans l'économie et surtout dans les fonctions utérines on conçoit que la stérilité doit être souvent une conséquence de cette maladie.

OBS. I. — Madame A. B., âgée de 22 ans, mariée depuis le 10 août 1838, devient chlorotique peu de jours après son mariage, et le 10 novembre elle offrait les symptômes suivans :

Pâleur verdâtre de la peau, oppression, essoufflement, palpitations de cœur au moindre mouvement et surtout pendant la marche ascendante, bruit fatigant et continuel dans les oreilles, épigastralgie, anorexie; poids à l'épigastre après les repas avec nausées et vomissemens, sentiment de lassitude extrême dans les jambes, malaise général, lipothymie, faiblesse; les menstrues sont régulières, mais le sang qu'elles fournissent est pâle et décoloré (pilules antichlorotiques).

Le 6 décembre, guérison complète. La peau a repris sa couleur normale : tous les symptômes ont disparu en janvier 1839. Les règles manquent; il en est de même pendant les mois suivans. Grossesse. Accouchement le 10 septembre.

Les trois autres observations rapportées par l'auteur sont semblables à la précédente. Le cas d'amaurose qu'il cite ensuite est fort intéressant et prouve ce qui a été dit ailleurs et avec beaucoup de raison que quand des maladies locales se développent sous l'influence d'un trouble général, le plus souvent elles disparaissent en même temps que ce dernier, quand l'art possède les moyens de le combattre avec avantage.

OBS. II. — Corental, âgée de 22 ans, irrégulièrement menstruée, chlorotique depuis dix-huit mois et amaurotique depuis un an, rapporte qu'aux symptômes de la chlorose se joignit dans le mois de novembre 1837 une céphalalgie vive au côté gauche du front, qui, peu après, fut suivie de la dilatation de la pupille du même côté avec un obscurcissement de la vue qui finit par une cécité complète. Bientôt la lésion du côté droit commença à s'affaiblir et la malade pouvait à peine se conduire lorsque M. Blaud la vit le 5 décembre 1838. A cette époque, les symptômes de la chlorose étaient évidens; la pupille de l'œil gauche était largement dilatée et ne se contractait pas à la lumière, celle de l'œil droit était encore insensible. La vision était abolie à gauche, très affaiblie à droite.

Le 5 novembre, pilules antichlorotiques.

Le 10 janvier, la chlorose était entièrement dissipée et avec elle les symptômes amaurotiques; les pupilles n'étaient plus dilatées, et avaient repris leur contractilité normale à la lumière, la vision était pleinement rétablie.

OBSERVATIONS PRATIQUES SUR LA REVACCINATION ET SUR QUELQUES AUTRES FAITS RELATIFS A LA VARIOLE; par le docteur FINAZ (1).

Une épidémie variolique des plus intenses qui a régné dans deux des voisinages du docteur Finaz lui a fourni l'occasion de faire quelques observations qui, dans les circonstances actuelles, ne sont pas dépourvues d'intérêt. L'auteur rapporte d'abord sept observations de revaccination chez des sujets d'âge différent et conclut des résultats qu'il a obtenus dans ces sept cas que cette opération a d'autant mieux réussi que les sujets étaient plus éloignés de l'époque où la première vaccination avait eu lieu. Ainsi un enfant qui avait été vacciné depuis moins de six ans ne présente pas la moindre trace d'éruption, tandis que chez deux autres dont la vaccination datait de 22 et de 23 ans le succès fut complet. Ces faits sont peu nombreux; mais comme ils sont d'accord avec ceux qu'on a recueillis sur un plus vaste champ d'observation ils ont une valeur qu'on ne peut mettre en doute.

L'auteur, à l'occasion d'un cas où il vaccina avec succès un enfant chez lequel les prodromes de la variole se montraient déjà, relève une erreur généralement admise à la campagne qu'on ne doit pas soumettre les enfans à la vaccination lorsqu'une épidémie de petite vérole règne dans la localité. Non seulement il est toujours avantageux de vacciner dans une épidémie, mais il l'est même de vacciner les enfans déjà atteints de la maladie. Ce dernier point de pratique, qui n'est pas aussi généralement adopté, est appuyé par M. Finaz de plusieurs observations. Voici le résumé de son travail.

La population des deux communes où l'épidémie a exercé ces ravages est d'environ 1,800 ames, 150 ou 180 personnes ont été atteintes. Sur ce

(1) Cet article appartient à un numéro postérieur.

---

conclusions habituelles : les altérations cadavériques sont le plus souvent des symptômes et non des causes, du moins dans la hiérarchie véritable de la maladie. A un autre point de vue, M. Addison a donné des observations intéressantes sur les maladies du cerveau produites par les maladies reins.

La rétention d'urine occasionne des accidens cérébraux; faites que ces symptômes, au moyen d'une plus grande activité, et de plus de durée d'action de la cause, deviennent permanens, et vous aurez la maladie cérébrale réalisée. M. Addison en a décrit cinq formes spéciales, et il a conclu à un certain degré de relation entre l'état des reins et l'état du cerveau. Ceci est un retour à l'observation des faits dans toutes leurs proportions et à leur détermination dans leurs formes spécifiques. Quelques remarques de M. Piedagnel sur les altérations du cerveau dans la fièvre typhoïde sont du même ordre. Ce médecin a observé sur les cerveaux des sujets morts avec des symptômes cérébraux à la suite d'affections typhoïdes, des plaques rouges au pourtour de la base du cerveau formant une sorte de couronne, et à la surface du viscère, des ulcérations à bords coupés à pic, profondes et circonscrites.

Le même caractère d'observation spéciale et immédiate se montre dans un travail étendu de M. Jacquemier sur les hémorrhagies utérines, le part prématuré et abortif. L'auteur a montré que les causes de ces accidens morbides retentissent nécessairement sur les veines utéro-placentaires. M. Beau a également mieux précisé les rapports de certains symptômes des maladies du cœur avec la théorie des bruits de ce viscère. Pour M. Beau, les bruits du cœur sont le résultat du choc et de l'irruption du sang dans les cavités; les bruits anormaux ne peuvent être et ne sont que des modifications du choc, des frottemens du fluide. C'est ainsi que l'auteur a constaté, entre autres relations symptomatiques nouvelles, que le choc violent du cœur n'existe qu'avec une hypertrophie simultanée des oreillettes et des ventricules. M. Bouillaud a également signalé un nouveau rapport symptomatologique entre les concrétions fibrineuses du cœur et la faiblesse des bruits du viscère, bruits voilés, accompagnés de faiblesse du pouls, quoique les battemens du cœur soient tumultueux.

Terminons cette partie de notre revue de la pathologie médicale par l'indication d'un travail curieux et peut-être important de M. Rogée, sur la curabilité de la phthisie pulmonaire. Ce jeune observateur a constaté que sur cent viellards, cinquante-un ont présenté à l'autopsie des concrétions crétacées, pierreuses, résultant de tubercules transformés. Si telle était bien l'origine de ces concrétions, quel nouveau champ d'études que la recherche des conditions de ces transformations! Nous osons à peine y croire: mais le désir de voir se confirmer les vues de M. Rogée nous rend peu difficile sur l'insuffisance des preuves apportées à l'appui de sa doctrine.

J. G.

(La suite au prochain numéro.)

— ESSAI HISTORIQUE, DESCRIPTIF ET STATISTIQUE SUR LA MAISON D'ALIÉNÉS de Clermont (Oise), accompagné du plan général de cet asile; par E.-J. Woillez, docteur en médecine, médecin de l'établissement; in-8°. Prix : 2 f. 50.

Paris, Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

nombre, deux l'ont été après avoir été vaccinées, l'une depuis 15 ans et l'autre depuis 16 ans; trois ont été affectées une seconde fois de la variole. Tous les sujets atteints une deuxième fois de la variole ont été plus ou moins malades, tandis que ceux qui l'ont été après une vaccination antérieure ont eu une petite vérole très discrète et ne se sont pas alités. Un sujet a pris la petite vérole trois ans seulement après en avoir été atteint une première fois, tandis qu'un intervalle de quinze à seize ans s'était écoulé depuis la vaccination des deux sujets qui ont eu la variole après avoir été vaccinés.

III. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

Les livraisons d'octobre et de novembre renferment les travaux originaux suivans : 1° *Première lettre thérapeutique à Pierre Bretonneau*; par M. Trousseau; 2° *Education des idiots*; par M. Morpurgo; 3° *De la dilatation brusque du canal de l'urètre*; par M. Chrétien (rien de neuf); 4° *Nouvelles recherches sur le ligament rond ou inter-articulaire de l'articulation coxo-fémorale*; par M. Crouigneau (l'auteur pense que le ligament rond a pour usage de suspendre doucement le tronc sur les membres abdominaux et de prévenir les luxations); 5° *Essai sur l'hémiplégie faciale chez les enfans nouveau-nés*; par M. Landouzy (v. GAZ. MÉD., 1839, p. 497); 6° *De l'avantage des ponctions dans le traitement des bubons*; par M. Vivefoy; 7° *Essai sur la scarlatine sans exanthème*; par M. Toussin; 8° *Mémoire sur les moyens de s'assurer que l'arsenic obtenu dans les organes où il a été porté par absorption ne provient pas des réactifs*; par M. Orfila; 9° *Morsure de la vipère, détails sur son organisation*; par M. Grand-Boulogne; 10° *Emploi du kermès à haute dose*; par M. Doubre; 11° *Du musc dans la pneumonie*; par M. Thibeau; 12° *Nouveau traitement de l'ongle incarné*; par M. Barhette (il s'agit de détruire l'ongle avec la potasse caustique; l'auteur n'aura probablement pas eu connaissance du procédé de M. Wanderhack (JOUR. DE MÉD. MILIT., t. XXVIII), de celui de M. Kremer (même journal, t. XXVIII), de M. Broy (GAZ. MÉD., 1834, p. 773), de M. Lallemand, etc., etc.); 13° *Métrorrhagie pendant la grossesse et emploi de l'ergot de seigle*; par M. Henry de Saint-Arnould (rien de neuf); 14° *Recherches sur les vésicatoires*; par le professeur Trousseau.

DE L'AVANTAGE DES PONCTIONS DANS LE TRAITEMENT DES BUBONS; par M. VIVEFOY.

L'auteur aurait dû ajouter des ponctions multiples, c'est ce qui constitue l'originalité de la méthode de M. Blanche, de Rouen, dont il est ici question.

Ayant fait appliquer des sangsues sur un bubon qui néanmoins se remplit de pus, M. Blanche s'aperçut que ce pus suintait par les piqûres des sangsues. Il fit panser avec des cataplasmes émolliens la tumeur qui s'affaissa peu à peu; la peau sans s'amincir contracta des adhérences avec le tissu sous jacent et la guérison fut bientôt complète.

Satisfait de ce résultat, ce médecin crut avec raison pouvoir l'obtenir artificiellement. Voici le procédé qu'il emploie depuis cette époque : une fois le bubon en suppuration et avant que la peau soit amincie, il fait avec un bistouri étroit plusieurs ponctions, trois ou quatre dans l'étendue d'un pouce; ensuite sans presser sur la tumeur, il introduit dans chaque petit trou une mèche de charpie, afin d'empêcher le recollement des bords de cette petite ouverture et recouvre le tout d'un épais cataplasme qu'on renouvelle matin et soir en changeant les mèches. On panse ainsi jusqu'à ce qu'on ne voie plus le pus sortir qu'en très petite quantité, et que la peau soit presque entièrement affaissée; alors un peu de charpie et une simple compresse appliquées sur les piqûres suffisent pour amener le recollement de la peau, et la guérison sans cicatrice.

M. Vivefoy a pu observer vingt fois les bons effets de cette méthode de traitement; il l'a employée lui-même avec autant d'avantage; enfin M. Ricord s'en est fort bien trouvé à l'hôpital des vénériens.

ESSAI SUR LA SCARLATINE SANS EXANTHÈME; par le docteur TAUPIN.

Nous trouvons dans ce mémoire quelques considérations générales sur les exanthèmes, et qui ne manquent pas d'intérêt. Cependant, nous ne signalerons que l'un des points traités par l'auteur, et qui est relatif aux maladies exanthématiques sans éruption. On sait les discussions auxquelles ce sujet a donné lieu; les uns soutenant qu'ils n'avaient jamais observé de cas de ce genre, et que ceux qu'on cite avaient été mal interprétés; les autres, le plus souvent, se contentent de rapporter des faits recueillis par leurs prédécesseurs. M. Taupin fait mieux, et rapporte deux faits de ce genre recueillis par lui-même, et qui, si les enfans qui en sont les sujets avaient été traités isolément et en l'absence de leurs frères et sœurs auraient très certainement passé inaperçus. Si on n'avait pas eu connaissance de l'épidémie de scarlatine qui régnait alors dans leur famille, on n'aurait pu soupçonner la nature scarlatineuse de leur maladie, qui aurait passé pour une angine intense, mais simple. Au reste, les cas analogues, sans être très fréquens, sont cependant assez communs pour que tout praticien qui veut se donner la peine de les chercher puisse en observer dans sa pratique, ce qui nous dispense d'en donner ici l'analyse.

RECHERCHES SUR LES VÉSICATOIRES; par le professeur TROUSSEAU.

L'auteur, après avoir jeté un rapide coup d'œil sur quelques-uns des vésicatoires employés dans ces derniers temps et spécialement sur celui qui a été introduit dans la pratique de Paris par quelques-uns des élèves de M. Bretonneau et qui y est connu sous le nom de *vésicatoire Bretonneau*, fait connaître un nouveau mode de vésicatoire qu'il a mis lui-même en usage et auquel il attribue une grande supériorité sur les autres moyens vésicans, même sur ceux qui passent pour les plus prompts et les plus certains. L'extrait éthéré de cantharide est le principe actif de ces nouveaux vésicatoires. Cet extrait se prépare de la manière suivante, selon le nouveau Codex :

Poudre de cantharides.......... 100 grammes.
Ether sulfurique.......... q. s.

Faites une teinture éthérée de cantharides par lixiviation (dans un appareil à déplacement); distilez cette teinture pour en retirer l'éther, vous en obtiendrez une huile verte, épaisse et très vésicante.

Cette huile étendue sur du papier enduit de cire et dans la proportion avec cette dernière de 1/10, 1/15, 1/20 et 1/25 fournit du papier à pansemens de diverses forces qui est bien préférable sous le rapport de l'économie, de la propreté et de la facilité d'obtenir l'action que l'on désire aux diverses pommades épispatiques en usage.

Si on veut appliquer un vésicatoire on étend un morceau de papier brouillard de la forme et de la grandeur des vésicatoires qu'on veut établir sur une feuille de diachylon, puis on y verse quelques gouttes d'extrait, de manière à l'imbiber légèrement, sans toutefois que l'expression puisse en faire sortir une seule gouttelette; puis le sparadrap est collé sur la peau et au bout de sept ou huit heures l'épiderme est soulevé.

IV. L'EXPÉRIENCE.

Les numéros d'août, de septembre, d'octobre et de novembre contiennent les articles originaux suivans : 1° *Mémoire sur les phénomènes anatomiques que produit le développement de la matière tuberculeuse autour des articulations des membres et des os*; par M. N. Guillot. (Nous nous occuperons prochainement des recherches de M. Guillot, qui offrent quelques résultats nouveaux.) 2° *De la gravelle blanche ou phosphatique*; par M. Civiale; 3° *Observation de rhumatisme de l'utérus*; par M. Luroth; 4° *Du tétanos*; par M. Thierry; 5° *Histoire de l'inflammation du cœcum*; traduit de l'allemand par J.-B. Pigné. (Extrait des BEOBACHTUNGEN AUF DER GEBIETE DES PATHOLOGIE UND PATHOLOGISCHEN ANATOMIE, 2 ter., Theil. Bonn, 1838, in-8°); 5° *L'auscultation appliquée à l'étude des phénomènes de la grossesse et à la pratique des accouchemens*, par M. Dubois (d'Amiens); 6° *Des luxations complètes du pied*, par M. A. Thierry (1er article); 7° *Fragmentation spontanée des calculs dans la vessie*, par M. Civiale; 8° *Affection morbide, présentant une grande analogie avec les divers cas connus de morve chez l'homme*.

RHUMATISME DE L'UTÉRUS; observation recueillie par le docteur LUROTH.

Déjà nous avons retracé les principaux caractères que les médecins qui se sont occupés du rhumatisme de l'utérus ont attribués à cette affection. Le fait suivant, recueilli par un habile observateur, nous semble confirmer trop complètement les inductions que M. Dezeimeris avait retirées de ses recherches sur ce sujet presque neuf, pour que nous n'en présentions pas ici l'analyse.

Obs. — Madame L., âgée de 22 ans, tempérament lymphatique, mariée depuis un an, accouchée depuis vingt jours, s'expose, le 14 septembre 1832, à un refroidissement prolongé, dans un courant d'air. Dès le lendemain, elle est en proie à de vives douleurs qui occupent l'épigastre et la région lombaire, et de là s'étendent à tout le canal intestinal, en y prenant la forme de coliques aussi intenses que dans l'iléus le plus prononcé; la malade ne peut se tourner d'un côté sur l'autre; quelquefois les douleurs s'irradient dans les cuisses, ou s'accompagnent d'un sentiment de constriction à la gorge, comme dans l'hystérie. La moindre pression sur l'abdomen est insupportable; l'abaissement du diaphragme est douloureux; aussi la respiration est-elle courte et accélérée. Il n'y a pas eu de selles depuis vingt-quatre heures; la tête est libre; la peau sans chaleur et le pouls apyrétique. (Une once d'huile de ricin; large cataplasme sinapisé sur l'abdomen.)

L'huile de ricin provoque un vomissement, mais ne purge pas.

Le 12 septembre, l'état est à peu près le même. Six gros d'huile de ricin amènent quatre selles et un soulagement notable.

Le 13, les accidens du 11 reparaissent, et on prescrit la potion suivante, à prendre par cuillerée de deux en deux heures.

Prenez :	Eau de menthe poivrée..........	1 once de chaque.
	Teinture aqueuse de rhubarbe..........	
	Teinture d'opium de Londres..........	demi-dragme.
	Ether sulfurique..........	1 dragme.
	Sirop commun..........	1 once.

La seconde cuillerée est suivie d'un calme parfait; la malade passe une bonne nuit; elle se réveille le matin au milieu d'une forte sueur, et rend des urines qui déposent un sédiment briqueté.

Le 14, les douleurs lombaires et hypogastriques sont à peine sensibles et disparaissent sous l'influence de frictions pratiquées avec l'herbe de jusquiame et la teinture thébaïque.

Le 20 avril 1834, madame L., arrivée sans accident au terme de sa seconde grossesse, est en travail d'enfant depuis vingt heures, et en proie à des douleurs excessivement vives, qui se renouvellent de cinq en cinq minutes, sans agir sur l'orifice utérin dont la dilatation reste pendant six heures au même point. Chaque fois qu'on pratique le toucher, une violente contraction se déclare, et la malade pousse aussitôt un cri déchirant. Il y a impossibilité de changer de position et de supporter la moindre pression sur le ventre; avec envies fréquentes d'uriner; pouls petit et fréquent; respiration courte et accélérée; une saignée du bras n'a amené aucun soulagement; on prescrit la potion ci-dessus et des frictions avec la teinture de belladone. La première cuillerée de la potion amène une rémission notable dans l'intensité et la fréquence des douleurs utérines; la seconde est suivie d'un vomissement, après lequel les contractions deviennent normales, et l'accouchement se termine d'une manière heureuse.

Le lendemain et le surlendemain, les douleurs utérines allant en augmentant un lavement avec dix gouttes de laudanum les calme pour la nuit.

Le 23, transpiration copieuse vers le matin. Les urines que l'accouchée ne rend qu'avec quelque difficulté déposent avec un sédiment rouge briqueté.

Le soir, retour des coliques et des tranchées qui sont contenues par un lavement émollient avec quelques gouttes de laudanum.

Les trois jours suivans il y eut des signes d'un léger état saburral qui céda à l'emploi d'une potion laxative avec l'infusion de séné composé, le sel de seignoue et le sirop de rhubarbe.

Puis guérison complète.

Le 14 juin 1836, Madame L.., arrivée heureusement au terme de sa troisième grossesse, éprouve encore, au commencement du travail, des contractions utérines débutant par une douleur excessive dans les régions lombaires et hypogastriques avec sensibilité très vive de l'abdomen et des bords de l'orifice utérin qui pendant 15 heures reste au même degré de dilatation. Le pouls est peu fréquent, la peau sans chaleur, le ventre paresseux (laxatif avec huile de ricin et teinture de rhubarbe par cuillerée, de demi-heure en demi-heure). La première cuillerée détermine un vomissement après lequel les douleurs utérines deviennent normales et se terminent au bout d'une heure par l'accouchement; puis les couches suivent leur cours normal jusqu'au 15 juillet. Ce jour-là, et sans cause connue, Mad. L... se plaint de douleurs rhumatismales vagues et fort intenses qui occupent alternativement la tempe gauche, les dents de la mâchoire inférieure et l'épaule gauche; anorexie; le ventre est paresseux (Potion laxative qui amène quelques selles et une diminution de la douleur rhumatismale, laquelle disparaît complètement les trois ou quatre jours suivans.)

Le 20 octobre, accès d'un rhumatisme névralgique intense au côté gauche de la tête, surtout dans les nerfs frontal, sous-orbitaire et facial. La pression sur ces différens points est insupportable; les douleurs reviennent par des exacerbations irrégulières avec de la fièvre, de l'insomnie et de l'inappétence.

Appelé le troisième jour, j'ordonne une application de sangsues sous l'oreille gauche et un grain d'opium.

Le soir, une pilule.
Le lendemain 23, prescription de la potion suivante :

Prenez :	Eau de fenouil..........	4 onces.
	Vin de semence de colchique..........	5 onces.
	Eau de laurier cerise..........	2 dragmes.
	Sirop commun..........	5 onces.

A prendre par cuillerée à bouche de deux heures en deux heures.

Au bout de deux jours la diarrhée avait complètement disparu; mais la malade conservant encore quelques élancemens on lui prescrit six onces de décoction de quinquina avec un gros et demi de magnésie calcinée qui purgea doucement et rétablit l'appétit.

Guérison complète au bout de peu de jours.

Le 9 octobre 1837, Mme L. arrivée au septième mois de sa quatrième grossesse, ressent dans l'hypocondre droit une vive douleur qui s'exaspérait par intervalle et se répète dans les reins. La pression sur l'hypocondre droit est très douloureuse et le moindre mouvement très pénible. Absence d'appétit et de sommeil (onguent mercuriel simple, une once et demie, pour faire une onction de deux en deux heures sur l'hypocondre droit). Soulagement immédiat dans l'intensité des douleurs; éruption abondante d'un eczéma sur l'hypocondre droit.

Le 10, léger gonflement de gencives; on cesse les frictions.

Le 11, les douleurs lombaires se reproduisent simulant parfaitement de véritables douleurs d'enfantement; mais l'orifice de l'utérus est à peine entr'ouvert (onction mercurielle sur l'hypogastre); les douleurs se calment dès la seconde application. Nouvelle éruption d'eczéma; nouveau gonflement des gencives; suspension des onctions.

Le 13 octobre, les douleurs reviennent par intervalles et se propagent dans la jambe droite.

Le soir, fièvre, céphalalgie, etc. (Saignée du bras).

Le 14, la malade ne peut se permettre aucun changement de position (Potion avec la teinture de rhubarbe et l'eau de menthe).

Le 15 et le 16 sont assez calmes; mais le soir un violent frisson se déclare avec chaleur âcre à la peau, agitation, délire, enfin tous les symptômes d'une méningite aiguë; les douleurs utérines sont complètement suspendues (Application de sangsues sous les oreilles, sinapismes aux extrémités inférieures, etc.)

Du 17 au 20, l'état de la malade devient de plus en plus alarmant; la tête se perd de plus en plus; l'agitation et l'insomnie continuent, malgré l'emploi du traitement approprié.

Dans la nuit du 20 au 21 des sueurs copieuses se déclarent.

Le 22 octobre, un accouchement avant terme se prépare; les douleurs utérines d'abord rares deviennent plus fréquentes et plus durables; en même temps la tête devient de plus en plus libre à mesure que l'action de la peau et celle de l'utérus se rétablissent. Dans la journée expulsion d'un fœtus de sept mois sans accident.

Le 23, il y a eu des sueurs très abondantes pendant la nuit; éruption miliaire générale; la tête est libre, la langue humide et le ventre libre. L'éruption suit son cours normal et tombe du quatrième au sixième jour en desquamation. Puis convalescence et guérison.

A partir de cette époque, la santé de Mad. L... ne s'est plus démentie, et elle est accouchée au mois de janvier 1839 d'un cinquième enfant à terme et bien portant, sans avoir éprouvé aucun des accidens qui ont marqué ses précédens accouchemens.

M. Luroth signale avec raison entre les phénomènes présentés par le sujet de cette observation dans des circonstances variées et avec des modifications diverses, un enchaînement et une filiation qui indiquent bien une source commune. Dès le principe, en effet, un refroidissement survenu durant l'état puerpéral détermine une affection rhumatismale sur le canal intestinal et l'appareil utérin qui est jugé par une sueur et des urines critiques.

Deux années plus tard l'affection rhumatismale de l'utérus se reproduit sans cause appréciable, et en vertu probablement de la prédisposition laissée par la première attaque. Nouvelle crise par la transpiration. Après deux ans encore, retour de l'affection rhumatismale de l'utérus, avec tous ses signes, qui est jugée encore par les sueurs. Puis un mois et ensuite trois mois après l'accouchement, des affections de même nature se développent sans cause appréciable, à la tête, sur les nerfs de la face et à l'épaule gauche; enfin la dernière de ces récidives a lieu pendant la grossesse; et après avoir déterminé un accouchement avant terme, puis simulé tous les symptômes de la plus violente méningite, disparaît comme par enchantement sous l'influence d'une transpiration copieuse avec éruption miliaire très abondante.

Cette observation est très importante dans son ensemble bien que chacune des périodes dont elle se compose n'eût été, isolée, que d'un médiocre intérêt.

FRAGMENTATION SPONTANÉE DES CALCULS DANS LA VESSIE; par M. CIVIALE.

M. Civiale a rapporté, dans le TRAITÉ DE L'AFFECTION CALCULEUSE, un grand nombre d'exemples de fracture spontanée de la pierre empruntés à Bowich, Detbarding, Geoffroy, Wytt, Tulpius, Deschamps, à MM. Crosse et Rousseau, et d'autres faits qui lui sont propres. Tous ces exemples démontrent que certains calculs vésicaux peuvent se morceler dans la poche urinaire sans que le malade ait été placé dans des circon

stances propres à rendre raison de ce phénomène. Plusieurs des malades n'avaient fait aucun traitement médical; quelques-uns même ne savaient pas qu'ils étaient calculeux, et ils ne l'ont appris que par les fragmens de pierre expulsés avec l'urine; d'autres souffraient déjà depuis longtemps; ils connaissaient la cause de leurs maux, mais ils n'avaient rien changé ni à leurs habitudes, ni à leur régime, au moment où la fragmentation du calcul a commencé; rien de nouveau, rien de spécial non plus n'avait apparu, en égard à la santé générale, aux souffrances locales, à la nature de l'urine. Chez l'un de ces malades, observé dans le service des calculeux, la fragmentation a eu lieu pendant l'administration du sulfate de quinine contre une fièvre d'accès qui s'était déclarée peu de jours après l'admission du sujet à l'hôpital.

L'examen des divers faits de fracture spontanée des calculs vésicaux n'a pas beaucoup éclairé l'étiologie ni le mécanisme de ce morcellement. En effet, on l'observe chez des enfans, chez des adultes, et plus particulièrement chez des vieillards décrépits. Quelquefois il a lieu chez des personnes d'ailleurs bien portantes. Mais il est plus commun à une époque avancée de la maladie calculeuse, lorsque déjà la constitution a éprouvé un délabrement considérable. On le voit dans quelques vessies fortement hypertrophiées, et cependant il n'est pas rare non plus dans le cas d'atonie ou de paralysie vésicale. Il a même lieu dans des cellules où la pierre n'est soumise à aucun frottement, à aucune collision.

Plusieurs espèces de pierres peuvent éprouver cette fragmentation. Dans quelques cas il s'agissait d'oxalate de chaux, dans d'autres c'était un phosphate; mais la plupart du temps, les pierres fragmentées sont d'acide urique et d'urate d'ammoniaque dans des proportions diverses. Leur couleur est fauve en général, parfois avec une teinte plus foncée.

La couleur grise cendrée, ou même blanche, que ces calculs entiers ou morcelés présentent, à moins que la masse entière ne soit phosphatique, dépend d'une dernière couche, qui s'est produite sous l'influence d'un état morbide de la vessie, et qui est tantôt de phosphate calcaire ou triple, tantôt d'urate de soude ou de chaux. La consistance du corps étranger est assez grande, mais il est fragile et cassant.

M. Civiale rapporte avec détail l'observation d'un homme âgé de 69 ans, ressentant, depuis plusieurs années, les symptômes de la gravelle, qu'il rendait en petite quantité et avec peine. Longtemps ce malade prit de la busserole sans aucun avantage. Un jour il fut frappé de la forme d'un des graviers rendus; en l'examinant avec attention, on s'aperçut que c'était un éclat de pierre, et non un gravier entier; plus tard il en sortit d'autres semblables, et l'on attribua à l'innocente busserole toute la puissance saxifrage dont quelques anciens l'avaient si gratuitement décorée. Cependant les forces se perdaient, la vessie devenait de plus en plus paresseuse, et les éclats de pierre n'étaient plus expulsés; le malade se décida à entreprendre un traitement plus sérieux, et entra dans le service des calculeux.

Il n'éprouvait pas de souffrances locales prononcées, mais l'urine était catarrhale, et ne pouvait être rendue qu'avec beaucoup de difficulté; l'appétit était nul, le sommeil trouble et la faiblesse extrême. On s'assura que la vessie ne se vidait pas et contenait, en outre plusieurs calculs. On rétablit les évacuations alvines, puis on s'occupa de diminuer par l'introduction des bougies l'irritabilité de l'urètre. On fit des injections tièdes d'abord, froides ensuite. Mieux marqué les jours suivans, le malade rend quelques fragmens de pierre; plus tard on applique la lithotritie avec succès.

Parmi les circonstances invoquées pour rendre compte de ce phénomène, les contractions des parois vésicales, notées par beaucoup d'auteurs, et entre autres par Covillard, Fabrice de Hilden, suffisent-elles à l'expliquer? M. Civiale ne se prononce pas sur ce point, qui nous paraît fort difficile à éclaircir.

La conséquence naturelle de ce qui vient d'être exposé est celle-ci, à savoir : que pendant la durée d'un traitement médical quelconque, il ne faut pas attribuer trop facilement aux moyens locaux ou généraux le morcellement de calculs, qui peut survenir spontanément. Cela s'applique surtout au traitement par les eaux de Vichy, d'autant que l'état acide ou alcalin des urines ne peut fournir de données positives à cet égard.

TRAVAUX ACADÉMIQUES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE.

SUR LA COMPOSITION DE L'ACIDE ACÉTIQUE ET DE L'ACIDE CHLORACÉTIQUE.

M. Dumas lit une note sur ce sujet. Dans une précédente séance, M. Dumas avait montré que le chlore décompose l'acide acétique sous l'influence solaire, et qu'il donne ainsi naissance à un nouvel acide qu'il a nommé acide chloracétique. A cette occasion, il avait exprimé l'opinion que l'acide acétique et l'acide chloracétique appartiennent à un même type chimique $A^8 B^8 C^4$; l'un étant représenté par $C^8 H^8 O^4$, et l'autre par $C^8 H^2 Chl^6 O^4$. Dans sa nouvelle note, M. Dumas cherche à généraliser ce point de vue et à faire comprendre comment ces types peuvent servir à grouper les corps organiques en genres bien caractérisés.

RÉSULTAT DE L'ACTION DU CHLORE SUR L'ESSENCE DE TÉRÉBENTINE.

En traitant l'essence de térébentine par le chlore jusqu'à saturation complète et laissant l'opération se terminer sous l'influence de la radiation diffuse, M. Deville a trouvé que l'essence perd huit atômes d'oxigène qui sont remplacés par huit atômes de chlore. Le corps résultant de cette substitution est encore une sorte d'huile plus visqueuse que l'essence de térébentine et d'une odeur bien différente. Sa densité est 1,36, tandis que celle de l'essence est 0,86. Soumise aux expériences de la polarisation circulaire avec les appareils de M. Biot et en sa présence, elle a manifesté la rotation vers la droite. La déviation, pour une épaisseur de 78°, a été en moyenne de 3°, 075; l'essence de térébentine, pour la même épaisseur, a donné 23, °7 de rotation vers la gauche, et en la supposant ramenée, seulement à une densité égale à celle du nouveau corps, l'angle eût été de 35, °82.

Il résulte de cette expérience que le nouveau corps et celui qui lui a donné naissance étant composés d'atômes chimiques assemblés en nombre égal, forment des groupes moléculaires dissemblables.

M. Biot, après avoir donné lecture de la note de M. Deville, ajoute quelques réflexions sur l'importance de l'étude des composés chimiques au moyen des procédés optiques, et rappelle à cette occasion les expériences qu'il a faites précédemment sur les solutions aqueuses d'acide tartrique à différentes températures. Toutes ces expériences, dit-il, nous montrent que les épreuves par lesquelles on détermine l'équivalence des élémens chimiques pondérables indiquent seulement l'équivalence d'actions résultantes indépendantes du groupement des particules matérielles ou exercées par les seuls principes pondérables qui entrent dans la composition des corps. Si le premier cas a lieu, les corps composés des mêmes équivalens pondérables, unis en mêmes proportions, ne diffèrent entre eux que par le groupement moléculaire. Dans le second cas, au contraire, les systèmes chimiquement équivalens pourraient différer aussi par les proportions de principes impondérables qui en font partie, et dont l'analyse chimique a fait jusqu'à présent abstraction.

RECHERCHES SUR LES SEMENCES DE MOUTARDE NOIRE ET DE MOUTARDE BLANCHE.

MM. Boutron et Fremy communiquent les résultats de leurs recherches sur ce sujet.

Ils commencent par rappeler les faits déjà annoncés en 1831 par MM. Robiquet et Boutron d'une part, et de l'autre par M. Faure, savoir : que tandis qu'il se produit sur le champ de l'huile essentielle quand on traite à une basse température de la farine de moutarde par l'eau dure, cette production n'a point lieu si on emploie de l'eau aiguisée d'acide sulfurique ou alcalisée par la potasse; qu'elle n'a point lieu non plus si on traite d'abord cette farine par l'alcool à trente degrés et qu'on reprenne ensuite par l'eau, soit le résidu de ce lavage, soit le produit de l'évaporation de l'alcool. Soupçonnant qu'il y avait là quelque action de même genre à celle qu'exerce l'émulsine des amandes douces sur l'amygdaline, MM. Boutron et Fremy furent conduits à diriger leurs recherches dans le sens indiqué par le beau travail de MM. Liebig et Vehler, et ils ne tardèrent pas en effet à découvrir un principe analogue à l'émulsine qui détermine constamment, dans les circonstances que nous indiquerons bientôt, la production de l'huile volatile. Ce principe est soluble dans l'eau, se coagule à 70 ou 80° et se précipite sous forme de flocons blanchâtres, quand on verse dans sa dissolution aqueuse de l'alcool à 40°. Ainsi rendu insoluble par l'alcool ou par la chaleur, il n'est plus propre à former de l'huile volatile. L'acide sulfurique et l'alcool détruisent aussi son action, ce qui explique les faits précédemment signalés.

Si on reprend par l'eau bouillante le tourteau de moutarde noire épuisé par l'alcool, on dissout alors une matière très amère, complètement inodore, mais qui, mise en présence de l'espèce d'émulsine dont nous venons de parler, donne naissance à beaucoup d'huile volatile.

La moutarde blanche traitée par l'eau froide donne, au lieu d'huile volatile, un principe âcre qui, d'après les recherches de MM. Boutron et Fremy, résulte encore de l'action de l'émulsine sur la sinapisine, matière déjà connue et qu'on obtient à l'état cristallin en traitant la moutarde blanche par l'alcool à 38°. Dans cette réaction, et outre le principe âcre, il se forme encore divers autres corps et notamment de l'acide hydro-sulfo-cyanique, que M. Pelouze a préce-

demment rencontré dans cette farine. Il est probable que cet acide se produit aussi pendant la réaction de l'émulsine sur la moutarde noire; si ce fait se confirme il viendra offrir un nouveau point de rapprochement avec les expériences de MM. Liebig et Wöhler qui ont reconnu que lorsqu'on fait réagir de l'émulsine sur l'amygdaline, il se produit de l'acide cyanhydrique.

L'émulsine de moutarde blanche mise en présence de la matière inodore de la moutarde noire donne aussi lieu à la production d'huile essentielle.

SUR LA FORMATION DE L'HUILE ESSENTIELLE DE MOUTARDE.

M. Bussy, qui poursuivait en même temps que MM. Boutron et Fremy des recherches sur ce sujet, en adresse aussi aujourd'hui les résultats qui sont à peu près les mêmes que ceux des chimistes précédens.

SUR LES TROIS SORTES DE CORPS REPRODUCTEURS DES ANIMAUX ET SUR LES ŒUFS DE L'HYDRA VULGARIS GRISEA.

M. Laurent adresse un mémoire sur ce sujet. Il commence par prouver, d'après ses recherches sur l'œuf de l'hydre vulgaire, que le mode de composition assigné par Wagner aux œufs ou ovules, n'est pas constant, et qu'ainsi, bien qu'en descendant des animaux supérieurs aux inférieurs on trouve longtemps un ovule bivésiculaire, on arrive à un point où les organes spéciaux, mâles ou femelles, qui s'étaient progressivement simplifiés, ont fini par disparaître complètement, et où cependant encore il y a sécrétion d'œufs, mais où ces œufs, eux-mêmes plus simples que dans toute la série supérieure, sont univésiculaires et féconds par eux-mêmes, sans imprégnation spermatique; l'œuf de l'hydre vulgaire en offre un exemple.

Outre la reproduction par œufs, les hydres et d'autres animaux bas placés dans l'échelle en ont encore deux autres. Ils se reproduisent par bourgeons ou gemmes nés de l'individu mère, et par une partie quelconque du corps de cet individu qu'on en aura détaché par une violence externe. M. Laurent compare ces trois corps, et trouve qu'il n'est pas possible d'établir entre eux d'autre rapprochement, si ce n'est la faculté qu'ils ont tous les trois également de donner naissance à un individu semblable à celui dont ils procèdent.

TRAITEMENT DES ANKYLOSES DU GENOU.

M. Louvrier adresse l'appareil qu'il a imaginé pour le redressement spontané de l'ankylose de l'articulation du genou.

ACTION DES SELS MÉTALLIQUES SUR L'ALBUMINE LIQUIDE ET SUR LES TISSUS ORGANIQUES.

M. Lassaigne adresse les résultats de ses recherches sur ce sujet. Les conclusions auxquelles il arrive sont :

1° Que l'albumine jouit de la propriété de s'unir à un grand nombre de sels métalliques sans les décomposer et de former avec eux des composés insolubles dans l'eau, lorsque ces corps sont unis dans certaines proportions, mais susceptibles de s'y dissoudre le plus souvent à la faveur d'un excès d'albumine ou de solution du sel métallique qui lui est déjà combiné;

2° Que ces albuminates paraissent résulter de l'union de plusieurs atômes d'albumine à un atôme de sel métallique;

3° Que ces combinaisons jouissent de la singulière propriété de se dissoudre sans éprouver immédiatement d'altération dans les solutions des sels alcalins qui décomposeraient les sels métalliques, pris isolément, et d'y rester dissous pendant un temps plus ou moins long, suivant la température;

4° Qu'il est vraisemblable que dans l'administration des sels métalliques à l'intérieur, il s'établit dans l'économie, par suite de l'absorption, une composition entre ces sels, les tissus et l'albumine contenue dans les divers fluides animaux, et que c'est probablement dans cet état qu'ils sont transportés dans les humeurs, et que leur effet médicamenteux est le plus souvent produit;

5° Que dans l'action d'un sel métallique sur un tissu quelconque, il s'établit d'abord une combinaison entre ces deux corps qui doit modifier les propriétés vitales et apporter un changement dans ses fonctions;

6° Que les propriétés reconnues, par suite de ce travail à certains sels métalliques de se combiner, soit à l'albumine, soit à la base de divers tissus de nos organes, viennent généraliser ce que l'on avait déjà reconnu pour le bichlorate de mercure relativement à ces tissus.

GLOBULES DU SANG CHEZ LES REPTILES.

M. Mandl transmet le résultat des observations qu'il a faites sur le sang d'un caïman à museau de brochet qui vit au Jardin des Plantes. Ces globules lui ont présenté une forme elliptique comme dans les oiseaux et les reptiles en général, mais remarquable par leur excessif allongement. Le grand diamètre, en effet, variant entre 1/35 et 1/40 de milimètre, le petit était de 1/100 à 1/95, ce qui donne le rapport 1 : 2 1/2 ou 1 : 3, tandis que, dans les autres ovipares examinés par MM. Prevost et Dumas, Wagner, Schultz et par M. Mandl lui-même, le rapport a été trouvé de 1 à 1 1/2 ou tout au plus comme 1 : 2.

ARSENIC NATUREL DANS LE CORPS DE L'HOMME. — EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE ARSENIEUX.

Dans la dernière séance, M. Couerbe avait adressé une réclamation par laquelle il revendiquait pour lui la découverte de l'arsenic naturel dans le corps humain, et se plaignait que M. Orfila se fût emparé de cette découverte et eût continué seul des recherches sur ce sujet, quoique M. Orfila et lui fussent convenus de les poursuivre en commun. M. Arago, en donnant communication de la réponse de M. Orfila, a fait remarquer que les deux chimistes étaient d'accord sur le premier point, et que, relativement au second, l'explication de M. Orfila satisferait sans doute M. Couerbe.

Voici la lettre de M. Orfila.

« Je viens répondre quelques mots à la réclamation injuste et irréfléchie de M. Couerbe.

» Le 30 octobre 1838, je déposai à l'Académie de médecine une note cachetée, rédigée par ce chimiste, modifiée par moi avec son consentement, et que j'ai depuis textuellement imprimée dans mon mémoire sur l'arsenic normal. En voici le contenu :

« M. Couerbe nous a communiqué, à MM. Ollivier, Lesueur et moi, les résultats des recherches qu'il a faites sur l'arsenic, et qui semblent établir que pendant la putréfaction des cadavres humains, il se développe une certaine quantité de ce métal, que l'on peut extraire facilement par des moyens chimiques; M. Couerbe, n'ayant pas l'habitude des expériences toxicologiques et n'étant pas d'ailleurs convenablement placé pour continuer ces expériences, m'a prié de me joindre à lui, pour vérifier un fait qui par son importance me paraît devoir fixer toute l'attention des savans. Dès le mois de juillet dernier, M. Couerbe avait fait la même communication à MM. Barruel, Bérard et Fontan : comment l'arsenic se développe-t-il pendant la putréfaction ? Les matières animales le prendraient-elles à la terre? Proviendrait-il des arséniates qui accompagnent souvent les phosphates, et qui se réduiraient par suite de l'action des matières organiques? Serait-il enfin le résultat d'une transformation ? Telles sont les questions qu'il s'agit d'aborder. »

« La lecture attentive de cette note prouve jusqu'à l'évidence que M. Couerbe était convaincu qu'il existe de l'arsenic dans les cadavres humains putréfiés, quoiqu'il eût cru devoir énoncer le fait sous forme dubitative.

» En décembre 1838, M. Couerbe retira, sous mes yeux, de l'arsenic métallique d'un échantillon de phosphate acide de chaux qui se trouvait depuis plusieurs années dans le laboratoire de la Faculté. Quelle était l'origine de ce sel ? Avait-il été préparé avec des os d'homme, ou d'un animal herbivore; l'acide sulfurique dont on s'était servi pour l'obtenir était-il arsénical: pouvait-on, en un mot, compter sur sa pureté? Évidemment non. Toutefois, comme M. Couerbe avait annoncé le premier l'existence de l'arsenic dans le corps de l'homme, je n'ai jamais balancé à lui attribuer cette découverte; j'ai imprimé ce fait, dont j'ai entretenu plusieurs fois l'Académie de médecine, et que j'ai proclamé dans mes leçons, en présence même de M. Couerbe; mais j'affirme sur l'honneur, n'avoir jamais vu M. Couerbe retirer l'arsenic des os, en traitant ceux-ci, soit par l'acide nitrique, soit par le nitrate de potasse.

» Voici maintenant la part que je revendique et que j'ai le droit de réclamer. J'ai démontré ce que M. Couerbe n'avait pas fait : 1° que les os frais de l'homme et de plusieurs animaux contiennent réellement de l'arsenic; 2° qu'on ne retire pas un atôme de ce métal des viscères de l'homme carbonisés séparément par l'acide nitrique concentré, pur, tandis qu'on en obtient constamment, en suivant le même procédé, s'il y a eu intoxication par l'acide arsénieux.

» Laissant de côté la partie purement chimique de ce travail, que nous étions convenus, M. Couerbe et moi, d'étudier ensemble, je n'ai abordé que le point médico-légal, dont la solution m'était indispensable, pour éclairer les jurés dans une affaire grave qui a été récemment jugée par la Cour d'assises de la Côte-d'Or. Je ne pouvais pas me présenter devant ce tribunal sans être en état de prouver que les viscères de Nicolas Mercier n'avaient fourni de l'arsenic aux experts de Paris, que parce que ce jeune homme était mort empoisonné par une préparation arsénicale.

» Au reste, M. Couerbe était tellement pénétré de la nécessité où je m'étais trouvé d'agir ainsi, qu'il m'écrivait à la fin de septembre dernier ce qui suit :

« Pourquoi éprouvez-vous quelque peine, mon cher Orfila, d'avoir entamé les questions que vous avez si laborieusement poursuivies; pensez-vous que je puisse être contrarié de cela ? Oh! vous me connaissez bien mal alors; je ne sais pas quelle forme j'ai donnée à ma lettre; j'écris constamment à la hâte et aussi toujours très mal; mais je ne crois pas avoir laissé paraître rien qui ait pu vous laisser croire que je fusse blessé de vous voir élargir une question si importante pour tout le monde, et en particulier si digne de votre intérêt. »

» Que l'on compare ce passage aux lignes acrimonieuses insérées à ce sujet dans la lettre adressée par M. Couerbe à l'Académie des sciences, et l'on conviendra qu'il est bien difficile de mettre ce chimiste d'accord avec lui-même.

» Je dirai en terminant qu'il est faux que M. Couerbe ait jamais écrit dans le projet de note qu'il m'avait remis, que ses recherches établissaient que le corps de l'homme contient de l'arsenic. A qui M. Couerbe prétendrait-il persuader, au moment où il réclame avec tant d'instance la priorité de la découverte, qu'il aurait consenti à substituer à une phrase aussi explicite, l'expression timide renfermée dans la note, et portant que ses recherches semblent établir qu'il se développe de l'arsenic pendant la putréfaction?!!! Il n'est pas plus vrai de dire, comme il l'a annoncé, que je lui aie procuré des cadavres; les deux corps sur lesquels j'ai opéré dans mon laboratoire, pendant le séjour de M. Couerbe à Paris, devaient servir à compléter mon premier travail sur l'absorption, dont ce chimiste n'a pas, j'imagine, la prétention de me dépouiller. Il me resterait encore à relever, dans l'épître de M. Couerbe, quelques phrases de mauvais goût, mais j'aime mieux les livrer à l'appréciation des personnes bien élevées qui auront suivi ce débat.

» On reconnaîtra, je n'en doute pas, après cet exposé, combien je suis fondé à repousser avec énergie l'accusation de M. Couerbe; les reproches qu'il m'adresse sont d'autant plus inconcevables, qu'il n'ignore pas que j'ai toujours mis le plus grand empressement à faire valoir ses travaux dans mes leçons. »

PHYSIOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX.

M. Hollard, docteur en médecine, donne connaissance à l'Académie d'un double fait puisé dans l'anatomie comparée qui peut aider à la solution de la question actuellement à l'ordre du jour; de savoir s'il est possible de localiser dans le système nerveux les points d'origine de la motilité et de la sensibilité.

En étudiant le système nerveux de la nageoire pectorale des trygles, nageoire qui, comme on le sait, présente la particularité intéressante d'avoir ses trois premiers rayons détachés et disposés en véritables doigts qui sont pourvus de très gros nerfs destinés à leurs tégumens, M. Hollard a constaté :

1° Que la quatrième paire des nerfs spinaux, destinée presque tout entière à ces rayons, naît par deux racines contrairement à l'assertion de Desmoulins, et que la racine inférieure, celle qui ne devrait présider qu'à des contractions, fournit une branche qui va directement se perdre dans la peau du premier rayon libre, en même temps qu'un rameau plus petit de même origine, qui, d'abord accolé à cette branche, s'en sépare bientôt pour se distribuer aux muscles du membre ;

2° Que la cinquième paire spinale, quoique naissant par deux racines d'égal diamètre, est complètement musculaire. Il ajoute, en outre, que les trois premières paires sont beaucoup plus musculaires que cutanées, sans que les proportions relatives de leurs deux racines annoncent le moins du monde cette prédominance.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

SÉANCE DU 24 DÉCEMBRE.

La dernière séance de l'Académie de médecine a été consacrée à l'élection des membres du conseil d'administration et des commissions permanentes de la compagnie. Nous publierons les noms des élus dans notre prochain numéro.

BIBLIOGRAPHIE.

TRAITÉ DE PHILOSOPHIE MÉDICALE, ou Exposition des vérités générales et fondamentales de la médecine; par T. C. E. EDOUARD AUBER, D. M. P. — Un vol. in-8°, Paris, chez Germer-Baillère.

Il ne faut pas avoir fait une étude approfondie de l'histoire de la médecine, pour reconnaître que cette science n'a pu se soustraire à l'empirisme et à l'influence des systèmes, qu'à la condition d'être constituée sur une base philosophique, c'est-à-dire à la condition de ramener à des principes communs les résultats fournis par l'observation et d'unir entre eux ces principes par une saine logique, pour en déduire des lois et des principes généraux. Il semble cependant que cette vérité si simple ait été souvent méconnue, et qu'elle le soit même encore aujourd'hui, à voir l'éloignement que l'on professe pour les études philosophiques et pour les applications utiles qu'on en peut faire à la pratique de notre art. On peut affirmer néanmoins que jamais l'étude de la philosophie médicale ne fut plus nécessaire qu'à notre époque. Il suffirait pour s'en convaincre de jeter un instant les yeux sur l'état actuel de la science et sur les tendances qu'elle manifeste au milieu des directions les plus divergentes qui lui ont été imprimées dans ces derniers temps. L'abus des systèmes semble nous avoir rejetés dans le scepticisme le plus profond à l'égard des principes et des méthodes de raisonnement. Du dogmatisme on est tombé dans l'observation empirique; et comme si les faits pouvaient avoir d'autre valeur que celle qu'ils reçoivent par les lumières de la logique, on a proclamé bien haut la toute puissance de l'observation. De là ce morcellement des études, cette diversité de théories partielles, incomplètes, et de résultats souvent contradictoires, qui constituent le caractère le plus frappant de notre époque. A l'oubli des traditions et comme s'il se fût agi d'une science nouvelle, chacun semble s'être livré à l'envi à l'étude des phénomènes sensibles des maladies, les uns demandant à l'anatomie pathologique les lois interprétatives des symptômes observés pendant la vie, les autres se bornant à tracer des tableaux purement descriptifs de ces phénomènes; d'autres avec la prétention plus élevée de reconstituer la médecine sur de nouvelles bases, en appelant aux expériences, ou bien invoquant l'analogie pour fondre en une seule et même science la physique et la physiologie. Sans doute quelques acquisitions utiles et même des découvertes importantes ont été le résultat de ces recherches; mais tant il est vrai que les faits isolés et considérés empiriquement se prêtent à des interprétations diverses, que l'observation, si elle n'est dirigée par les principes d'une méthode philosophique sévère, ne conduit qu'à des résultats partiels, le plus souvent incertains et variables, on cherche en vain au milieu de ces nombreux travaux, de ces recherches multipliées, l'unité, l'harmonie, la liaison des principes, qui constituent une science vraie et durable.

Il est heureux toutefois que cette impulsion n'ait pas entraîné toutes les intelligences. Si d'une part tant d'activité a été mise en jeu et absorbée au profit d'un seul ordre de faits, on se plaît à retrouver la chaîne des traditions dans les travaux des hommes le plus profondément instruits et le plus doués de cet esprit philosophique qui de tout temps fut le propre des grands médecins. La doctrine hippocratique sanctionnée par l'expérience, réduite en principes par la méthode logique de Bacon, devait survivre par leurs soins aux attaques qui ne portaient que sur les fausses applications qu'on en avait faites et sur la manière vicieuse de raisonner qui était en usage avant le fondateur de la méthode analytique. Au moment où une réaction se manifeste dans la direction de ces idées, où les esprits semblent plus portés aux études historiques et philosophiques, c'était une pensée heureuse que de rédiger les principes de cette doctrine et d'exposer les bases fondamentales de la philosophie médicale; tel est le but que s'est proposé l'auteur du livre que nous analysons.

M. Auber a divisé son livre en deux parties : la première est consacrée à l'exposition des questions les plus élevées de la philosophie médicale. Dans la seconde, il rappelle les vérités fondamentales de la médecine. Nous suivrons cette division. Après avoir défini la philosophie la science générale des idées et des méthodes propres à en acquérir, l'auteur remonte à son origine, en suit les phases historiques, expose ses procédés, et il aborde la philosophie médicale proprement dite. « La philosophie médicale est la science qui a à la fois pour objet de nous initier à la méthode, aux règles et aux principes de la logique médicale et de nous retracer les vérités générales et fondamentales de la médecine, judicieusement coordonnées entre elles d'après les lois et les principes de la vraie manière de philosopher. » Ainsi considérée comme la raison, le lien, le produit et l'ensemble des vérités médicales, la philosophie médicale est justement envisagée par M. Auber, comme le résultat collectif des écoles et non comme l'œuvre isolée d'un seul homme. « Philosopher en médecine, c'est observer les faits et les étudier; c'est chercher à établir leurs rapports et leurs différences; c'est les généraliser et les systématiser ensuite, en les soumettant tous au contrôle d'un fait initial et fondamental, qui devient en quelque sorte le terme au-delà duquel l'esprit humain n'a plus ni prise, ni guide, ni soutien. » Ce fait initial, c'est l'activité vitale, c'est la nature formatrice et conservatrice, le ψυχή d'Hippocrate; ce *substratum* qui n'est que l'expression abstraite d'un fait que l'on ne peut ni ne prétend expliquer, mais qui est une de ces vérités de premier ordre que le sens intime et l'analyse nous font également connaître. Ce principe qui a, selon l'heureuse expression de M. Réveillé-Parise, toute l'évidence d'un fait, avec l'obscurité d'une abstraction, repose, comme le veut M. Cousin, sur une vérité de sens commun, c'est-à-dire sur une vérité universellement reconnue, indépendamment de toute démonstration scientifique; Il se formule par l'expression de ses attributs qui sont l'unité, l'individualité et l'activité du système vivant. Une fois parvenu à ce terme dernier et le plus élevé de l'analyse des phénomènes de la vie, on procède de ce fait général comme d'une donnée synthétique, pour expliquer ou plutôt pour coordonner, suivant leurs rapports et leur liaison, les faits d'un ordre secondaire qui en dépendent. Telle est la méthode qui fut introduite dans l'étude de la physiologie et de la médecine, par Barthez, méthode mixte qui consiste à établir les principes fondamentaux de la science sur l'analyse et sur la synthèse à la fois, c'est-à-dire suivant la méthode analytique, en observant les faits d'abord dans leurs détails, puis dans leur ensemble, s'élevant graduellement du simple au composé, du connu à l'inconnu, des phénomènes particuliers aux phénomènes généraux; de ceux-ci aux forces expérimentales qui les produisent, et enfin de ces dernières à la notion d'une force unique qui les résume et qui constitue le fait primitif et fondamental, la cause expérimentale de la vie; suivant la seconde, ou la méthode synthétique, en partant de cette cause expérimentale, résultat inductif de l'analyse, comme d'un fait initial, pour soumettre les faits à son contrôle, pour saisir la filiation, des effets avec leurs causes, et pour établir d'une manière définitive les lois et les dogmes constitutifs de la science.

C'est ainsi qu'après avoir posé la proposition fondamentale, essentielle de la médecine, l'auteur se trouve conduit à développer la méthode logique à l'aide de laquelle on s'est élevé à cette première notion, méthode qu'il expose avec clarté et dont il fait ressortir tous les avantages. De l'exposé de la méthode qui n'est par le fait qu'un instrument, un moyen de classification, considérée ainsi abstractivement, il passe à son application à la médecine, aux modifications que le génie propre de cette science doit lui faire subir, au genre de philosophie et à la logique qui

conviennent à la médecine. Toute science a son génie d'où découlent à la fois la nature de ses lois et de ses formes scientifiques. Le développement de cette proposition fournit le sujet d'un des plus importans chapitres sur le génie de la médecine, sur son langage, sa logique, ses formes scientifiques, sur ses rapports avec les autres sciences, les emprunts qu'elle peut légitimement leur faire, sur les limites des applications de ces sciences à la médecine, toutes choses qui se déduisent de la nature de l'être qui est l'objet de la médecine. L'homme est mû par un principe d'action intérieure et cachée, qui a ses lois spéciales; de ce fait émane le génie distinct de la médecine. Il est, de tous les êtres organisés, le plus mobile et le plus sensible; de là le caractère de mobilité et d'incertitude des lois qui se puisent dans le principe de la vie. Ses rapports étendus et multipliés avec tout ce qui l'entoure constituent les rapports nombreux de la médecine avec les autres sciences. Ses différences avec quelques-unes, ses rapprochemens avec d'autres se déduisent de la nature même de ses lois et de son esprit. Enfin, la médecine a sa logique, qui consiste moins dans la description des phénomènes, dans leur classement méthodique, dans la recherche de questions insolubles, que dans l'esprit d'abstraction nécessaire pour s'élever des effets à leurs causes, des phénomènes aux forces qui les produisent; elle a son langage naturellement vague, incertain et abstrait comme ses formes; ses règles mobiles et variables comme ses lois. Dans ce chapitre, généralement bien pensé et écrit avec verve, l'auteur a fait preuve de l'instruction solide et variée que comportait un tel sujet.

Toute cette première partie comprend, comme on le voit, les notions préliminaires à l'étude de la pathologie générale. Nous y avons remarqué en outre une esquisse historique des écoles, faite avec discernement et impartialité, et une appréciation assez juste des services rendus à la médecine par l'anatomie pathologique.

La deuxième partie, sous le titre d'Instituts de médecine, ou Exposition philosophique des vérités générales et fondamentales de la médecine, est consacrée à l'exposition des principes de la doctrine d'Hippocrate. La puissance médicatrice est le fait qui fixe le premier l'attention de l'auteur. C'est dans l'esprit de la doctrine le dogme fondamental d'où découlent tous les autres. La force médicatrice n'est autre que le principe de vie lui-même, alternativement considéré comme force formatrice, conservatrice ou médicatrice, selon que l'on étudie l'homme dans son développement, à l'état de santé ou de maladie. Le principe de la puissance médicatrice de la nature une fois posé, comme le fait le plus général de la pathologie, l'auteur l'analyse, le suit dans les phénomènes morbides de réaction, le met continuellement en relief et cherche à le dégager de tout ce qui peut en obscurcir la manifestation, considérant, avec Hippocrate, la nature ou la force vitale comme étant la source d'où tout découle et le terme où tout revient en médecine. Envisagés sous ce point de vue, les phénomènes morbides se présentent à l'esprit, moins comme des désordres essentiellement dangereux par eux-mêmes, que comme des mouvemens de réaction salutaire enchaînés par la force vitale qui lutte contre les causes accidentelles de troubles, et qui tend à réparer les pertes ou à rétablir les fonctions de l'économie. C'est sur ce principe que repose toute la thérapeutique des médecins hippocratiques, laquelle consiste, comme on le sait, à laisser agir la nature, à la surveiller, la seconder, la suppléer ou l'imiter lorsqu'elle reste impuissante, à détourner ou combattre son action lorsqu'elle prend une direction funeste; en un mot, à se tenir entre les limites de la nature et celles de l'art, « en cherchant toujours à saisir et à distinguer les mouvemens favorables et les mouvemens nuisibles, pour favoriser les uns et pour combattre les autres, en cherchant surtout à saisir l'indication, ainsi que le temps ou l'opportunité de l'action. »

A ce principe se rattache la doctrine des mouvemens épurateurs, des crises et des jours critiques, doctrine que l'auteur développe et appuie, ainsi que celle de la force médicatrice, par des raisons judicieuses et par des exemples dont le choix n'est peut-être pas toujours également heureux. Autant de chapitres se présentent encore comme des corollaires de cette proposition; ce sont des considérations sur les maladies utiles, les maladies palliatives, médicatrices, et celles qu'il est dangereux de guérir. Enfin, l'auteur termine par des considérations générales sur la santé, sur la maladie, les réactions locales et générales, sur les causes morbifiques et sur la thérapeutique, considérations qui présentent un résumé de pathologie générale.

Nous n'insisterons pas plus longtemps sur l'analyse de cette seconde partie, consacrée à l'exposition de principes, qui, bien qu'ils n'aient pas été toujours appréciés à leur juste valeur, sont trop connus pour les reproduire ici. Qu'il nous suffise de dire que M. Auber, dans son admiration soutenue pour cette doctrine, n'a pas apporté un esprit critique assez sévère dans l'examen de certaines propositions contestables, et qu'à l'égard de quelques-unes, vraies en principe, il ne s'est pas suffisamment tenu en garde contre l'exagération de leurs conséquences.

Il y avait deux manières d'envisager la doctrine d'Hippocrate; la première eût consisté à exposer cette doctrine au point de vue historique; la seconde consistait à l'envisager au point de vue critique, par rapport à l'état actuel de la science. Au point de vue historique, la doctrine d'Hippocrate se présente comme l'expression la plus large de tous les faits et de toutes les vérités qu'embrasse la médecine. Bien supérieure à toutes ses rivales, dont elle se distingue surtout par l'ensemble, par l'unité de ses principes et la sévérité de sa logique, elle est de toutes, en même temps, la plus éminemment pratique. Nous regrettons de le dire, M. Auber a peut-être trop sacrifié ce dernier point de vue de la doctrine hippocratique à la forme dogmatique et toute spéculative sous laquelle il l'a présentée. C'est surtout comme observateur profond et sagace qu'Hippocrate a marqué du sceau de son génie toutes les pages qu'il nous a transmises. C'est par la peinture si nette et si fidèle qu'il a faite des maladies; c'est en distinguant avec soin les symptômes propres qui nous éclairent sur le siége de la maladie, et les symptômes communs ou les épiphénomènes qui nous en font connaître le fond réel, qui indiquent la marche qu'elle doit suivre, les transformations qu'elle doit subir, et l'issue qu'elle doit avoir, distinction sur laquelle repose la séméiologie tout entière; c'est enfin par l'étude des rapports des saisons avec les maladies et des constitutions épidémiques, bien plus encore que par les aperçus de haute physiologie qu'il a semés çà et là dans ses œuvres, qu'Hippocrate s'est acquis la juste admiration des médecins de tous les temps.

Maintenant, si nous considérons cette doctrine au point de vue où s'est placé l'auteur; si nous l'apprécions dans sa valeur absolue, mise en regard de l'état actuel de la science, de ses progrès et de son avenir, nul doute que la doctrine hippocratique ne conserve encore ses avantages sur toutes les autres; mais il ne faut point se dissimuler que sur bien des points encore elle est obscure, vague, indécise, et qu'elle laisse en deçà bien des faits dont les rapports avec ses lois et ses principes restent encore indéterminés. La méthode logique à l'aide de laquelle on a réuni, groupé et systématisé les principes hippocratiques, de manière à en constituer un corps de doctrine uni et lié dans tous ses points, cette méthode n'est pas elle-même à l'abri de certains abus contre lesquels on ne s'est pas toujours tenu en garde. C'est une tendance qui est commune à l'école à laquelle appartient M. Auber, de sacrifier quelquefois l'exactitude du fait au principe général légitimement déduit d'ailleurs par voie d'induction, et d'abuser de ce principe en le considérant comme cause unique et nécessaire de tous les faits analogues. Un fait général une fois reconnu, on part de ce fait comme d'un principe démontré, pour expliquer tous les faits qui paraissent s'y rattacher d'une manière plus ou moins directe. Cette manière de procéder est fort logique sans doute; mais il ne faut pas oublier que la médecine ne se prête pas toujours avec facilité à l'application rigoureuse de la méthode. Les lois et les principes que l'on est parvenu à consacrer par l'usage de cette méthode n'offrent pas un caractère de certitude tel, qu'on puisse se flatter de ranger tous les faits sous leur dépendance. Il y a en médecine peu de lois et beaucoup d'exceptions, comme le dit très judicieusement M. Auber; de là la nécessité d'être très réservé dans l'application des premières, et d'examiner les faits directement et indépendamment de ces lois, lorsqu'ils leur sont contraires ou étrangers. Que résulte-t-il en effet de cette facilité avec laquelle on érige un fait général en principe? c'est que lorsqu'on descend du point culminant où l'induction a élevé les lois les plus générales de la vie, pour étudier les lois et les causes expérimentales des faits d'un ordre secondaire, pour suivre la liaison intime des faits particuliers avec des faits plus généraux, de ceux-ci à leurs causes immédiates, et ainsi de suite jusqu'à la cause première, on trouve dans cette chaîne des faits et des principes, bien des lacunes, bien des interruptions, qu'il est peut-être réservé à la science de remplir un jour, mais qui n'en constatent pas moins la nécessité d'être plus sévère dans l'application du raisonnement aux faits médicaux, et surtout dans l'usage de la méthode synthétique.

En résumé, bien que la doctrine hippocratique, telle que l'école de Barthez l'a formulée, d'après les principes de la méthode logique, soit réellement la plus philosophique et la plus pratique de toutes; qu'elle seule envisage l'homme sous ses vrais rapports, en le montrant, d'une part, sous la dépendance des lois communes de la physique, de l'autre, soumis à des lois propres, qui constituent son individualité et son activité, au milieu des êtres qui l'environnent; qu'elle consacre et systématise toutes les vues pratiques, d'où qu'elles viennent, de l'humorisme ou du solidisme, il reste beaucoup à faire encore pour l'amener au degré de perfectionnement dont elle est susceptible, et surtout, pour la rendre plus accessible au commun des intelligences, et partant, d'une application pratique plus facile et plus générale. Mais il faut pour cela descendre un peu de la hauteur des régions métaphysiques, où l'on s'égare trop sou-

vent; il faut être plus sobre et plus réservé dans l'usage des abstractions, bien qu'elles soient nécessaires pour la détermination des termes des problèmes physiologiques et pour l'expression de leurs inconnues. Il faut aborder plus franchement les faits et les soumettre à une analyse sévère, en ne perdant pas de vue que les phénomènes morbides, comme les fonctions physiologiques, sont presque toujours, à des degrés divers, le résultat complexe de conditions vitales, de conditions organiques et de conditions physiques, lesquelles nous paraissent avoir été trop souvent négligées dans l'esprit de cette doctrine. Il faut enfin ne pas oublier que hors du sein de cette école ont surgi des découvertes et des résultats importans, qu'elle devra s'assimiler et coordonner avec les principes de la doctrine, si l'on ne veut qu'elle reste incomplète et qu'elle soit débordée par les faits. Croire que tout est à refaire en médecine et que la science date d'hier, c'est une prétention ridicule dont il est assez fait justice; mais il ne faudrait pas tomber dans un excès opposé, en s'arrêtant à l'expression de quelques lois générales, dont les rapports avec tous les faits sont loin encore d'être démontrés, comme au dernier terme qu'il nous soit donné d'atteindre. Que l'on sorte donc de cette espèce de quiétisme contemplatif, qui ne tendrait qu'à immobiliser la science. et que l'on mette à profit l'activité dont l'école anatomique a donné de si louables exemples, en imprimant à cette activité une direction meilleure. L'école hippocratique a jeté les premiers et les plus solides fondemens de la médecine, par l'étude approfondie de la marche, des périodes et des signes pronostiques des maladies. L'école moderne, par une appréciation plus attentive des symptômes locaux et de leurs rapports avec les lésions anatomiques, a jeté les plus vives lumières sur le diagnostic. L'étiologie, encore réduite aux notions les plus vagues et les plus obscures, est un vaste champ qui reste ouvert à l'exploration. Que l'on reporte donc l'active investigation que l'on a portée, dans ces derniers temps, sur les signes diagnostiques et sur les conditions anatomiques des maladies, sur l'étude de leurs causes générales, sur leur période d'invasion, sur les causes immédiates des phénomènes morbides, sur leur mécanisme, les conditions physiques auxquelles ils participent, sur la connexion et l'influence réciproque de ces causes et de ces conditions. C'est ainsi, en jetant sur l'observation de ces divers ordres de faits mal appréciés, et sur la solution de ces questions encore indécises, les lumières fournies par les divers élémens de la méthode expérimentale largement comprise; c'est en coordonnant avec les principes de la doctrine hippocratique les progrès récens de la médecine, que l'on parviendra, sans doute, un jour à rattacher tous les résultats de l'expérience aux lois générales formulées dans cette doctrine.

Pour revenir au livre de M. Auber, dont cette digression nous a un moment éloigné, il suffit d'avoir indiqué les questions de philosophie et de pathologie générale dont il traite pour en faire sentir toute l'importance. Cette œuvre, qui ne contient, comme on le voit, aucune donnée nouvelle, mais qui était destinée à reproduire les vérités les plus anciennes et les plus fondamentales de la médecine, à les lier, les grouper, les montrer dans leur dernière signification, en les ramenant à l'expression d'une loi commune, cette œuvre exigeait, de la part de son auteur, une étude approfondie des auteurs anciens, une intelligence parfaite de l'esprit de leur doctrine, et des connaissances étendues dans l'histoire de la médecine. L'auteur n'a point fait faute à son sujet; mais c'eût été trop présumer sans doute d'un début, que d'espérer y trouver réunies au même degré toutes les conditions que comporte une entreprise aussi hardie et aussi difficile. C'est déjà un mérite assez grand à nos yeux de n'être pas resté trop au-dessous d'une pareille tâche. L'ordre et la méthode à apporter dans l'exposition de ce sujet offraient à eux seuls d'assez grandes difficultés. En procédant de l'histoire de la philosophie à l'exposition de la méthode aujourd'hui en usage, de celle-ci à son application à la médecine; du fait primordial aux faits secondaires qui en découlent, dans l'énoncé des principes de la médecine, c'était suivre l'ordre logique le mieux approprié à l'esprit de la doctrine hippocratique. Toutefois, nous devons le dire, cet ordre n'est pas toujours et partout parfaitement senti. Quelques chapitres paraissent placés comme hors-d'œuvre, sans liaison directe avec ceux qui les précèdent ou les suivent; tel, est par exemple, le chapitre intitulé *Contemplation de l'univers* et quelques autres dont les propositions plus ou moins hypothétiques nous ont paru trop étrangères au but principal de l'ouvrage. Une difficulté non moins grande et qui était inhérente au sujet lui-même, c'était en traitant d'une science dont les rapports et les points de contact sont si nombreux avec la philosophie générale et les autres sciences, de ne point outrepasser les limites de son sujet. Il y avait là un écueil que l'auteur devait difficilement éviter. Malgré ces défauts que nous n'indiquons qu'en raison même de l'importance du sujet, malgré la tendance que nous avons signalée vers une forme un peu trop abstraite et trop dogmatique, dans l'exposition des principes de la médecine hippocratique, ce livre, fait avec conviction et conscience, ne présente pas moins un résumé complet et fidèle de cette doctrine et de la méthode philosophique qui lui sert de base. Nous le croyons, à ce titre, destiné à avoir une heureuse influence sur l'esprit de la génération actuelle de nos écoles, en rattachant aux progrès récens de la médecine le souvenir des vérités anciennes de la science et en rappelant des principes de philosophie généralement trop négligés à notre époque.

H. B.

CONCOURS

POUR LA CHAIRE DE PATHOLOGIE INTERNE DE LA FACULTÉ DE PARIS.

3e ÉPREUVE. — LEÇON IMPROVISÉE APRÈS TROIS HEURES DE PRÉPARATION.

La série des épreuves dont se compose jusqu'à présent le concours de pathologie interne représente un cercle qui va se resserant de plus en plus : la question de la fièvre en a été le large début et a fourni aux efforts de chaque candidat une carrière pour ainsi dire illimitée, puis, l'urne a livré à l'éloquence élaborée d'un jour à l'autre, des problèmes grandement formulés, des cadres moins étendus que le sujet de la composition; mais sollicitant encore un travail de synthèse, l'analyse collective des faits, l'étude des groupes pathologiques. Voici maintenant le cercle plus restreint des unités morbides ; c'est la pathologie tout-à-fait spéciale, avec ses frais de description et de séméiologie différentielle, qui remplit les leçons improvisées après trois heures de réflexion à huis clos ; c'est le détail de l'observation clinique et de l'érudition acquise, que demande à chaque candidature le jury de plus en plus urgent. Heureux ceux qui ont beaucoup vu ! Ils auront beaucoup à raconter, beaucoup à comparer, beaucoup à douter. Il ne faut pas moins qu'un peu d'expérience propre et d'érudite originalité, pour corriger, dans l'oreille des auditeurs, la monotonie du programme prévu qui s'impose à chaque question ; causes, symptômes, diagnostic, pronostic, lésions de nécroscopie, traitemens, tel est le cycle obligé où roule l'improvisation que vient débiter, pâleur au front et chaleur aux tempes, chaque compétiteur suant la fièvre préparatoire des trois heures d'isolement. La supériorité que donne une pratique longue et sérieuse de l'art se révèle dans cette épreuve et pèse de tout son poids; la sagacité de l'auditeur le moins exercé a bientôt distingué la leçon inspirée par les vues de l'expérience de celle qui se dégage scholastiquement des réminiscences de bibliothèque. C'est encore ici que se montre le talent d'enseignement proprement dit, qui n'est point le talent des paroles faciles et fleuries; il a pour premier élément l'art de diviser le sujet, puis l'art de sustenter l'attention des élèves; c'est-à-dire, la clarté et l'intérêt. Singulier effet des émotions de tribune ou des variétés d'organisation intellectuelle! Tel candidat a parlé laborieusement, après vingt-quatre heures de préparation, qui s'est montré abondant et rapide dans la leçon après trois heures ! M. Dubois, d'Amiens, a tiré un meilleur parti de celle-ci que de la première; il a constamment fixé l'attention de l'auditoire, et n'était un certain grossissement de la voix et de l'action oratoire, il aurait rempli, quant à la forme, toutes les conditions d'une exposition didactique; il a été clair, correct ; ses divisions ont été bien établies. Quant au fond, on peut lui reprocher de n'avoir envisagé l'hémoptysie que dans sa forme symptomatique et surtout dans sa liaison avec la tuberculisation pulmonaire; M. Dubois avait sans cesse la pensée aux tubercules, et semblait dominé, dans l'arrangement de sa leçon, par les souvenirs d'une dissertation sur le même sujet.

Si M. Dubois n'a guère vu dans l'hémoptysie que l'un des symptômes graves de la phthisie pulmonaire, M. Casenave qui l'a précédé à la tribune s'est trop étendu sur l'hémoptysie essentielle, quoiqu'il se soit proposé de la décrire comme type; il ne l'a pas étudiée assez amplement dans ses rapports avec les différens périodes de phthisie. Il a établi un genre d'hémoptysie propre aux vieillards, et qui nous paraît fort contestable. En général, ce candidat, qui possède beaucoup des qualités nécessaires à la tribune, a présenté dans un cadre succinct des notions partout répandues sur l'hémoptysie; il a dit avec une certaine aisance de langage ce que tout le monde sait sur ce point; il a été facile et vulgaire.

Un sujet, voisin de l'obstétrique, est échu à MM. Piorry et Legroux. Le premier, qui figure seul aujourd'hui dans ces colonnes, l'a traité avec étendue; sa leçon réunit à l'érudition la richesse, des faits pratiques; M. Piorry a soutenu sa réputation de pathologiste instruit et exercé; mais cette fois encore il a négligé le soin du langage; et sa parole, trop rapide, n'a pas toujours sonné correctement. Tant l'épreuve de la chaire est redoutable même aux lutteurs les plus aguerris ! Tant l'émotion d'une lutte décisive peut nuire aux efforts le plus savamment dirigés ! Ajoutons que si dans sa leçon sur les tubercules, M. Piorry a mis en lumière sa science anatomo-pathologique, il a montré, dans la question de la métrorrhagie son habitude de l'analyse symptomatique et son jugement de praticien.

M. CASENAVE.

DE L'HÉMOPTYSIE.

Le sens étymologique de ce mot désigne la simple sortie du sang par la bouche ; mais l'usage l'applique exclusivement au crachement du sang provenant des bronches. L'hémoptysie a été connue de tout temps, mais les pathologistes n'y ont pas toujours attaché la même valeur; ils l'ont considérée dans le principe comme une maladie entière; plus tard l'hémoptysie est de-

venue tantôt la maladie, tantôt l'expression complexe de plus d'un état morbide. On peut la définir : un crachement de sang rouge, rutilant, aéré, accompagné le plus souvent de toux et précédé de titillation à la gorge. Elle a été distinguée en active et en passive; cette division ne paraît plus convenable au candidat; il admet une hémoptysie critique, mais il la distingue surtout en essentielle et en symptomatique.

I. Hémoptysie essentielle. Elle est active ou passive. Active; elle reconnaît des causes nombreuses; elle est fréquente chez les jeunes gens de 20 à 30 ans, sans qu'elle épargne les vieillards; elle attaque indifféremment les deux sexes; le tempérament sanguin y prédispose, ainsi que les professions qui mettent en jeu les organes de la voix, celles qui exposent à des émanations de gaz irritans; le coït la favorise; mais c'est surtout l'hérédité qu'il faut noter parmi les causes prédisposantes : on a vu des familles dont plusieurs, sinon tous les sujets ont successivement éprouvé des crachemens de sang. Les causes externes, traumatiques, peuvent aussi la produire; quant à la rétropulsion d'exanthèmes cutanés, à la suppression de certains flux morbides non hémorragiques, envisagés comme causes d'hémoptysie, le candidat ne laisse pas que d'en révoquer en doute la valeur.

L'hémoptysie essentielle passive est ordinairement l'apanage de la misère, des constitutions affaiblies par les privations, par le manque d'air et de lumière; rarement l'observe-t-on seule dans ces circonstances; presque toujours elle est accompagnée d'œdème. M. Casenave signale chez les vieillards d'autres hémoptysies encore, plutôt chroniques que passives, et qui paraissent sans influence marquée sur leur santé; il semble qu'ils soient habitués à cette perte.

Les symptômes se déroulent dans l'ordre suivant : courbature, lassitude, battement des artères temporales, pouls dur, fréquent; puis, expuition de sang rouge, spumeux, non par flots, mais par petites quantités, précédée de toux et d'une sensation de chatouillement à la gorge; le malade sent à l'avance si de nouveaux crachemens de sang vont succéder au précédent; le sang rendu, la scène change : la face se décompose et pâlit, le pouls devient petit, une sorte d'anxiété s'empare du malade, etc., tel est l'effet moral d'un crachement de sang; la vue du sang, rejeté par la bouche, est chose pénible, effrayante. Le calme renaît, le visage se ranime, etc.; mais bientôt nouvel accès. Les intervalles qui séparent les accès sont irréguliers; les quantités de sang rejeté, indéterminées; enfin, les accidens cessent, car il est très rare que l'hémoptysie essentielle tue. L'auscultation ne fournit rien de pathognomonique, des râles sonores, sibilans, un bruit d'expansion vésiculaire moins complet; phénomène qui n'a rien de spécial, car il tient à ce que le malade craint de respirer, de dilater largement la poitrine pour ne point renouveler l'hémorragie.

Quant aux altérations pathologiques que l'on peut rencontrer dans l'hémoptysie essentielle, M. Casenave les déclare nulles, n'attachant aucune signification à quelques rougeurs que l'on peut observer sur les tuyaux bronchiques.

II. Hémoptysie symptomatique. Les fièvres exanthématiques, les fièvres graves, plus rarement, l'épistaxis, les maladies du cœur, tous les obstacles de la circulation, la pléthore, les travaux pénibles, les excès de contention intellectuelle, les souffrances morales peuvent donner lieu à cette forme de l'hémoptysie. Rarement l'hémorragie est ici aussi abondante que dans les cas d'essentialité, rarement le molimen hémorragique la précède; dans les maladies du cœur, le malade se sent plutôt soulagé après le crachement de sang qu'il n'en ressent d'aggravation. On l'a regardée comme un effet constant dans l'apoplexie pulmonaire; alors ses causes sont celles de cette dernière affection, et les signes que fournit l'auscultation pour la reconnaître sont parfois difficiles à recueillir, comme dans les cas d'apoplexie pulmonaire profonde, disséminée ou concentrée. Dans la phthisie pulmonaire, les crachemens de sang surviennent à deux époques différentes : au début, et ici est-elle due à l'inflammation produite dans le parenchyme pulmonaire par les tubercules agissant comme des corps étrangers, ou existe-t-il une relation entre l'évacuation du sang et la transformation de ce liquide en matière tuberculeuse? Le candidat admet la possibilité de ce double mode pathogénique de l'hémoptysie, symptôme de phthisie. Plus tard elle dénote la formation des cavernes, l'ulcération des tissus, la destruction des vaisseaux, etc.

III. Hémoptysie critique. Elle est rare et présente alors la même valeur que l'épistaxis et les autres flux sanguins qui surviennent dans des circonstances analogues.

IV. Hémoptysie supplémentaire. Elle remplace le flux hémorrhoïdal, l'épistaxis, les menstrues; elle est supplémentaire d'une manière complète ou incomplète.

Le diagnostic présente deux problèmes à résoudre : s'agit-il d'une hémoptysie? Quelle est sa nature?

Les sources du sang rejeté par la bouche peuvent être la bouche elle-même, les fosses nasales; l'estomac, certaines tumeurs anévrismales avec destruction des vaisseaux qu'elles intéressent, et dont le sang coulerait dans la bouche. Le candidat indique les particularités relatives à ces différentes sources, répète les caractères propres au crachement hémoptoïque. Quelle que soit l'origine de l'hémorragie, des difficultés surgissent dans le diagnostic, si quelque temps s'est écoulé depuis le rejet du sang; il peut arriver qu'un peu de sang ait été poussé dans les voies aériennes dans des efforts de vomissement, et par un court séjour aux extrémités aériennes soit devenu spumeux. Dans l'hématémèse, cas le plus embarrassant, il y a vomissement, précédé de mal de cœur et quelquefois du sang sort par l'anus aussi bien que par la bouche, circonstance qui ne laisse point de doute sur son origine.

Après avoir constaté que le sang provient des voies aériennes, il faut établir si l'hémoptysie est essentielle ou symptomatique. Ici, les difficultés grandissent; si elle n'a point lieu par accès, si elle est suivie de soulagement, elle est présumée essentielle. Dans la phthisie commençante, le bruit d'expansion est moins complet; des différences de sonorité s'obtiennent en certains points; le bruit d'expiration s'allonge; le bruit d'inspiration et d'expiration est plus sec, etc. Mais tout cela, pour M. Casenave, n'amène que le doute; les signes tirés des antécédens individuels ont une valeur plus décisive; une constitution lymphatique, scrofuleuse, les circonstances d'hémoptysies antécédentes, la facilité à s'enrhumer, etc., sont des indices presque certains du caractère symptomatique de l'hémoptysie, liée aux tubercules pulmonaires.

Le pronostic se ressent des incertitudes du diagnostic; il se mesure sur la maladie principale, lorsque l'hémoptysie est symptomatique. Essentielle, elle ne manque point de gravité; elle n'est point un accident obligé de la phthisie; il y a des phthisiques qui meurent sans avoir craché de sang, et qui paraissent s'être tuberculisés à la suite d'un catarrhe chronique; elle est plus grave dans la phthisie aiguë, où elle manque rarement, que dans les autres cas de cette affection.

Le traitement de l'hémoptysie essentielle active a pour première base la saignée générale; bien préférable aux sangsues; les premières saignées doivent être abondantes, et peuvent être répétées plusieurs fois en vingt-quatre heures; mais si l'hémoptysie continue après ces premières et larges déplétions, il ne faut plus rien espérer de ce traitement. Le meilleur moment de la seconde saignée se rapporte au molimen qui précède le deuxième accès d'hémoptysie; après les antiphlogistiques, le candidat propose l'emploi de la ratanhia ou de son principe actif, le tannin; la ligature des membres est opportune durant le molimen précurseur. L'ergot de seigle a été employé avec succès. Dans l'hémoptysie essentielle passive, point de saignée. L'hémoptysie critique veut être respectée; la supplémentaire doit être rappelée à la voie naturelle; enfin, dans l'hémoptysie symptomatique, c'est l'affection-mère qu'il faut traiter.

M. DUBOIS.

MÊME SUJET.

Les anciens désignaient par le mot hémoptysie tout crachement de sang, quelle qu'en fût la source; on entend aujourd'hui, par ce terme, le rejet par la bouche du sang provenant des voies aériennes. Dans les collections hippocratiques, l'hémoptysie est considérée seulement sous le rapport séméiologique. Arétée en donne une description plus étendue, en signale les sources et le mode d'expuition. Dans l'opinion des anciens, à l'idée d'hémoptysie se rattache celle d'une rupture de vaisseau. Stahl rapporte les phénomènes de l'hémoptysie à ceux des hémorragies en général; Cullen annonce qu'elle peut devenir fébrile; Laënnec fait connaître l'apoplexie pulmonaire.

Divisions. L'hémoptysie peut être divisée, comme toutes les hémorragies, en traumatique, spontanée, idiopathique, symptomatique et critique; le candidat discute la portée de ces divisions, les déclare toutes fondées en théorie, mais difficilement applicables en pratique, dans un but de localisation on pourrait diviser l'hémoptysie en laryngienne, trachéale, bronchique et pulmonaire.

Causes. Sous le rapport de l'âge, voici dans quel ordre de fréquence on observe l'hémoptysie suivant cette condition : de 18 à 20 ans,—de 20 à 30 ans,—de 30 à 40 ans; puis de 10 à 20 ans et de 40 à 50 ans. Cette évaluation n'est vraie toutefois que de l'hémoptysie secondaire aux tubercules pulmonaires. La femme en est plus souvent affectée que l'homme; une conformation vicieuse du thorax qui facilite les congestions vers les poumons prédispose nécessairement à l'hémoptysie. L'hypertrophie du cœur est dans le même cas, et cette particularité, dont le candidat attribue à tort la connaissance à M. Bricheteau, est depuis longtemps constatée. Enfin l'hérédité joue un grand rôle dans la production de l'hémoptysie. Parmi les causes extérieures aux individus, il faut noter les climats; mais les documens réunis sur ce point ne sont pas plus concluans qu'à l'égard de la phthisie pulmonaire; il est une hémoptysie par acclimatement observée surtout chez les habitans des pays chauds qui viennent s'établir dans notre climat pluvieux et froid. L'air raréfié que l'on respire sur les montagnes la développe; les saisons qui sont des climats transitoires ont aussi leur influence. L'hémoptysie est plus fréquente en automne, vers la fin des hivers, au mois de février. Parmi les causes traumatiques, le candidat signale le jeu des instrumens à vent.

Il passe ensuite à l'examen des conditions pathologiques auxquelles est liée l'hémoptysie : ces conditions sont les maladies du cœur, la phthisie pulmonaire (*phthisis ab hemoptoe*, *Morton*). Tout le monde sait la fréquence de l'hémoptysie dans la phthisie; sur six individus qui ont craché du sang, pas un n'échappe à la phthisie; ici le candidat discute les rapports de développement entre ces deux affections; l'hémoptysie entraîne nécessairement des congestions pulmonaires qui favorisent le développement de la phthisie; d'un autre côté, les tubercules qui existent dans le poumon antérieurement à toute hémoptysie sont de vraies épines qui l'irritent et appellent les congestions auxquelles se rattache l'hémoptysie.

Symptomatologie. Y a-t-il des symptômes précurseurs? Oui, dans certains cas : ceux de toute hémorragie, molimen, refroidissement des extrémités, etc.; le plus ordinairement il n'y a point de prodrômes; le symptôme caractéristique de l'hémoptysie c'est le sang rejeté par la bouche : tantôt il l'est par expuition, tantôt par vomissement. Le candidat décrit, d'après M. Chomel, le mouvement ascensionnel du sang des petits vaisseaux dans les grands jusqu'à la production de la toux expultrice. Le sang expulsé se présente dans les nuances suivantes : simples stries, crachats de sang pur, flot de sang; la quantité de ce fluide varie depuis la perte minime représentée par une strie rouge jusqu'à l'évacuation de plusieurs livres de sang en trois jours (Laënnec); cet auteur a noté un cas où la déperdition s'est élevée à dix livres en sept à huit jours, fait si extraordinaire que pour l'expliquer l'auteur de l'auscultation admet une véritable dilatation du sang. Celui-ci dans l'hémoptysie est rouge, spumeux, très rarement en caillot. Les symptômes généraux sont le malaise, l'anxiété, etc., souvent ils n'existent point et le crachement de sang est pour ainsi dire le seul symptôme observé. A la fin de l'accès, pâleur, affaiblissement, froid des extrémités, pouls petit; mais il faut examiner si cet appareil phénoménal traduit l'effroi du malade que trouble la vue du sang rejeté ou résulte de l'énor-

mité de la perte. La percussion et l'auscultation ne fournissent pas de signes constans; si le sang provient d'nue exhalation bronchique, la percussion ne constate rien; si c'est le tissu pulmonaire qui le fournit, il peut y avoir quelque matité.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. Ici M. Dubois revient sur les sources qui peuvent fournir le sang évacué par la bouche, décrit les caractères anatomiques de l'apoplexie pulmonaire, et indique par quelle disposition certains anévrismes viennent à verser dans les voies aériennes le sang qui en remplit les poches.

La marche de cette maladie est variable; elle ne constitue à vrai dire qu'un accident, un symptôme qui survient dans diverses maladies. On peut dire seulement qu'elle ne présente point la succession périodique.

DIAGNOSTIC. Le candidat s'attache surtout à différencier l'hémoptysie de l'hématémèse; dans celle-ci, le sang rejeté est noir par l'action des acides contenus dans l'estomac, un malaise épigastrique en accompagne l'expulsion; souvent il colore les matières fécales. Dans l'hémoptysie, le sang agité dans les voies aériennes, où il ne rencontre pas le contact d'un acide (*et l'acide carbonique expiré ?*), se présente vermeil dans les crachats; ceux-ci continuent à en offrir quelque trace, ce qui ne s'observe point dans l'hématémèse; enfin, celle-ci est presque toujours liée à une dégénérescence des parois de l'estomac; l'autre à l'existence du tubercule dans les poumons. L'hémoptysie vérifiée, il faut prononcer si elle est essentielle ou symptomatique. Le candidat répète ici ce qu'il a dit sur les sources du sang rejeté; dans la tuberculisation pulmonaire, l'hémoptysie survient au début plus fréquemment que dans les autres périodes; l'examen des causes, des antécédens individuels; des constitutions, des conditions d'hérédité, de migration et de climat, l'amaigrissement notable du sujet; enfin, la concomitance des signes physiques de la phthisie, peut lever toute espèce de doute sur ce point.

Le *pronostic* se déduit des mêmes conditions d'âge, de sexe, d'hérédité, de l'existence habituelle d'un catarrhe polmonaire, etc.

Enfin le *traitement* se partage en traitement des attaques d'hémoptysie et en traitement des conditions pathologiques sous l'influence desquelles elle s'est développée. Le premier varie suivant l'intensité des accidens; rien à tenter, si la déperdition sanguine est légère; plus abondante, elle sollicite encore des moyens divers, suivant qu'elle s'accompagne de phénomènes généraux ou seulement locaux; avec fièvre et céphalalgie, elle exige l'emploi de la saignée du bras plus ou moins répétée; plus tard, les acides étendus, la glace. Le traitement des conditions pathologiques, dont l'hémoptysie n'est que le symptôme, se règle sur la nature de ces états morbides; l'orateur entre ici dans des détails qu'il serait inutile de relater.

M. PIORRY.

DE LA MÉTRORRHAGIE.

Le mot métrorrhagie ne désigne pas étymologiquement un écoulement sanguin par l'utérus; mais l'usage a consacré le mot; rhagie désigne un flux de sang; or, la métrorrhagie peut être normale, et alors il s'agit de la menstruation, dont l'histoire doit être en grande partie rapportée à la physiologie. Elle peut être anormale, et celle-ci peut avoir lieu par suite de couches, ou pendant la grossesse (ce qui doit être rapporté à l'étude de l'art des accouchemens), ou, enfin, à l'hémorragie qui a lieu hors le temps de la gestation, et c'est à ces écoulemens de sang que M. Piorry circonscrit son sujet.

La métrorhagie doit être divisée en deux grandes sections, celle du corps et celle du col; cette distinction est éminemment utile et pratique; puis le candidat divise celle du corps, avec M. Dubois, en celle qui a eu lieu lorsque la cavité de l'organe est dilatée et celle qui survient lorsqu'il n'en est pas ainsi. Ces hémorragies peuvent être primitives à d'autres lésions; de là leur distinction en idiopathiques et symptomatiques.

M. Piorry trace d'abord l'histoire de la métrorrhagie du col, puis celle du corps, les symptômes que l'inspection, le toucher du vagin, celui du rectum, la palpation du bas-ventre et la percussion de l'hypogastre peuvent fournir. Il faut savoir gré à M. Piorry de n'avoir donné ici que la substance des faits nombreux qu'il possède sur la percussion plessimétrique de l'utérus; car on sait qu'il aurait pu facilement étendre ses réflexions sur ce sujet. Le candidat étudie ensuite les phénomènes généraux qui surviennent, soit que la perte soit considérable, soit qu'elle se déclare à un faible degré; il l'étudie lorsqu'elle a lieu pendant un court espace de temps, ou lorsqu'elle a de la durée; lorsque son invasion est rapide, comme aussi lorsqu'elle se déclare graduellement.

Vient ensuite l'histoire du sang qui s'écoule de la vulve ou du col, et l'indication des caractères qu'il présente au doigt, et à la vue aidée ou non du spéculum : à l'occasion des hémorragies du col, il parle d'un cas où le sang coulait par jet d'une artériole ouverte, et où il a suffi d'y porter un léger caustique pour arrêter l'écoulement sanguin.

M. Piorry parle ensuite des autres lésions qui coïncident si souvent avec la métrorrhagie, soit qu'il s'agisse d'affections fongueuses, fibreuses, cancéreuses, mélaniques, fibreuses ou encéphaloïdes; d'ulcérations du corps ou du col; soit que des lésions semblables ou différentes co-existent dans les ovaires, le rectum, la vessie, le péritoine, etc. Il signale l'état général d'hyperhémie ou d'anémie, les troubles de la circulation dans le cœur ou dans les gros vaisseaux qui peuvent se manifester en même temps que la métrorrhagie.

Arrivé à l'anatomie pathologique de la métrorrhagie, M. Piorry trace à grands traits l'état du col et de sa cavité; celui du tissu de ces parties dans les métrhorragies idiopathiques. Il indique les caractères du sang trouvé dans les cadavres, les coagulations qu'il présente, la texture des caillots, le mélange du sang avec divers fluides; puis il traite anatomiquement des lésions organiques qui peuvent co-exister avec la métrorrhagie.

C'est après cette étude que M. Piorry aborde l'étiologie.

Au lieu de suivre une division inutilement scholastique des causes, le candidat rattache celles-ci à plusieurs grandes séries : les unes portent leur action sur l'utérus lui-même, et tiennent à certaines lésions de vitalité ou de structure; telles sont les hémorragies actives; d'autres dépendent de lésions organiques qui peuvent intéresser le col ou le corps; il en est qui sont en rapport avec des agens traumatiques ou irritans appliqués sur le col, tel était un pessaire enduit d'une substance emplastique dont parle Sennert; d'autres causes agissent par suite des lois générales de la pesanteur : c'est ainsi que la station prolongée, que l'habitude de rester longtemps assis peuvent déterminer des pertes. Celles-ci se déclarent encore par suite de l'état général de la circulation, soit qu'il y ait pléthore, soit que le sang éprouve une altération, soit que certains obstacles existant au cours du sang les produisent. Certaines circonstances individuelles leur donnent lieu. C'est ainsi que rares dans l'enfance (bien qu'on en ait vu sur des jeunes filles de 7 ans), elles existent surtout à l'âge critique et sont fréquentes à l'âge de retour. Des influences climatériques, telles que la chaleur de l'air, les climats chauds les favorisent, et Saucerotte cite un cas où une femme atteinte de pertes sur une montagne en guérit lorsqu'elle fut descendue dans la plaine, etc., etc.

Le pronostic des pertes varie infiniment d'après leurs causes; les circonstances qui coexistent, les altérations organiques qui leur donnent lieu, le degré de curabilité de celles-ci, l'âge même apportent de bien notables différences dans le pronostic, et M. Piorry, d'après les faits nombreux qu'il a vus à la Salpétrière, dans les hôpitaux ou en ville, affirme que la métrorrhagie chez les femmes qui depuis longtemps ont cessé d'être réglées; est presque toujours symptomatique d'une lésion organique profonde de l'utérus.

Le diagnostic de l'écoulement de sang est facile; mais d'où vient-il? A-t-il sa source au col ou au corps, dans une lésion simple, ou dans une altération profonde de l'organe, le point capital est de chercher quelles sont les autres lésions organiques coexistantes ou déterminantes; il indique les meilleurs moyens de rechercher s'il s'agit d'une hématurie ou d'une métrorrhagie. Mais, dit-il, comment distinguer celle-ci de la menstruation normale, de l'hémorragie qui suit l'avortement? M. Piorry indique les principales règles à suivre à ce sujet, se fonde sur l'âge, la durée, les circonstances commémoratives, l'état local des parties, et avoue que souvent il peut rester des doutes sur le diagnostic.

Le diagnostic ne doit point s'arrêter là, quand il s'agit d'un symptôme aussi grave que la métrorrhagie. Il faut qu'il s'occupe de l'expression phénoménale de celui-ci, de son importance, du rôle que ce symptôme remplit dans l'étiologie et la pathologie. Ici le candidat recherche jusqu'à quel point la nature du sang des pertes instruit de l'état général du sang, et jusqu'à quel degré encore elle indique dans certains cas des changemens heureux survenus dans la santé.

Les pertes sont-elles la conséquence de l'inflammation de l'utérus? Sans doute, dans quelques cas, un premier degré d'irritation peut y donner lieu, mais ce n'est pas là l'inflammation proprement dite. Il y a plus, lorsque celle-ci survient, en général la métrorrhagie s'arrête, et c'est en la produisant qu'agissent les irritans portés dans le corps de l'utérus comme dans le cas cité par Prosper Alpin où l'injection d'une substance irritante dans l'utérus arrêta l'hémorragie qui y avait lieu : les pertes sont-elles liées à la pléthore? Oui dans certains cas où l'on voit le trop de sang en général être suivi d'écoulemens de sang par la matrice après lesquels l'hyperhémie générale se dissipe. Un état particulier du sang, sa dissolution, la proportion relative très considérable du sérum peuvent-ils causer la métrorrhagie? Sans doute, et ce sont là des écoulemens sanguins par l'utérus qui, loin de soulager, aggravent le mal, et laissent une dangereuse anémie. Les pertes, dans certains cas, sont-elles liées à un effort médicateur de la nature? Les organes ont entre eux d'admirables connexions, et tout est si bien réglé dans leur disposition et leur action, que la maladie se termine parfois par des phénomènes dits critiques et spécialement par des métrorrhagies. C'est la structure spéciale de la matrice qui la rend plus propre qu'un autre organe à devenir le siége d'un écoulement sanguin. D'ailleurs elle est située plus bas que les autres parties du tronc, son col est mal soutenu par le périnée et le vagin, et ce sont là des raisons très propres à y faciliter les congestions sanguines et les hémorragies qui en sont souvent les conséquences.

M. Piorry aborde enfin le traitement de la métrorrhagie. Quand elle est faible, légère, lorsqu'elle ne compromet pas la vie, lorsqu'elle peut en quelques jours se guérir d'elle-même, sans altérer la santé, quand elle n'est point le résultat de lésions organiques profondes, il faut la traiter par le repos, une diminution dans la quantité d'alimens, la position horizontale du tronc, des boissons adoucissantes, la respiration d'un air pur et frais, etc.; lorsqu'elle est plus forte et qu'elle peut causer des inquiétudes, il faut avant tout rechercher si elle provient du corps ou du col; dans ce dernier cas, on peut agir sur celui-ci par des excitans, des astringens, des caustiques, l'excision même, et cela suivant la nature et l'étendue de la lésion. Le tamponnement est parfois utile; si le mal a son siége dans le corps, il faut chercher à reconnaître autant que possible la nature de la cause organique qui y donne lieu et se conduire en conséquence. Il est surtout urgent de rechercher s'il n'y a pas de caillots qui restent dans la cavité utérine dilatée. Ceux-ci peuvent se décomposer et occasionner des accidens. De plus ils éveillent de grandes douleurs. M. Piorry insiste beaucoup sur ces douleurs et affirme que dans beaucoup de cas ce sont les contractions de l'utérus sur ces caillots, et parfois sur des débris de placenta qui causent de vives tranchées qui ne se dissipent que lors de l'expulsion de ces corps devenus étrangers. M. Piorry allait étudier les moyens de remédier aux états généraux que causent les pertes et l'état nerveux qu'elles occasionent quand il fut interrompu par l'heure.

(*La suite de la troisième et dernière épreuve au prochain numéro.*)

VARIÉTÉS.

Nomination des élèves internes et externes des hôpitaux, pour l'année 1840, et distributinn des prix obtenus en 1839.

Les résultats des différens concours qui viennent d'être terminés ont été proclamés jendi dernier en présence de presque tons les membres des trois jurys, réunis dans le grand amphithéâtre de l'administration, An commencement de la séance la parole a été donnée, pour le jury d'externat, à M. Nélaton, l'un des juges, qui, dans nne allocution simple et facile, a tâché de prémunir les nonveaux élus contre l'indifférence pour les malades, et le dégoût qu'ils pourraient éprouver dans l'exercice des modestes fonctions qui conviennent à leur âge et à leur inexpérience pratique.

Ce discours, écouté avec intérêt, a reçn de nombreux applandissemens.

M. le secrétaire-général a donné ensnite lecture de la liste des 168 élèves nommés externes et qui entreront en fonctions au 1er janvier 1840.

Externes : Sur les 217 qui s'étaient inscrits d'abord:
30 n'ont pas répondn an premier appel ;
20 ont manqué aux épreuves ;
7 n'ont pas été admis.

Après cette proclamation, M. Malgaigne a pris la parole an nom du jury de l'internat. Dans un disconrs fort bien écrit, il a d'abord énoncé les différentes classes de concnrrens et fait la comparaison de leurs forces. Puis, à côté des éloges que la plupart des candidats méritaient, il a fait entendre pour tous, au nom dn jury, quelqnes reproches non moins mérités. Dans les épreuves orales comme dans les compositions écrites, la théorie tient plus de place que la pratique, et la mémoire plus que l'observation ; en anatomie, le jury a vu avec regret des leçons, d'ailleurs remarquables, absolument réduites à des détails descriptifs, sans trace d'applications chirurgicales; en chirurgie et en médecine la science déployée par les concurrens a trop souvent paru emprnntée anx livres plutôt que puisée dans les cliniques.

Il a rappelé ensnite que plus les droits sont étendus, plus ils imposent de devoirs, et que les internes snnt chargés d'nne donble responsabilité envers les malades et envers la science... ; et il leur a donné pour exemple ce même A. Paré, le modèle de tont, qui, arrivé an comble des honneurs et de la fortnne, rappelait encore comme un de ses plus beaux titres et comme l'origine de ses triomphes, ses trois années d'internat à l'Hôtel-Dien.

M. le secrétaire-général a proclamé dans l'ordre de mérite, d'après les épreuves, les noms des élèves appelés à remplir les vingt-neuf places d'internes vacantes au 1er janvier prochain.

Internes : MM. Richet, Carpentier, Veyne, Dnmesnil, Oulmont, Logerais, Hélot, Henry, Fiaux, Lambron, Desormeaux, Cuiet, de Guise, Mac-Carty, Jamain, Tavignot, Dechant, Bailly de Castelnan, Fremy, Laurés, Roulland, Belin, de Puisaye, d'Astros, Bernard. Gelez, Dequevanviller, Verjus.

Il a été nommé ensuite 43 internes provisoires.

Pour l'internat, le nombre total des inscrits était de 160, Sur ce nombre, 7 ont manqué an premier appel, et 6 ont reculé devant l'épreuve écrite.

Enfin, M. Ricord, an nom du jnry d'examen pour la composition des prix, a cherché, dans un discours facile et élégant, à relever le mérite des distinctions et des récompenses dont la distribntion allait clore cette solennité, et a exprimé un vif étonnement de ce que les élèves montrent pour les conquérir tant d'insouciance ; que pour le prix de l'internat surtont, les candidats se tronvent quelquefois juste réduits an nombre indispensable, c'est-à-dire denx.

M. le secrétaire général a donné les noms des lauréats, avec indication des objets qui leur nnt été remis.

Internes de 3e et 4e année. — *Prix.* M. Rilliet (Lonis-Frédéric-Théodore-Albert), élève interne de 4e année, à l'hôpital des Enfans. Une médaille en or, avec prorogation de ses fonctions d'interne pendant denx ans à partir dn 1er janvier 1840, et choix de la place an commencement de chaque année.

Accessit. M. Becquerel (Louis-Alfred), élève interne de 3e année à l'hôpital de la Charité. Une médaille d'argent.

Mention honorable. M. Durandt (Charles-Louis-Maxime), élève interne de 4e année à l'hospice de la Vieillesse (femmes). Par nne faveur exceptionnelle, il lui a été accordé des livres pour la valeur de 40 fr., à cause de ses nombreux et remarquables travaux particnliers.

Internes de 2e année. — *Prix.* M. Rogée (Charles-Augustin), de l'hôpital Cochin.
Une médaille en argent.

Accessit. M. Renauldin (Louis-Firmin), de l'hôpital Beanjon. Livres pour nne valeur de 40 fr.

Externes. — *Prix.* M. Richet (Didier-Dominique-Alfred), externe de 2e année, remplissant les fonctions d'interne provisoire à l'hôpital Saint-Louis. Livres pour une valeur de 40 fr.

Accessit. M. Hélot (Jnles), externe de 2e année, remplissant les fonctions d'interne provisoire à l'hôpital Saint-Lonis. Livres pour une valeur de 30 fr.

Mentions honorables. MM. Jamain, Tavignot, Fremy, Verjus, Guérin, Gelez.

Tous ces exrernes ont été compris dans la liste des internes nommés an dernier concours.

— Les recherches de M. Orfila sur l'empoisonnement par l'acide arsénieux viennent d'obtenir nne nonvelle confirmation dans nne circonstance grave. Une affaire à peu près analogue à celle de Dijon s'était présentée aux assises d'août dernier à Lyon. M. le docteur Chapeau, et M. Parisel, professeur de chimie, mirent la justice dans la confidence des nonveaux procédés propres à découvrir, long-temps après le crime, dans le cadavre humain, les traces du poison métalliqne. L'affaire fnt renvoyée. Après une longue délibération, il fut ordonné à ces hommes de l'art d'aller exhumer, près de Villefranche, après *quinze mois et demi* d'inhumation, le cadavre de l'homme qu'on présnmait mort empoisonné, et d'opérer sur les restes de cet homme telles recherches qu'ils croiraient convenables pour découvrir le poison. La mission de ces experts zélés est remplie. L'arsenic a été trouvé et mis en évidence, bien que les voies digestives, interrogées dans le temps, n'eussent fourni, à d'autres experts que des matières suspectes.

L'affaire dont il est question a dû se présenter aux assises du Rhône, le 26 de ce mois. Quelque soit le sort de l'accusation, MM. Chapeau et Parisel auront bien mérité de la justice et de la société. Il demeurera constant qu'on peut, après seize mois d'inhumation, retrouver, hors des voies digestives, de l'arsenic ingéré pendant la vie.

— Nous avons assisté ce matin, à l'hôpital de la Charité, pour la première fois, à nne application des procédés mécaniqnes de M. le docteur Louvier pour le redressement des ankyloses du genou. Jusqu'ici nous nous étions abstenu de porter un jugement quelconque sur cette pratique avant de l'avoir vn appliquer. Nous sommes à même maintenant de dire ce qu'elle est, ce qu'elle produit et peut prodnire : nous réservons nos reflexions pour le moment où elles ne seront plus dominées par un sonvenir trop récent de ce que nous avons vu.

— Nous avons reçn nne lettre du pharmacien en chef du Val-de-Grâce, au sujet des deux dernieres lignes de la note nécrologiquo sur M. Faucher. L'auteur de cette note a mis en doute la validité de l'assimilation hiérarchique des pharmaciens militaires avec les autres officiers de santé de l'armée; ce doute n'est point une attaque au corps des pharmaciens militaires que nous respectons, ni surtout à la pharmacie en général dont personne ne songe à contester l'importance scientifiqne et l'utilité professionnelle. Il n'y avait donc lieu à dresser, en gnise de réplique, comme le fait M. Brault dans sa lettre, l'inventaire des services rendus par la pharmacie, et la liste des célébrités qu'elle a comptées dans ses rangs. C'est convertir en personnalité nne question d'hiérarchie militaire. Or, sur ce dernier point, c'est-à-dire sur la position de la pharmacie militaire, voici des données qui justifient amplement le doute émis par nous sur la justesse de son assimilation avec les médecins et les chirurgiens de l'armée : les préparations des officines militaires sont excessivement restreintes, et d'après les plaintes journalières des pharmaciens militaires eux-mêmes, leurs fonctions sont aujourd'hui plus voisines de la comptabilité que de la science. D'autre part, les pharmaciens ne sont jamais incorporés dans les régimens, jamais présens sur les champs de bataille et dans les tranchées des siéges; sédentaires dans des établissemens, tels que les hôpitaux et les magasins de médicamens, ils ne connaissent ni les fatigues de la vie de garnison, ni les dangers de la guerre; ils n'ont réellement de militaire que l'uniforme et l'épée. Il serait absurde de proclamer l'identité de leur position avec celle des chirurgiens et des médecins qui, dans l'organisation actuelle, ne passent dans le cadre médical qu'après un stage régimentaire.

Nous avions donc quelque raison de contester leur assimilation; ajoutons qu'en Belgique les pharmaciens militaires ne possèdent qu'une hiérarchie limitée de deux classes, tandis que les médecins et chirurgiens possèdent tous les grades de l'armée; il en est ainsi dans tous les états de l'Europe; dans quelques-uns, comme en Prusse et en Angleterre, il n'existe pas de pharmaciens militaires.

M. Fauché, quoi qu'on écrive, sentait fort bien l'insuffisance de la pharmacie militaire à titre de corps spécial; il s'est exprimé plus d'une fois sur ce sujet dans ses entretiens particuliers. De là les efforts (efforts malheureux !) qu'il n'a cessé de faire pour ouvrir aux pharmaciens les rangs de la médecine et de la chirurgie militaires. Grâce à son activité, on a vu des pharmaciens sous aides transformés, sans aucun stage pratique, en chirurgiens de bataillon et en médecins-adjoints des hôpitaux : nous regrettons que l'on nous oblige à invoquer ces faits, qui sont notoires, et qui ont porté un si grand préjudice à la carrière. Mieux conseillée, l'administration ne songe plus à les renouveler, et nous l'en félicitons; nous lui gardons de bien plus amples félicitations encore pour le jour où elle fondra, dans une raisonnable unité, médecins et chirurgiens militaires, constituant à part le personnel pharmaceutique suivant les nécessités du service.

Encore une fois, la pharmacie et les pharmaciens sont l'objet de notre sincère et haute estime; mais il ne s'agissait ni d'une science qui marche l'égale de toute autre, ni d'une profession qui figure au nombre des plus utiles et des plus honorables : il s'agissait de hiérarchie militaire, de fonctions spéciales. C'est ce que M. Brault a perdu de vue.

AU RÉDACTEUR.

Monsieur,

Plusieurs cas d'albinisme, conformes à ceux que M. le docteur Guyon, chirurgien en chef de l'armée d'Afrique, a observés à Alger, et publiés dans la Gazette médicale du 16 novembre 1839, se rencontrent en ce moment à Troyes.

Les sujets qui les présentent sont trois petites filles, nées au village de Michery, canton de Sergines, arrondissement et à quatre lieues de Sens (Yonne). L'aînée, Marie-Honorine, a huit ans et demi; la seconde, Emilie Mathie, en a sept, et la plus jeune, Eléonore Prissille, est âgée de cinq ans et demi.

Fort bien portantes, sous tout autre rapport, ces petites albinos appartiennent à des parens très sains, encore jeunes, et d'une bonne complexion. Elles sont issues du mariage d'un jardinier, fréquemment nécessiteux et sujet à changer de résidence, appellé Jude Bourgoin, âgé d'environ trente-quatre ans, avec Marie Colombe Chepteau qui en a trente.

Reproduire ici les détails descriptifs du phénomène d'albification, offert par leurs trois premiers enfans, ne serait guères qu'y répéter ce que vient d'écrire M. Guyon sur l'albinisme de ses israélites d'Alger. Je pense donc devoir m'en abstenir. On se représentera bien, d'ailleurs, sans cette répétition, et leurs cheveux d'un blanc amiantacé qui les fait ressembler à du lin, et l'espèce de chlorose ou d'étiolement blafard de leur peau matte faiblement nuancée d'une légère

teinte hortencia, et la photophobie en qnelque sorte physiologiqne de leurs yeux, garnis de cils blancs, ainsi que les petits cercles ronges qui en bordent l'iris colorée en rose pâle.

Trois autres enfans nés depuis elles, le premier masculin, André Jude, âgé de quatre ans, les deux derniers du sexe féminin, Rome Marguerite, qui a deux ans, et Adèle Joséphine, qni n'a que six mois, bien qu'issus de la même nnion, sont anssi exempts que leurs père et mère de l'albinisme qui afflige les trois premiers.

On sait que le célèbre dermatophile Alibert, qui fut notre maître à tous sur les affections cutanées, rattachait cet état maladif an onzième groupe de son arbre figuré, qui est celui des dermatoses dyschromateuses, et qu'il le décrivait sous le nom d'acrome congénial. Quand je suivais ses leçons à l'hôpital St-Louis. je lui ai, dans le temps, signalé l'existence d'nne famille du Finistère, dont tous les individus, sans exception, naissaient alors affectés d'albinisme. Elle résidait sur une communerurale peu distante de Brest. Je ne puis dire aujourd'hui si elle continue à y vivre, et s'est perpétnée dans le même état maladif; mais malgré l'ancienneté de l'excursion, que je fis un jour chez ces albinos, le souvenir en est d'antant plus ineffaçable, dans ma pensée, que j'y accompagnais nn docte ancien chef qui a été le bienfaiteur scientifique de ma jeunesse, le savant Gérard Girardot.

C'était, qu'on me permette en grâce ici de revendiquer incidemment pour sa mémoire un titre que je lui savais précieux par dessus tout, et qui lui appartenait bien réellement; c'était l'intime et le plus ancien ami de l'illustre Broussais, que son habile panégiriste, devant notre faculté, y a proclamé avec tant de justice, essentiellement bienveillant et accessible aux longues amitiés.

Veuillez agréer, je vous prie, etc.

BÉDOR, D. M. P.

— ERRATUM. La note ajoutée à l'éloge de M. Itard, inséré dans notre dernier numéro, contient deux fautes d'impressinn qui en font un nonsens. AU LIEU DE : « M. Bousquet a peint et jugé Itard en lui-même et tel qu'il était. Cette manière qui *concourt* à spécialiser la vie et à caractériser les ouvrages de l'homme plutôt *que pour* l'histoire générale de sa science et des circonstances où il s'est trouvé, etc. », LISEZ : « M. Bousquet a peint et jugé Itard en lui-même et tel qu'il était. Cette manière qui *consiste* à spécialiser la vie et à caractériser les ouvrages de l'homme plutôt *qu'à faire* l'histoire générale de sa science et des circonstances où il s'est trouvé, etc. »

— M. Halmagrand nous prie d'insérer la lettre qui suit :

Monsieur et très honoré confrère,

Je déclare que jamais M. Raspail n'a signé aucune acceptation de collaboration au NOUVEAU DICTIONNAIRE DES SCIENCES MÉDICALES, et que ce n'est que par un mal entendu que son nom a figuré sur le premier tirage du prospectus de cet ouvrage.

J'ai l'honneur, etc.

HALMAGRAND,
Directeur du NOUV. DICT. DES SCIENCES MÉD.

— FORMULAIRE DE POCHE A L'USAGE DES PRATICIENS, ou recueil des formules les plus usitées dans la pratique médicale, avec l'indication des doses exprimées en poids décimaux et en poids anciens. Septième éditinn, refondue sur un plan entièrement neuf, et contenant : 1° le tableau général des eaux minérales; 2° celui des contrepoisons; 3° les secours à donner aux asphyxiés et aux noyés; par M. RICHARD, docteur en médecine, membre de l'Académie royale de médecine et profeseur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-32, imprimé sur jésus vélin. Prix : 3 fr., et 3 50 franc de port.

A Paris, ches Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, 4, place de l'Ecole-de-Médecine.

— TRAITÉ DES BANDAGES, DES PANSEMENS ET DE LEURS APPAREILS, par P.-V. GERDY, professeur de chirurgie à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien et professeur de clinique chirurgicale à l'hopital de la Charité, ancien professeur particulier d'anatomie, de physiologie, de médecine opératoire et d'hygiène, membre de l'Académie royale de médecine, etc. Deuxième édition, revue, corrigée et considérablement augmentée. Paris, 1839, 2 vol. in-8° et atlas de 20 planches gravées. Prix : 18 fr.

Paris, librairie de Méquignon-Marvis, père et fils, rue du Jardinet, 13.

— ŒUVRES COMPLÈTES DE JOHN HUNTER, traduites de l'anglais, avec des notes, par G. RICHELOT, docteur en médecine, membre de la Légion-d'Honneur, etc. — Les livraisons 1 à 8 sont en vente; elles constituent les deux premiers volumes et renferment la vie de Hunter, les Leçons de chirurgie, le Traité des dents, auquel M. OUDET a ajouté une préface intéressante, et le Traité de la syphilis, qui a été augmenté de notes nombreuses par MM. Babington et Ricord.

— COMPENDIUM DE MÉDECINE PRATIQUE, ou exposé analytique et raisonné des travaux contenus dans les principaux traités de pathologie interne; par M. ED. MONNERET, docteur en médecine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, professeur particulier de pathologie générale, et M. LOUIS FLEURY, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur particulier de pathologie interne; ouvrage autorisé par le conseil royal de l'instruction publique. Dixième livraison (ECZ-END). Prix : 3 fr. 50 c.

Paris, Béchet jeune et Labé, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine, 4.

Pour paraître au 15 Janvier prochain.

JOURNAL DES DIFFORMITÉS;

Par le Docteur JULES GUÉRIN.

PROSPECTUS.

Eu anuouçant un JOURNAL DES DIFFORMITÉS, nous croyons devoir faire connaître les motifs et le but de cette publication.

La science des difformités ne date que d'hier et déjà ses applications sont de tous les jours. A peiue a-t-on eutrevu les services qu'elle peot rendre à l'art de guérir, qu'on s'en est emparé de toute part, avec l'instioct de son importance plntôt qu'avec une conuaissance réelle de ce qu'elle est et doit être. Quelques résultats beureux ont douné partont l'éveil, et l'impatiente émulation des nouveaux veuus tend à déborder l'activité plus féconde mais plus calme des premiers occopaus. Daus ce conflit des aperçus improvisés et des idées lentemeot élaborées, ces dernières courent risque d'être dépossédées par la foule, et leurs premiers prodnits morcelés et distribués en lambeaux aux plus avides et aux plus véloces. En effet quelques principes couvent encore daus l'esprit où ils ont été couçus, et ils sout surpris avaot d'éclore et péuétrés dans leurs germes. Principes et conséquences sout violemmeut disjoints presque avant d'avoir été mis eu présence. Ceci n'est pas le mot de ce qui se passe dans notre petit coin de scieuce: c'est l'histoire générale de l'époque. Cependant, quelque faible que soit l'importance de nos travaux, nous désirerions comme tous ceux qui méditent et tireot d'eux-mêmes une œuvre quelcouque, n'être pas troublé dans nos plans, n'être pas heurté dans nos constructions, conserver le calme et les moyens de parfaire notre édifice. Remplir un tel dessein n'est pas chose facile, peut être même est-elle impossible à une époque où chacun se rue sur la pensée d'autrui bieu avant qu'elle ait reçu le cachet de son origine. Il fandrait construire et cimeuter, presqn'en amassant les matériaux, sous peine de se les voir eulever au fur et à mesure qu'ils sont rassemblés, et même lorsqu'ils sont déjà mis en place.

Au milieu de ces circonstances nous avons dû songer à la science et à nous. A la science, parce que cette dilacération de canevas à peine ourdis ne lui livre que des fils interrompus, sans signification, sans caractère et sans suite. A nons, parce que la seule jouissance de l'homme qui travaille, c'est d'être compris dans sa pensée, et maintenu dans sou œuvre. Or, comment concilier ces vues avec les impatiences de savoir de l'époque, et la liberté un peu spoliatrice qu'elle encourage?

La science des difformités était presque vierge; elle n'était encore en possession d'aucun principe général définitivement formulé. Nous pensons avoir eu le bonheur d'eu rencoutrer quelques-uos. Notre projet n'était point de les produire immédiatement au grand jour, de séparer le fait de ses éléments, les priucipes de leurs conséquences; et de donner aiusi au premier venu l'occasion d'interposer sa phrase entre le commencement et la fiu de la nôtre. Nous voulions préparer et réunir toutes les doooées de ces principes, les promnlguer avec le cortège, nécessaire à nos yeux, de leurs preuves et de leurs applicatioos. Mais ces conceptions méthodiques, ces constroctions régulières et achevées dans l'ombre et le silence, avant de découvrir leur façade épurée du dernier conp de ciseau, ne sont plus de ce siecle; il a donc fallu, à ces vêtemens sévères des beaux temps de la science, substituer le costume moins ample et plus souple de ootre époqoe.

Un journal conçu par une seule peosée, dirigé et exécuté par un seul bomme, assez éteodu pour permettre de larges développemens, paraissaot à des distances assez éloignées, pour laisser à l'œnvre le temps de se constituer, et publié à des distances assez rapprochées, pour que les surfaces de jonction des parties ne s'altèrent, et ne disparaissent pas à l'œil distrait ou indifférent de l'époque, nn recueil ainsi conçu et exécuté, nous a paru se concilier avec les intérêts de la science et du savant, et offrir en partie les avantages de la collection de matériaux et de l'onvrage réalisé. En effet, dans un recueil de ce genre, il nous sera possible de distribuer méthodiquement les différentes parties d'nn toot, sans trop les disjoindre et sans laisser perdre de vue leur point d'origine et d'arrivée. Voilà nos motifs, voici notre but.

Nous cherchons à constituer une partie de la science des difformités, mais nous n'avons pas la prétentiou de travailler seul à cette tâche. S'il y a des bommes toujours placés en embuscade contre la pensée d'autrui, et qui, s'en étant emparés, la monétisent sans la comprendre, il y en a d'antres qui vivent de leur fouds et qui déjà ont creusé leur sillon dans le terrain de la nouvelle science. A ceux-là nous devons la surveillance de la critique, à ceux-ci l'attention de l'histoire. Nous saurons reprendre aux uns ce qu'ils auraient détourné de nos possessions; et nous tirerons des travaux des autres les lumières qui tendraient à éclairer les nôtres. La critique et l'histoire sout surtont ntiles et fécondes, quand elles sont inspirées par des pensées d'organisation: c'est tout à la fois un fil coudncteur et une force d'impulsion. Pour juger de la mauvaise monnaie et la faire juger telle, il faut être à même de moutrer la bonne: la valeur des matériaux utiles n'est justemeut appréciée que quand on peut dire leur siguification et les rattacher à une œuvre commune. A ce double titre et avec ce double but, nu journal des difformités a une véritable mission. Nous tâchcrons donc, en faisant une guerre vigoureuse, mais décente, aux flibustiers de la science, de prêter notre concours aux bommes qui la cultivent. Ce n'est pas tout.

Eu concentrant dans un même foyer tontes les lumières dirigées vers un même point de science, on ne sert pas seulement le progrès présent, on éclaire eucore la science à venir. Nous réunirous et nous discuterons tout à la fois les nombreux matériaux que notre époque fournira sur l'histoire des difformités: combieu l'avenir ne trouvera-t-il pas dans cette collection de faits, d'expériences et de principes, réunis par la même pensée, et passés au même contrôle, de renseignemens ntiles et précieux pour nous juger, et marquer le point de départ de ceux qui nous suivrout. Car, nous l'avons dit, et nous le répétons, parce que c'est notre conviction profonde, la branche à laquelle nous nous sommes voué est une des plus fécondes de la médecine: elle est riebe par ses propres faits, et elle le sera surtout par les nombrenses applications qu'elle permettra de faire à la science générale des maladies. Ce serait ici peut-être le lieu de formuler en peu de mots nos vues sur la destinée présente et à venir de ce vaste et beau département de la pathologie: nous montrerions ainsi d'un coop notre point de départ et la perspective de nos espérances. Cette formule, nous l'avons placée en tête de l'onvrage présenté an coucours de l'académie des sciences; et nous l'avons commentée à l'ouverture de nos conféreuces cliuiques. Cet exposé de nos vues générales suivra immédiatement ces lignes dans notre recueil: nous pouvons donc y renvoyer nos lecteurs pour les développemens qu'ils pourraient désirer et que nous nous abstenons de présenter ici.

LE JOURNAL DES DIFFORMITÉS COMPRENDRA :

1° Des mémoires originaux sur les difformités du corps humain;
2° Uo compte-rendu de la clinique des difformités de l'hôpital des Enfans malades;
3° Une revue spéciale des jouroaux de médecine français et étrangers;
4° Les letres et observations adressées au journal;
5° L'analyse des principaux ouvrages sur les difformités;
6° Des articles de variétés sur les faits et les événemens relatifs à l'orthopédie.

Ce journal paraîtra tous les deux mois, par cahier de 10 feuilles grand in-8°, avec planches. — On s'abonne au bureau de la Gazette Médicale, rue Neuve-Racine, n° 16. — Prix de l'année, pour Paris, 20 francs, et 25 francs, franco, pour les départemens et l'étranger.

IMPRIMERIE DE FÉLIX MALTESTE ET COMP., RUE DES DEUX-PORTES-SAINT-SAUVEUR, 18.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME SEPTIÈME

DE LA DEUXIÈME SÉRIE DE LA GAZETTE MÉDICALE DE PARIS,

POUR L'ANNÉE 1839.

A

B

E

F

G

H

I

J

K

L

M

Q

R

S

T

U

V

Y

Z